

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Letter to the Editor

The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Elderly living in Hospice and at Home

Original Research

The Relationship Between Risk of Depression Levels and Disease Management
Individuals with Chronic Diseases and Affecting Factors

Family Physicians' Awareness of Skin Cancer and Sun Protection Practices

The Comparison of Body Mass Index and Waist Circumference to Assess Health-Related Quality of Life

The Relationship Between Secondary School Students' Quality of School Life and Aggression Level

Does a High Pre-Treatment Nicotine Dependence Increase the Post-Cessation Diabetes Risk?

The Effect of the COVID-19 Pandemic on Interns' and Physicians' Loneliness, Hopelessness and Anxiety Symptom
Levels

Evaluation of Healthcare Workers to Safe Use of Sharp-Penetrating Medical Devices
and Prevention from Infectious Diseases Attitudes

Examining the Caregiver Burden in the Families of Children with Rare Diseases

Does the primipar adolescent mothers' perception of their baby different from the adult mothers?

Readiness of Healthcare Workers to Receive Support for Smoking Cessation and Related Factors

Home Health Care Quality Standards Self-Assessment Results: Training and Research Hospital Example

Effectiveness of Mild-Moderate Pressed Coban Bandage Wrap in The Control of Circumcision Bleeding

Children's Digital Technology Usage and Parental Approaches: A Cross Sectional Study

How Much Do Family Physicians Take Care of Their Health? : A Cross-Sectional Study

Risky Behaviors of University Students Applying to Family Medicine Outpatient Clinic of
Çukurova University and Their Relationship with Life Satisfaction

Is There an Association Between Urinary Tract Infection and Toilet Type?

The Turkish Version of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED)

Examination Of Challenges, Anxiety and Burnout Among Family Physicians Due To Corona Virus Outbreak

Experiences of Nurses about Traditional Practices Encountered in Women and Newborns

The impact of age and underlying comorbidities on the course of COVID-19 disease;
First three months data of pandemic from Antalya, Turkey

The Relationship Between The Resilience Level of Fathers and the Level of Participation
in Child Care Practices: Adana Example

The Relationship Between Primipary Pregnancy Perception of Self-Efficiency and Sleep Quality in The Third Trimester

Evaluation of Preconceptional Care in the City Centre of Adana

Anxiety Level of Family Physicians and Family Health Workers in COVID-19 Pandemic

Review

Supporting Disease Management of Type 1 Diabetic Children with Social Cognitive Theory-Based Education

Case Report

A Rare Case in Family Medicine: Acetamidrid Poisoning

Correction Table

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

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

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Contact us:

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

E mail:

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

Tel: 90-322-3386060-3087

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir, Çukurova University, Turkey

Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Turkey)
Hatice Kurdak (Çukurova University, Turkey)
Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Turkey)
M. Mümtaz Mazıcıoğlu (Erciyes University, Turkey)
Erkan Melih Şahin (Onsekizmart University, Turkey)
Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Turkey)
Ruhuşen Kutlu (NE University, Turkey)
Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Turkey)
Rıza Çıtlı (Gaziosmanpaşa University, Turkey)
Nil Tekin (Narlidere Huzur Evi, Turkey)
Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Turkey)
Tamer Edirne (Pamukkale University, Turkey)
Derya İren Akbıyık (Hitit University, Turkey)
Yücel Uysal (Mersin University, Turkey)
Zeliha Yelda Özer (Çukurova 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 Ungan (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 (Sağlık Bilimleri University)
Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Turkey)

Turkish Language:

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

Typesetting Editors

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

Web Editors

Web Application:

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

Graphic Design:

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

Editorial Board

Abdullah Sarıöz	Duygu İlke Yıldırım	Kadir Özdel	Ruhuşen Kutlu
Abdülkadir Kaya	Ebru Gözüyeşil	Kevser Tarı Selçuk	Rukuye Aylaz
Ali Timuçin Atayoğlu	Ediz Yeşilkaya	Kurtuluş Öngel	Saliha Bozdoğan Yeşilot
Ahmet Barış Güzel	Elif Deniz Şafak	Kürşad Akadlı Özşahin	Sami hatipoğlu
Ahmet Muhtar Şengül	Elif Gökçearslan	Mahcube Cubukcu	Seçil Günher Arıca
Ali Batuş	Emre Benlidayı	Melahat Demirbilek	Sedat Kuleci
Ali Deniz	Ercan Çalıskan	Mehmet Akman	Sedef Kuran
Ali Güneş	Ercüment Erbay	M. Mümtaz Mazıcıoğlu	Selahattin Gelbal
Ali Rıza Şişman	Erkan Melih Şahin	Mehmet Karakaş	Selçuk Mıstık
Aliye Mavili	Erol Kesiktaş	Mehmet Sargın	Selim Kadioğlu
Aliye Mandıracıoğlu	Ertan Mert	Mehmet Özen	Selma Çivi
Altan Eşşizoğlu	Esat Veli Karakoç	Mehmet Uğurlu	Semiha Aydın Özkan
Anıl Tombak	Esra Ataoğlu	Mehmet Ungan	Semra Çelikli
Arda Yılmaz	Esra Çalık Var	Mehtap Evran	Semra Saruç
Arzu Uzuner	Eyüp Gencil	Mehtap Kartal	Serap Daşbaş
Arzu Yıldırım	Ezgi Ağadayı	Melahat Akdeniz	Serap Çifçili
Aslı Uçar	Ezgi Özyılmaz	Melahat Demirbilek	Serdar Gürel
Aslıhan Ulu	Fatma Sayiner	Meryem Fırat	Serdar Öztora
Asya Banu Babaoğlu	Ferda Dağlı	Meryem Öztürk Haney	Serkan Kumbasar
Asuman İnan	Ferdi Tanır	Mesut Sancar	Serpil Aydın Demirağ
Ayça Şolt Kırcı	Fahri Özsungur	Mete Korkut Gülmen	Seval Akgün
Aydan Gülsüm Genç	Fatma Göksin Cihan	Metin Ocak	Sevgi Özcan
Ayfer Gemalmaz	Fevziye Çetinkaya	Meyreme Aksoy	Sevgül Dönmez
Ayla Uzunçiçek	Fevziye Toros	Mikail Özdemir	Seza Ayşe İnal
Aylin Yalçın Irmak	Figen Turan	Mustafa Çelik	Songül Duran

Aynur Çetinkaya	Fikret Bademkiran	Mustafa Erol	Sunay Fırat
Aysun Ardıç	Filiz Adana	Mustafa Fevzi Dikici	Süheyl Asma
Ayşe Serpen	Filiz Polat	Muhammed Oylumlu	Süleyman Görpelioğlu
Ayşe Semra Demir Akca	Fisun Sözen	Muhammet Bayraktar	Süleyman Özdemir
Ayşegül Özcan	Funda Pınar Çakıroğlu	Muhteşem Erol Yayla	Sümeyye Akyüz
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Funda Yıldırım Baş	Nafiz Bozdemir	Şebnem Bıçakçı
Bahadır Yazıcıoğlu	Fusun Ersoy	Naim Nur	Şebnem Yosunkaya
Bediye Öztaş	Gamze Özçürümez	Naim Karagöz	Şefika Dilek Güven
Behice Kurtaran	Bilgili	Nazan Bilgel	Şenay Aras Doğan
Bektaş Murat Yalçın	Giray Kolcu	Nazan Karaoğlu	Şengül Yaman
Berrin Telatar	Gonca Karataş Karakuş	Nazlı Şensoy	Şenol Demircan
Bihter Akın	Gonca Polat	Neşe Akın	Şule Gökyıldız
Bilge Sümbül	Gökhan Tümgor	Nevin Uslu	Tacetin Inandı
Bilgen Başkut	Gökmen Özceylan	Nezih Dağdeviren	Tamer Edirne
Bilgin Yüksel	Göknur Kalkan	Nihal Zekiye Erdem	Tamer Tetiker
Binali Çatak	Gözde Gökçe İşbir	Nigar Çelik	Taşkın Ketenci
Biröl Güvenç	Gülay Yılmazel	Nil Tekin	Timur Ekiz
Burcu Avcıbay	Gülendam Karadağ	Nilgün Özçakar	Tijen Şengezer
Burcu Ceylan	Gülbin Gökçay	Nuray Egelioğlu Cetişli	Tolga Günvar
Burcu Kayhan Tetik	Gülcan Arusoğlu	Nurcan Yabancı	Tonguç Berkol
Cahit Özer	Gülcan Bahcivan	Nurdan Evliyaoğlu	Tuba Özaydın
Can Öner	Gülşah Akyol	Nurgül Güngör Tavşanlı	Tuğba Yıldırım
Canan Kaş Güner	Gülşen Hasçelik	Nurettin Oğuz	Tunay Sarpel
Cem Doğan	Güzel Dişçigil	Nurşen Düzgün	Tunç Ozan
Cengiz Eser	Hacer Bozdemir	Nurver Turfaner	Turan Set
Cevriye Cansız Ersöz	Hacer Yapıcıoğlu	Sipahioğlu	Umut R. Gündüz
Cüneyt Karaaslan	Hakan Kaleağası	Oğuz Tekin	Ülken Tunga Babaoğlu
Çiçek Hocaoğlu	Hakan Özdoğu	Okay Başak	Ümit Aydoğan
Çiğdem Apaydın Kaya	Hasan Basri Üstünbaş	Onur Dursun	Veli Duyan
Cihangir Özcan	Hatice Kurdak	Onur Öztürk	Vildan Mevsim
Çanturk Capik	Hatice Küçükceran	Orçun Yalav	Volkan İzol
Damla Bayrak	Hikmet Pekcan	Orhan Murat Koçak	Yasemin Çayır
Deniz Çalışkan	Hülya Akan	Özge Tuncer	Yasemin Korkut
Deniz Tanyer	Hülya Çakmur	Özgür Enginyurt	Yasin Şahintürk
Deniz Tuncel	Hülya Elmalı Şimşek	Özlem Bulantekin	Yavuz Selim Yıldırım
Deniz Karayün	Hülya Türkmən	Düzalan	Yeliz Mercan
Deniz Koçoğlu	Hüseyin Avni Şahin	Özlem Çınar Özdemir	Yeltekin Demirel
Deniz Tanyer	Hüseyin Balcioğlu	Özlem Güner	Yener Aydın
Dercan Gençbaş	Hüseyin Per	Özüm Erkin	Yeşim Uncu
Derya İren Akbıyık	İbrahim Başhan	Papatya Karakurt	Yeter Durgun Ozan
Deya Kaya Şenol	İbrahim Öztur	Pemra C. Ünal	Yiğit Akın
Derya Tanrıverdi	İlhami Ünlüoğlu	Ramazan Akçan	Yusuf Karataş
Didem Sunay	İlker Ünal	Recep Civan Yüksel	Yusuf Çetin Doğaner
Dilek Avcı	İlknur Aydın Avcı	Recep Erol Sezer	Yüksel Ersoy
Dilek Çingil	İlknur Yeşilçınar	Refik Burgut	Yüksel Ufuktepe
Dilek Özcan	İrfan Yurdabakan	Rengin Güzel	Zeynep Güngörmüşler
Dilek Toprak	İshak Aydemir	Reşat Dabak	Zeynep Tuzcular Vural
Duygu Ayhan Başer	İzzet Fidancı	Rıza Çitil	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, Israel
 Suhel Ashraff, UK
 Suneel Pratap Bhatnagar, India
 Supriya Bhat, India
 Tamanna S Sinha, India
 Waris Qidwai, Pakistan
 Wendy Barber, Canada

Author Guidelines

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

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

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

Conflict of interest:

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

Contributions of authorship

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

Financial support

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

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

Copyright

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

Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

Sub Headings

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

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

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

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

References

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

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

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

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

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

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

2.Books:

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

Books published in a foreign language

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

Books in Turkish:

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

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

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

Translated books:

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

3.Publications in conference proceedings

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

4.Dissertations

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

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Table of Contents

Letter to the Editor

- 1.** The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Elderly living in Hospice and at Home
Tuğba Durdu, Selçuk Köksal, Hakan Yavuzer, Nurver Turfaner Sipahioğlu
TJFMPC, 2021;15(2): 205-211 DOI: 10.21763/tjfmpe.810863

Original Research

- 2.** The Relationship Between Risk of Depression Levels and Disease Management Individuals with Chronic Diseases and Affecting Factors
Fatma Aytap, Zülfünaz Özer
TJFMPC, 2021;15(2): 212-222 DOI: 10.21763/tjfmpe.788814
- 4.** The Comparison of Body Mass Index and Waist Circumference to Assess Health-Related Quality of Life
İbrahim Başhan, Mustafa Bakman
TJFMPC, 2021;15(2): 230-235 DOI: 10.21763/tjfmpe.825838
- 6.** Does a High Pre-Treatment Nicotine Dependence Increase the Post-Cessation Diabetes Risk?
Melike Mercan Başpınar, OkcanBasat
TJFMPC, 2021;15(2): 244-250 DOI: 10.21763/tjfmpe.776077
- 8.** Evaluation of Healthcare Workers to Safe Use of Sharp-Penetrating Medical Devices and Prevention from Infectious Diseases Attitudes
Derya Işıklar Özberk, Ruhuşen Kutlu
TJFMPC, 2021;15(2): 261-268 DOI: 10.21763/tjfmpe.840085
- 10.** Does the primipar adolescent mothers' perception of their baby different from the adult mothers?
Şadiye ÖZCAN, Nurcan KIRCA
TJFMPC, 2021;15(2): 278-285 DOI: 10.21763/tjfmpe.753663
- 12.** Home Health Care Quality Standards Self-Assessment Results: Training and Research Hospital Example
Hatice Esen, Tuğba Çalışkan
TJFMPC, 2021;15(2): 294-300 DOI: 10.21763/tjfmpe.825493
- 14.** Children's Digital Technology Usage and Parental Approaches: A Cross Sectional Study
İlknur YILDIZ, Mehmet KANAK
TJFMPC, 2021;15(2): 306-314 DOI: 10.21763/tjfmpe.797346
- 16.** Risky Behaviors of University Students Applying to Family Medicine Outpatient Clinic of Çukurova University and Their Relationship with Life Satisfaction
Zeliha Bilge Çinçik, Z. Yelda Özer, Sevgi Özcan
TJFMPC, 2021;15(2): 327-334 DOI: 10.21763/tjfmpe.826900
- 18.** The Turkish Version of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED)
Çiğdem Apaydın KAYA, Gözde TEMİZ
TJFMPC, 2021;15(2): 341-347 DOI: 10.21763/tjfmpe.836560
- 20.** Experiences of Nurses about Traditional Practices Encountered in Women and Newborns
Nazan Çakırer Çalbayram, İlknur Münevver Gönenç, Sebahat Altundağ
TJFMPC, 2021;15(2): 357-365 DOI: 10.21763/tjfmpe.800019
- 22.** The Relationship Between The Resilience Level of Fathers and the Level of Participation in Child Care Practices: Adana Example
Merve Bilge, Ayşe Avcı, Mustafa Kale
TJFMPC, 2021;15(2): 375-382 DOI: 10.21763/tjfmpe.851497
- 24.** Evaluation of Preconceptional Care in the City Centre of Adana
Saliha Barutçu, Sevgi Özcan, Nafiz Bozdemir
TJFMPC, 2021;15(2): 390-397 DOI: 10.21763/tjfmpe.874061
- 3.** Family Physicians' Awareness of Skin Cancer and Sun Protection Practices
Hatice Nilden Arslan, Yasemin Kemal
TJFMPC, 2021;15(2): 223-229 DOI: 10.21763/tjfmpe.829114
- 5.** The Relationship Between Secondary School Students' Quality of School Life and Aggression Level
İlknur Yıldız, Zeynep Temel Mert, Nurcan Akgül Gündoğdu
TJFMPC, 2021;15(2): 236-243 DOI: 10.21763/tjfmpe.816198
- 7.** The Effect of the COVID-19 Pandemic on Interns' and Physicians' Loneliness, Hopelessness and Anxiety Symptom Levels
Nazan Karaoğlu, Nur Demirbaş
TJFMPC, 2021;15(2): 251-260 DOI: 10.21763/tjfmpe.837707
- 9.** Examining the Caregiver Burden in the Families of Children with Rare Diseases
Merve Deniz Pak Güre, Cemre Pak
TJFMPC, 2021;15(2): 269-277 DOI: 10.21763/tjfmpe.841608
- 11.** Readiness of Healthcare Workers to Receive Support for Smoking Cessation and Related Factors
Ümmühan Sözer, Safiye Özvrılmaz, Seyfi Durmaz
TJFMPC, 2021;15(2): 286-293 DOI: 10.21763/tjfmpe.782565
- 13.** Effectiveness of Mild-Moderate Pressed Coban Bandage Wrap in The Control of Circumcision Bleeding
Kubilay Sarıkaya, Çağrı Şenocak, Muhammed Arif İbiş, Mehmet Çiftçi, Fahri Erkan Sadioglu, Ömer Faruk Bozkurt
TJFMPC, 2021;15(2): 301-305 DOI: 10.21763/tjfmpe.833428
- 15.** How Much Do Family Physicians Take Care of Their Health? : A Cross-Sectional Study
Murat Çevik, Raziye Şule Gümüştakım, Celal Kuş, Pınar Bilgili
TJFMPC, 2021;15(2): 315-326 DOI: 10.21763/tjfmpe.815378
- 17.** Is There an Association Between Urinary Tract Infection and Toilet Type?
Basri Furkan Dağcıoğlu, Erhan Şimşek, Ramazan İlbey Tepeli
TJFMPC, 2021;15(2): 335-340 DOI: 10.21763/tjfmpe.837564
- 19.** Examination Of Challenges, Anxiety and Burnout Among Family Physicians Due To Corona Virus Outbreak
Seda TÜRKİLİ, Yücel UYSAL, Şenel TOT, Ertan MERT
TJFMPC, 2021;15(2): 348-356 DOI: 10.21763/tjfmpe.853344
- 21.** The impact of age and underlying comorbidities on the course of COVID-19 disease; First three months data of pandemic from Antalya, Turkey
Remziye Nur-Eke, Mehmet Özen, Seren Taşkın, Özge Abacı Bozyel
TJFMPC, 2021;15(2): 366-374 DOI: 10.21763/tjfmpe.808648
- 23.** The Relationship Between Primipary Pregnancy Perception of Self-Efficiency and Sleep Quality in The Third Trimester
Habibe BAY, Neriman SOĞUKPINAR
TJFMPC, 2021;15(2): 383-390 DOI: 10.21763/tjfmpe.867195
- 25.** Anxiety Level of Family Physicians and Family Health Workers in COVID-19 Pandemic
Hümeyra Aslaner, Ali Ramazan Benli, Serkan Yıldız, Taner Şahin, Mebrure Beyza Gökçek, Selçuk Mistik
TJFMPC, 2021;15(2): 398-403 DOI: 10.21763/tjfmpe.783532

Review

- 26.** Supporting Disease Management of Type 1 Diabetic Children with Social Cognitive Theory-Based Education
Leyla Delibaş, Behice Erci
TJFMPC, 2021;15(2): 404-413 DOI: 10.21763/tjfmpe.806751

Case Report

- 27.** A Rare Case in Family Medicine: Acetaminiprid Poisoning
Meryem Çakır, Deniz Almak, Kurtuluş Öngel
TJFMPC, 2021;15(2): 414-417 DOI: 10.21763/tjfmpe.816913

Correction Table



Letter to the Editor / Editöre Mektup

The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Elderly living in Hospice and at Home

Üriner İnkontinansın Huzurevi ve Evinde Yaşayan Yaşlılarda Yaşam Kalitesine Etkisi

Tuğba Durdu¹, Selçuk Köksal², Hakan Yavuzer³, Nurver Turfaner Sipahioğlu^{*4}

ABSTRACT

Aim: The aim of the study was to analyze the effect of urinary incontinence on the quality of life of elderly people living at home and those living in a hospice by focusing on the different demographic and incontinence related factors. **Method:** The study was designed as a cross-sectional descriptive study and was conducted between December 2015 and June 2016. Fifty participants aged ≥ 65 years who met the inclusion criteria were included in the study. Twenty-five of them were admitted by random sampling method from patients applying to faculty's geriatric outpatient clinic with the complaint of incontinence. The other 25 were selected according to the study criteria out of elderly people living in the Darulaceze Institute. The International Consultation on Incontinence Questionnaire-ShortForm (ICIQ-SF), Incontinence Quality of Life (I-QOL) scale, and Katz Activities of Daily Living scale were used with all the individuals. Other variables were assessed using a demographic data form. **Results:** There was no difference between the quality of life (QOL) scores between the hospice and home groups ($p=0.836$, $p=0.865$, $p=0.841$, $p=0.883$). Social life was the most affected subdomain for both groups. Urinary incontinence (UI) affected psychologic effect (PE) and behavioral restriction (BR) aspects of QOL in individuals between the ages of 65 and 75 years more than those >75 years of age in the hospice ($p=0.024$, $p=0.019$). A higher UI output lowered BR scores only in hospice patients ($p=0.016$). For both groups, frequent incontinence episodes indicated a significantly lower QOL in terms of PE than rare episodes ($p=0.032$ -home, $p=0.022$ -hospice) and lower QOL in BR in home care ($p=0.037$). Mixed type incontinence affected QOL in terms of BR more than other types of incontinence in both groups ($p=0.019$ -hospice, $p=0.007$ -home). There was a significant correlation between I-QOL and ICIQ-SF visual analogue scale scores that measured quality of life ($r=-0.64$, $p<0.001$). **Conclusions:** Frequency of incontinence episodes is the major factor affecting QOL in both groups. Incontinence output has a significant role in QOL for hospice patients. The ICIQ-SF visual scale may be sufficient to evaluate the quality of life. I-QOL can be used for further evaluation of different aspects. Studies on incontinence and QOL in the institutionalized and home-care elderly population should be encouraged to improve conditions.

Key words: Hospice ,home, , incontinence, quality of life

ÖZET

Amaç: Çalışmanın amacı üriner inkontinansın evinde veya huzurevinde yaşayan yaşlılarda yaşam kalitesi üzerine etkisinin farklı demografik ve inkontinansa bağlı faktörler gözönünde bulundurularak incelenmesidir. **Yöntem:** Çalışma kesitsel tanımlayıcı araştırma yöntemi ile Aralık 2015 ile Haziran 2016 tarihleri arasında yapılmıştır. Yaşları ≥ 65 olup dışlanma kriterlerini taşımayan ve inkontinans yakınması ile fakültenin geriatri polikliniğine başvuran hastalar arasından rastgele örneklem yöntemi ile seçilen 25 hasta ve huzurevinde yaşayan araştırma kriterlerine uygun özelliklerde 25 hastanın tümü çalışmaya alınmıştır. İnkontinans değerlendirme testi-kısa form uluslararası konsültasyon (ICIQ-SF), inkontinans yaşam kalitesi ölçeği (I-QOL) ve Katz günlük yaşam aktiviteleri ölçeği tüm katılımcılara uygulanmıştır. Diğer değişkenler demografik bilgi formu ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Her iki grup arasında I-QOL genel ve alt grup skorlarında fark anlamsızdı ($p=0.836$, $p=0.865$, $p=0.841$, $p=0.883$). Sosyal yaşamın kısıtlılığı her iki grupta en çok etkilenen parametre idi. Üriner inkontinans huzurevinde 65-75 yaş arası bireyleri psikolojik etki (PE) ve davranış kısıtlılığı (DK) açısından ≥ 75 yaş bireylerden daha fazla etkiliyordu ($p=0.024$, $p=0.019$). Artan inkontinans idrar miktarı yalnız huzurevi hastalarında DK'nı artırıyordu ($p=0.016$). Her iki grupta inkontinans episodlarının sıklığında artışın PE'yi arttırdığı ($p=0.032$ -ev, $p=0.022$ -huzurevi) evinde yaşayan hastalarda DK'nı da arttırdığı gözlemlendi ($p=0.037$). Mikst tip inkontinansın her iki grupta DK'nı diğer inkontinans tiplerinden daha fazla etkilediği görüldü ($p=0.019$ -huzurevi, $p=0.007$ -ev). ICIQ-SF'in yaşam kalitesi sorgulayan visuel analog ölçek skorları ile I-QOL skorları arasında kuvvetli korelasyon vardı ($r=-0.64$, $p<0.001$). **Sonuç:** İnkontinans episodlarının sıklığı her iki grupta yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktördür. İnkontinans idrar miktarının yaşam kalitesine etkisi ise huzurevi hastalarında anlamlıdır. ICIQ-SF inkontinans yaşam kalitesini değerlendirmek için tek başına, I-QOL ise farklı parametrelerin ileri değerlendirilmesi için kullanılabilir. Huzurevi ve evde bakım hastalarında inkontinansın yaşam kalitesi üzerine etkilerini değerlendiren kapsamlı çalışmalar koşulların iyileştirilmesi amacı ile yürütülmelidir.

Anahtar kelimeler: Huzurevi, ev, inkontinans, yaşam kalitesi

Received / Geliş tarihi: 15.10.2020, Accepted / Kabul tarihi: 02.02.2021

¹ Derviş Ali Aile Sağlığı Merkezi Fatih İstanbul-TURKEY.

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD İstanbul-TURKEY.

³ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geriatri Bilim Dalı İstanbul-TURKEY.

⁴ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD İstanbul-TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nurver Turfaner Sipahioğlu, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD İstanbul-TURKEY.

E-mail: nurverdi@gmail.com

Durdu T, Köksal S, Yavuzer H, Sipahioğlu Turfaner N. The Effect of Urinary Incontinence on Quality of Life in Elderly living in Hospice and at Home, TJFMPC, 2021;15(2): 205-211.

DOI: 10.21763/tjfmpe.810863

INTRODUCTION

The International Continence Society has defined urinary incontinence (UI) as involuntary urination of any kind. Urinary incontinence is more frequent in people over 75 years of age since aging results in urethral sphincter dystrophy.^[1] Stress UI is defined as incontinence while coughing, sneezing, making effort or performing physical exercises and its main cause is deterioration of the pelvic floor that supports bladder and urethra. Neurogenic or idiopathic extreme activity of the detrusor muscle plays a role in urge UI. Mixed UI is a combination of stress and urge UI.^[2] UI leads to hygiene and skin problems, sleep disturbances, and sexual activity disorders and impairs quality of life by causing negative psychological and social effects such as lack of self-esteem, shame, anxiety, depression, and social isolation. Worsening of nutritional status, cognitive function, mobility and risk of falling correlate with the prevalence and severity of UI. In addition, UI increases the workload of caregivers and health care costs in hospices.^[3,4]

Hospices are places where older people are supplied with social support that protect them from isolation as well as shelter the care and health services. Quality of life (QOL) is an important measure of optimal health care in chronic disease.^[5]

There are studies which compare depression or quality of life between home and hospice dwellers and some studies described the effect of UI on QOL in hospice or home patients.^[5-8] In this study, we aimed to analyze the incontinence related QOL in the elderly living at home and in hospice with all types of incontinence and find out if there are differences and affecting factors.

MATERIALS AND METHODS

Study sample

The study was designed as a cross-sectional study. The study group was selected from elderly individuals living in a hospice and from those living in their home who had been admitted to the Medical Faculty's geriatric outpatient unit between December 2015 and June 2016. The diagnosis of incontinence was confirmed by the International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF). The exclusion criteria were communication problems (vision or language problems), being mentally impaired (mini mental state test score < 23), immobilized patients (e.g., due to cerebrovascular disease or musculoskeletal diseases), psychiatric diseases (delirium, psychosis), malignancy and surgery of the genitourinary system and chronic renal insufficiency. Inclusion criteria

were being ≥ 65 years old and reporting any kind of UI. Fifty persons of both gender were admitted to the study. There were 25 eligible patients from the hospice and 25 patients were selected by random sampling method from the geriatric outpatient unit.

Ethical considerations

Necessary permissions for the study were obtained from the University Clinical Studies Ethics Committee (09.11. 2015/349807) and the Ministry of Family and Social Politics' President of Hospices (18.06.2015/020-90). All patients gave their written informed consent.

Measurement Tools

The International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF), the Incontinence Quality of Life (I-QOL) scale, and the Katz Activities of Daily Living scale (ADL) were applied to all individuals included in the study.

International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form (ICIQ-SF): The ICIQ-SF has been developed by Avery et al and Turkish validity and reliability study was performed by Çetinel et al. The three dimensions of the scale question the UI frequency, UI output and its effect on daily life. The fourth dimension questions the causative conditions of UI. The first three dimensions are used for scoring and the fourth dimension is used for determining the type of incontinence. The score may change between 0-21, low scores indicating little influence, high scores showing more influence on QOL. A score of ≥ 8 is the cut-off point for disturbing UI. The Turkish version of ICIQ-SF has a Chronbach's alpha coefficient of 0.71.^[9]

Incontinence Quality of Life (I-QOL): I-QOL was developed by Wagner et al. in 1996 in USA and revised in Europe by Patrick et al., decreasing from 28 questions to 22.^[2] In Turkey, Ozerdogan and Beji performed the reliability and validity study of the revised version and found Cronbach alpha coefficient as 0,96.^[10] It consists of three subdimensions: behavioral restriction (BR), psychological effect (PE), and social life restriction (SLR). All items are evaluated by a likert scale of five and transformed to 0-100 scale value for better understanding. High scores indicate better QOL than low scores.

Katz Activities of Daily Living scale (ADL): The ADL index consists of six questions concerning bathing, dressing, toileting, transferring, continence, and eating activities. On the ADL index, 0-6 points signify dependence, 7-12 points signify semi-dependence, and 13-18 points signify independence.

A demographical data form was used to record the participants' age, gender, height, weight, educational status, occupation, social security, income, civil status, number of children, person they are living with, smoking habit, alcohol use, chronic diseases, and medications.

Statistical Analyses

IBM SPSS version 22 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) was used to analyze the data. The descriptive statistics were displayed as the mean \pm standard deviation or median (minimum–maximum) for the continuous variables and as the frequency and percentage for the categorical variables.

The Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests were used to evaluate if the variables were normally distributed. The independent samples t-test was used for comparing the difference between two mean values, while for more than two subgroups, one-way analysis of variance (ANOVA) was used. Bonferroni correction test was used for further analysis. Pearson correlation test was used for testing the relation between continuous variables. Statistical significance was accepted at $p < 0.05$.

RESULTS

The demographic data of the study group are summarized in Table 1.

Table 1. Descriptive statistics of the home and hospice groups					
	Home	%	Hospice	%	p
Marital status					
Married	16	64	0	0	0.000054
Single	2	8	10	40	p<0.001
Other	7	28	15	60	
Education status					
≤Primary school	15	60	21	84	0.058
≥High school	10	40	4	16	
Occupation					
Retired	16	64	6	24	0.0043
Unemployed	9	36	19	76	p<0.01
Smoking					
Yes	4	16	16	64	0.00053
No	21	84	9	36	p<0.001
Alcohol					
Yes	1	4	3	12	0.297
No	24	96	22	88	
Gender					
Male	5	20	12	48	0.036
Female	20	80	13	52	p<0.05
Age					
65-75	19	76	15	60	0.225
≥75	6	24	10	40	

Chi-square test

The differences between the home and hospice groups are significant in terms of gender ($p < 0.05$), employment ($p < 0.01$), marital status ($p < 0.001$) and smoking ($p < 0.001$). Educational status, although not statistically significant, was lower in the hospice patients ($p = 0.058$).

Obesity was present in 52% of home residents and in 44% of hospice residents, while 20% of hospice and 8% of home residents were of normal weight ($p > 0.05$). The rest were overweight. Coronary heart disease was found in 44% of the

hospice participants and in 8% of the home-care participants ($p = 0.004$). The distribution of other chronic diseases was similar.

Katz mobility index score was 17.84 ± 0.47 in home patients and 17.52 ± 0.82 in hospice patients ($p = 0.124$).

Urge incontinence was the most common UI type in both home and hospice groups, followed by mixed and stress incontinence. There was no significant difference between the groups in terms of incontinence type ($p = 0.76$).

In the hospice participants, there was a significant correlation between age and the general scale score ($p=0.035$) and PE ($p=0.024$) and BR ($p=0.019$) subdomains of the I-QOL. Participants ≥ 75 years old had better scores than participants between 65 and 75 years of age.

There was no difference between the I-QOL scores of the two groups. There was a moderate degree of decrease in QOL in both home and hospice patients. The most affected subdomain was SLR (Table2).

Scale	Variable	n	Mean	SD	T	p
General Scale Score	Home	25	67.7273	16.63974	0.208	0.836
	Hospice	25	66.8182	14.11716		
I-QOL-BR	Home	25	62.5000	19.34810	0.172	0.865
	Hospice	25	61.6250	16.62234		
I-QOL-PE	Home	25	77.2222	19.67456	0.202	0.841
	Hospice	25	76.2222	14.98199		
I-QOL-SR	Home	25	59.0000	21.16404	0.147	0.883
	Hospice	25	58.2000	17.00980		

Independent t-test

I-QOL-BR = Incontinence Quality of Life-behavioral restriction subdimension; **I-QOL-PE** = Incontinence Quality of Life-psychological effect subdimension; **I-QOL-SR** = Incontinence Quality of Life-social life restriction subdimension.

In both the hospice and home-care groups, participants with mixed-type incontinence had significantly lower scores in the general scale score ($p=0.045$ hospice, $p=0.035$ home), and the BR subdomain of the I-QOL ($p=0.019$ hospice, $p=0.007$ home) than the participants with urge or stress incontinence.

There was no difference between the home-care and hospice participants in terms of incontinence frequency ($p=0.065$), except that 12% of the hospice participants had total incontinence. Home-care participants who suffered UI episodes several times a day had significantly worse scores in the general scale and in the PE and BR subdomains of the I-QOL than those with incontinence episodes once a day, once a week, and two or three times a week ($p=0.032$, $p=0.037$, and $p=0.025$). The same relationship was found in the hospice group in the general scale score and in the PE subdomain of the I-QOL ($p=0.022$ and $p=0.043$).

There was no significant difference in the incontinence output between the hospice and home-care participants ($p=0.096$). A medium level of urine output in the incontinence episodes was present in 28% of the hospice participants and in 8% of the home-care participants. The increase in the incontinence output had a significantly negative effect on the BR scores of the I-QOL only in the hospice participants ($p=0.016$).

There was a strong negative correlation between the visual analogue scale scores of ICIQ-SF and I-QOL scores ($r=-0.64$, $p<0.001$).

DISCUSSION

Primary care professionals have an important role in the development of a systemic approach for the detection of UI and in the enhancement of the quality of incontinence care for elderly persons living at home and hospice. Majority of the patients can not receive help because they believe UI is a normal and natural consequence of old age; believe that treatment will not be effective; do not know where to get help; feel distress, indecisiveness, and fear with regard to discussing their incontinence with a medical professional; and worry about the high cost of diagnosis and treatment interventions.^[8]

In Turkey, Ateşkan et al. have declared that the prevalence of UI in the community is 57.1% in females and 21.5% in males (overall 44,2%), and that it affects the QOL of females more than males.^[11] Arslan et al. have found out that the frequency of UI in hospices is 43% in females and 20.9% in males.^[12] The prevalence of UI in the elderly in community was 62.5% in Suhr's study. In Koyama's study in Japan, incontinence was present in 16.2% of males and 23.2% of females in hospice and 11.3% of females and 4.7% of males in

homebound. In a study by Debus, the frequency was 43–77% among women in nursing homes. [13,14,4]

Irwin et al. stated that the gender ratio in the occurrence of UI was 4:1 in people < 60 years old and 2:1 in those ≥ 60 years old, with a female dominance.[15] In our study, the gender ratio of UI was found to be 1:1 in hospice participants and 4:1 in home participants with female dominance. This difference may result from embarrassment of males to admit the incontinence problem and existence of older age group in the hospice which may be a factor for bringing closer the incontinence rate between genders. [6,12]

In the study by Debus, the most common form of incontinence in women in nursing home was stress incontinence (50%) followed by mixed-type (40%) and just urge incontinence (overactive bladder-20%).[4] In Turkçu's study, the most common type of UI was mixed-type urinary incontinence in women in nursing homes (31.7%).[2] In Ando's study in Japan, urge incontinence was dominant among male patients while urge, stress, or mixed-type incontinence were prevalent in female patients in the institutionalized elderly.[16] In Suhr's study, the most common types of UI were urge-27.6% and stress-27.33% in the home-care.[13] In our study, the most common form was urge incontinence, which was detected in 44% of the home-care participants and 60% of the hospice participants regardless of gender. Similarly other studies have indicated that urge incontinence was the most frequent type in the hospice with a rate of 66.6%. [12,17]

Choo et al., found out that the presence of UI negatively affected the participants' social life and QOL in the community.[18] Accordingly, Özerdoğan et al. detected a medium or low level effect on QOL resulting from UI by using I-QOL.[10] In our study, a medium-level effect of UI on QOL existed in both home and hospice. The fact that UI was regarded as a natural consequence of getting old and other comorbidities preventing elders from giving priority to incontinence symptom may be the reason for this modest effect.

Social life was the most disturbed aspect of QOL in the present study. Ando et al. emphasized that social life was the most affected parameter by UI, in line with our study. [16] There are other studies indicating that the SLR subdomain was deteriorated by incontinence in the community and in the hospice. [17,2]

Temml et al. found out that the UI frequency lowers the QOL in both genders in their research.[20] Several other researchers also stated that QOL significantly deteriorated in relation with the

UI episode frequency ($p < 0.001$).[10,14,17] In our study, incontinence frequency negatively affected general scale score, PE and BR subdomains of the I-QOL in home group and general scale score and PE subdomain of the I-QOL in the hospice group accordingly.

Increase in incontinence output lowered the BR scores of the I-QOL in hospice patients but not in home patients which may be attributed to the social and physical conditions of the hospice such as socializing and eating together in groups and sharing the same environment and bathroom.

Although urge incontinence was the dominant type in our study in both groups, mix-type incontinence had the most effect on QOL as has been demonstrated in other studies. [2,18]

In the analysis, a significant correlation was found between age and the PE subdomain of the I-QOL scale in the hospice participants. Participants aged >75 years had a significantly better PE score than participants between 65 and 75 years of age. This may be due to the lower QOL expectation of the older people, who have multiple comorbidities.

Hospice patients were mostly single or widowed, with significantly lower education levels, and higher smoking and unemployment rates than home patients. Female gender was significantly dominant in home participants whereas male: female ratio was equal in the hospice.

Benlioğlu stated that as the education level increased, the frequency of UI decreased.[21] On the other hand, Kocaöz and Ceyhan et al. did not find any relationship between the education level and UI properties in their studies, in accordance with our current study. [22,17] °

The increase in body weight may be a risk factor for UI due to the increase in the intraabdominal and intravesical pressure. Obesity is also risk for low quality of life. In our study, a body mass index [BMI] ≥ 30 was present in 52% of the home residents and in 44% of the hospice residents but it was not found to effect the I-QOL scores. In several studies, obesity was reported to increase UI severity or lead to UI; however, some studies have not found any significant relation between them. [12,18,19,23]

In the research by Bump and McClish, it was found that smoking increased all types of UI by two or three times.[24] It has been reported that UI may occur because chronic cough development due to smoking may strain the pelvic floor muscles and increase intra-abdominal pressure. Also, the detrimental substances in tobacco smoke have an

irritant effect on the muscles of the bladder. Ozerdoğan reported that there was no relationship between smoking and UI.^[10] Kocaöz declared that the smoking rate was 39% in women with UI.^[22] In our study, 64% of the hospice participants and 16% of the home-care participants smoked regardless of gender and no significant correlation was found with I-QOL.

As a consequence, the incontinence related quality of life between participants from home and hospice were not significantly different. Still quality of life was moderately impaired in both groups predominantly in social life restriction. As a paradox, age above 75 years was a factor that increased ICIQ-SF. Further studies with more patients, measuring prevalence and taking into account gender and environment related factors as having to share a public livingroom and bathroom with others are needed to measure incontinence related quality of life to improve specific conditions.

In this study, we have used ICIQ-SF to diagnose and confirm the type and severity of incontinence and I-QOL to determine its effect on quality of life. There was a strong correlation between the visual analogue scale of ICIQ-SF which measures QOL and the general scale and subdomain scores of I-QOL. This fact has been also pointed out by other researchers.^[2,17,25]

Study limitations

An important limitation of the study is the sample size which is considerably small because some residents of the hospice were away at the time of our survey or were not eligible for the study. Therefore, we could not perform an analytical study measuring the frequency or prevalence. It was not possible to make a distinction between genders in terms of QOL and relevant factors. Another limitation is that the participants were not assessed for depression with Geriatric depression scale before admittance to the study. Since UI may cause depression and vice versa, this could have given more insight to our understanding of I-QOL.

CONCLUSION

Urinary incontinence among elderly persons living at home and the hospice is often unattended by health-care professionals. Both genders, especially males are reluctant to admit and seek solution for this problem which is one of the major factors affecting QOL of the elderly. The incontinence related QOL was similar in home and hospice setting in this study. There was a modest effect on quality life and most affected subdomain for both groups was social life restriction. Incontinence frequency and type were the factors related with QOL at home and hospice

and moreover incontinence output affected the QOL in hospice. Individual factors like marital status, social status, obesity, smoking and education level did not seem to have any effect on I-QOL in both groups although they may have had an impact on incontinence. A community health-care program and public support system are essential for the proper understanding of elderly people's UI problems and for providing a solution for them.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest.

REFERENCES

1. Akman Y, Başar M. Urologic problems in the elderly population. *Turkish Journal Of Geriatrics* 2012; 15 (4): 455–62.
2. Turku G, Kukulu K. Urinary incontinence and quality of life of women living in nursing homes in the Mediterranean region of Turkey. *Psychogeriatrics* 2017; 17(6): 446- 452. Doi: 10.1111/psyg.12271
3. Kwak Y, Kwon H, Kim Y. Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging & mental health* 2015; 15: 1-8.
4. Debus GT, Kastner R. Psychosomatic Aspects of Urinary Incontinence in Women. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 2015; 75: 165-69.
5. Serin K, Görpeliöglü S, Aypak C. Yaşlıların yaşadıkları ortamlara göre yaşam kalitesi ve geriatrik depresyon ölçeği sonuçlarının karşılaştırılması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2019; 23(4):150-56.
6. Durphy K.P, Anesbury B.D.W. A comparison of hospice and home-care patients: Patterns of referral, patient characteristics and predictors of place of death. *Palliative Medicine* 1990;4(2): 105-11.
7. Ergün A, Toptaner N, Bıçakçı T ve ark. Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kalitesi (SF-36) üzerine üriner inkontinansın etkisi. *Akademik Geriatri dergisi* 2011; 3: 159-67.
8. Steeman E, Defever M. Urinary incontinence among elderly persons who live at home: a literature review. *Nurs Clin North Am* 1998; 33: 441-55.
9. Cetinel B, Ozkan B, Can G. The validation study of ICIQ-SF-Turkish version. *Türk Üroloji Dergisi* 2004; 30(3):332-38.
10. Özerdoğan N, Beji NK, Yalçın O. Urinary incontinence : its prevalence, risk factors and effects on the quality of life of women living in a region of Turkey. *Gynecol Obstet Invest* 2004; 58: 145-50.
11. Ateşkan Ü, Mas AR, Doruk H, Kutlu M. Yaşlı Türk Popülasyonunda Üriner İnkontinans: Görülme Sıklığı, Muhtemel Klinik Tipleri Ve Birey Açısından Öneminin Değerlendirilmesi.

- (Urinary incontinence in elderly Turkish population: frequency, clinical types, and its importance for the individual). *Geriatrici* 2000; 3(2): 45-50.
12. Arslan E, Beji NK, Erkan HA, Yalcin O, Gungor F. Urinary incontinence (ui) and quality of life (qol) of the elderly residing in residential homes in Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2009; 49: 304-10.
 13. Koyama W, Koyamagi A, Mihara S, Kawazu S, Uemura T, Nakano H, et al. Prevalence and conditions of urinary incontinence among elderly. *Methods Inf Med* 1998; 37: 151-5.
 14. Suhr R, Lahmann NA. Urinary incontinence in home care: a representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. *Aging Clin Exp Res* 2018; 30: 589-94.
 15. Irwin DE, Milson I, Hunskaar S, Reilly K, Kopp Z, Herschorn S, et al., Population-based survey of urinary incontinence, overactive bladder and other lower tract symptoms in five countries: results of the EPIC study. *Eur Urol* 2006; 50(6): 1306-14.
 16. Ando M, Nagamatsu H, Tanizawa A, et al. Clinical analysis of urinary incontinence in the institutionalized elderly. *Nihon Hinyokika Gakkai Zasshi* 1991; 82 (8): 1299-304.
 17. Ceyhan Ö, Görüş S, Zincir H. Yaşlı bireylerde uyku etkileyen önemli bir problem: inkontinans (an important problem affecting sleep in elderly individuals: incontinence.) *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018; 27: 29-35.
 18. Choo MS, Ku JH, Oh SJ, Lee KS, Paick JS, Seo JT, et al. Prevalence of urinary incontinence in Korean women: an epidemiologic survey. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2007; 18(11): 1309-15.
 19. Velázquez MM, Bustos LHH, Rojas PG, Oviedo OG, Neri RES, Sánchez CC. Prevalence and quality of life in women with urinary incontinence. A population base study. *Ginecol Obstet Mex* 2007; 75(6): 347-56.
 20. Temml C, Haidinger G, Schmidbauer J, Schatzl G, Madersbacher S. Urinary incontinence in both sexes: prevalence rates and impact on quality of life and sexual life. *Neurourol Urodyn* 2000; 19: 259-71.
 21. Benlioglu C. Kahramanmaraş İl merkezli 15 yaş üzeri kadınlarda Üriner İnkontinans Prevalans Çalışması (Tez). (Prevalence study on urinary incontinence in women over 15 years in Kahramanmaraş) (Thesis). Kahramanmaraş: Sutcu Imam Univ; 2006; 47-60.
 22. Kocaöz S. Etimesgut İl No'lu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Kadınlarda Stres Üriner İnkontinans Yaygınlığı ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi (Tez). (Prevalence and risk factors of stress urinary incontinence in women in Etimesgut Health Center, No:2) (Thesis) Ankara: Hacettepe Univ; 2001; 35-42.
 23. Filiz TM, Uludag C, Cınar N, Görpelioğlu S, Topsever P. Risk factors for urinary incontinence in Turkish women. A cross-sectional study. *Saudi Med J* 2006; 27: 1688-92.
 24. Bump RC, McClish DK. Cigarette smoking and urinary incontinence in women, *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167: 12-13.
 25. Mertoğlu O, Şahin A, Altok M, Zorlu F. Is ICIQ-Short form in Turkish efficient to evaluate quality of life in women with urinary incontinence? Comparison with I-QOL form. *Turk J Urol* 2008; 34: 332-34.



Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler

The Relationship Between Risk of Depression Levels and Disease Management Individuals with Chronic Diseases and Affecting Factors

Fatma Aytap¹, Zülfünaz Özer^{2*}

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to evaluate the relationship between the risk of depression and the self-care management, and the factors affecting individuals with chronic diseases applying to Family Health Centers. **Methods:** 418 individuals with chronic diseases presenting to FHCs between January-March 2020 constitute the sampling of this descriptive-relationship seeking research. The data have been collected through "Personal Data Form", "Beck Depression Inventory (BDI)" and "Self-Care Management Scale in Chronic Illnesses (SCMP-G Questionnaire). **Results:** The mean age of the participants was 62.1±5.73 and 56.7 % of them were female. 81.9% of the participants were married and 96.1% were with children. 23.4% of the participants were primary school graduates and 60.5% were not working. When the depression levels of the participants were evaluated, it was found that 16.5% of them suffered from low-grade depression, 12.7% from mild depression, 66.5% from moderate depression and 4.7% from severe depression. The BDI average was found to be 18.56±6.82 and the SCMP-G average was 107.38±8.48, and the averages for sub-scales were noted as 61.21±8.48 for self-care and 46.17±8.48 for social protection. The depression levels of the advanced age, the single, the unemployed, the individuals with low-incomes are found to be high. The advanced age, women, the single, the individuals with high incomes have scored high SCMP-G scores (p<0,05). A moderate negative relationship was identified between BDI and SCMP-G (p=0,000). **Conclusion:** It has been detected that the individuals who have a chronic disease live a medium-level risk of depression and their self-care management has been considered in a good way. Individuals' age, marital status, employment status, income level the risk of depression; age, gender, marital status and income status also negatively affect self-care management. It has been detected that as the risk of depression levels of individuals increase, their self-care management decrease.

Key words: Chronic diseases, depression, self-care, disease self management

ÖZET

Amaç: Araştırma, Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Tanımlayıcı-ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışmanın örneklemini, Ocak-Mart 2020 tarihleri arasında Aile Sağlığı Merkezine başvuran 418 kronik hastalığı olan bireyler oluşturmaktadır. Veriler "Kişisel Bilgi Formu", "Beck Depresyon Envanteri (BDE)" ve "Kronik Hastalıklarda Öz Bakım Yönetimi Ölçeği" (SCMP-G) aracılığıyla toplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 62,1±5,73 olup %56,7'sinin kadın, %81,9'unun evli, %96,1'inin çocuğunun olduğu, %23,4'ünün ilkökul mezunu, %60,5'inin çalışmadığı tespit edilmiştir. Katılımcıların depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde %16,5'inin minimal düzeyde depresyona, %12,7'sinin hafif düzeyde depresyona, %66,5'inin orta düzeyde depresyona ve %4,3'ünün ise şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu görülmüştür. BDE toplam puan ortalaması 18,56±6,82 olarak saptanmıştır. SCMP-G'nin toplam puan ortalaması 107,38±8,48, öz koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması 61,21±8,48, sosyal koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması 46,17±8,48 bulunmuştur. İleri yaşta olanların, bekâr olanların, çalışmayanların, gelir durumu kötü olanların, depresyon riski yüksek bulunmuştur. İleri yaşta olanların, kadınların, bekâr olanların, gelir durumu çok iyi olanların SCMP-G puanları yüksektir (p<0,05). BDE ile SCMP-G arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (p=0,000). **Sonuç:** Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon riski orta; öz bakım yönetimleri iyi düzeyde değerlendirilmiştir. Bireylerde yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu depresyon riski düzeylerini; yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu da öz bakım yönetimini olumsuz etkilemektedir. Bireylerin depresyon düzeyleri arttıkça öz bakım yönetimlerinin azaldığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Kronik hastalık, depresyon, öz bakım, hastalık öz yönetimi

Received / Geliş tarihi: 01.09.2020, Accepted / Kabul tarihi: 01.01.2021

¹İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İSTANBUL
(ORCID: 0000-0002-0051-3063)

²İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İSTANBUL (ORCID: 0000-0002-2431-2346)

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul-TÜRKİYE
Cep Tel: 02126928978
E-posta: zulfunazozzer@gmail.com

Aytap F, Özer Z. Kronik Hastalığı Olan Bireylerde Depresyon Riski ile Hastalık Öz Yönetimi Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler. TJFMPC, 2021;15(2): 212-222.

DOI: 10.21763/tjfm.788814

GİRİŞ

Yüksek ölüm oranları ve sağlık harcamalarındaki aşırı artış ile kronik hastalıklar, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Kronik hastalıkla yaşayan bir kişi daha erken emekli olmakta, daha az çalışmakta, daha çok işsiz kalmakta, cebinden daha fazla sağlık harcaması yapmakta ve evine daha az para getirmektedir. Öte yandan, ulusal sağlık bütçelerinin giderek artan bir bölümü kronik hastalıklara ayrılmaktadır.^{1,2} Ayrıca kronik hastalıklar, bireylerde fizyolojik, psikolojik, sosyal problemler oluşturmaktadır.^{3,4} Bütün kronik hastalıklarda, bireyler hastalığın gidişatı ve yaşanabilecek olumsuz durumlar açısından ciddi düzeyde anksiyete yaşamaktadır.⁵ Kronik hastalıklar ve meydana gelen komplikasyonlar bireyin fonksiyonel kapasitesinin azalmasına, çalışma performansının düşmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına ve sosyal izolasyona neden olurken; ailenin yaşam tarzı ve ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir.⁶ Kronik hastalıklarda en sık görülen duygu durum bozukluğu depresyondur.⁷ Depresyon, bireylerde hüznün, bunaltı gibi duyguların gelişmesi ile birlikte, düşünce, ifade eylemlerinde durgunluk, isteksizlik, karamsarlık ve fizyolojik hareketlerde gerileme olarak değerlendirilmektedir.⁸ Depresyonda bireyler, eski güçlerinin bulunmadığını, cansız ve enerjilerinin tükendiğini ifade etmektedirler. Depresyon sürecinde hastaların fiziksel problemlerinde artış (tansiyon ve kan şekeri düzensizliği gibi) görülmektedir.^{9,10} Depresyon hipertansiyon, koroner kalp hastalıkları ve Diyabetes Mellitus (DM) gibi kronik hastalıkların kontrolünü güçleştirmektedir.⁹ Ülkemizde yapılan çalışmalara göre en az 22 milyon kişinin bir veya birden fazla kronik hastalığı olduğu ve kronik hastalık tanısı konulan her üç kişiden birinde ise depresyon semptomları görüldüğü bildirilmiştir.^{1,2} Bazı hastalarda karmaşık ve sinsi belirtiler görüldüğü için depresyon tanısı koymak çok zor olabilmektedir.⁷ Depresyon, hastaların tedavi ve rehabilitasyon programlarına istekle katılmalarını engellemekte ve tedaviye uyumlarını olumsuz etkilemektedir.^{11,12} Ayrıca depresyon kişilerde kötü öz bakım ve sağlık harcamalarında artış gibi sıkıntılara neden olmaktadır.¹¹

Kronik hastalığa eşlik eden depresyon genellikle sağlık personeline atlanmakta ve tedavi edilmemektedir.¹³ Depresyonda bulunan bireylerin özgüven kaybı yaşadıkları, dikkatlerini toplamakta güçlük çektikleri, okuma esnasında odaklanmada zorlandıkları, unutkanlık ve dalgınlık yaşadıkları, bu durumun basit kararların bile alınmasında güçlük yaşanmasına neden olduğu öne sürülmektedir.⁹

Kronik hastalıkların giderek artması, öz bakım yönetimin önemini arttırmaktadır. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi içinde; tedavinin sürekliliğini sağlama, diyetle uyuma ve hastalıkla ilgili

yaşam aktivitelerini yapabilme yer almaktadır. Öz bakım, bireylerin fiziksel, zihinsel ve duygusal sağlığı yükseltmesi ve hastalıkları önlemesi için bakım aktivitelerine direkt olarak katılımları ve bireysel olarak performans gösterebilmeleri olarak tanımlanmaktadır.¹⁴ Yeterli öz bakım gücüne sahip birey, öz bakım ihtiyaçlarını kendine yetecek şekilde karşılayabilecek, sağlığıyla ilgili sorumlulukları alabilecek ve başka bireylere bağımlı olmadan günlük yaşam aktivitelerini yapabileceklerdir.^{15,16,17} Ayrıca hastalar hastalık semptomlarını tanıyabilecek, değerlendirebilecek ve semptomla yönelik girişimde bulunabilecek ve bu girişimin etkili olup olmadığını değerlendirebilecektir.¹⁸

Kronik hastalıklar bakım yöntemi, primer sağlık hizmetleri ve sağlığın korunmasını içeren uygulamaları kapsamaktadır. Burada genel amaç, kronik rahatsızlık yaşayan bireylerin, gündelik bakımlarını akut ve tedavi odaklı, koruyucu ve toplum odaklı olarak planlı yürütebilmektir.¹⁹ Kronik hastalıklar bireyin uyum kapasitesini değiştiren başlıca stresörlerden olmakla birlikte, beraberinde getirdiği birtakım faktörler (tedaviler, ilaçlar, aile ilişkilerinde bozulma, beden imajında değişiklik, ağrı vs.) stresör kaynağı olabilmektedir. Bu nedenle kronik hastalıkların yönetimi, fizyolojik sorunların yönetiminin yanı sıra psiko-sosyal problemlerin yönetimini de kapsamaktadır.²⁰

Kronik hastalıkların yönetilmesi bilgi ve planlama becerisi gerektiren, zaman alıcı oldukça güç bir durumdur.²¹ Kronik hastalığı olan kişiler, yıllarca hastalıklarıyla yaşamak zorundadırlar. Bu yüzden hastaların diyet, egzersiz, kendi kendine cihaz kullanımı gibi uygulamaları yapması gerekmektedir. Yani hasta kendini yönetebilir olmalıdır. Öz bakım yönetim desteğinin sağlanmasında birinci basamak ekip hizmeti, hastaların aileleri ve yakın çevresi ile hastanın öz bakım yönetim güveni ve becerisi kazanmasında işbirliği içinde olmalıdırlar.²²

Sağlık profesyonelleri arasında, kronik rahatsızlıkların bakım sürecinde gözlenen mesleki liderlik tutumları ile birinci basamak ekibin önemli bir parçası olan hemşirelere, kronik rahatsızlık taşıyan bireylerin tanılanan problemlerine dair danışmanlık, rehabilitasyon ve kişiye özgü eğitimlerin saptamasını gerçekleştirerek hastalık öz bakım yönetiminde oldukça büyük sorumluluk düşmektedir.²³ Birinci basamak ekip hizmetleri, kronik hastalıklara yönelik yenilikçi çözümlerle hastaların ve ailelerin yaşamlarında olumlu değişiklikler sağlayabilmektedir.²¹ Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN) 2010 yılı temasında hemşireleri kronik bakımın öncüsü olarak belirtmiş, bütün hemşireleri kronik hastalıklarla mücadelede çağırıştır. ICN'e göre kronik hastalıklarla daha iyi mücadele

edebilmek için, birinci basamak ekip hizmetlerin her ne şekilde olursa olsun uygun rol modellerle topluma sağlıklı davranışlar kazandırması, birinci basamak ekip hizmeti devamlılığını sağlaması, ekip üyelerinin bilgisini arttırması gerekmektedir.²⁴

Birinci basamak ekip hizmetine, kronik hastalık tanılı bireylerin var olan veya sonradan gelişebilecek depresyon sorunlarının çözümlenmesinde, hastalıkları ve yaşam şekli değişikliklerine bireylerin uyum sağlamalarına yardımcı olmakta büyük sorumluluk düşmektedir.²¹ Bu uyum sağlama durumu ancak öz bakım yönetimlerinin artırılması ile yapılabilmektedir. Bu durum kronik hastalık tanılı bireylerin depresyon ve öz bakım yönetimi düzeyinin bilinmesi ile mümkündür. Literatürde kronik hastalıklarda depresyon riskleri ile öz bakım yönetimi sürecini birlikte inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanılamamıştır. Bu çalışma; kronik hastalığı olan bireylerin depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEMLER

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı-ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen bu araştırma, 2 Ocak 2020-10 Mart 2020 tarihleri arasında İstanbul'da dört Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) gerçekleştirilmiştir. Belirtilen tarihler arasında, çalışmaya dahil edilme kriterlerine uyan 418 birey ile veri toplama işlemi tamamlanmıştır. Örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığını belirlemek için GPower 3.1 programında çalışmanın güç analizi hesaplanmış ve %95 güç ve 0.05 hata payı ile 0.354 etki büyüklüğü elde edilmiştir. Örneklem büyüklüğünün yeterli olduğu görülmüştür.²⁵

Dahil Edilme Kriterleri;

- En az altı aydır kronik hastalık tanısı almış olması,
 - Veri toplama araçlarının cevaplayabilecek bilişsel yeterliliği olması,
 - Çalışmaya katılmaya gönüllü olması,
- #### Dahil Edilmeme Kriterleri;
- İletişim probleminin olması (işitme, dil, anlama vb.)
 - Herhangi bir ruhsal sorununun olması (Hasta kayıtları kontrol edildi)

Veri Toplama Araçları

Veriler "Tanıtıcı Bilgi Formu", "Beck Depresyon Envanteri" ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu

Formda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma durumu, sosyal güvencesi, gelir durumu ve mevcut kronik hastalığı ile ilgili 8 soru bulunmaktadır.

Beck Depresyon Envanteri (BDE)

Beck (1961) tarafından geliştirilen ölçek, depresyon yönünden riski belirlemek ve depresyon belirtilerinin düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır.²⁶ Ölçek 21 belirti kategorisini içermektedir. Öçekten alınan puan aralığı 0-63 arasında değişmektedir. 0-9 puan minimal depresyon, 10-16 puan hafif depresyon, 17-29 puan orta depresyon, 30-63 puan şiddetli depresyon yaşadığını belirtmektedir. Öçekten alınan toplam puan arttıkça kişinin depresyon belirti riski yükselmektedir.²⁷ Hisli (1989) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,74 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada, Cronbach alfa katsayısı 0,87 bulunmuştur.

Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği (SCMP-G)

Kronik hastalıklarda, öz bakım yönetimini değerlendirmek amacı ile 2001 yılında Jones tarafından geliştirilmiştir.²⁸ 35 maddeden oluşan ölçek beşli likert (1=hiç katılmıyorum, 5=kesinlikle katılıyorum) tipindedir. Ölçeğin öz koruma (2, 6, 8, 11, 15, 18, 19, 20, 22, 23 ve 25-34 arasındaki maddeler) ve sosyal koruma (1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17, 21, 24 ve 35. maddeler) olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Öçekte yer alan 3., 15., 19. ve 28. maddeler ters puanlanmaktadır. Öçekten alınabilecek toplam puanlar SCMP-G için 35-175 puan, öz koruma için 20-80 puan, sosyal koruma için 15-60 puan arasında değişmekte olup, puanın artması bireyin öz bakım yönetiminin de arttığını ifade etmektedir.²⁹ Hançerlioğlu ve Aykar (2018) tarafından Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği yapılan SCMP-G ölçeğin genel Cronbach alfa değerleri 0,75, öz koruma alt boyutu için 0,78, sosyal koruma alt boyutu için 0,78'dir.²⁹ Bu çalışmada, SCMP-G'nin Cronbach alfa değerleri 0,89, öz koruma alt boyutu için 0,85, sosyal koruma alt boyutu için 0,88 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacı tarafından ASM'lere başvuran kronik hastalığı olan bireylerle yüz yüze görüşme tekniğiyle toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22 paket program kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Verilerin

normal dağılıma uygunluğu Skewness ve Kurtosis ile değerlendirilmiştir. Skewness ve Kurtosis değerlerine göre normal dağılıma (-2 ile +2 arasında) sahip olan verilerin analizinde parametrik, normal dağılıma sahip olmayanlarda ise parametrik olmayan testler kullanılmıştır.³⁰

Araştırmanın bağımlı değişkeni olan depresyon ve öz-bakım yönetimi düzeylerinin ikiden fazla bağımsız değişkene (kronik hastalıklar) göre analizi için ANOVA ve Kruskal Wallis testi yapılmıştır. Anova ve Kruskal-Wallis testindeki farklılıkları belirlemek amacıyla Bonferonni düzeltmesi kullanılmıştır. Beck Depresyon Envanteri ve Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ve alt boyut puanları arasındaki ilişki Pearson korelasyon testi ile analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında, %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmayı yapabilmek için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan (2019/09 sayılı karar) etik kurul izni alınmıştır. İlgili ASM'lerden çalışmanın yapılmasına ilişkin İl Sağlık Müdürlüğünden kurum izni (22.12.2020 tarih ve E.2067 sayılı) alınmıştır. Katılımcı kronik hastalığı olan bireylere araştırma öncesinde araştırmanın amacına yönelik açıklama yapıldıktan sonra bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı izinler alınmış ve anket formu uygulanmıştır. Bu çalışma, Helsinki Bildirgesi'nin etik standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmiştir. Gönüllü katılımcılar çalışmaya dahil edilmiş ve kişisel kimlik bilgileri gizli tutulmuştur.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 62,1±5,73 olup %56,7'sinin kadın, %81,9'unun evli, %23,4'ünün ilkökul mezunu, %60,5'inin çalışmadığı, %89'unun sağlık güvencesinin olduğu, %48,1'inin gelir durumunun orta olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Tablo 2'de kronik hastalığa sahip bireylerin sosyodemografik özelliklerine göre, BDE ve SCMP-

G puan ortalamalarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Aile Sağlığı Merkezine başvuruda bulunan ve kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin BDE puan ortalamaları değerlendirildiğinde; bekarların, çalışmayanların, gelir durumu kötü olanların BDE puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0,05). Yaş ile BDE arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (r=0,155; p<0,05). Yaş ile SCMP-G alt boyutları olan öz koruma ve sosyal koruma arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir (r=-0,222, p<0,05; r=-0,133, p<0,05). Kronik hastalığa sahip bireylerden bekar olanların, gelir durumu çok iyi olanların SCMP-G ve alt boyutu olan öz koruma puan ortalamalarının; kadınların SCMP-G ve alt boyutu olan sosyal koruma puan ortalamalarının; evlilerde ise sosyal koruma puan ortalamalarının yüksek olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 2; p<0,05).

Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde; %16,5'inin (n=69) minimal düzeyde depresyona sahip olduğu, %12,7'sinin (n=53) hafif düzeyde depresyona sahip olduğu, %66,5'inin (n=278) orta düzeyde depresyona sahip olduğu ve %4,3'ünün (n=18) şiddetli düzeyde depresyona sahip olduğu tespit edilmiştir. BDE puan ortalaması 18,56±6,82 olarak bulunmuştur. Tablo 3'de araştırmaya katılan hastaların mevcut kronik hastalıklarının dağılımları, kronik hastalıklar ile BDE karşılaştırılması yer almaktadır. Kronik hastalığa sahip bireylerin %35,4'ünün hipertansiyon ve diyabet hastalıkları, %33,7'sinin ise kalp hastalıkları olduğu tespit edilmiştir. Kalp hastalıkları olan hastaların, diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre minimal düzeyde depresyon (p<0,05) ve BDE (p<0,05) düzeylerinin çok daha yüksek olduğu saptanmıştır. Kas-İskelet sistemi hastalıkları olan hastaların, diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre hafif düzeyde depresyon (p<0,05) oranlarının çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diyabet hastalıkları olan hastaların, diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre orta düzeyde depresyon (p<0,05) oranlarının çok daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 1. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyodemografik Özellikleri (n=418)

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	237	56,7
	Erkek	181	43,3
Medeni Durum	Evli	335	80,1
	Bekâr	83	19,9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	56	13,4
	Okur-Yazar	70	16,7
	İlkökul	98	23,4

	Ortaokul	68	16,3
	Lise	94	22,5
	Üniversite	32	7,7
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	253	60,5
	Tam Zamanlı Çalışıyor	135	32,3
	Yarı Zamanlı Çalışıyor	30	7,2
Sağlık Güvencesi	Var	372	89,0
	Yok	46	11,0
Gelir Durumu	Çok Kötü	21	5,0
	Kötü	115	27,5
	Orta	201	48,1
	İyi	69	16,5
	Çok İyi	12	2,9

Tablo 2. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre BDE ve SCMP-G Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

		BDE*	Öz Koruma	Sosyal Koruma	SCMP-G**
Yaş	r	,155	-,225	-,133	-,250
	İstatiksel analiz***	p=,002	p=,000	p=,007	p=,000
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Cinsiyet	Kadın	18,86±6,52	61,46±8,35	47,11±8,51	73,59±8,21
	Erkek	18,16±6,43	60,87±8,36	44,95±8,40	70,82±8,29
	İstatiksel analiz****	t=1,03 p=,300	t=,89 p=,370	t=4,92 p=,000	t=3,35 p=,001
Medeni Durum	Evli	17,56±6,42	61,48±8,37	46,32±8,54	107,80±8,3
	Bekar	20,08±6,48	62,74±8,36	45,62±8,50	108,38±8,4
	İstatiksel analiz****	t=7,25 p=,012	t=11,24 p=,000	t=9,57 p=,002	t=49,62 p=,009
Eğitim Durumu	Okur-Yazar Değil	21,21±6,35	46,98±8,12	58,91±8,24	105,89±8,6
	Okur-Yazar	21,50±6,39	47,41±8,39	58,07±8,56	105,48±8,6
	İlkokul	19,97±6,46	44,62±8,38	60,72±8,25	105,34±8,5
	Ortaokul	17,97±6,32	46,08±8,35	61,92±8,18	108,01±8,6
	Lise	15,82±6,33	46,75±8,40	63,15±8,26	109,91±8,6
	Üniversite	12,43±6,38	45,34±8,34	66,34±8,32	111,68±8,6
	İstatiksel analiz****	F=14,25 p=,124	F=45,25 p=,058	F=35,45 p=,187	F=21,21 p=,258
Çalışma Durumu	Çalışmıyor	21,31±6,35	105,69±8,2	59,49±8,28	46,19±8,28
	Tam Zamanlı Çalışıyor	13,51±6,38	110,20±8,2	64,41±8,20	45,78±8,26

	Yarı Zamanlı Çalışıyor	18,06±6,13	109,03±8,2	61,23±8,24	47,80±8,27
	İstatiksel analiz****	F=13,69 p=,018	F=10,36 p=,087	F=14,56 p=,082	F=25,36 p=,054
Sağlık Güvencesi Durumu	Var	18,40±6,31	107,18±8,4	61,25±8,54	45,93±8,46
	Yok	19,84±6,38	109,07±8,4	60,86±8,84	48,19±8,41
	İstatiksel analiz****	t=1,12 p=,214	t=1,56 p=,259	t=3,25 p=,069	t=4,56 p=,288
Gelir Durumu	Çok Kötü	21,28±6,35	55,85±8,42	48,47±8,41	69,33±8,24
	Kötü	21,99±6,38	57,53±8,42	47,41±8,36	69,95±8,26
	Orta	19,34±6,39	61,20±8,38	45,88±8,25	72,10±8,14
	İyi	11,66±6,27	67,13±8,46	44,34±8,19	76,47±8,16
	Çok İyi	7,75±6,30	71,75±8,28	45,75±8,36	82,50±8,28
	İstatiksel analiz****	F=49,77 p=,000	F=15,23 p=,000	F=14,36 p=,148	F=12,65 p=,000

*Beck Depresyon Envanteri **SCMP-G: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği***Pearson korelasyon testi **** ANOVA Testi

Tablo 3. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin Hastalık Türüne Göre Depresyon Riski Düzeyi ve Toplam BDE Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	N (%)	Minimal Düzeyde Depresyon	Hafif Düzeyde Depresyon	Orta Düzeyde Depresyon	Şiddetli Düzeyde Depresyon	Beck Depresyon Envanteri Toplam
		Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kalp Hastalıkları	141 (33,7)	8,64±0,81	13,5±3,09	20,84±1,55	0±0	19,26±6,29
Hipertansiyon	148 (35,4)	8,57±0,51	12,22±2,67	21,2±1,73	34,46±3,26	16,78±6,35
Diyabet	148 (35,4)	8,04±1,36	10,53±0,51	21,84±1,85	0±0	17,25±6,33
Solunum Sistemi Hastalıkları	34 (8,1)	0±0	13±0	22,41±3,25	0±0	16,25±6,28
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	119 (28,5)	6,46±3,13	14±2,24	21,52±1,98	35±4,14	18,69±6,27
Kronik Böbrek Yetmezliği	26 (6,2)	0±0	0±0	21,57±1,91	32±0	18,02±6,25
Diğer*	45 (10,8)	6,29±2,71	10±0	19,32±1,07	0±0	17,23±6,37
	İstatiksel analiz	***p=0,001	***p=0,022	***p=0,001	p=0,458	**p=0,016

p<0,05 *Baş Ağrısı, Migren, Ülsür, Gastrit **ANOVA Testi ***Kruskal Wallis Testi

Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği toplam puan ortalaması 107,38±8,48, öz koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması 61,21±8,48, sosyal koruma alt boyutu için toplam puan ortalaması 46,17±8,48 bulunmuştur. Tablo 4'de kronik hastalığa sahip bireylerin kronik hastalıklar ile SCMP-G ve alt boyutlarının karşılaştırılması yer almaktadır. Kronik rahatsızlıklara göre SCMP-G ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; solunum sistemi hastalıkları olanların (p<0,05) SCMP-G öz koruma puanlarının;

kas-iskelet sistemi hastalığı olanların (p<0,05) SCMP-G sosyal koruma alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet hastalığı olan (p<0,05) hastaların, diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre SCMP-G ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Tablo 5'de BDE ve SCMP-G ve alt boyutları ile aralarındaki ilişkileri test edebilmek için gerçekleştirilmiş olan korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. BDE ile SCMP-G arasında

negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,481$, $p<0,05$). BDE ile SCMP-G alt boyutu olan öz

koruma arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,652$, $p<0,05$).

Tablo 4. Kronik Hastalığa Sahip Bireylerin hastalık türü ile SCMP-G ve Alt Boyutları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	Öz Koruma	Sosyal Koruma	SCMP-G*
	Ort±SS	Ort±SS	Ort±SS
Kalp Hastalıkları	60,64±8,45	46,16±8,42	102,50±8,43
Hipertansiyon	62,64±8,42	46,21±8,54	106,65±8,51
Diyabet	60,65±8,43	46,23±8,56	109,16±8,19
Solunum Sistemi Hastalıkları	69,88±8,37	45,28±8,42	105,01±8,25
Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları	63,86±8,34	46,63±8,46	107,90±8,26
Kronik Böbrek Yetmezliği	60,58±8,29	46,07±8,63	106,62±8,39
Diğer*	65,58±8,43	45,78±8,52	108,25±8,43
	***p=0,025	***p=0,048	***p=0,041

$p<0,05$ *SCMP-G: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği **Baş Ağrısı, Migren, Ülser, Gastrit
***ANOVA Testi

Tablo 5. BDE ile SCMP-G ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki***

		BDE*	SCMP-G**	Öz Koruma	Sosyal Koruma
BDE	r	1	-,481	-,652	,066
	p	-	,000	,000	,177

$p<0,05$ *Beck Depresyon Envanteri **SCMP-G: Kronik Hastalıklarda Öz-Bakım Yönetimi Ölçeği ***Pearson korelasyon testi

TARTIŞMA

Bu çalışma, Aile Sağlığı Merkezine başvuran kronik hastalığı olan bireylerin depresyon riski ile hastalık öz yönetimi arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen bulgular literatür kapsamında tartışılmıştır.

Kronik hastalığa sahip bireylerin depresyon düzeyleri değerlendirildiğinde, BDE'den alınan puanın 17-29 aralığında olması orta düzeyde depresyon riskini belirttiğinden dolayı, bu çalışmada hastalarda orta düzeyde depresyon riski tespit edilmiştir. Aba ve Tel (2012) tarafından gerçekleştirilmiş olan çalışmada kronik hastalığı

bulunan kişilerin depresyon düzeyleri incelendiğinde, araştırmaya katılan katılımcıların tamamına yakınının orta düzeyde depresyona sahip olduğu tespit edilmiştir.³¹ Sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerle yapılan çalışmada, hastaların büyük çoğunluğunun depresyon yönünden risk altında olduğu belirtilmiştir.³² Koç ve Sağlam (2011) kronik hastalığı olan yaşlı bireylerle yaptığı çalışmaların, depresyon düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir.³³ Bu çalışma ile literatür bulguları benzer niteliktedir.

Kalp hastalıkları olan hastaların, diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre depresyon düzeylerinin çok daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aydemir ve ark. (2015) kronik kalp hastalarının depresyon düzeylerinin, kronik solunum

hastalarına göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir.³⁴ Yapılan bir derlemede depresyonun, kardiyovasküler hastalarında çok daha yaygın olduğu ve nedeninin daha yüksek mortalite ve morbidite oranları ile bağlantılı olduğu belirtilmiştir.³⁵

Kronik hastalığa sahip bireylerden bekarların, çalışmayanların, gelir durumu kötü olanların daha yüksek depresyon düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Aba ve Tel (2012) tarafından yapılan çalışmada da, bekarların depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.³¹ Depresyon vakalarında, düşük sosyoekonomik statü, yalnız yaşamak, kronik hastalık, günlük yaşam aktivitelerinde kısıtlılık gibi faktörlerin hazırlayıcı faktörler olduğu belirtilmektedir.^{9,20} Literatür değerlendirildiğinde, çalışmada da benzer sonuçlara ulaşıldığını söylemek mümkündür.

Kronik hastalığa sahip bireylerin, öz bakım yönetim düzeyleri değerlendirildiğinde, ölçekten alınabilecek puan aralığının 35-175 arası olduğu düşünüldüğünde SCMP-G'nin toplam puan ortalamasının yüksek olduğu ve öz bakım yönetiminin iyi düzeyde olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada, hastaların SCMP-G puan ortalamalarının 111,03±10,55, öz koruma alt boyut puan ortalamasının 66,19±6,84 ve sosyal koruma alt boyutunun puan ortalamasının 44,83±7,14 olduğu belirlenmiştir.³⁶ Doğan ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada SCMP-G puan ortalamalarının 128,34±12,52, öz koruma alt boyut puan ortalamasının 77,5±8,01 ve sosyal koruma alt boyut puan ortalamasının 50,84±8,05 olduğu bildirilmiştir.³⁷ Çalışma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar hastaların öz bakım yönetimini önemsediklerini göstermektedir.

Kronik hastalığa sahip bireylerin SCMP-G alt boyut puanları değerlendirildiğinde; bekarların ve gelir durumu çok iyi olanların öz koruma puan ortalamaları; kadınların ve evli olanların da sosyal koruma puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Özdelikara ve ark.'nın (2020) yaptıkları çalışmada, hastaların sosyodemografik özellikleri ile öz koruma ve sosyal koruma alt boyut puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.³⁶ Çalışmanın yapıldığı popülasyonun farklı olması, araştırma sonuçlarının literatürden farklı bulunmasının nedeni olarak düşünülmektedir. Çalışmaya katılan bireylerin hastalıkları ile ilgili tedavi ve yaşam biçimi değişikliklerine uyum sağlayıp, öz korumayı iyi yönettikleri söylenebilir. Evli bireylerin hastalıkları ile ilgili ailelerinden aldıkları desteğin iyi olduğu söylenebilir. Kronik rahatsızlığı bulunan kişilerin SCMP-G puan ortalamaları değerlendirildiğinde; kadınların, bekâr olanların, gelir durumu çok iyi olanların SCMP-G puanları daha yüksek bulunmuştur. Özdelikara ve ark. (2020) yaptığı

çalışmada, kadın hastaların öz bakım yönetimi toplam puan ortalaması, erkek hastalara göre daha yüksek bulunmuştur.³⁶ Karadut'un yaptığı araştırmada, bu çalışmaya benzer şekilde evli hastaların öz bakım gücü bekârlara göre daha düşük olduğu belirtilmiştir.³⁸ Yapılan farklı bir çalışmada da, gelir durumunun kronik hastalık yönetimini olumsuz etkilediği bildirilmiştir.³⁹ Çalışma sonucu literatürle benzer bulunmuştur. Kadınların, toplumdaki bakım verme rollerinden dolayı kendi bakımlarını iyi yönettikleri düşünülmektedir. Evli bireylerin ise sorumluluklarının fazla olması, öz bakıma yeteri kadar zaman ayıramamasına neden olabilmektedir. Hastaların sosyo-ekonomik düzeyinin düşük olması, tedavisi için gerekli olan kaynaklara ulaşımını kısıtlamakta ve hastalık yönetimini zorlaştırdığı düşünülmektedir.

Kronik rahatsızlıklara göre SCMP-G ölçeği ve alt boyutları değerlendirildiğinde; solunum sistemi hastalıkları olanların SCMP-G öz koruma puanlarının; kas-iskelet sistemi hastalığı olanların SCMP-G sosyal koruma alt boyut puanlarının diğer katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diyabet hastalığı olan hastaların diğer kronik rahatsızlığı olan hastalara göre SCMP-G ölçek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada kronik kalp yetersizliği olan hastaların öz koruma, sosyal koruma ve SCMP-G puanlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.³⁶ Hançerlioğlu ve ark. (2019) yaptıkları çalışmada, kronik kalp yetersizliği olan hastaların SCMP-G puanlarının daha yüksek olduğunu belirtmiştir.⁴⁰ Çalışma sonuçları literatürden farklı bulunmuştur. Diyabet bakımının %98'inin öz-bakımdan oluşması hastanın kendi üzerine düşen sorumluluğu artırmaktadır.⁴¹ Diyabetli bireylerin sorumluluklarını yerine getirerek, hastalıkla etkin bir şekilde başa çıkabildikleri ve öz-bakım yönetim davranışlarını iyi geliştirdikleri düşünülmektedir.

Bu çalışmada, yaş ile BDE arasında pozitif yönlü çok zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Yaş arttıkça depresyon puanlarının arttığı saptanmıştır. Yapılan farklı çalışmalarda da, yaş ilerledikçe depresyon düzeyinin arttığı gösterilmiştir.^{32,34,42,43} Yaş ile SCMP-G ve alt boyutları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada, kronik rahatsızlığı bulunan hastalarda yaş gruplarına göre öz bakım gücünde farklılık olduğu, öz bakım gücünün 40 yaş ve altı grupta yüksek, 60 yaş ve üstü grupta düşük olduğu saptanmıştır.⁴⁴ Özdelikara ve ark. (2020) yaptıkları çalışmada, yaş arttıkça SCMP-G ve alt boyut puanlarının azaldığını bildirmiştir. Bireylerde yaşlanma ile birlikte ortaya çıkan problemler kronik hastalıkların öz bakım yönetimini zorlaştırabilmektedir.³⁶

Beck Depresyon Envanteri ile SCMP-G ve alt boyutu olan öz koruma arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki tespit edilmiştir. Bu ilişki depresyonun artması ile birlikte, kronik hastalığı bulunan kişilerin öz bakım yönetim becerilerinin düştüğünü göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, kronik rahatsızlığı bulunan yaşlı hastalarda depresyonun öz bakım davranışlarını olumsuz etkilediği ve öz bakımın korunmadığı bildirilmiştir.⁴⁵ Tıbbi hastalıklarda (fiziksel hastalık) depresif semptomlar yaygın olmakla birlikte, çoğunlukla hastalık belirtileri ile karışabildiğinden ya da belirtiler önemsenmediğinden göz ardı edilebilmektedir. Oysaki fiziksel hastalığa eşlik eden depresyon; hastaların uyumunu, tedaviye yanıtını, fiziksel hastalığın seyrini olumsuz olarak etkilemektedir.¹⁰ Kronik rahatsızlıklar yaşamın her yönünü etkileyen uzun süreli hastalıklardır. Kronik rahatsızlıkları bulunan hastalarının hastalık süreci ve hastalık semptomları üzerinde kontrol sağlayabilmeleri için öz bakım davranışlarını düzenli ve etkin yapmaları gerekmektedir.³⁶ Kronik hastalıklar bireyin bağımlılığının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca depresyon da bireyi çok yönlü etkilediğinde önemli düzeyde yeti yitimine neden olmaktadır. Yeti yitimi hastaları aktivitelerinde kısıtlılık yaparak enerji tüketimlerini sınırlamaya zorladığından hastaların öz bakım gücü olumsuz etkilenmektedir.^{39,46} Bu durumun da bireylerin öz bakım yönetimlerini azaltabileceği düşünülmektedir.

SONUÇ

Kronik hastalığa sahip bireylerin, orta düzeyde depresyon riski olduğu belirlenmiştir. Bireylerde ileri yaş, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu depresyon riski düzeylerini olumsuz etkilemektedir. Kronik hastalığı olan bireylerin, öz bakım yönetimleri iyi olarak değerlendirilmiştir. İleri yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu öz bakım yönetimini olumsuz etkilemektedir. Depresyonun artması ile birlikte kronik hastalığı bulunan kişilerin öz bakım yönetim becerilerinin düştüğünü saptanmıştır. Kronik hastalığı olan bireylerde, depresyon riski düzeyinin öz bakım yönetimini etkileyebileceği düşüncesinden yola çıkarak, depresyon riski düzeylerinin ve öz bakım yönetiminin düzenli olarak değerlendirilmesi; depresyon riski düzeylerini ve öz bakım yönetimini etkileyen faktörlerin belirlenmesi, bireylerin ve ailelerinin depresyon riski ve öz bakım yönetimine ilişkin farkındalıklarının artırılması; daha farklı ve büyük örneklem gruplarıyla çalışmanın tekrarlanması önerilmektedir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın sonuçları, tek bir ildeki dört ASM'ye başvuran kronik hastalığa sahip bireylerin belli

zaman aralığındaki öz bildirimini ile sınırlıdır. Elde edilen sonuçlar yalnızca bu gruba genellenebilir.

KAYNAKLAR

1. Kanıta Dayalı Tıp Derneği. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Farkındalık Projesi Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu. <http://Saglikliturkiye.Org/Modules/Yayinlar/Datfiles/Saglikliyaslanmavekronikhastaliklarfar-kindalikprojesi-2016-06-23.Pdf>Erişim Tarihi: 19/06/2020 DOI: 10.13140/RG.2.2.12545.25444
2. Ergör G. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013;3-5. [Http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Khrfat.Pdf](http://Sbu.Saglik.Gov.Tr/Ekutuphane/Kitaplar/Khrfat.Pdf) Erişim Tarihi: 19/06/2020
3. Haskett T. Chronic illness management: Changing the system. Home Health Care Management Practice 2006;18(6):492-496.
4. Schoen C. How Health insurance design affects Access to care and costs, by income, in eleven countries. HealthAff2010;29:23-34.
5. Kulaksızoğlu IB. Nörolojik Hastalıkların Psikiyatrik Yansımaları. Nöroloji Ders E-Kitabı 2009;1. <http://www.İtfnoroloji.Org/Psikiyatrik/Psikiyatrik.Htm> Erişim Tarihi: 22/03/2020
6. Türkmen E. Kronik Hastalıklar ve Önemi. Kronik Hastalıklar ve Bakım. Ed. Durna, Z. İstanbul. Nobel Tıp Kitabevi 2012;37-49.
7. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni 2011;45(2):65-74.
8. Öztürk O. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 9. Basım, Ankara. Feryal Matbaası, 2002;293.
9. Mete HE. Kronik hastalık ve depresyon. Klinik Psikiyatri 2008;11:3-18.
10. Özkan S. Genel tıpta depresyon. Hümanite Psikiyatri 2018;1-16. <https://www.humanitepsikiyatri.com/wp-content/uploads/2018/11/genel-tipta-depresyon-2018-kitap-min.pdf> Erişim Tarihi: 14/07/2020
11. Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Sarı O. Koruyucu bakımın temel ilkeleri. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği Özel Dergisi 2013;4(Özel Sayı):5-12.
12. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı hastalarda anksiyete, depresyon ve sosyal destek durumunun belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13(4):79-86.
13. Uyer B, Gürgen F. Bir Üniversite Hastanesinde Psikiyatri Konsültasyonlarının Değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri 2015;18:24-28.
14. Buck HG, Dickson VV, Fida R, Riegel B, D'Agostino F, Alvaro R, Vellone E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life

- in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International journal of nursing studies* 2015;52(11):1714-1722.
15. Hacıhasanoğlu R. Hipertansiyonda tedaviye uyumu etkileyen faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekim Bul* 2009;8:167172.
 16. Kep AS, Kritpracha NC, Thaniwattananon P. Cardiac rehabilitation enhancing programs in patients with myocardial infarction: a literature review. *Nurse Media Journal of Nursing*2013;3:541-556.
 17. Uzun M. Kardiyak rehabilitasyonda hasta eğitimi ve egzersiz. *Anadolu KardiyolDerg*2007;7:298-304.
 18. Riegel B, Lee CS, Dickson VV, Carlson, B. An update on the self-care of heart failure index. *J CardiovascNurs* 2009;24(6):485-497.
 19. Rothman AA, Wagner EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *An MedIntern* 2003;138(3):256-261.
 20. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2013;1(1):57-72.
 21. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2019;3(2):140-152.
 22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *Jama* 2002;288(14):1775-1779.
 23. Sutherland D, Hayter M. Structuredreview: evaluating the effectiveness of nurse casemanagers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J ClinNurs* 2009;18(21):2978-2992
 24. International Council of Nurses (ICN). Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care, 2010; 1-69, <http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/ind/indkit2010.pdf> Erişim Tarihi: 15/07/2020
 25. Çapık C. İstatistiksel güç analizi ve hemşirelik araştırmalarında kullanımı: Temel bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2014;17(4):268-274.
 26. Beck AT. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*1961;4:561-571.
 27. Hisli N. Beck Depresyon Envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989;7: 3-13.
 28. Jones LC. MeasuringGuarding As A Self-Care Management Process in Chronic Illness: The SCMP-G. Strickland, O.L., Dilorio, C. Editörler. *Measurement Of Nursing Outcomes*. New York: Springer Publishing Company 2001;150-158.
 29. Hançerlioğlu S, Aykar FŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliği. *GÜSB D* 2018;7(1):175-183.
 30. Demir E, Saatçioğlu Ö, İmrol F. Uluslararası dergilerde yayımlanan eğitim araştırmalarının normallik varsayımları açısından incelenmesi. *CurrentResearch in Education* 2016;2(3):130-148.
 31. Aba N, Tel H. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon ve öz bakım gücü. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi* 2012;1:18-23.
 32. Hacıhasanoğlu R, Karakurt P, Yıldırım A, Uslu S. Bir sağlık ocağına başvuran kronik hastalığı olan bireylerde anksiyete ve depresyon. *TAF PreventiveMedicineBulletin* 2010;9(3):209-216.
 33. Koç Z, Sağlam Z. Hastanede yatan yaşlı hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2011;3:42-52.
 34. Aydemir Y, Doğu Ö, Amasya A, Yazgan B, Gazioğlu EÖ, Gündüz H. Kronik solunum ve kalp hastalıklarında anksiyete ve depresyon sıklığı ve ilişkili özelliklerin değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi* 2015;5(4):199-203.
 35. Hare DL, Toukhsati SR, Johansson P, Jaarsma T. Depression and cardiovascular disease: a clinical review. *EurHeart J* 2014;35(21):1365-1372.
 36. Özdelikara A, Taştan A, Atasayar BŞ. Kronik hastalıklarda öz bakım yönetimi ve uyumun değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi* 2020;5(1):42-49.
 37. Doğan MD, Tosun E, Tek AD. Kronik hastalıklarda hastalık algısı, yaşam kalitesi, öz-bakım yönetimi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;7(3):33-40.
 38. Karadut P, Aşlar R, Yıldırım A. Diyabetli hastaların Öz-bakım Gücü ve Algıladıkları Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2013;14(1), 1-9.
 39. Bos-Touwen I, Schuurmans M, Monninkhof EM, Korpershoek Y, Spruit-Bentvelzen L, Ertugrul-van der Graaf, de Wit N, Trappenburg J. Patient and disease characteristics associated with activation for self-management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: a cross-sectional survey study. *PLoSOne* 2015;10(5):e0126400. doi:10.1371/journal.pone.0126400
 40. Hancerlioglu S, Fadiloglu C, Yildirim Y, Aykar FS. Theeffect of self-care management on compliance with chronic disease. *International Journal of CaringSciences* 2019;12(2):877-883.
 41. İstek N, Karakurt P. Global Bir Sağlık Sorunu: Tip 2 Diyabet ve Öz-Bakım Yönetimi. *JAREN* 2018;4(3):179-182

42. Simon SS, Cordás TA, Bottino CM. Cognitive Behavioral Therapies in older adults with depression and cognitive deficits: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2015;30(3):223-233.
43. Roiser JP, Sahakian BJ. Hot and cold cognition in depression. *CNS Spectrus* 2013;18:139-149.
44. Köhler O, Kroghc J, Morsa O, Benros ME. Inflammation in depression and the potential for anti-inflammatory treatment. *Current Neuropharmacology* 2016; 14:732-742
45. Lovino P, VelloneE, De Maria M, Lorini S, Ausili D, Matarese M, Riegel BJ. Influence of Depression on Self-Care Behaviors in Older Adults With Multiple Chronic Conditions: A Multivariate Analysis. *Circulation* 2019;140(1):13443-13443.
46. Buldan Ö, Kurban N. Kronik hastalığı olan olguların anksiyete ve depresyon düzeyleri ile hemşirelik bakımı algısı arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler. *DEUHFED* 2018;11(4):274-282.



Original Research / Özgün Araştırma

Family Physicians' Awareness of Skin Cancer and Sun Protection Practices

Aile Hekimlerinin Cilt Kanseri Farkındalıkları ve Güneşten Korunma Davranışları

Hatice Nilden Arslan^{*1}, Yasemin Kemal²

ABSTRACT

Objective: The objective of this study was to determine the knowledge level of family physicians about skin cancer and their attitudes and behaviors about sun protection. **Methods:** The sample of this study was composed of 295 family physicians who worked in Samsun province and participated in in-service trainings organized by the Provincial Health Directorate in March 2019. A questionnaire form consisting of questions on sociodemographic characteristics, attitudes and behaviors about sun protection was applied to the participants. **Result:** A total of 295 family physicians, 64.7% male and 35.3% female, participated in the study. Most of the physicians (87.8%) expressed that they tried to protect from sunlight. Women (68.3%) used sunscreen lotions/creams more frequently than men (41.4%). Those who had 2 and more severe sunburns throughout their lifetime (51.5%) stated that they described themselves at higher risk than those who did not (36.2%) which was statistically significant ($p<0.05$). The reasons of the physicians for application to a dermatologist were: 47(15.9%) had asymmetrically shaped, irregularly structured moles larger than 5 mm, 37(12.5%) had suspected presence of moles, 11(3.7%) wanted whole body examination for moles, 20(6.8%) requested advice on daily skin care and prevention of skin aging. **Conclusion:** Awareness studies should be carried out on the harmful effects of the sun and early diagnosis of skin cancer especially for family physicians, healthcare professionals and other parts of the society. In addition, considering that visual evaluation has a role in the diagnosis of skin cancer, it will be useful for family physicians to inform their patients about the detrimental effects of the sun and self-skin examination.

Key words: Family physicians, sun protection, skin cancer

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada aile hekimlerinin cilt kanserleri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve güneşten korunma ile ilgili tutum ve davranışlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. **Metod:** Bu çalışma Samsun ilinde görev yapan ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün 2019 yılı Mart ayı içerisinde düzenlediği hizmet içi eğitimlere katılan 295 aile hekimi ile yapıldı. Katılımcılara sosyodemografik özellikler ile güneşten korunma konusundaki tutum ve davranışlarına yönelik sorulardan oluşan anket formu uygulandı. **Bulgular:** Çalışmaya %64,7'si erkek, %35,3'ü kadın toplam 295 aile hekimi katıldı. Hekimlerin %87,8'i güneşten korunmaya çalıştığını belirtti. Kadınlar (%68,3) erkeklerle (%41,4) göre daha fazla koruyucu losyon/krem kullandığını, hayatı boyunca 2 ve daha fazla şiddetli güneş yanığı geçirenler (%51,5), geçirmeyenlere göre (%36,2) istatistiksel anlamlı düzeyde kendilerini daha yüksek sıklıkta riskli bulduklarını ifade etti. Hekimlerin 47'si (%15,9) vücudunda 5 mm'den büyük, asimetric şekilli, düzensiz yapılı ben olduğunu; 37'si (%12,5) şüpheli ben muayenesi, 11'i (%3,7) benlerinin incelenmesi için tüm vücut muayenesi amaçlı, 11'i (%3,7) güneşten korunmayla ilgili bilgi edinmek amacıyla, 20'si (%6,8) ise günlük deri bakımı ve deri yaşlanmasının engellenmesi hakkında öneri almak amacıyla dermatoloji uzmanına başvurduğunu söyledi. **Sonuç:** Güneşin zararlı etkileri ve cilt kanserinin erken tanısıyla ilgili aile hekimleri başta olmak üzere sağlık çalışanlarında ve toplumun diğer kesimlerinde farkındalık çalışmaları yapılmalıdır. Ayrıca cilt kanserinin tanısında görsel değerlendirmenin de yeri olduğu düşünüldüğünde aile hekimlerinin hastalarını güneşin zararlı etkileri ve kendi kendine deri muayenesi hakkında bilgilendirmesinin erken tanıda faydalı olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimleri, güneşten korunma, cilt kanseri

Received / Geliş tarihi: 20.11.2020, Accepted / Kabul tarihi: 01.01.2021

¹ Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Public Health, Samsun-TURKEY.

² İstinye University Faculty of Medicine, Department of Medical Oncology, Istanbul-TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hatice Nilden ARSLAN, Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Public Health, SAMSUN-TURKEY.

E-mail: haticenilden.arslan@omu.edu.tr

Arslan HN, Kemal Y. Family Physicians' Awareness of Skin Cancer and Sun Protection Practices. TJFMPC, 2021;15(2): 223-229.

DOI: 10.21763/tjfm.829114

INTRODUCTION

It is well known that sunlight affects the skin significantly and has harmful effects. It causes aging, sunburn, precancerous and cancerous lesions, and immunosuppression leading to skin cancer. The International Agency for Research on Cancer (IARC) classifies sunlight as a Group I carcinogen.¹⁻³ There is a substantial evidence that the three main types of skin cancer, basal cell carcinoma (BCC), squamous cell carcinoma (SCC), and melanoma are associated with sunlight exposure. The incidence of skin cancer is higher in sun sensitive people with light-colored skin than people with naturally darker skin color. The risk increases with the increase of sunlight in the environment and it is more common in the parts of the body that are most exposed to the sun.⁴⁻⁶ Both the decrease in the stratospheric ozone layer and the habits of people such as traveling to sunny regions and using solarium during holidays are factors that increase sun exposure.^{7,8}

Melanoma is one of the most serious forms of skin cancer with an increasing incidence. Due to the increase in life expectancy in the general population, the increase in the incidence of melanoma affects especially the elderly population.⁹ Every year, it is estimated that 160,000 new cases of melanoma are diagnosed around the World.¹⁰ According to GLOBOCAN data for the year 2018, in Turkey, the incidence of melanoma is 1.7 per 100,000 people (1.9 in men and 1.6 for women) and the annual mortality rate is estimated as 0.6 per 100,000 people.¹¹ In a study conducted in 2015 by Abali et al.¹², 1157 patients with cutaneous melanoma in Turkey were included and it was found that most of the patients were diagnosed at an advanced stage and therefore had a worse prognosis unlike the European countries and the United States¹¹. Considering the fact that sunlight exposure is high in our country due to its geographical location and that working outdoors (agriculture / farming, etc.) is intense in rural areas, it can be said that the population carries a significant burden in terms of the melanoma risk. In combating skin cancers, especially melanoma, it is necessary to raise awareness about the disease in the society, to identify risky groups well, to define preventive measures and to introduce them to the public.¹³

Studies conducted in different parts of the society such as healthcare professionals and students in our country show that there is a lack of knowledge about the harmful effects of the sun and how people should be protected.^{7,8,14} Therefore, the health authorities should develop sun awareness policies and carry out training activities and healthcare professionals should be careful about this issue

regarding future generations.¹⁴ In this context, it is important to determine the current status of physicians who play a major role in preventive medicine practices and work in primary health care services on the subject. In the current study, it is aimed to determine the knowledge level of family physicians working in Samsun city about skin cancers and their attitudes and behaviors about sun protection.

METHODS

Family physicians working in 408 family health centers in Samsun province constituted the population of the descriptive study. During the in-service trainings organized by Samsun Provincial Health Directorate in March 2019, family physicians were informed about the research and a questionnaire form created by the researchers was applied to those who volunteered to participate. With the permission of Uslu et al.⁷, a questionnaire consisting of questions about the sociodemographic characteristics of family physicians and their attitudes and behaviors about sun protection was used. Ethical approval for the study was obtained from Ondokuz Mayıs University Clinical Research Ethics Committee (OMU-KAEK 2019/108).

SPSS 22.0 package program was used for the statistical analysis of all data. Data for continuous variables were expressed using the mean \pm standard deviation and data for categorical variables using numbers (%). Chi-square test was used in the analysis of the data. Values of $p < 0.05$ were considered statistically significant.

RESULTS

A total of 295 (72.3%) family physicians participated in the study voluntarily. Of the participants, 191 (64.7%) were male and 104 (35.3%) were female. The mean age of the physicians in the study group was 44.6 ± 7.3 years and their working time was 21.7 ± 7.5 years. Of the family physicians, 272 (92.2%) were general practitioners, 23 (7.8%) were family medicine specialists.

The skin colors of family physicians participating in the study were as follows; 15 (5.1%) pale white skin, 97 (32.9%) white skin, 127 (43.1%) light brown skin, 55 (18.6%) brown skin, 1 (0.3%) dark brown skin. In order to determine the skin response of family physicians to sun exposure, the reaction of their skins were questioned when they were exposed to sun for 30 minutes without protection at noon on the first sunny days of summer (Table 1).

Variables		n	%
Type of skin	Burns easily and severely, never tans	73	24.7
	Burns moderately, tans gradually	151	51.2
	Rarely burns, tans well	55	18.6
	Never burns, tans profusely	16	5.5
Frequency of "Mild or moderate" sunburn with 30 minutes of unprotected sun exposure	Never	37	12.5
	Once	49	16.6
	2-4 times	130	44.1
	5 times	27	9.2
	≥6	52	17.6
Frequency of "Severe" sunburn with 30 minutes of unprotected sun exposure	Never	137	46.4
	Once	92	31.2
	2-4 times	51	17.3
	5 times	3	1.0
	≥6	12	4.1

The vast majority (87.8%) of the family physicians expressed that they tried to protect from sunlight. For this purpose, 87.8% often / always tried to stay in the shade, 46.4% covered their body with long clothes, 43.4% used hats, 72.5% used sunglasses, 50.8% used sunscreen lotions / creams, and 80.7% did not go out at noon. When sun protection behaviors were compared according to gender, 14.7% of male physicians and 7.7% of female physicians stated that

they did not take any protective measures ($p > 0.05$). It was found out that female physicians (68.3%) used sunscreen lotions / creams more frequently than male physicians (41.4%) ($p < 0.05$) (Table 2). According to the comparison of the participants' self-risk assessment in terms of skin cancer, those who had 2 and more severe sunburns in their lifetime (51.5%) found themselves at higher risk than those who did not (36.2%) ($p < 0.05$).

Sun protection behavior	Male	Female	p*
Yes	163(85.3)	96(92.3)	0.119
No	28(14.7)	8(7.7)	
Sunscreen lotion/cream use			p**
Yes	79(41.4)	71(68.3)	<0.001
No	112(58.6)	33(31.7)	

* $X^2=2.435$

** $X^2=18.445$

When the family physicians were asked about the meaning of numbers on the sunscreen lotions / creams; 26 of them (8.8%) did not know, 117 (39.7%) thought that they were the number of substances in sunscreen that protected from the sun, 81 (27.5%) expressed that they were related with the type of skin it was suitable for, 107 (36.3%) thought that they were related with the duration of sun

protection. While choosing sunscreen lotions / creams, the factors that the physicians paid attention was the price in 59 (20%), the protection factor in 236 (80%), the brand in 160 (54.2%), the advice of the esthetician / beautician in 5 (1.7%), the pharmacist's suggestion in 13 (4.4%) and the dermatologist's suggestion in 94 (31.9%). The rate of participants who preferred sun protection products

(SPPs) with a sun protection factor (SPF) 50 was %52.9, SPF 30 was %36.0 and less than SPF 30 was %11.1. Of the family physicians who used SPPs, 116 (%39.3) stated that they would apply the SPPs just before sunbathing on the beach, 139 (%47.1) indoors just before going to the beach, 47 (%15.9) while training outdoors, 68 (%23.1) while going outside in summer, 32 (%10.8) all year around.

Twenty nine (9.8%) of the physicians participating in the study had skin cancer in their close relatives. The reasons of the physicians for application to dermatologists were: 47 (15.9%) had asymmetrically shaped, irregularly structured moles larger than 5 mm, 37 (12.5%) had suspected presence of moles, 11 (3.7%) wanted whole body examination for moles, 20 (6.8%) needed advice on daily skin care and prevention of skin aging. Only 23.4% of the physicians who had asymmetrically shaped and irregularly structured moles larger than 5 mm on their bodies stated that they visited a dermatology specialist for a suspicious mole examination. When family physicians were asked in which category they described themselves in terms of skin cancer risk; 178(60.3%) of them thought that they were at low risk, 101 (34.2%) at medium risk and 16 (5.4%) at high risk. About one-third of the of the physicians 108 (36.6%) reported that they heard about Ultra Violet Index (UVI) and 127 (43.1%) of them heard of Dermoscopy. The propositions marked as "Correct" among physicians were as follows: "The high number of melanocytic nevi is a risk factor for melanoma development." in 243 (82.4%), "Early childhood sunburns play a greater role in skin cancer development than adult sunburns." in 192 (65.1%), "Squamous cell carcinoma and basal cell carcinoma are seen most frequently on the face." in 187 (63.4%), "Exposure to the sun accelerates skin aging, wrinkles and spots." in 267 (90.5%). The propositions marked as "False" were as follows: "Melanoma de novo occurs, not over pre-existing melanocytic nevi." in 138 (46.8%), "Sunlight has an immunostimulating effect." in 35 (11.9%), "Light colored clothes have better sun protection than dark colored ones." in 33 (11.2%), "Tight-fitting clothes have better sun protection than loose ones." in 228 (77.2%), "Tanned skin is not affected by the harmful effects of sunlight." in 247 (83.7%).

The majority of the family physicians 278 (94.2%) thought that malignant melanoma was a preventable cancer, 272 (92.2%) thought that the screening program was effective in preventing this cancer, and 191 (64.7%) found this program as cost-effective. Almost two-third of the family physicians 198 (67.1%) stated that they examined their patients for their moles and referred to a dermatologist in suspicious cases (98.3%).

DISCUSSION

Studies have demonstrated that the sun protection attitudes of the physicians can be a determinant of their recommendations about sun protection to their patients. Even if information is available from different sources, physicians are an important resource in reaching accurate information on daily practice.^{14,15} It is known that sun is the most significant environmental factor in regard to the development of premalign skin lesions and skin cancer. Therefore, it is important to avoid sunlight and use broad spectrum sunscreens.¹⁶⁻¹⁸ In our study, 87.8% of the family physicians stated that they tried to protect from the sun using different methods and half of them used protective lotions / creams. Although the use of sun protective creams was found at different rates in studies conducted with adults, it was observed that the rates of women were higher than men similar to the present study.^{14,19-21} This is likely related to the fact that women show greater concern towards the ageing of skin.

Simple measures that can be taken to protect from the harmful effects of the sun include spending time outdoors under an umbrella or in the shade, wearing clothes that cover arms and legs, wearing wide-brimmed hats, wearing wraparound sunglasses that block both UVA and UVB rays and staying indoors between 10:00-16:00 hours and using sunscreen with SPF 15 or higher regularly. Sunlight is a preventable risk factor for all types of skin cancer, and studies support that regular use of sunscreen can reduce the risk of invasive melanoma.²¹⁻²⁴ The numbers written on sunscreen products are called the SPF (Sun Protection Factor) value of the product and show its effectiveness in preventing erythema caused by sunlight.²⁵ Although 80% of family physicians stated that they paid attention to the protection factor when choosing sunscreen lotions/creams, only 36.3% of them knew that the numbers meant duration of protection from the sun. It has been found that severe sunburn increases the risk of malignant melanoma development.²⁶ Uslu et al.⁷ found the rate of physicians having a severe sunburn once as 24.1% and the rate of those who described themselves at high risk for skin cancer as 11.2%, and in our study, these rates were 31.2% and 5.4%, respectively. This difference may be due to the fact that the province of Samsun is in the region of Blacksea and is not under the influence of sunlight as much as Aydın.

It has been shown in various studies that changes in the skin and skin cancers are associated with sunlight.²⁷⁻²⁹ In relation to this, 90.5% of the family physicians gave correct answers about the effects of sun exposure, but just 65.1% of them were able to answer the proposition that sunburn was

associated with the development of skin cancer. In addition, the rate of correctly responding to the propositions that melanoma could develop over melanocytic nevi (46.8%), the effect of sunlight on the immune system (11.9%), and the sun protection feature of the clothes according to the colors (11.2%) was found to be low. In the study done by Uslu et al.⁷, similarly, the rate of physicians who knew that the sun had an immunosuppressive effect, sunburns in childhood were important, and dark-colored clothes had more sun-protective effects than those with light colors were less. The rate of referral to a dermatologist with suspicious moles was also found to be very low. Although studies have been conducted in different regions and physician groups, similar results suggest that there is a lack of information about this subject at each step.

Although melanoma is less common than other skin cancers, it is responsible for approximately 75% of all skin cancer-related deaths.³⁰ In the United States, according to the data for 2012-2016, about 77.698 people are diagnosed with melanoma and nearly 9008 people die from this disease each year.³¹ In our study, although almost all family physicians thought that malignant melanoma was a preventable cancer and the screening program was effective in preventing this cancer, only 67.1% of them stated that they examined their patients for their moles. In the study by Oğrum A. and Oktay G.¹⁹, it was found that physicians recommended sunscreen to 65.9% of their patients. In fact, primary health care workers should be more effective in both prevention and early diagnosis of malignant melanoma and other skin cancers. It is very important in the diagnosis of skin cancers that family physicians, who play a major role in preventive medicine practices, should perform total body skin examination for their patients and refer to a dermatologist in suspicious cases. Visual evaluation is still very important in the diagnosis of skin cancer.³¹ In studies conducted on patients diagnosed with melanoma, it was seen that they received services from primary care physicians at the time of the diagnosis.^{32,33}

It is crucial to increase the awareness level of the society to reduce the incidence of skin cancer, especially melanoma, and to ensure early diagnosis. The World Health Organization (WHO) recommends avoiding the sun during the midday hours, staying in the shade, using sunscreen with at least SPF 15, using sun-protective hats, clothes, and sunglasses, avoiding solarium and tanning as sun protection behaviors.²⁸ Along with similar recommendations for skin cancer prevention, the National Comprehensive Cancer Network (NCCN) and the American Cancer Society also suggest regular skin self-examination.^{34,35}

Our study has some limitations. First, all of the family physicians working in Samsun provinces could not be surveyed. Second, the answers of the physicians about the sun protection behaviors were given with a statement.

CONCLUSION

In the current study, it was observed that most of the family physicians tried to protect from the sun, female physicians used sunscreen lotions/creams more frequently than male physicians, but physicians lacked knowledge about the harmful effects of the sun.

Awareness studies should be carried out, especially in healthcare professionals, to protect from the harmful effects of the sun and it should be started with family physicians who are the first contact point of the society. In addition, providing information to all segments of the society, particularly in high risk groups, is essential in the fight against melanoma and other skin cancers. It is important to successfully implement primary and secondary prevention steps by informing family physicians, who play an effective role in preventive medicine, letting them explain the harmful effects of the sun and skin self-examination to their patients, and referring them to a dermatology specialist by diagnosing suspicious cases.

Acknowledgements:

We thank Ferda ÇELİK, MD for their contribution to the study.

REFERENCES

1. IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans Volume 100D [electronic resource]. Lyon (France): 2012: 35-101. [cited 2019 Feb 14]. Available from: <http://monographs.iarc.fr/ENG/Monographs/vol100D/mono100D.pdf>.
2. Özüğuz P, Kaçar Doğruk S, Akyürek Tuncez F, Üzel H. Evaluation of First Class and End Class of Medical Students' Knowledge and Behaviors About the Sun and the Skin. *Turk J Dermatol*. 2014;8(1):19-22.
3. Mohiuddin AK. Sunscreen and suntan preparations. *ARC Journal of Pharmaceutical Sciences (AJPS)*. 2019; 5(2):8-44.
4. Polefka TG, Meyer TA, Agin PP, Bianchin RJ. Effects of solar radiation on the skin. *J Cosmet Dermatol*. 2012; 11: 134-43.
5. Armstrong BK, Cust AE. Sun Exposure and Skin Cancer and the Puzzle of Cutaneous Melanoma. *Cancer Epidemiol*. 2017; 48: 147-56.

6. Perera E, Gnaneswaran N, Staines C, Win AK, Sinclair R. Incidence and prevalence of non-melanoma skin cancer in Australia: A systematic review. *Australas J Dermatol*. 2015;56(4):258- 67.
7. Uslu M, Karaman G, Şavk E, Şendur N. Investigation of knowledge about sun effects, skin cancer and sun protection behaviour among doctors in Adnan Menderes Hospital. *Adnan Menderes University Faculty of Medicine Journal*. 2006; 7 (1): 5-10.
8. Yurtseven E, Ulus T, Vehid S, Köksal S, Bosat M, Akkoyun K. Assessment of knowledge, behaviour and sun protection practices among health services vocational school students. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9(7):2378–85.
9. Tas F. Age-specific incidence ratios in malignant melanoma in Turkey: melanoma in older people is increasing. *Acta Derm Venereol*. 2011;91(3):353-4.
10. Usher-Smith JA, Emery J, Kassianos AP, Walter FM. Risk prediction models for melanoma: a systematic review. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014;23 (8):1450-63.
11. International Agency for Research on Cancer, Cancer Today. [cited 2019 Jul 17]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/home>
12. Abali H, Celik I, Karaca B, Turna H, Kaytan Sağlam E, Akman T, Öztıp I, et al. Cutaneous melanoma in Turkey: Analysis of 1157 patients in the melanoma Turkish study. *J BUON*. 2015; 20(4):1137-41.
13. Turkey melanoma roadmap. [cited 2019 Feb 14]. Available from: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser_db/yayinlar/raporlar/Melanom_Yol_Haritasi_II .pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser_db/yayinlar/raporlar/Melanom_Yol_Haritasi_II.pdf)
14. Balcı E, Durmuş H, Arslantaş E, Gün İ. Knowledge, Attitudes and Behaviors of Adults Applying to Primary Health Care Organizations on the Harmful Effects of the Sun and the Ways of Protection. *Turk J Dermatol*. 2018;12: 96-99.
15. Gritz ER, Tripp MK, de Moor CA. Skin cancer prevention counseling and clinical practices of pediatricians. *Pediatr Dermatol*. 2003;20:16-24.
16. Altunel CT, Kartal SP. Skin Changes (Photoaging) and Dermatoses (Photodermatoses) Due to Sunlight. Akgül A, editor. *Gerontological/65 + Skin and Its Problems*. 1st Edition. Ankara: Turkey Clinics. 2019; p.9-13.
17. Council ML. Common skin cancers in older adults: approach to diagnosis and management. *Clin Geriatr Med*. 2013;29(2);361- 72.
18. Narayanan DL, Saladi RN, Fox JL. Ultraviolet radiation and skin cancer. *Int J Dermatol*. 2010; 49(9): 978-86.
19. Oğrum A. ve Oktay G. Evaluation of sun-protective behaviors and preventive medicine practices of family physicians for skin cancer. *Turkish Journal of Family Practice* 2019; 23(3):110-7.
20. Terzi S, Başak PY, Erturan İ. Evaluation of knowledge, attitude and behavior about harmful effects of the sun and sun protection among patients attending an out patient clinic. *Turkderm-Turk Arch Dermatol Venereology*. 2017;51:2-7.
21. De Blacam C, Dermott CM, Sugrue C, Kilmartin D, Kelly J. Patient awareness and sun protection behaviour following excision of basal cell carcinoma. *Surgeon*. 2017; 15(1): 12– 7.
22. Ağadayı E, Demir Alsancak A, Üstünol D, Şencan İ, Küçükceran H, Kahveci R, et al. Assessment of Malignant Melanoma Risk Factors and Their Attitudes Towards Protection from the Sun in Patients Applying to Family Physician Polyclinics. *Konuralp Medical Journal*. 2017;9(3):1-6.
23. Çayırılı M, Tunca M, Açıkgöz G. Sun protection and sunscreens. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(2), 193-98.
24. Green AC, Williams GM, Logan V, Strutton GM. Reduced melanoma after regular sunscreen use: randomized trial follow-up. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;29(3):257-63.
25. Williams JD, Maitra P, Atillasoy E, Wu MM, Farberg AS, Rigel DS. SPF 100+ sunscreen is more protective against sunburn than SPF 50+ in actual use: results of a randomized, double-blind, split-face, natural sunlight exposure clinical trial. *J Am Acad Dermatol*. 2018;78 (5):902–10.
26. Wu S, Cho E, Li WQ, Weinstock MA, Han J, Qureshi AA. History of severe sunburn and risk of skin cancer among women and men in 2 prospective cohort studies. *Am J Epidemiol*. 2016; 183: 824– 33.
27. Flament F, Bazin R, Laquieze S, Rubert V, Simonpietri E, Piot B. Effect of the sun on visible clinical signs of aging in Caucasian skin. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2013; 27(6):221-32.
28. World Health Organization. Sun protection; a primary teaching resource. [cited 2019 May 14]. Available from: <https://www.who.int/uv/publications/en/primaryteach.pdf>
29. Gordon JR, Brieva JC. Images in clinical medicine. Unilateral dermatoheliosis. *N Engl J Med*. 2012; 366(16): 25.
30. Tripp MK, Watson M, Balk SJ, Swetter SM, Gershenwald JE. State of the science on prevention and screening to reduce melanoma

- incidence and mortality: The time is now. *CA Cancer J Clin.* 2016; 66(6):460-80.
31. Glazer AM, Rigel DS, Winkelmann RR, Farberg AS. Clinical diagnosis of skin cancer: Enhancing Inspection and Early Recognition. *Dermatol Clin.* 2017; 35(4):409-16.
 32. Geller AC, Johnson TM, Miller DR, Brooks KR, Layton CJ, Swetter SM. Factors associated with physician discovery of early melanoma in middle-aged and older men. *Arch Dermatol.* 2009;145(4):409-14.
 33. Koelink CJ, Kollen BJ, Groenhof F, Van der Meer K, van der Heide WK. Skin lesions suspected of malignancy: an increasing burden on general practice. *BMC Fam Pract.* 2014; 12(15):29.
 34. Melanoma. [cited 2019 May 14]. Available from:
<https://www.nccn.org/patients/guidelines/content/PDF/melanoma-patient.pdf>
 35. How to Do a Skin Self-Exam. [cited 2019 May 14]. Available from:
<https://www.cancer.org/healthy/be-safe-in-sun/skin-exams.html> !



The Comparison of Body Mass Index and Waist Circumference to Assess Health-Related Quality of Life

Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitesini Değerlendirmek için Vücut Kitle İndeksi ve Bel Çevresinin Karşılaştırılması

İbrahim Başhan¹, Mustafa Bakman²

ABSTRACT

Introduction: Health-related quality of life studies performed only based on body mass index does not provide clear results, especially in overweight individuals. The evaluation of body mass index and waist circumference measurements together can offer better insights in this area. **Methods:** The SF-36 Quality of Life Scale was applied to 398 women aged 18 years and over. The participants were grouped according to body mass index, and the overweight individuals were further divided into groups based on waist circumference measurements. To compare each sub-scale, the Kruskal-Wallis 1 - way ANOVA statistics were used. **Results:** From the normal weight to class III obesity, the scores in all physical and mental subscales tended to decline, except in the overweight group. Compared to the individuals with normal weight, the overweight participants' scores in the mental subscales were increased but this was not statistically significant, unlike the other findings. We examined the overweight group separately according to the waist circumference measurements and detected statistically significant differences between the risk groups. The mental scores were significantly decreased in the high-risk group compared to the normal risk group ($p<0.05$). **Conclusion:** The effect of obesity on quality of life can be complex if evaluated only by body mass index, and therefore studies evaluating waist circumference measurements together with body mass index can provide clearer results in this area.

Key words: Quality of life, questionnaire, anthropometric methods, obesity

ÖZET

Giriş: Yalnızca vücut kitle indeksine dayalı olarak yapılan sağlıkla ilgili yaşam kalitesi çalışmaları, özellikle fazla kilolu bireylerde net sonuçlar vermemektedir. Vücut kitle indeksi ve bel çevresi ölçümlerinin birlikte değerlendirilmesi, bu alanda daha iyi fikir verebilir. **Yöntem:** SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği 18 yaş ve üstü 398 kadına uygulandı. Katılımcılar vücut kitle indekslerine göre gruplandırıldı ve fazla kilolu bireyler ayrıca bel çevresi ölçümlerine göre gruplara ayrıldı. Her bir alt ölçeği karşılaştırmak için Kruskal-Wallis One- way ANOVA istatistiksel analizleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Normal ağırlıktan sınıf III obeziteye kadar tüm fiziksel ve mental alt ölçeklerdeki skorlar fazla kilolu grup dışında düşme eğilimindeydi. Normal kilolu bireylerle karşılaştırıldığında, fazla kilolu katılımcıların mental alt ölçeklerindeki skorların arttığı ancak bunun diğer bulgulardan farklı olarak istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Fazla kilolu grup bel çevresi ölçümlerine göre ayrı ayrı incelendiğinde; risk grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edildi. Mental skorların yüksek riskli grupta normal risk grubuna göre anlamlı olarak azaldığı görüldü. ($p < 0.05$) **Sonuç:** Obezitenin yaşam kalitesine etkisi sadece vücut kitle indeksi ile değerlendirilirse karmaşık olabilir ve bu nedenle bel çevresi ölçümlerini vücut kitle indeksi ile birlikte değerlendiren çalışmalar bu alanda daha net sonuçlar verebilir.

Anahtar kelimeler: Yaşam kalitesi, ölçek, antropometrik yöntemler, obezite

Received / Geliş tarihi: 14.11.2020, Accepted / Kabul tarihi: 02.01.2021

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

²Toroslar Ay Isigi Primary Care Center, Mersin, TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: İbrahim Başhan, Department of Medical Education, Mersin University, Faculty of Medicine Mersin, TURKEY.

E-mail: ibashan@yahoo.com

Başhan I, Bakman M. The Comparison of Body Mass Index and Waist Circumference to Assess Health-Related Quality of Life. TJFMPC, 2021;15(2): 230-235.

DOI: [10.21763/tjfm.825838](https://doi.org/10.21763/tjfm.825838)

INTRODUCTION

Obesity has a direct impact on the quality of life, leading to a decrease in physical, social, and psychological activities of daily routine. It negatively affects functional capacity and health-related quality of life (HRQoL).¹ In clinical practice, the most used obesity evaluation criterion is the measurement of body mass index (BMI). However, there are some limitations in the definition of obesity by BMI. In some physiological conditions, the sensitivity of BMI measurements changes. For instance, the BMI cut-off points used for women are the same as males, although the body fat ratios of the former are higher. Women and men are diagnosed as being overweight or obese based on the same BMI thresholds as men.^{2,3}

The other important aspect of obesity is abdominal adiposity in the body and waist circumference measurement (WCM) can be used to evaluate abdominal fat, and therefore obesity. WCM has a correlation with the amount of intraabdominal adiposity and provides an advantage for the better determination of abdominal fat and cardiovascular risk. In addition, waist circumference values are not affected by confounding factors, such as age, gender, and muscle mass, and the cut-off points for being overweight and obese are calculated separately for women and men, which is a significant advantage over BMI. The knowledge about the WCM values of people especially with BMI values between 25-35 kg/m², is important to correctly diagnose obesity.^{4,5}

HRQoL is a broad concept that covers many factors directly or indirectly related to health. Measurement of quality of life is becoming increasingly important in many areas of health research. Current research on nutrition and health is aimed at protecting and improving health status, as well as preventing or slowing down the emergence of diseases.^{6,7} However, recent studies that investigate the relationship between BMI and HRQoL have not presented definitive results.^{8,9} HRQoL consists of both physical and mental components and the differences in these studies may be caused by these components.¹⁰

Although it is known that overweight and obesity are associated with a reduction in the physical domains of HRQoL,^{11,12} the results are different in the mental scores of HRQoL. Some studies suggest that obesity is negatively associated with mental scores while others do not support this association.¹³⁻¹⁵ There are also studies revealing that being overweight is associated with better HRQoL scores.¹⁶⁻¹⁹

In our study, we aimed to investigate the effects of obesity on HRQoL in women classified according to BMI and WCM together using the SF-36 Quality of Life Scale that evaluates different health dimensions: physical functioning (PF), role physical (RP), role mental (RM), vitality (VT), mental health (MH), social functioning (SF), bodily pain (BP), and general health (GH).²⁰

METHODS

Study Population

This prospective study was conducted with 398 female subjects aged over 18 years, who presented to the Family Medicine Clinic of Mersin University Medical Faculty between June 2015 and June 2016 to participate in a healthy nutrition program. Before initiating this program, SF-36 was applied to the individuals who gave consent for a face-to-face interview by an executive, and anthropometric measurements (height, weight, and WCM) were simultaneously performed. Individuals with a chronic disease, those that needed to take medicine continuously according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10 (ICD 10) coding, pregnant women, individuals that were not able to verbally communicate or did not have the mental capacity to understand or respond to the questionnaire, and those that did not provide consent to participate in the research were excluded. The participants' signed informed consent was obtained individually. Mersin University Clinical Research Ethics Committee approved the study.

BMI Assessment

The BMI values of the participants were calculated using the formula, $BMI = \text{weight}/\text{height}^2$ [kg/m²]; then, they were grouped according to the World Health Organization's protocol as normal weight (18.5–24.9 kg/m²), overweight (25.0–29.9 kg/m²), and obese ≥ 30.0 kg/m². The obese group was further divided into class I (30.0–34.9 kg/m²), class II (35.0–39.9 kg/m²), and class III (≥ 40 kg/m²).²¹

WCM Assessment

The participants were asked to stand up with their weight equally distributed on each foot and breathe normally. The waist circumference was measured at the mid-point between the iliac crest and the inferior costal margin. The measurement was taken from the nearest 0.1 cm after normal exhalation. A WCM of ≥ 80 cm in females was accepted as increased risk, whereas $WCM \geq 88$ cm as abdominal obesity.²¹

HRQoL

HRQoL was evaluated using the Turkish version of the SF-36 Health Survey ²⁰. SF-36 consists of 36 items structured under the physical and mental domains with four subscales each: PF, RP, GH, and BP in the physical domain and SF, RM, MH, and VT in the mental domain. In this study, an algorithm was used to convert the sum of the SF-36 item scores within each subscale to a total score ranging from 0 (poor health) to 100 (good health).

Statistical Analysis

Data was analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) v. 21. The quality-of-life perceptions of the individuals grouped by the BMI classification were compared using the eight subscales of SF-36. The Kolmogorov-Smirnov test was used to determine whether the data obtained was normally distributed. For the data that was not

normally distributed, the Kruskal-Wallis one-way ANOVA (k-samples) test was used in the analysis of each subcategory of independent variables. A p value of less than 0.05 was statistically significant.

RESULTS

The subscales of SF-36 were examined according to the BMI classes, the scores in the physical HRQoL subscales (GH, PF, RP, and BP) statistically significantly differed. From normal weight to class III obesity, the scores in all physical HRQoL subscales tended to decline in all BMI categories (Table 1). However, the scores in the mental HRQoL subscales (RM, VT, MH, SF) tended to decline in all BMI classes from normal weight to class III obesity except for overweight participants, and they also statistically significantly between the obesity classes. When we compared the normal weight and overweight groups, the scores in the mental HRQoL subscales (RM, VT, MH, and SF) were increased, but this was not statistically significant.

Table 1. Distribution of SF-36 scores by BMI categories

BMI Groups	Physical Scores				Mental Scores					
	Age, Years Mean ± SD	GH Mean ± SD	PF Mean ± SD	RP Mean ± SD	BP Mean ± SD	RM Mean ± SD	VT Mean ± SD	MH Mean ± SD	SF Mean ± SD	
Normal	37.3 ± 13.81	62.6 ± 16.08	86.6 ± 11.32	76.0 ± 11.86	68.9 ± 21.54	80.4 ± 32.52	66.7 ± 12.93	68.5 ± 15.77	80.6 ± 18.74	
Overweight	36.1 ± 12.09	60.9 ± 17.94	81.1 ± 13.84	72.7 ± 30.01	68.1 ± 31.43	82.6 ± 26.34	68.0 ± 20.76	72.5 ± 13.1	85.5 ± 13.05	
Class I	39.1 ± 11.91	53.9 ± 16.56 ^δ	78.2 ± 11.98	71.5 ± 29.51	65.2 ± 22.11	76.5 ± 32.54	60.2 ± 20.36 ^δ	67.4 ± 15.78	72.7 ± 18.67 ^{#δ}	
Class II	42.1 ± 11.99	46.0 ± 16.83 ^{βγ}	56.2 ± 19.30 ^{αβγ}	54.4 ± 34.80 ^{βγ}	53.7 ± 23.21 ^{αβγ}	60.2 ± 43.19 ^{βγ}	46.0 ± 23.12 ^{αβγ}	62.4 ± 17.06	68.3 ± 21.86 ^{βγ}	
Class III	36.1 ± 10.67	43.0 ± 20.37 ^{*+&}	38.2 ± 19.45 ^{*+&}	41.3 ± 26.76 ^{*+&}	46.9 ± 29.46 ^{*+&}	49.2 ± 40.03 ^{*+&}	39.3 ± 15.24 ^{*+&}	58.9 ± 11.26 ^{+&}	53.2 ± 24.19 ^{*+&}	
Total	38.1 ± 12.19	55.0 ± 18.34	73.9 ± 19.43	67.7 ± 31.19	63.6 ± 23.12	74.1 ± 35.84	60.1 ± 22.38	65.7 ± 15.78	74.9 ± 20.73	
KWH	TS	13.42	66.50	134.49	36.16	36.30	15.89	42.50	29.30	48.64
	p	0.010	< 0.001	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0.003	< 0.001	< 0.001	< 0.001

BMI: body mass index; **GH:** general health; **PF:** physical functioning; **RP:** role physical; **BP:** bodily pain; **RM:** role mental; **VT:** vitality; **MH:** mental health; **SF:** social functioning; **KWH:** Kruskal-Wallis one-way ANOVA (k-samples); **TS:** test statistics;

The p values belong to the overall comparison of the scores between the BMI categories using KWH

* p < 0.05 Class III vs. Class I, + p < 0.05 Class III vs. overweight, & p < 0.05 Class III vs. normal weight

α p < 0.05 Class II vs. Class I, β p < 0.05 Class II vs. overweight, γ p < 0.05 Class II vs. normal weight

p < 0.05 Class I vs. overweight, δ p < 0.05 Class I vs. normal weight

BMI Groups	Waist Circumference Risk Groups			
	Normal Risk n (%)	Increased Risk n (%)	High Risk n (%)	Total n (%)
Normal	17 (73.9)	6 (26.1)	0	23 (5.8)
Overweight	18(11.1)	96 (59.3)	48 (29.6)	162 (40.7)
Class I	0	17 (13.9)	105 (86.1)	122 (30.7)
Class II	0	0	68 (100.0)	68 (17.0)
Class III	0	0	23 (100.0)	23 (5.8)
Total	35 (8.8)	119 (29.9)	244 (61.3)	398 (100.0)

BMI: body mass index

There was a decline in the physical HRQoL subscales scores from the normal to high-risk group, but this was not statistically significant (Table 3). When we compared the WCM groups according to the mental HRQoL subscale scores, we found significant differences between the risk groups

according to WCM in overweight participants. The mental scores were significantly decreased in the high-risk group compared to the normal risk group for all subscales. However, there was no statistical significance between the normal and increased risk groups.

WCM Groups	Physical Scores				Mental Scores			
	GH Mean ± SD	PF Mean ± SD	RP Mean ± SD	BP Mean ± SD	RM Mean ± SD	VT Mean ± SD	MH Mean ± SD	SF Mean ± SD
Normal Risk	64.6 ± 15.12	85.8 ± 12.28	75.1 ± 10.98	72.8 ± 12.90	89.1 ± 10.57	73.3 ± 27.94	75.6 ± 26.78	87.3 ± 25.94
Increased Risk	61.2 ± 18.88	82.6 ± 26.88	73.5 ± 28.62	70.0 ± 08.25	84.6 ± 06.76	71.4 ± 24.96	73.6 ± 24.84	86.4 ± 26.96
High Risk	58.9 ± 16.56	78.7 ± 11.83	70.6 ± 33.92	66.2 ± 11.99	74.7 ± 9.83*	59.4 ± 42.90*	69.0 ± 38.68*	79.4 ± 40.0*
Total	60.9 ± 17.94	81.1 ± 13.84	72.7 ± 30.01	68.1 ± 31.43	82.6 ± 26.34	68.0 ± 20.76	72.5 ± 13.1	85.5 ± 13.05
TS	5.67	0.79	2.24	4.17	9.68	14.04	8.06	7.93
KWH	P 0.058	0.673	0.326	0.231	0.008	0.000	0.018	0.019

WCM: waist circumference measurement; GH: general health; PF: physical functioning; RP: role physical; BP: bodily pain; RM: role mental; VT: vitality; MH: mental health; SF: social functioning; KWH: Kruskal-Wallis 1-way ANOVA (k samples); TS: test statistics
The p values belong to the overall comparison of the scores between the WCM groups by KWH.

* p < 0.05 high risk vs. normal risk

DISCUSSION

Most studies have shown that obesity impairs HRQoL depending on the degree of obesity. However, HRQoL contains different domains, namely mental and physical, and previous studies do not provide definitive findings for these two domains, and thus there is still a complex relationship between BMI and HRQoL. ^{8,9}

Some studies show that the total score of HRQoL is reduced linearly among obese people but increased among those that are overweight. ^{13, 16} In addition, recent publications presented different results for the physical and mental domains, with most researchers revealing a significant relationship between obesity and impairment in the physical domain without comprehensive quantitative analysis. Some studies report a significant linear relationship between obesity degree and reduced mental scores, ¹³⁻¹⁵ while

others have shown either a weak or no relationship.
22

Our study supports recent studies in terms of the differences in the physical domain scores according to BMI classes. The physical scores of our participants were significantly decreased linearly according to the BMI degree. However, when we compared the mental scores of the individuals, we found that they were higher compared to the normal weight groups without statistically significant differences. In order to clarify this result, we thought that scoring according to BMI alone was not sufficient, and therefore we also reported the changes in the scores of quality-of-life subscales by further grouping overweight individuals based on their WCM values. Although BMI is the most used measure in the diagnosis of obesity, it only provides a rough estimate, and it does not fully show abdominal fat mass.

These results revealed that when the overweight participants were classified according to WCM as normal, increased, and high risk, significant differences were found in the SF36 mental scores. While all the mental scores were increased in the overweight participants with normal or increased risk, there was a significant decrease in the scores of the high-risk individuals compared to the normal risk group. These scores in the high-risk overweight group were also comparable to the group with class I obesity.

CONCLUSION

This study presented evidence of the need to evaluate BMI and waist circumference together in the assessment of the effect of obesity on HRQoL and recommended a solution to reduce complexity in this area. The limitations of the study include the sample consisting of only women and the groups not being similarly distributed.

REFERENCES

1. Mannucci E, Petroni ML, Villanova N, Rotella CM, Apolene G, Marchesini G. Clinical and psychological correlates of health-related quality of life in obese patients. *Health Qual Life Outcomes* 2010;8(1):90. doi: 10.1186/1477-7525-8-90
2. Wang Z, Ma J, Si D. Optimal cut-off values and population means of waist circumference in different populations. *Nutr Res Rev* 2010;23(2):191–199. doi: 10.1017/S0954422410000120
3. Moyer VA. Screening for and management of obesity in adults: U.S. Preventive Services Task Force recommendation statement. *Ann Intern Med* 2012;57(5):373-378. doi: 10.7326/0003-4819-157-5-201209040-00475
4. Romero-Corral A, Somers VK, Sierra-Johnson J, Thomas RJ, Collazo-Clavell ML, Korinek J, et al. Accuracy of body mass index in diagnosing obesity in the adult general population. *Int J Obes (Lond)* 2008;32(6):959-966. doi: 10.1038/ijo.2008.11
5. Schneider HJ, Glaesmer H, Klotsche J, Böhler S, Lehnert H, Zeiher AM, et al. Accuracy of anthropometric indicators of obesity to predict cardiovascular risk. *J Clin Endocrinol Metab* 2007; 92(2):589-594. doi: 10.1210/jc.2006-0254
6. Afman L, Müller M. Nutrigenomics: From molecular nutrition to prevention of disease. *J Am Diet Assoc* 2006;106(4):569-576. doi: 10.1016/j.jada.2006.01.001
7. Kussmann M, Affolter M. Proteomics at the center of nutrigenomics: Comprehensive molecular understanding of dietary health effects. *Nutrition* 2009;25(11-12):1085-1093. doi: 10.1016/j.nut.2009.05.022
8. Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. *Psychol Bull* 1995;117(1):3-20. doi: 10.1037/0033-2909.117.1.3
9. Fontaine KR, Barofsky I. Obesity and health-related quality of life. *Obes Rev* 2001;2(3):173-182. doi: 10.1046/j.1467-789x.2001.00032.x
10. Apple R, Samuels LR, Fonesbeck C, Schlundt D, Mulvaney S, Hargreaves M, et al. Body mass index and health-related quality of life. *Obes Sci Pract* 2018;4(5):417-426. doi: 10.1002/osp4.292
11. Fontaine KR, Barofsky I, Cheskin LJ. Predictors of quality of life for obese persons. *J Nerv Ment Dis* 1997;185(2):120–122. doi: 10.1097/00005053-199702000-00011.
12. Larsson U, Karlsson J, Sullivan M. Impact of overweight and obesity on health-related quality of life – a Swedish population study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26(3):417–424. doi: 10.1038/sj.ijo.0801919.
13. Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E, Pell JP. Impact of metabolic comorbidity on the association between body mass index and health-related quality of life: A Scotland-wide cross-sectional study of 5,608 participants. *BMC Public Health* 2012;12:143. doi: 10.1186/1471-2458-12-143.
14. de Zwaan M, Petersen I, Kaerber M, Burgmer R, Nolting B, Legenbauer T, et al. Obesity and quality of life: A controlled study of normal-weight and obese individuals. *Psychosomatics* 2009;50(5):474–482. doi: 10.1176/appi.psy.50.5.474

15. Fontaine KR, Bartlett SJ, Barofsky I. Health-related quality of life among obese persons seeking and not currently seeking treatment. *Int J Eat Disorder* 2000;27(1):101–105. doi: 10.1002/(sici)1098-108x(200001)27:1<101::aid-eat12>3.0.co;2-d
16. Bentley TG, Palta M, Paulsen AJ, Cherepanov D, Dunham NC, Feeny D, et al. Race and gender associations between obesity and nine health-related quality-of-life measures. *Qual Life Res* 2011;20(5):665–674. doi: 10.1007/s11136-011-9878-7
17. Wang R, Wu MJ, Ma XQ, Zhao YF, Yan XY, Gao QB, et al. Body mass index and health-related quality of life in adults: A population based study in five cities of China. *Eur J Public Health* 2012;22(4):497–502. doi: 10.1093/eurpub/ckr080
18. Kearns B, Ara R, Young T, Relton C. Association between body mass index and health-related quality of life, and the impact of self-reported long-term conditions – cross-sectional study from the south Yorkshire cohort dataset. *BMC Public Health* 2013;13:1009. doi: 10.1186/1471-2458-13-1009
19. Milder IE, de Hollander EL, Picavet HS, Verschuren WM, de Groot LC, Bemelmans WJ. Changes in weight and health-related quality of life. The Doetinchem cohort study. *J Epidemiol Community Health* 2014;68(5):471–477. doi: 10.1136/jech-2013-203127
20. Kocyigit H, Gülseren S, Erol A, Hizli N, Memis A. The reliability and validity of the Turkish version of Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFFO). *Clin Rheumatol* 2003;22(1):18–23. doi: 10.1007/s10067-002-0653-6
21. World Health Organization. WHO fact sheet on overweight and obesity. Updated on March 3, 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Accessed April 22, 2020.
22. Hopman WM, Berger C, Joseph L, Barr SI, Gao Y, Prior JC, et al. The association between body mass index and health-related quality of life: Data from CaMos, a stratified population study. *Qual Life Res* 2007;16(10):1595-1603. doi: 10.1007/s11136-007-9273-6.



The Relationship Between Secondary School Students' Quality of School Life and Aggression Level

Ortaokul Öğrencilerinde Okul Yaşam Kalitesi ve Saldırganlık Arasındaki İlişki

İlknur Yıldız¹, Zeynep Temel Mert¹, Nurcan Akgül Gündoğdu²

ABSTRACT

This study aimed to determine the relationship between quality of school life and aggression levels of secondary school students. The sample of the descriptive-cross-sectional study consisted of 822 students in three secondary schools of a city center in Turkey. The data of research were collected with "Personal Information Form, School Life Quality, Buss-Perry Aggression Scale". Frequency, percentage, t test, ANOVA test and logistic regression analysis were used to evaluate the data. Of all students 56.2% were female, 43.8% were male, and the mean age was 12.64 ± 1.04 . There was a significant difference between the students' gender, school achievement, friendship relations, school life quality, aggression mean scores. In order to prevent aggression in schools, it can be suggested to create tools that provide cooperation between student-family, school management according to the risk levels.

Keywords: Secondary school students, school life quality, aggression, school health nursing, relationship

ÖZET

Okul yaşamının kalitesi ve saldırganlığın okul sağlık hizmetleri açısından birbirini etkilediği söylenebilir. Bu çalışma ortaokul öğrencilerinin okul yaşamı kalitesi ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu tanımlayıcı kesitsel araştırmanın örneklemini şehir merkezindeki üç ortaokula giden 822 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın verileri "Kişisel Bilgi Formu, Okul Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sıklık, yüzde, t testi, ANOVA testi ve lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Öğrencilerin %56.2'si kız ve %43.8'i erkek olup, ortalama yaş 12.64 ± 1.04 olarak bulunmuştur. Öğrenciler arasında cinsiyet, okul başarısı, arkadaşlık ilişkileri ve ortalama okul yaşam kalitesi ile saldırganlık puanları arasında anlamlı fark vardır. Okullarda öfkenin önlenmesi ve kontrolü için risk düzeylerine göre öğrenci-aile ve okul yönetimi arasında işbirliği sağlayan projelerin oluşturulması önerilebilir.

Anahtar Sözcükler: Ortaokul öğrencileri, okul yaşam kalitesi, okul sağlığı hemşireliği, ilişki

Received / Geliş tarihi: 25.10.2020, Accepted / Kabul tarihi: 11.01.2021

¹ Sivas Cumhuriyet University, Faculty of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, Sivas, Turkey

² Bandırma Onyedli Eylül University, Faculty of Health Sciences, Department of Public Health Nursing, Bandırma, Balıkesir, Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zeynep Temel Mert, Sivas Cumhuriyet University, Faculty of Health Sciences, Department of Pediatric Nursing, 58140, Sivas, TURKEY, E-mail: z.temell@gmail.com

** This study was presented as an oral presentation at the 3th International Health Sciences Congress held in Ankara/Turkey between November 29-December 1, 2018.

Yıldız İ, Temel Mert Z, Akgül Gündoğdu N. The Relationship Between Secondary School Students' Quality of School Life and Aggression Level. TJFMPC, 2021;15(2): 236-243.

DOI: 10.21763/tjfm.816198

INTRODUCTION

School life quality is a concept based on the quality of life. The quality of life, which is considered as subjective well-being, is a perception of the individual's own physical and spiritual development and is the determinant of life satisfaction.¹ School life quality refers to an environment where every individual in the school feels happy. Considering that children spend most of their lives at school, the importance of the quality of school life can be clearly seen. The school life quality scale which is consisted six sub-dimensions as school feelings, school management, teachers, student communication, social events, status also can be evaluated as a vehicle to find out this importance.² Level of the school life quality, signified by this way, can also determine level of embracing-adopting feelings, respect, and love for the teacher and friends, social and academic success. In the literature, it has been emphasized that positive school lives affect personality development and academic success in a positive way and low quality of school life has been in a relationship with negative issues as violence in children, ego (self-respect concept), and peer pressure.^{3,4,5,6,7}

Aggression, seen on the children and adolescents is one of the most important problems defined as "Verbal or physical behavior with the intention of causing physical or psychological harm to another person".⁸ Although the most of researches focuses on puberty^{9,10}, the children of secondary school also show negative behaviours like aggression which put them and their environment in difficult situations and these behaviours continue at puberty and adulthood.^{11,12,13} There are biological, psychological/psychiatric and social factors that affect aggressive behaviours on the children and adolescents.

It has been found out that a lot of factor like family attitude, age, gender, academic success affects aggression at the children of secondary school.^{8,14, 15,16} It is seen that the aggression and violence incidents in our country and in the world are increasing day by day and spread in schools.¹⁷ Aggression and violence in schools can take different forms like that a student's swearing to a person (such as student, teacher, administrator), physical damage and verbal threat, push at school corridor, fighting, threaten another person with a gun, taking drugs/alcohol, injuring and killing. The environment and culture of the school, the characteristics of the students and school staff, the physical and social characteristics of the school are effective in the emergence of aggressive and violent behaviors in schools.¹⁷ In the light of this information, it can be said that school life quality and aggression are two important concepts that affect

each other. In other words, increasing the quality of school life plays an important role in decreasing the aggression and decreasing aggression, also increases the quality of school life. Improving the quality of school life and preventing aggressive behaviors of students who are in charge of school health nurses are important for school health services.¹⁸ In the literature, it was not found any studies examining the relationship between school life quality and aggression levels of secondary school students in Turkish society. It is thought that the absence of a school health nurse who can detect the problems and risk factors of school children such as this may be affecting. Because although legal regulations related to school health services in Turkey, these services are carried out by the Family and Community Health Centers in public schools.¹⁹ In fact, within the scope of "the Nursing Regulation", "the School Health Nurse" is defined as the practitioner of school health services.¹⁹ However, this task definition is not available in public schools. Only private schools in large cities have a limited number of school health nurses. We think that school health services could not be met primarily because of the lack of public schools and a limited number of private schools with school health nurses. Therefore, this study was conducted to determine the relationship between school life quality and aggression levels of secondary school students studying in three state secondary school which has not school nurses.

Therefore, this study was carried out to determine the relationship between school life quality and aggression levels of secondary school students.

Research Questions

- What are the school life quality and aggression risk levels of the students in the 10 to 15 age group?
- Do the socio-demographic characteristics and school success and friendship relationships of the students in the 10 to 15 age group affect the students' school life quality and aggression?

METHOD

Study Type

A descriptive and cross-sectional research model was used in the study.

Participants

The population of the study consisted of students studying in the fifth, sixth, seventh, and eighth grade of three state secondary schools in the city center of Sivas in Turkey. All of the population was included in the sample without selecting the sample. The

sample consisted of 822 students who accepted to participate in the study between 17 September and 31 October 2018.

Measures

At the research, Personal Information Form, School Life Quality Scale, Buss-Perry Aggression Scale has been used as data collection tool include descriptive features of students.

Personal Information Form: In the Personal Information Form which was created by searching the literature by the researchers; There are a total of 10 questions related to the child's age, gender, education level of parents, working status, perception of school achievement and friendship.

School Life Quality Scale: A five-point Likert-type rating was made for each item in the School life quality scale developed by Sarı (2012).² It consists of 35 items and six subscales. Subscale of the feeling related to school include items 1, 7, 13, 15, 17, 20, 25, school management subscale include items 2, 8, 14, 18, 21, 24, students subscale include items 4, 10, 19, 23, 28, social activities subscale include items 5, 11, 29, status subscale include items 6, 12, 30 and teachers subscales include items 9, 16, 22, 27. The high total scores obtained from the subscales indicate a high quality of school life in terms of the related subscales. Cronbach Alpha value is 0.855, which has been got from this study.

Buss - Perry Aggression Scale: Turkish validation and reliability of the scale, developed by Buss and Perry (1992), has been made by Demirtaş-Madran (2013).²⁰ The five-point Likert scale consists of 29 items and four subscales. Physical aggression subscale includes 9 questions related to harm physical to another person; anger subscale includes 7 questions emphasize emotional aspect of aggression; hostility subscale includes 8 questions aim to measure cognitive aspect of aggression; and verbal aggression subscale includes 5 questions about harm with verbal way to another person. Items 9 and 16 of the scale are scored by reverse coding.²⁰ Cronbach Alpha value is 0.858, it has been got from this study.

Variables

Independent variables: descriptive features like age, gender, school achievement, friendly relations, etc. .

Dependent variables: determinant of level of school life quality and aggression behaviours

Data Analysis

Data of research was evaluated via IBM SPSS 22.0 (IBM Corp. Armonk, New York, AB). Statistically, unit numbers (n), percentages (%), mean, standard deviation ($X \pm SD$) values were used. Normality of data were evaluated via Kolmogorov-Smirnov test. Since the data provide to parametric conditions, the data has been analysed via Independent Sample t-test for independent two group and via F test (ANOVA) for more than two groups. Level of error was taken as 0.05. Statistically, logistic regression (Forward LR) analysing was performed to determine risk level of categorical variables determined to be statistically significant. Independent variables coded as 1 in logistic regression analysis was shown in Table 3.

Ethical Principles of the Study

Before starting the study, the necessary permissions (Ethics Committee No: 2018-06 / 07) were taken and written and verbal consents were obtained from the students and their families. The data were collected by the researchers face to face interview method. It is stated that the data collected from this study will be used only within the scope of the research and that confidentiality will be ensured.

RESULTS

The students' 56.2% were female and the students' 43.8% were male and the mean age was 12.64 ± 1.048 . The mothers' 54.7% were secondary school graduates and the fathers' 39.0% of were high school graduates and the parents' 77.3% were equal to the expenses of their income. the students' 44.6% stated that their school achievement was moderate and the students' 83.6% stated that their friendship relationship was good (Table 1).

Table 1. Descriptive Features of Secondary School Students (n= 822)

Descriptive Features	n	%
Age		
10-12 age group	386	47.0
13-15 age group	436	53.0
Average Age:12.641±1.048		
Gender		
Female	462	56.2
Male	360	43.8
Mother's Educational Status		
Illiterate	20	2.5
Primary Education	441	54.7
High School	262	32.5
College/University	99	10.3

Father's Educational Status

Illiterate	7	0.9
Primary Education	290	36.3
High School	312	39.0
College/Univetsity	213	23.8

Family's Income

Income less than expense	46	5.6
Equal to income expense	635	77.3
Income more than expense	141	17.2

School Achievement Perception

Successful	430	52.3
Unsuccessful	25	3.0
Average	367	44.6

Friendship Relations

Good	687	83.6
Medium	118	14.4
Bad	17	2.1

The mean score of the students' quality of school life was 87.624 ± 13.993 and it was determined that the students were in risky group in terms of having low school life quality, having negative feelings about school, negative social interaction with their peers, not creating a healthy learning environment, and having self-worthless vision. At the same time, the average Buss-Perry Aggression Scale score of the same students was 76.223 ± 21.395 . Nearly half of the students were exposed to physical attack and more than half were exposed to verbal attack, anger behavior, hostility to school and peers, and aggressive behavior. The results are given in Table 2 and the risk levels of students' is presented in Figure 1.

Table 2. Scale Scores of Students' School Life Quality and Aggression

Scale Name	Min- Max*	Min-Max **	Standart Deviation
School Life Quality's Scale	28-175	28-140	87.624±13.993
Feelings Related to School	7-35	7-35	22.554±4.761
School Management	6-30	6-30	19.885±4.350
Students	5-25	5-25	14.475±2.893
Social Activities	3-15	3-15	9.947±2.545
Statu	3-15	3-15	9.733±3.086
Teachers	4-20	4-20	11.034±3.089
Buss-Perry Aggression Scale	29-145	32-131	76.223±21.395

* Minimum and maximum values that can be taken from the scale.

** Minimum and maximum values taken in this study.

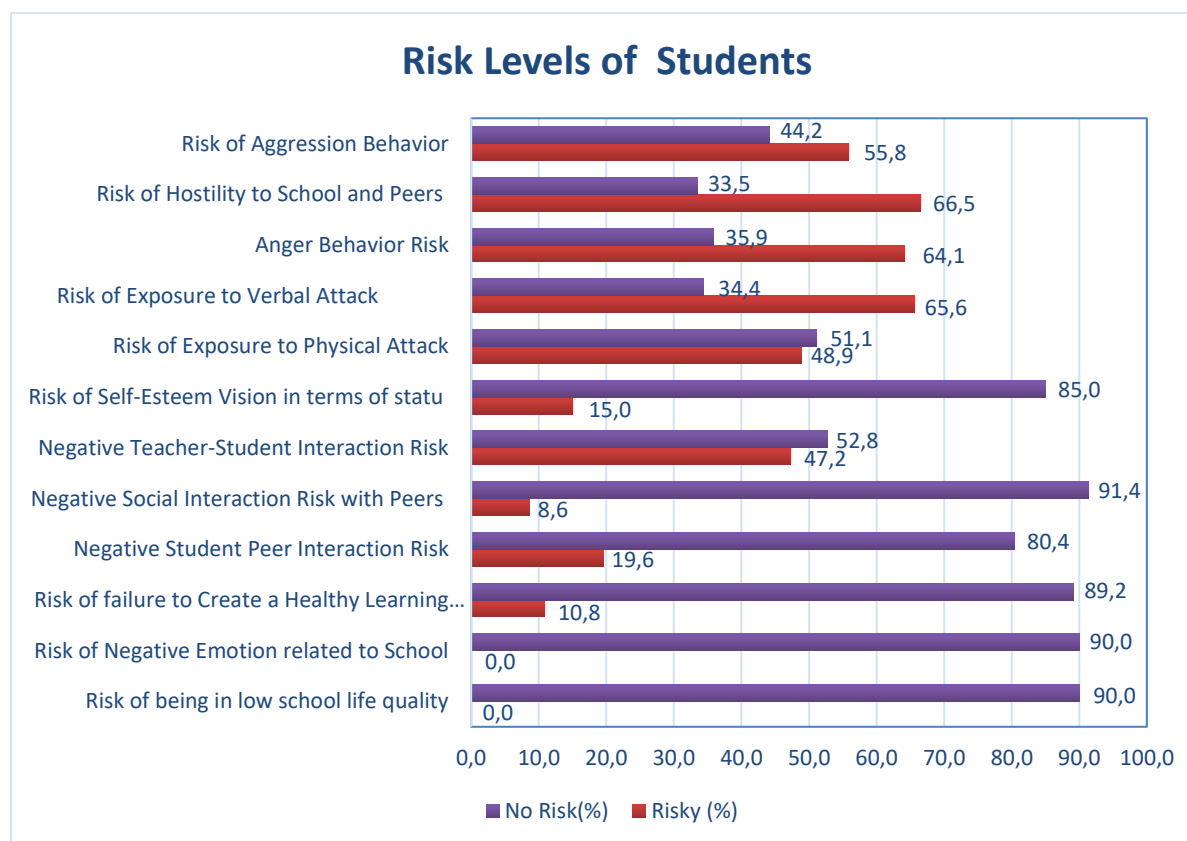


Figure 1. Risk Levels of Students'

In Table 3, the relationship between some independent variables that affect students' school life quality scores can be evaluated by logistic regression analysis according to the difference. It was found that the risk of having negative feelings towards school in the ages of 13-15 was 1.629 (odd=1.629, %95 CI=1.01-2.62) times higher than those in the 10-12 age group. It was found that according to status, the risk of having a self-worthless vision in the ages of 13-15 was 1.542(odd=1.542, %95 CI=1.03-2.30) times higher than those in the 10-12 age group. Finally, it was found that the risk of negative teacher-student interaction was 0.651(odd=0.651, %95 CI=0.49-0.85) times higher than those in the 10-12 age group. The risk of having the low-school quality of life for students with poor friendship was found to be 5.082(odd=5.082, %95 CI=1.73-14.89) times higher than those with good

friendship. The risk of having negative feelings towards school was found to be 6,714 times higher than those with good relations (odd = 6.714, 95% CI = 1.01-2.62). The risk of having negative social interaction with peers was found to be 3.389 times (odd = 3.389, 95% CI = 1.07-10.68) higher than those with good friendship. According to statu, the risk of self-esteem was found to be 1,685 (odd=1.685, %95 CI=1.13-4ws wat2.49 times higher in male students than female students. It was found that the risk of self-esteem was found to be 2,949 (odd=2.949, %95 CI=1.51-5.72) times higher in students with low-income families than in high-school students. Finally, It was found that the risk of self-esteem was found to be 2,723 (odd=2.723; %95 CI=1.11-6.63) times higher in students with low school achievement compared to successful students (Table 3).

Table 3. Logistic Regression of Risk Factors in terms of Students' School Life Quality and Aggression Behavior *

Variables	Regression Coefficient	Standard Error	Wald X ² value	p	Odds Ratio	% 95 Confidence Interval	
Bad friendship relationships/SLQ total	1.626	0.549	8.778	0.003	5.082	1.734	14.897
13-15 age/Feeling Related to School	0.488	0.243	4.036	0.045	1.629	1.012	2.621
Bad Fri. Relations/Feelings Related to Scho	1.904	0.507	14.089	0.000	6.714	2.484	18.149
Bad Fri. Relations /Social Activities	1.221	0.586	4.341	0.037	3.389	1.075	10.685
Male /statu	0.522	0.201	6.761	0.009	1.685	1.137	2.497
13-15 age group/statu	0.433	0.205	4.476	0.034	1.542	1.032	2.302
Low school success/statu	1.002	0.455	4.858	0.028	2.723	1.117	6.636
Low family income level/statu	1.081	0.339	10.200	0.001	2.949	1.518	5.725
13-15 age group/teachers	-0.429	0.141	9.278	0.002	0.651	0.494	0.858
Male/Aggression Total	0.426	0.145	8.635	0.003	1.532	1.153	2.036
13-15 age group/Aggression Total	0.666	0.143	21.525	0.000	1.946	1.469	2.577
Male/Physical Aggression	0.900	0.146	38.095	0.000	2.459	1.848	3.273
13-15 age group/ Physical Aggression	0.568	0.145	15.374	0.000	1.765	1.329	2.346
13-15 age group /Verbal Aggression	0.457	0.148	9.585	0.002	1.580	1.183	2.110
Male/Anger	0.300	0.149	4.049	0.044	1.350	1.008	1.808
13-15 age group/anger	0.437	0.147	8.837	0.003	1.548	1.160	2.064
13-15 age group/hostility	0.681	0.150	20.634	0.000	1.976	1.473	2.651

*Forward LR has been applied.

If the relationship between some independent variables that affect students' aggression scores can be evaluated by logistic regression analysis according to the difference, male students were found to have a 1.532 times (odd=1.532; %95 CI=1.15-2.03) higher risk of aggressive behavior than female students and to have a 2.459 times (odd=2.459; %95 CI=1.84-3.27) higher risk of physical aggression behaviour than female students. Finally, male students were found to have 1.350 (odd=1.350; %95 CI=1.00-1.80) times higher risk of anger behavior than female students.

In addition, it was found that the risk of aggressive behavior was found to be 1.946 times (odd=1.946; %95 CI=1.46-2.57); higher, the risk of

physical aggression behavior was 1.765 times (odd=1.765; %95 CI=1.32-2.34); higher, the risk of verbal aggression behaviour was 1.580 times (odd=1.580; %95 CI=1.18-2.11); higher, and the risk of anger behaviour 1.548 times (odd=1.548; %95 CI=1.16-2.06) higher in the age group of 13-15 than the 10-12 age group. Finally, it was found that the risk of hostility to school/friends was found to be 1,976 times higher (odd=1.976; %95 CI=1.47-2.65) in the age group of 13-15 than the 10-12 age group (Table 3).

DISCUSSION

School life quality is shaped by school children involving school culture and life adapting to school

life. Feelings related to school, affected approach of school management, teachers, and students handling in the scope of school life quality, can affect school children's behaviours, school achievement and continuity to going to school.¹⁴ Therefore, in order to increase school life quality, it is important to determine effective factors.

At the research, 13-15 age group students are at risky group on account of having negative feelings, self-esteem, and failure to create a healthy learning environment, perception of insufficiency teacher support.

In a similar study in which adolescents' aggressive behaviours affecting school life quality and school adaptation were examined, negative feelings towards school were found to be 1.31 time higher in older age group and perception of low teacher support (risk of self-esteem) 2.91 times, the status was found to be 2.24 times higher.¹⁴

This conclusion may support the idea that students do not trust school management and teachers and exhibit such behaviours as self-protection behaviour.^{21,14} In our study, the determinants of gender in school behavior of behaviors² especially in behavior of aggression - were supported by the finding that male students were more at risk of seeing themselves as worthless. In a similar study, it was determined that male students' low self-esteem risk was 2.07 times higher than that of female students,¹⁴ and in other studies, it was determined that the male student turned towards aggressive behaviors due to his / her worthless vision and negative emotions towards the school.^{22,23, 24, 25} In this study and similar studies,^{23,14} it was determined that female students had higher self-esteem than male gender, found positive teacher-student relationship and feelings towards school were more positive. At the same time, the low school achievement was found to increase the risk level of self-esteem among the students. In a study, it was found that the rate of showing aggressive behavior of students with low academic success was 1.31 times higher.¹⁴

In the social activities dimension of the school quality of life scale, the student believes that "*in my school is the place where the other students accept me as I am*"^{14, 2} mentioned that every child needs an environment in which he / she can feel emotionally and socially safe, has no fears and can cope with their self-distrust. In this respect, friendship relations are one of the topics that strengthen the adaptation to the school. In our study, it was determined that the students who have negative social interaction with their peers were in the risky group in terms of their poor life quality, negative feelings towards their school. In a similar

study, it was found that adolescents with bad friendship with their classmates had a 2.68 times risk of having difficulty in social interaction and 3.90 times higher risk of feeling negative towards school.¹⁴ In a study that determined the predictors of secondary school students according to the school quality of life,²⁶ it was stated that the negative social environment in the school environment adversely affected the friendship relationships of the students and therefore the negative emotions towards school and the risk of decrease in the quality of school life were higher in this group. In our study, the low self-esteem and school achievement level of the students with low family income were also low. Similarly, in two studies, similar to our study, it was found that the income level of the family had a negative effect on the quality of school life and school success.^{27,28} In line with these results, it may be effective to plan specific solutions for each student by identifying risk factors and the factors that increase the level of risk.

The aggression caused by the interaction of individual and environmental characteristics and the feeling of anger is defined as a universal problem.¹⁷ In order to prevent aggressive behavior in schools, it is important to determine the factors that lead to aggression and the factors affecting it. In the study, it was determined that the mean scores of aggression in the 13-15 age group was higher and the risk of aggressive behavior was higher. In the similar studies, aggression behaviors were found to increase as age increased.^{29,30,8} It is thought that the physiological and psychological changes experienced with the onset of adolescence will be effective in these results. Growing children may have a desire to appear stronger and more independent in the family and friendly environment. One of the factors affecting aggression behavior is gender. In the study, it was found that male students had higher risk of showing physical aggression and anger behavior. According to the differences in the relationship between independent variables, similar studies conducted with logistic regression analysis found that the aggressiveness in the male sample was 1.26 times³¹ and 4.90 times more.¹⁴ Additionally, in some studies conducted in our country and abroad, aggression behaviors were found to be higher in males.^{29, 32, 30, 4, 33,16, 10} This result may be related to the acceptance or support of aggressive behaviors when male children are raised. In addition, by society, the girl's aggression and anger behaviours are expected that do not reveal and suppress and men's aggression behaviors are perceived as signs of power and masculinity.

In the study, it was determined that the perception of school achievement significantly affected the mean scores of aggression. Similar studies have shown that the level of success is related to aggression and students with low academic

achievement exhibit aggressive behaviors more frequently.^{8,13} Academic failure is considered to be an individual risk factor that increases the likelihood of showing aggression behaviour of child or adolescent.¹⁷ Students who perceive their academic success as low can exhibit aggressive behaviors in order to attract interest. Therefore, it can be said that identifying and supporting children with low academic achievement may be an important approach in preventing aggressive behaviors.

In the study, it was determined that friendship relations significantly affected the aggression behaviors. In the literature, it is stated that among the protective factors related to the school preventing violence in young people, academic achievement, school attachment, positive school environment and peers are effective.³⁴ Venter and Poggenpoel (2006) found that students learn about their aggression behaviors in their educational environment in relation to their peers.^{35,17} This result can be interpreted to be more risky for children who are not in a positive relationship with their friends, excluded and who are in a group of friends with aggressive behaviors. In this respect, children with risk should be monitored and evaluated in more detail.

CONCLUSION

According to the results of the study, a statistically significant difference was found between gender and school life quality scale, school management, status and teacher sub-scale mean scores. Additionally, it was found that significantly difference between the family income level and school feelings, school management, students, status, teachers, and school life quality total scale mean scores ($p < 0.05$). Between school success and school-related emotions and situations, between mean friendship scores and scores of school-based emotions, social activities, status, teachers subscale and average scores, there was a statistically significant difference ($p < 0.05$). If the mean scores of students' aggression scale and subscale scores are examined, the mean total score of physical/verbal aggression and aggression according to gender; There was a statistically significant difference between school achievement and companionship relations, physical aggression, anger, hostility, and aggression mean score ($p < 0.05$). The independent variables affecting the determinants of school life quality and aggression were 13-15 years of age, male gender, low school performance and low family income, and poor friendship.

Implications for Practice

In this respect, the cooperation between student family and school management can be ensured in the

prevention and control of aggression in schools. In addition, randomized controlled experimental studies including individual or group interviews can be recommended for students and their families whose risk level is determined.

Limitations

Research findings obtained from the 10-15 age group can not be generalized for all secondary school students across Turkey. However, the results obtained from the study can be used to understand the profiles of secondary school students in the age group of 10-15 who are studying in schools in the city center of Sivas.

Declaration of Conflicting Interests

The author(s) did not report any potential conflicts of interest related to the research, author and/or publication of this article.

Funding

The author(s) did not receive any financial support for the investigation, writing and/or publication of this article.

Acknowledgements

The authors would like to thanks the students who participated in this study.

REFERENCES

1. Özdemir Y, Koruklu N. Parental attachment, school attachment and life satisfaction in early adolescence. *Elementary Education Online*. 2013;12:836-848.
2. Sarı M. Assessment of school life: Reliability and validity of quality of school life scale. *Hacettepe University Journal of Education*. 2012;42:344-55.
3. Barnes TN. Changing the landscape of social emotional learning in urban schools: what are we currently focusing on and where do we go from here?. *Urban Rev*. 2019;51:599-637.
4. Elitok-Kesici A, Ceylan V.K. Quality of school life in Turkey, Finland and South Korea. *International Journal of Evaluation and Research in Education (IJERE)*. 2020;9(1):100-108.
5. Erden A, Erdem M. School life quality at primary schools: case of van province. *Hacettepe University Journal of Education*. 2013;28:151-165.
6. Karadağ M, Altınay Aksal F, Altınay-Gazi Z, Dağlı G. Effect size of spiritual leadership: in the process of school culture and academic success. *SAGE Open*. 2020;1-14.
7. Mok MMC, Flynn M. Determinants of students' quality of school life: a path model. *Learning Environments Research*. 2002;5:275-300.

8. Donat Bacıoğlu S, Özdemir Y. Aggressive behaviors in elementary students and their relationship to age, gender, academic success and anger. *Journal of Educational Sciences Research*. 2012;2:169-187.
9. Sili A. The sociological analysis of the secondary education students' aggressive behaviors. *EKEV Akademi Journal*. 2012;5:261-272.
10. Yavuzer Y, Karataş Z. The mediating role of anger in the relationship between automatic thoughts and physical aggression in adolescents. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2013;1-7.
11. Gönültaş O, Atıcı M. An investigation of anger and aggression levels of middle school last class students' regarding some variables. *Journal of Çukurova University Institute of Social Sciences*. 2014;23:370-386.
12. Lee K, Baillargeon RH, Vermunt JK, Wu H, Trmblay RE. Age differences in the prevalence of physical aggression among 5-11-year old Canadian boys and girls. *Aggressive Behavior*. 2007;33:26-37.
13. Uz Baş A, Topçu-Kabasakal Z. The prevalence of aggressive and violent behaviors among elementary school students *Elementary Education Online*. 2010;9:93-105.
14. Estévez E, Jiménez TI, Moreno D. Aggressive behavior in adolescence as a predictor of personal, family, and school adjustment problems. *Psicothema*. 2018; 30(1):66-73.
15. Han G, Park J. Role of the flow in physical education class between school life stress and aggressiveness among adolescents. *Sustainability*. 2020;12(4241):1-10.
16. Sezer A, Kolaç N, Erol S. The relationship between a primary school fourth, fifth, sixth grade students' aggressiveness levels, parent attitudes and some variables. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*. 2013;3:184-190.
17. Yavuzer Y. Violence and aggression in schools: risk factors related to teachers and schools and prevention strategies. *National Education Journal*. 2011;92:43-61.
18. Lineberry MJ, Ickes MJ. The role and impact of nurses in American elementary schools: a systematic review of the research. *J Sch Nurs*. 2015;31:22-33.
19. Turkey's Health Ministry, Sağlık Hizmetlerinde Okul Sağlığı Kitabı, [https://www.saglik.gov.tr, accessed:22.09.2020]
20. Demirtaş-Madran A. The reliability and validity of the buss-perry aggression questionnaire. (BAQ)-Turkish Version *Turkish Journal of Psychiatry*. 2013;24:124-129.
21. Eccles JS, Roeser RW. Schools as developmental contexts during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*. 2011;21(1):225- 241
22. Arıkan G, Sarı M. Examination of quality of school life in high school student. *International Journal of Contemporary Educational Studies (IntJCES)*. 2016; 2(1):66-77.
23. Gedik A, Cömert M. School life quality in secondary school students. *Journal of Graduate School of Social Sciences*. 2018; 22:989-1006.
24. Kıran-Esen B. Examination of students' risk taking behavior and school successes according to peer pressure levels and genders. *The Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 2003;2:17-26.
25. Akgül-Gündoğdu N, Güler N, Kocataş S, Güler G. The relation between quality of school life and peer pressure of primary six, seven and eight grade students. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*. 2016;2:61-67.
26. Kaya A, Sezgin M. Prediction of middle school students' happiness by educational stress and quality of school life. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Education Faculty*. 2017;41:245-264.
27. Lin T, Lv H. The effects of family income on children's education: An empirical analysis of CHNS data. *Research on Modern Higher Education*. 2017;4:49-54.
28. Selvitopu A. Examining the quality of school life perceptions of vocational school students. *Mehmet Akif Ersoy University Journal of Education Faculty*. 2018;47:225-246.
29. Amedahe FK, Owusu-Banahene NO. Sex differences in the forms of aggression among adolescent students in Ghana. *Research in Education*. 2007;78:54-64.
30. Çetinkaya Yıldız E, Hatipoğlu-Sümer Z. Perceived neighborhood risk, neighborhood safety and school climate in predicting aggressive behaviors. *The Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal* 2010;4:161-173.
31. Avcı D, Kılıç M, Tarı-Selçuk K, Uzunçakmak T. Levels of aggression among Turkish adolescents and factors leading to aggression. *Issues in Mental Health Nursing*. 2016;37:476-484.
32. Browser J, Larson JD, Bellmore A, Olson C, Resnik F. Bullying victimization type and feeling unsafe in middle school. *The Journal of School Nursing*. 2018;34:256-262.
33. Kabasakal Z, Uz-Baş A. Research on some variables regarding the frequency of violent and aggressive behaviors among elementary school students and their families. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2010;2:582-586.
34. Lösel F, Farrington DF. Direct protective and buffering protective factors in the development of youth violence. *American Journal of Preventative Medicine*. 2012;43:8-23.
35. Venter M, Poggenpoel M. The phenomenon of aggressive behavior of learners in the school situation. *Phenomenom of Aggressive Behavior*. 2006;126:312-315.



Does a High Pre-Treatment Nicotine Dependence Increase the Post-Cessation Diabetes Risk?

Tedavi Öncesi Yüksek Nikotin Bağımlılığı Sigarayı Bırakma Sonrası Diyabet Riskini Artırır mı?

Melike Mercan Başpınar*¹, Okcan Basat²

ABSTRACT

Aim: This study aimed to observe the pre-treatment nicotine dependence level (NDL) and the change in diabetes risk screening results during the post-cessation period. **Material and Methods:** In the current study, 527 current smokers who applied to a tertiary hospital for smoking cessation treatment between February 2019 and July 2019 were included. Firstly, a questionnaire (containing demographic data, the Fagerstrom Nicotine Dependence Test; FTND, and the American Diabetes Association; ADA Diabetes Risk Screening Tool) was applied. In the second stage, smoking cessation status and diabetes risk of 279 patients who could be reached by phone after 6 months were re-evaluated. **Results:** Based on initial results, 33.6% of nicotine addicts were heavy smokers and 20.5% had type 2 diabetes mellitus (T2DM) risk. Although FNBT score and diabetes risk score ($p = 0.002$, $r = 0.133$) were related, NDL was not effective in the presence of T2DM risk before quitting ($p = 0.08$). Increased post-cessation T2DM risk was detected in quitters (25.3%) versus current smokers (13.5%). Six-month follow-up indicated that the rate of diabetes risk among current smokers was 46% of quitters ($p = 0.01$, $OR = 0.46; 0.25-0.86$). The diabetes risk presence related to pre-treatment heavy dependence among quitters (54.1%) was higher than mild (13.5%) or moderate (32.4%) nicotine dependence ($p = 0.004$). Although final BMI was not different between quitters and smokers ($p = 0.58$), there was a significant increase in BMI between baseline and final visits ($p < 0.001$; $Z = -10.39$). Both current smokers and quitters had similar age and gender demographics ($p = 0.64$, $p = 0.37$, respectively). **Conclusion:** Particularly heavy smokers might be aware that smoking cessation would be more rational with a lifestyle change to prevent diabetes risk of the post-cessation period. Our study would contribute to knowledge about smoking, post-cessation, and T2DM risk.

Key words: Diabetes risk test, public health, smoking, type 2 diabetes

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, tedavi öncesi nikotin bağımlılık düzeyini (NBD) ve sigara bırakma tedavisi sonrası diyabet risk tarama sonuçlarındaki değişimi gözlemlemeyi amaçlamıştır. **Gereç ve Yöntemler:** Şubat 2019 ile Temmuz 2019 tarihleri arasında sigara bırakma tedavisi için üçüncü basamak bir hastaneye başvuran toplam 527 sigara kullanan gönüllü bu çalışmaya dahil edilmiştir. Önce demografik veriler, Fagerstrom Nikotin Bağımlılığı Testi (FNBT) ve diyabet riskinin taranmasına yönelik Amerikan Diyabet Derneği (ADA) Diyabet Risk Test'ini içeren soru formu katılımcılara uygulanmıştır. 6 ay sonra telefonla ulaşılabilen 279 katılımcının sigara bırakma durumları ve diyabet riskleri yeniden değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmanın başlangıcında, sigara içenlerin %33,6'sı ağır düzeyde sigara bağımlısı olup, %20,5'inde tip 2 diyabetes mellitus (T2DM) riski saptanmıştır. FNBT skoru ve diyabet risk skoru ($p = 0,002$; $r = 0,133$) ilişkili olsa da, NBD bırakma öncesi T2DM risk varlığında etkili olmamıştır ($p = 0,08$). Tedavi sonrası sigarayı bırakanların (% 25,3) sigara içmeye devam edenlere (% 13,5) göre T2DM riskinin arttığı tespit edilmiştir. Altı aylık takip, sigaraya devam edenlerde diyabet risk oranının sigarayı bırakanların % 46'sı kadar ($p = 0,01$ $OR = 0,46; 0,25-0,86$) olduğunu göstermiştir. Sigarayı bırakanlar arasında diyabet riski ile ilişkili tedavi öncesi ağır bağımlılık (% 54,1), hafif (% 13,5) veya orta (% 32,4) bağımlılıktan daha fazla oranda izlenmiştir ($p = 0,004$). Tedavi öncesi ve sonrası vücut kitle indeksinde (VKİ) anlamlı bir artış olsa da ($p < 0,001$; $Z = -10,39$), tedavi sonrası sigarayı bırakanlar ile içmeye devam edenlerin VKİ değerleri arasında fark bulunmamıştır ($p = 0,58$). Hem sigara içenlerin hem de bırakanların benzer yaş ve cinsiyet özelliklerine sahip olduğu görülmüştür (sırasıyla $p = 0,64$, $p = 0,37$). **Sonuç:** Özellikle ağır düzeyde sigara bağımlılığı olanlar, bırakma sonrası dönemde diyabet riskini önlemek için yaşam tarzı değişikliği ile beraber sigara bırakmanın daha akılcı olacağını farkında olmalıdır. Çalışmamız sigara bağımlılığı, sigara bırakma sonrası dönem ve T2DM riski hakkında literatür katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Diyabet risk testi, halk sağlığı, sigara, tip 2 diyabet

Received / Geliştirilme Tarihi: 30.07.2020, Accepted / Kabul Tarihi: 13.01.2021

¹Department of Family Medicine, University of Health Sciences, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital, ISTANBUL (<http://orcid.org/0000-0003-3183-3438>)

²Department of Family Medicine, University of Health Sciences, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital, ISTANBUL (<http://orcid.org/0000-0002-5222-9136>)

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Department of Family Medicine, University of Health Sciences, Gaziosmanpaşa Training and Research Hospital, Osmanbey Caddesi, 621 Sokak, 34255 Gaziosmanpaşa, ISTANBUL-TURKIYE
E-mail: drmelikemercan@gmail.com

Baspınar MM, Basat O. Does a High Pre-Treatment Nicotine Dependence Increase the Post-Cessation Diabetes Risk?. TJFMPC, 2021;15(2): 244-250.

DOI: 10.21763/tjfm.776077

INTRODUCTION

The global prevalence of tobacco use in type 2 diabetes (T2DM) is 20.81%.¹ Increased risk of T2DM is associated with active smoking.² A linear dose-response relationship between cigarette consumption and T2DM risk has been reported.³ To emphasize the importance of smoking cessation in T2DM, a section on tobacco use and cessation was added to the revisions of the Standards of Medical Care in Diabetes published in 2019 by the American Diabetes Association (ADA).⁴

Potential mechanisms of nicotine-induced insulin resistance have been explained in various ways. Adiponectin levels that fall with smoking and rise with smoking cessation, but may also fall with smoking cessation in the presence of post-cessation weight gain.⁵ Consistent with the adverse effects of nicotine on insulin sensitivity, there is a clear, dose-dependent relation between diabetes or glucose intolerance and both active and passive cigarette exposure.⁶ A relative risk reduction of 40%–70% in adults with prediabetes is possible with lifestyle interventions like smoking cessation and weight loss.⁷ A minimum of 3-year follow-up seemed to be required to display a reduction in diabetes risk in high-risk individuals.⁸ The use of validated risk calculators to quickly identify and follow-up people at a high risk of T2DM is recommended by several international organizations.⁹ The ADA Diabetes Risk test was chosen in this study because the test is simple, fast, and noninvasive screening tool to identify individuals at high risk for diabetes.

To our knowledge, our study is a novel study exploring the relationship between diabetes risk screening tools and smoking before and after smoking cessation. We aimed (i) to compare diabetes risk and related factors of smokers at the beginning of treatment; and (ii) to evaluate the effect of a six-month post-cessation period on the T2DM risk score between quitters and current smokers.

MATERIALS AND METHODS

Study design, sample, and procedures

Study data were collected from 527 smokers who applied to smoking-cessation treatments of family medicine clinics at a tertiary hospital between February 2019 and July 2019. In the first step, patients were asked to fill out a questionnaire including demographic data, the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND), and the American Diabetes Association (ADA) Diabetes Risk Test. The second step was six months later; 279 of 527 patients were reached by phone and answered the control

questionnaire containing control T2DM risk score and cessation success (quit or continue smoking). Patients of the second stage were grouped into current smokers or quitters. The other participants who might not be reached or refused to reply to questions were excluded from the second stage. Participants with a prior DM diagnosis or with a disease or drug use history that may cause DM were not included.

The ADA Diabetes Risk Test contains seven questions about age, gender, presence of gestational diabetes diagnosis, presence of hypertension diagnosis, family history of diabetes, weight, and physical activity status. The tool is used to determine who should be assessed for diabetes risk in asymptomatic adults. Patients scoring 5 or higher are at risk of having T2DM, according to the diabetes risk test and these patients should be seen by a health professional for T2DM diagnoses.¹⁰ Patients with prediabetes are defined by the American Diabetes Association as a fasting plasma glucose of 100–125 mg/dL or 2-h plasma glucose value during a 75-g oral glucose tolerance test of 140–199 mg/dL or hemoglobin A1c (HbA1c) levels of 5.7%–6.4%.¹⁰

Reliability in the Turkish version of FTND and factor analysis was done in 2004 by Uysal et al.¹¹ Smoking was classified with FTND score in mild (0–4 points), moderate (5–7 points), and heavy (8–10 points) dependence severity as in some studies using 3 levels instead of 5 levels.¹²

Statistical analysis

Categorical data were compared using Chi-square tests. Continuous data were analyzed by Mann–Whitney U and Spearman correlation tests. Changes in T2DM risk scores and BMI were compared using the Wilcoxon test. Data were analyzed using NCSS 10 (2015 Kaysville, USA). A p-value of 0.05 was considered statistically significant.

Compliance with ethical standards

The participants were informed about the survey and, consequently, the verbal consent of patients was obtained. Only volunteers were included in the study. The Taksim Ethics Committee reviewed and approved this study on 16/01/2019 (Approval no:14). All authors read and comply with the principles of the Helsinki Declaration. This article does not contain any studies with animals.

RESULTS

Evaluation of demographic data, addiction, and pre-treatment diabetes risk

Patients (n=527; age=40.1±11.46) who applied for smoking cessation treatment were enrolled in the first

step of this study. Males were 60.2% of the cases and 33.6% were heavy smokers. The duration time of smoking was 22.1±11.8 years. Daily cigarette consumption was 25.27±12.94 cigarettes/per day, and lifetime cigarette consumption was 28.49±22.63 packs/year. Pre-treatment BMI was 26.5±4.6 kg/m². Fasting blood glucose (FBG) was 82.7±14.8 mg/dl and 10.4% of all patients had a FBG between 100 and 125 mg/dl, indicating the presence of Prediabetes. The pre-treatment diabetes risk score of participants was 3.10±1.78 and 20.5% of the patients were classified as positive diabetes risk, defined as risk score ≥5 points. At the same time, smokers with prediabetes had a significantly higher (p=0.01) daily cigarette consumption (30±16.5 cigarettes per/day) than smokers without Prediabetes (25±12.4 cigarettes per/day). The diabetes risk score in men was higher than that of women (female score: 2.97±02.05, male score: 3.18±1.58) but gender frequency was not different for T2DM risk presence.

As shown in **Table 1**, patients were categorized based on initial diabetes risk scores. Age (p<0.001), FBG (p<0.001), education (p<0.001), BMI (p<0.001), FTND score (p=0.04), duration of smoking

(p<0.001), mean daily consumption of cigarettes (p=0.02) and presence of any cardio vascular system / respiratory system (CVS/RS) disease (<0.001) were significantly higher in those at risk for DM compared with those not at risk.

Comparison of nicotine dependence groups

In **Table 2**, patients were categorized into mild, moderate, or heavy NDL groups. Heavy smokers were older (p=0.03), had a longer duration of smoking (p=0.02), a higher daily cigarette consumption (p<0.001), a higher lifetime cigarette consumption (p<0.001), and a higher BMI (p<0.001) compared with the mild or moderate smokers. Diabetes risk was not significantly different between the nicotine dependence groups (p=0.08).

A weak correlation was found between FTND score and diabetes risk score (p=0.002, r=0.133) using a Spearman test.

Table 1. Evaluation of patient characteristics in diabetes risk groups at the first step of the study.

Test groups	Age (year)	Gender		Education		CVS/RS disease		Fasting Blood Glucose	BMI	FTND Score	Daily cigarette consumption (per day)	Duration of smoking (years)
		Female	Male	Illiterate/ Basic education	High school/ University	(-)	(+)					
		Mean ±SD	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)					
DM Risk (-)	37.1±9.92	163 (77.6%)	256 (80.8%)	191 (68.7%)	228 (91.6%)	345 (90.6%)	74 (50.7%)	79.99±14.21	24.54±4.11	6.3±2.14	24.4±11.70	19.4±10.21
DM Risk (+)	51.7±9.53	47 (22.4%)	61 (19.2%)	87 (31.3%)	21 (8.4%)	36 (9.6%)	72 (49.3%)	93.20±18.86	30.21±4.55	6.70±2.36	28.5±16.56	32.7±11.58
P	<0.001*	0.38**		<0.001**		<0.001**		<0.001*	<0.001*	0.04*	0.02*	<0.001*

*Mann-Whitney U test **Chi-square test

Table 2. Evaluation of demographic data according to nicotine dependence severity.

Variables	Mild NDL	Moderate NDL	Heavy NDL	Total score	P-Value
	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD	
Continuous variables					
Age (years)	40.4±11.82	40±11.79	41.7±10.62	40.1±11.46	0.03*
Duration of smoking (years)	21.7±12.66	20.98±11.75	23.91±11.15	22.10±11.78	0.02*
Daily cigarette consumption (cig per day)	15.81±8.12	23.49±8.64	33.16±15.45	25.27±12.94	<0.001*
Lifetime cigarette consumption (packs/year)	17.02±13.54	25.17±17.99	39.7±27.43	28.49±22.63	<0.001*
BMI (kg/m ²)	25.71±4.13	25.98±4.39	27.67±4.93	26.50±4.60	<0.001*
Categorical variables					

Groups		Mild ND	Moderate ND	Heavy ND	Total	P-Value
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Gender	Female	40 (7.6%)	91 (17.2%)	79 (15%)	210 (39.8%)	0.24
	Male	61 (11.6%)	158 (30%)	98 (18.6)	317 (60.2)	
Education	Illiterate	3 (0.6%)	6 (1.1%)	8 (1.5%)	17 (3.2%)	0.91
	Basic education	49 (9.3%)	122 (23.1%)	90 (17.1%)	261 (49.5%)	
	High school	33 (6.3%)	83 (15.7%)	55 (10.4%)	171 (32.4%)	
	University	16 (3%)	38 (7.2%)	24 (4.6%)	78 (14.8%)	
	No	67 (17.6%)	194 (36.8%)	120 (22.8%)	381 (72.3%)	
Diabetes Risk test (ADA)	<5 points (-) risk	82 (15.5%)	206 (39.1%)	131 (24.9%)	419 (79.5%)	0.08
	≥5 points (+) risk	19 (3.6%)	43 (8.2%)	46 (8.7%)	108 (20.5%)	

Chi-Square test for categorical variables with ND
Kruskal-Wallis test for continuous variables with ND
**P-value<0.05 significant*

Table 3. Logistic regression analysis results for diabetes risk and related factors.

Criteria	Risk Factors	P-Value	OR (RR)	95% CI		Predicted-Observed (Percentage correct)
Diabetes Risk	Age*	<0.001*	1.13	1.08	1.19	87.3%
	Education (High school/University)	0.30	0.69	0.34	1.40	
	FBG (Fasting Blood Glucose)*	0.01*	1.03	1.01	1.05	
	FTND score	0.13	0.76	0.53	1.09	
	Duration of smoking (year)	0.77	0.99	0.93	1.05	
	Daily time cigarette (per day)	0.77	0.98	0.94	1.05	
	Lifetime cigarette (packet/year)	0.36	1.02	0.98	1.06	
	NDL (Heavy)	0.16	0.20	0.02	1.94	
	Presence of CVS/RS diseases*	<0.001*	3.77	2.06	6.92	
	BMI *	<0.001*	1.25	1.15	1.35	

Table 3 depicts the logistic regression analysis results to determine the risk factors in those with diabetes risk. Smokers with diabetes risk had 13% older age, 25% higher BMI, 0.03% higher FBG, and approximately four times more CVS / RS disease presence than those without diabetes risk. Fagerstrom score, dependence severity, and consumption of cigarettes were not risk factors for diabetes risk screening among smokers.

Follow-up assessment of study sample

In the second stage of the study, 279 of 527 participants could be reached by phone in the sixth-month of cessation treatment. Smoking cessation success and 2nd diabetes risk test were questioned. Of the participants, 52% (146/279) cases were successful after treatment. Quitters and current smokers were evaluated based on (i) 1st risk scores at the beginning

of the study and (ii) final risk scores in the 6-month follow-up phone interview. While the 1st diabetes risk score was 3.20±1.20 with an 18.3% (51/279) rate, the final diabetes risk score was 3.29±1.65 with a 19.7% (55/279) rate. The Wilcoxon test also showed that the 1st and final diabetes risk scores were significantly different (p<0.001; Z=-5.00) in the second stage.

Despite, no difference in final diabetes risk scores was detected between quitters and current smokers (p=0.23), there was an increase in the diabetes risk score from baseline to final evaluation. As shown in Table 4, quitters had a higher ratio for diabetes risk (37/109) than that of current smokers (18/115). Odds ratio calculation has shown that the presence of diabetes risk rate among current smokers was 46% of quitters (p=0.01 OR=0.46; 0.25-0.86). The baseline and final BMI of the study sample in the second stage were 26.63±4.41 and 27.17±4.50 kg/m², respectively. Although there were no differences in the final BMI between quitters and current smokers (p=0.58), there was a significant increase in BMI between 1st and final controls (p<0.001; Z=-10.39). Age and gender

differences were not found between quitters and continuing smokers ($p=0.64$, $p=0.37$, respectively).

The diabetes risk related to heavy dependence had a significant increase more than mild

and moderate dependence ($p=0.004$) (Table 5). It has seemed that this increased risk cause of quitters.

Table 4. Evaluation of post-smoking cessation T2DM risk, BMI and gender between quitters and current smokers

Groups		Quitters (n=146)	Current Smokers (n=133)	P
		Mean±SD (n%)	Mean±SD (n%)	
Diabetes Risk Test score	First	3.28±1.75	3.09±1.46	0.33**
	Final	3.42±1.78	3.14±1.47	0.23**
Diabetes Risk Group	≥5 points (risk+)	37 (25.3%)	18 (13.5%)	0.01*
	<5 points (risk-)	109 (74.7%)	115 (86.5%)	
Age	Final	39.05±12.18	37.92±9.69	0.64**
Gender	Male	128 (87.7%)	121 (91%)	0.37*
	Female	18 (12.3%)	12 (9%)	
BMI	Final	27.30±4.78	27.01±4.20	0.58**

*Chi-Square test (selected with Risk test and weight cases by frequency) **Mann-Whitney U test
P-value<0.05 significant

Table 5. Evaluation of post-cessation T2DM risk based on pre-treatment NDL of quitters

Final Diabetes Risk Screening		First NDL Mild, n (%)	First NDL Moderate, n (%)	First NDL Heavy n (%)	Total n (%)	P-Value
Quitters	Risk (-)	23 (21.1%)	60 (55%)	26 (23.9%)	109 (100%)	0.004*
	Risk (+)	5 (13.5%)	12 (32.4%)	20 (54.1%)	37 (100%)	
Current Smokers	Risk (-)	18 (15.7%)	58 (50.4%)	39 (33.9%)	115 (100%)	0.28*
	Risk (+)	1 (5.3%)	8 (44.4%)	9 (50%)	133 (100%)	
Total	Risk (-)	41 (18.3%)	118 (52.7%)	65 (29%)	224 (100%)	0.004*
	Risk (+)	6 (11%)	20 (36.3%)	29 (52.7%)	55 (100%)	

*Chi-Square test P-value<0.05 significant

DISCUSSION

Our study found out that increased T2DM risk among quitters in an early period of post-cessation might be related to heavy NDL before treatment. Although pre-treatment T2DM risk was similar in all smokers, the final T2DM risk rate in smokers was 46% of quitters.

Smoking and T2DM

A large cohort study demonstrated a dose-response relationship between smoking and the incidence of diabetes.¹³ In a Japanese meta-analysis, T2DM risk remained high among quitters during the preceding 5 years. However, there was no risk difference between smokers and non-smokers, and 6.9% of smokers had a high diabetes risk in another study.¹⁴ An Indonesian study showed that the elders who smoke 1–12 cigarettes per day, 13–24 cigarettes per day, and more than 24 cigarettes per day have risks of 1.3, 1.6, and 2.5 (95% CI, 1.54–3.97), respectively, to get chronic complications compared with those who do not smoke.¹⁵

In our study, nicotine dependence levels (mild, moderate, or heavy smoking) were not statistically different between diabetes risk positive and negative groups before cessation treatment, although FTND scores were higher in the diabetes risk positive group. We did not detect a significant limit of daily cigarette consumption despite a significant correlation between daily consumption (per day) and T2DM risk.

Change in Diabetes Risk Test Scores with Post-Cessation

In an analysis setting the long-term risk of post-cessation, the highest diabetes risk occurred in the first 3 years, and then gradually decreased to 0 at 12 years. Compared with adults who never smoked, the hazard ratios of diabetes among former smokers, new quitters, and current smokers were 1.22 (CI, 0.99 to 1.50), 1.73 (CI, 1.19 to 2.53), and 1.31 (CI, 1.04 to 1.65), respectively.¹⁶ Weight gain after smoking cessation attenuates the reduction in risk of developing cardiovascular disease but does not attenuate the beneficial effect of smoking cessation on mortality. These findings confirm the overall health benefits of smoking cessation among people with type 2 diabetes,

but also emphasize the importance of weight management after smoking cessation to maximize the health benefits.¹⁷

We found that the smoking cessation period affected diabetes risk development in the first six months based on T2DM risk screening tool results. In a study about post-cessation weight gain, long term increases in weight and BMI occurred in quitters completely or for a while.¹⁸ According to a study conducted in 2013, daily cigarette consumption and FTND levels were strongly associated with BMI increases after smoking cessation; weight gain was higher in participants with FTND scores of 8 points and above compared to participants with FTND scores of 7 or below.¹⁹ In our study, there was a difference in the first BMI measures between the NDJ groups; heavy smokers had a higher BMI. Although a significant overall BMI increase occurred, no difference in final BMI between current smokers and quitters was obtained. We speculated that the increased risk of T2DM might be related to weight gain after smoking cessation. The ADA Risk Test questions do not clearly evaluate the patient's self-activity; therefore, future studies should focus on weight gain versus activity level for T2DM risk in the post-cessation period.

Diabetes Risk Test and T2DM

A study among university students and employees indicated that 37.5% of students and 61.1% of employees had diabetes risk based on the diabetes risk test. Of the study participants, 14.0% of the students and 31.8% of the employees were smokers. The study suggested that diabetes risk was considerable in the young population and advised changing lifestyles to improve diabetes risk.²⁰ The overall prevalence of prediabetes was 25.3% in the population according to an analysis of the 2015 health, well-being, and aging study based on the ADA. In the Jackson Heart Study, 18% of participants had prediabetes and 12.7% of participants were current smokers²¹. In our study, the presence of prediabetes determined by FBG was 10.4% and all participants were current smokers at baseline. Ethnicity and smoking rate in research might account for the differences between the studies.

The International Diabetes Federation (IDF) recommends a two-step approach in which diabetes risk be determined first using the risk questionnaire forms, followed by determination of blood glucose levels in people at risk for diabetes.²² A novel review found out that interventions should be targeted at people at risk to improve recruiting and intervention effectiveness. Screening questionnaires and blood glucose measurement can both be used for screening; the method does not appear to affect intervention effectiveness. Screening and recruitment are time-consuming, especially when targeting lower socioeconomic status and age under 45 years. The intervention intensity is more important for

effectiveness than the delivery mode. Moderate changes in several lifestyle habits lead to good intervention results.⁸ In another novel randomized-controlled trial has indicated the Norfolk Diabetes Prevention lifestyle intervention reduced the risk of type 2 diabetes in current high-risk glycemic categories.²³ Smoking cessation treatment is one of the important lifestyle change strategies. Easy to use diabetes risk-prediction tools have a vital role in identifying those individuals who would benefit most from treatment.

Limitations and Suggestions for Future Studies

There were several limitations to this study. First, more than half of the smokers in the study could not be reached at the 6-month follow-up or refused to reply to questions by phone. Second, the initial BMI was assessed by the physician with a digital scale in the polyclinic room but follow-up measurements were obtained from patients by phone. Thus, the relationship between weight gain and post-cessation diabetes risk development could not be evaluated perfectly. In future studies, addressing the post-cessation period (activity, nutrition, anxiety cause of cessation treatment, nicotine withdrawal) may be more important, especially for new quitters.

Main points of the study

- Even if the FTND score is correlated with the diabetes risk score, both light and heavy smoking have similar diabetes risk before cessation treatment. However, the post-cessation period gets an increased T2DM risk among new quitters especially in favor of a high pre-treatment dependence level.
- The diabetes risk of the sixth-month follow-up among current smokers is 46% of new quitters ($p=0.01$ OR=0.46;0.25-0.86) A significant change in diabetes risk score is possible in the six-month cessation period between current smokers and quitters.
- Smoking cessation should be coupled with strategies for diabetes prevention and early detection for smokers at diabetes risk.

Informed consent

Verbal informed consent was obtained from all patients who participated in this study.

Conflict of Interest

No conflict of interest was declared by the authors.

Acknowledgments

No sources of funding were used to conduct this study or prepare this manuscript. The authors thank all individuals for supports in the study.

REFERENCES

1. Roderick P, Turner V, Readshaw A, et al. The global prevalence of tobacco use in type 2 diabetes mellitus patients: A systematic review and meta-analysis. *Diabetes research and clinical practice* 2019;154:52-65.
2. Facchini FS, Hollenbeck CB, Jeppesen J, et al. Insulin resistance and cigarette smoking. *Lancet* 1992;339(8802):1128-30. doi: 10.1016/0140-6736(92)90730-q [published Online First: 1992/05/09]
3. Akter S, Goto A, Mizoue T. Smoking and the risk of type 2 diabetes in Japan: a systematic review and meta-analysis. *Journal of epidemiology* 2017;27(12):553-61.
4. Association AD. Summary of Revisions: Standards of Medical Care in Diabetes—2019. *Diabetes Care* 2019;42(Supplement 1):S4-S6.
5. Tweed JO, Hsia SH, Lutfy K, et al. The endocrine effects of nicotine and cigarette smoke. *Trends in Endocrinology & Metabolism* 2012;23(7):334-42.
6. Willi C, Bodenmann P, Ghali WA, et al. Active smoking and the risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2007;298(22):2654-64.
7. Bansal N. Prediabetes diagnosis and treatment: A review. *World J Diabetes* 2015;6(2):296-303. doi: 10.4239/wjd.v6.i2.296 [published Online First: 2015/03/20]
8. Kivelä J, Wikström K, Virtanen E, et al. Obtaining evidence base for the development of Feel4Diabetes intervention to prevent type 2 diabetes—a narrative literature review. *BMC Endocrine Disorders* 2020;20(1):1-24.
9. Paulweber B, Valensi P, Lindstrom J, et al. A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Horm Metab Res* 2010;42 Suppl 1(S 01):S3-36. doi: 10.1055/s-0029-1240928 [published Online First: 2010/04/28]
10. Association AD. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2019. *Diabetes Care* 2019;42(Suppl 1):S13-S28. doi: 10.2337/dc19-S002 [published Online First: 2018/12/19]
11. Uysal MA, Kadakal F, Karsidag C, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tuberk Toraks* 2004;52(2):115-21. [published Online First: 2004/07/09]
12. Örsel O, Örsel S, Alpar S, et al. Sigara bırakmada nikotin bağımlılık düzeylerinin tedavi sonuçlarına etkisi. *Solunum Hastalıkları* 2005;16(3):112-18.
13. Will JC, Galuska DA, Ford ES, et al. Cigarette smoking and diabetes mellitus: evidence of a positive association from a large prospective cohort study. *International journal of epidemiology* 2001;30(3):540-46.
14. Cosansu G, Celik S, Özcan S, et al. Determining type 2 diabetes risk factors for the adults: A community based study from Turkey. *Primary care diabetes* 2018;12(5):409-15.
15. Trihandini I. The Relationship between Smoking as a Modifiable Risk Factor and Chronic Complications on Elderly with Type 2 Diabetes Mellitus. *Makara Journal of Health Research* 2015:8-14.
16. Yeh HC, Duncan BB, Schmidt MI, et al. Smoking, smoking cessation, and risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Ann Intern Med.* 2010/01/06 ed, 2010:10-7.
17. Liu G, Hu Y, Zong G, et al. Smoking cessation and weight change in relation to cardiovascular disease incidence and mortality in people with type 2 diabetes: a population-based cohort study. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2020;8(2):125-33.
18. Yalçın BM, Yalçın E, Ünal M. Sigarayı Bırakan Kişilerin Bir Yıl İçinde Aldıkları Diyet ve Egzersiz Önerilerine Uyumları, Kilo ve Beden Kitle İndekslerindeki Değişiklikler. *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 2019;6:335-47.
19. Komiya M, Wada H, Ura S, et al. Analysis of factors that determine weight gain during smoking cessation therapy. *PloS one* 2013;8(8):e72010.
20. Oğuz A, Doğan B, Öner C, et al. Üniversite öğrenci ve çalışanlarının diyabet riski ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2017;21(2):50-55.
21. Hubbard D, Colantonio LD, Tanner RM, et al. Prediabetes and Risk for Cardiovascular Disease by Hypertension Status in Black Adults: The Jackson Heart Study. *Diabetes care* 2019;dc191074.
22. Federation ID. IDF Clinical Practice Recommendations for managing Type 2 Diabetes in Primary Care 2017 [11]. Available from: <https://www.idf.org/e-library/guidelines/128-idf-clinical-practice-recommendations-for-managing-type-2-diabetes-in-primary-care.html> Access Date: 25/10/2019.
23. Sampson M, Clark A, Bachmann M, et al. Lifestyle Intervention With or Without Lay Volunteers to Prevent Type 2 Diabetes in People With Impaired Fasting Glucose and/or Nondiabetic Hyperglycemia: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Internal Medicine* 2020.



Original Research / Özgün Araştırma

The Effect of the COVID-19 Pandemic on Interns' and Physicians' Loneliness, Hopelessness and Anxiety Symptom Levels

COVID-19 Pandemisinin İntörn Hekim ve Hekimlerin Yalnızlık, Umutsuzluk ve Anksiyete Belirti Düzeylerine Etkisi

Nazan Karaoğlu¹, Nur Demirbaş²

ABSTRACT

Introduction: This study aimed to determine the levels of loneliness, hopelessness, state and trait anxiety of physicians and interns working at the forefront of the COVID-19 pandemic that is still ongoing. **Method:** This cross-sectional, descriptive study was completed with voluntary 212 physicians those were reached via social media between 01.05.2020-30.05.2020. The questionnaire link delivered in Google forms and consisted sociodemographic information form, the Beck Hopelessness Scale (BHS), the UCLA Loneliness Scale (UCLA-LS), and the State (STAI-1) and Trait Anxiety (STAI-2) Inventory. **Results:** The 54.7 percent (n=116) of the participants were male, 17.7% (n=36) were interns and 37.7% (n=80) were specialists. The residents and specialists were mainly (83.1%; n=102) from internal sciences. Above the half (54.2%; n=115) stated that they were happy with the city they are living and 16% (n=34) noted that they would not select medical education if they had a chance again. The mean BHS score was 7.35±4.8 (0-20) and the mean UCLA-LS score was 41.32±9.8 (24-65) points. No relationship was found between these scores and age, gender, and education level (p>0.05). The physicians who provided care to the COVID-19 patients and had face to face contact were more hopeless (8.41±4.1; 8.92±4.5; p=0.05) and more lonely (44.61±8.9; 44.37±9.7; p=0.001). State (100%) and trait anxiety symptom (86.7%) of the group were high. The state anxiety symptom of those who did not have a separate triage area in their institutions and diagnosed with COVID-19 were significantly high, respectively (p=0.011; p=0.013) and trait anxiety symptom levels as well (p=0.018; p=0.009). In addition, state anxiety symptoms of those who had face to face contact with COVID-19 patients were evident (p = 0.020). **Conclusion:** This study once again showed that physicians working with great devotion during the COVID-19 pandemic are hopeless, lonely and worried about the situation that occurs. In this period, it is very important to monitor the psychological conditions of the physicians at risk and to take the necessary precautions earlier, both for their own and for public health.

Keywords: COVID-19, physician, loneliness, hopelessness, anxiety

ÖZET

Giriş: Bu çalışmada, halen devam eden COVID-19 pandemisinde ön sıralarda çalışan intörn hekim ve hekimlerin hissettikleri yalnızlık, umutsuzluk, durumluk ve sürekli anksiyete belirti düzeylerinin belirlenmesi amaçlandı. **Yöntem:** Kesitsel tipte tanımlayıcı bir çalışma olan bu araştırma, 01.05.2020-30.05.2020 tarihleri arasında sosyal medya üzerinden ulaşılan ve katılmayı kabul eden 212 intörn hekim ve hekimler ile tamamlandı. Katılımcılara Google forms üzerinden ulaştırılan anket linkinde sosyodemografik bilgi formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ), UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-LS) ile Durumluk (STAI-1) ve Sürekli Anksiyete (STAI-2) Envanterinden oluşan sorular yer aldı. **Bulgular:** Katılımcıların %54,7'si (n=116) erkek, %17,7'si (n=36) intörn hekim ve %37,7'si (n=80) uzman hekimdi. Asistan ve uzman hekimlerin %83,1'i (n=102) dahili bilimlere bağlıydı. Hekimlerin %54,2'si (n=115) "O anda" yaşadığı şehirden memnun olduğunu ve %16'sı (n=34) tekrar seçme şansı olsa tıp eğitimini asla seçmeyeceğini belirtmişti. Grubun BUÖ puan ortalaması 7,35±4,8 (0-20) puan ve UCLA-LS puan ortalaması 41,32±9,8 (24-65) puandı. Ölçeklerden alınan puanlar ile yaş, cinsiyet ve akademik eğitim düzeyleri arasında ilişki saptanmadı (p>0,05). COVID-19 hastasına bakım hizmeti veren, hastayla yüz yüze temas eden hekimlerin, umutsuzluk (8,41±4,1; 8,92±4,5) ve yalnızlık (44,61±8,9; 44,37±9,7) puanları daha yüksekti (p=0,05; p=0,001). Hekimlerin tamamının (%100) durumluk anksiyete belirti düzeyi, %86,7'sinin ise sürekli anksiyete belirti düzeyi yüksekti. Çalıştıkları kurumlarda ayrı triyaj alanı oluşturulmayanların ve COVID-19 tanısı alanların sırasıyla durumluk anksiyete (p=0,011; p=0,013) ve sürekli anksiyete belirti düzeyleri anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p=0,018; p=0,009). Ayrıca COVID-19 hastası ile yüz yüze temas edenlerin durumluk anksiyete belirtileri artmıştı (p=0,020). **Sonuç:** Bu çalışma, bir kez daha COVID-19 pandemi döneminde büyük bir özveri ile çalışan hekimlerin gelecekte umutsuz, yalnız ve oluşan durumdan kaygılı olduğunu göstermiştir. Bu dönemde risk altındaki hekimlerin psikolojik durumlarının takibi ile gerekli önlemlerin erken dönemde alınması hem kendi sağlıkları, hem de toplum sağlığı açısından çok önemlidir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, hekim, yalnızlık, umutsuzluk, anksiyete

Received / Geliş tarihi: 09.12.2020, Accepted / Kabul tarihi: 13.01.2021

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nazan Karaoğlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Yeni Hastane Binası, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 42080, Konya – TÜRKİYE, E-mail: drnkaraoglu@gmail.com

Karaoğlu N, Demirbaş N. COVID-19 Pandemisinin İntörn Hekim ve Hekimlerin Yalnızlık, Umutsuzluk ve Anksiyete Belirti Düzeylerine Etkisi. TJFMPC, 2021;15(2): 251-260.

DOI: 10.21763/tjfm.837707

GİRİŞ

Aralık 2019 tarihinde Çin’de ortaya çıkan yeni korona virüsün neden olduğu, COVID-19 olarak tanımlanan hastalık dünyada 30’dan fazla ülkede görülmesiyle beraber Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi olarak ilan edilmiştir.¹ Türkiye’de ilk kesin tanı COVID-19 vakası Mart 2020’de görülmüştür ve o zamandan beri sağlık çalışanları pandemi ile baş etmeye çalışmaktadır.² Vaka sayısının dönemsel azalmaları olmasına karşın süreç başta sağlık çalışanları olmak üzere tüm insanlar için olumsuz etkilerle devam etmektedir.³⁻⁷ Pandemi süreci nedeni ile toplumda depresyon ve anksiyete belirtilerinin bir önceki yıla göre üç kat arttığı tespit edilmiştir.^{8,9} Pandemi döneminin başlaması ile hekimlerin mesleki koşulları, çalışma şartları ve sağlık uygulamalarında değişiklikler olmuştur ve bu durumun hekimlerin ruh sağlığını etkilemesi anksiyete (kaygı) yaratması kaçınılmaz gibidir.^{3,4,6,8,10-12}

Pandemi dönemi eve kapanmalar, sınırlanmalar, izolasyon, sosyal mesafe ve başka insanlarla ilişkiyi kısıtlamak zorunda bırakan uygulamalarla bir yıldır sürmektedir. Yaşamakta olan bu deneyimlerin de bir kez daha hatırlattığı gibi insan sosyal bir varlıktır. Diğer insanlarla ilişki kurması, sosyalleşmesi, bedensel ve psikolojik iyilik hali için gereklidir.¹³ Oysa yalnızlık, bilinçli ve istenen bir tercih olmadığı sürece kişinin sosyal ilişkilerinin beklediği gibi gitmediği, sosyal olarak izole olduğu algısıdır.¹³⁻¹⁵ Tam da pandemi nedenli izolasyon ve kapanmaların yarattığı gibi istenmeyen yalnızlık insanların duygusal iyi oluşlarını, sosyal becerilerini ve sosyalleşmesini etkileyebilir.¹⁶ Yalnızlık duygusu umutsuzluk, mutsuzluk içerir ve kişiye acı verir. Depresyon ve intiharlar ile bağlantılı olduğu gibi pek çok hastalığa neden olur.^{15,17,18} Genelde depresyon ve anksiyetenin uzantısı olduğu sanılmakla beraber aslında yalnızlığın ayrı bir fenomen olduğu, kişinin özdeğer, kendine yetme duygularına zarar vererek stresle baş edebilme kapasitesini azalttığı, sonuç olarak da vücudunda strese bağlı etkilerin arttığı ifade edilmektedir.^{13,15,18} Yalnız kişilerin beden kitle indekslerinin daha yüksek olduğu, daha çok sigara içtikleri ve daha da kötüsü bu durumları değiştirmek için motivasyonlarının daha az olduğu belirlenmiştir.¹⁵ Steptoe ve arkadaşları yalnızlık ve strese karşı vücudun nöroendokrin, kardiyovasküler ve inflamatuvar cevabını araştırdıkları çalışmalarında stres karşısında yalnızlık skoru yüksek olanların yaş, sigara içme, vücut kitle indeksi gibi değişkenlerden bağımsız olarak diyastolik kan basıncının, fibrinojen, doğal öldürücü hücreler ve kortizol cevabının yüksek olduğunu saptamışlardır. Sonuçta özellikle kardiyovasküler hastalıklara zemin hazırlayan kardiyovasküler reaktivite artışı, platelet agregasyonu gibi trombotik süreçler oluştuğuna

dikkat çekmişlerdir.¹⁷ Tüm bu araştırmalar pandemi dışı dönemlerde bile yaklaşık olarak %15-30 gibi yüksek oranlarda yalnızlık duygusu yaşadığı söylenen insanların ve özellikle hekimlerin nasıl bir risk altında olduğunu ortaya koymaktadır.^{13,15,17,18}

Pandemi döneminde olduğu gibi kişinin belirsizlik, stres, yalnızlık gibi olumsuz duygularla baş edebilme mekanizmalarından biri gelecek için olumlu beklentilere sahip olması yani umuttur. Kişiye gelecekte karşılaşılabileceği olumsuz olaylarla baş edebilme duygusu vererek ruh sağlığını olumlu yönde etkiler. Umutsuzluk ise kişinin yaşam enerjisini, verimliliğini kaybetmesine, yaşam kalitesinin bozulmasına yol açtığı gibi depresyon ve intihar gibi ruhsal sorunlara yol açar.¹⁹⁻²² COVID-19 pandemisi tanısı, tedavisi ve ne zaman biteceği hakkındaki birçok bilinmeyenle umutsuzluk yaratabilir ve hekimlerin pandemiyle savaşıma sürecindeki direncini kırabilir.

Tehlikeli, istenmeyen bir durumla karşılaşıldığında ortaya çıkan anksiyete olarak tanımlanan “durumluk anksiyetesi” kişilerin COVID-19 pandemisi için yaşadığı anksiyete ile benzerdir. Yani durumluk anksiyete düzeyleri hekimlerin yaşadığı ani duruma tepkilerini ortaya koyabilir. Doğal olarak pandeminin “durumluk anksiyete” etkisini, yaşanan durumla orantısız biçimde ortaya çıkan ya da bir neden yokken de var olan “sürekli anksiyete”dan ayırt edilmesi gerekir.²³⁻²⁵ İşte bu çalışma tüm dünyada ve ülkemizde halen yaşamakta olan pandemi sırasında, tüm güçleri ile bu durumla baş etmeye çalışan hekimlerin bu dönemde hissettikleri yalnızlık, umutsuzluk ve sürecin yarattığı durumluk anksiyete düzeylerini belirleyerek onlara yapılacak yardım planlamalarına katkıda bulunabilmeyi amaçlamaktadır.

YÖNTEM

Kesitsel tipte, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanan bu araştırmada araştırmacıların mail, telefon ve sosyal medya hesaplarında yer alan hekimlere link gönderilmesi ve ulaşılan hekimlerin paylaşılan linki birbirlerine iletmesi yöntemi kullanılarak internet, sosyal medya ve haberleşme ağları yoluyla hekimlere ulaşıldı. Örneklem sayısı, daha önce araştırmacı Karaoğlu ve ark’nın hekimlerin anksiyete düzeyini araştıran çalışmasında asistanların %16,3, uzmanların %11,2’sinin durumluk anksiyete ifade ettiği sonuçlar temel alınarak hesaplandı.²⁶ Araştırmada evrendeki hekim sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken hekim sayısı $n=t^2.p/q/d^2$ formülü kullanılarak bulundu.

$n =$ Çalışmaya alınacak hekim sayısı

t= Evrendeki hekim sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alındı. 0,05 de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bakılarak 1,96 bulundu.

p=Durumluk anksiyete düzeyi %16,3 olarak kabul edildi (daha önceki çalışmada asistan hekimlerdeki oran daha yüksek olduğu için). Yani p değeri = 0,163 alındı.

q= Durumluk anksiyetesi olmama oranı (1-p) 1-0,163=0,837 olarak hesaplandı.
d= Kullanılacak standart sapma düzeyi=d=0,05 alındı.

Sonuç olarak, $n = \frac{(1,96)^2}{(0,163 \times 0,837) / (0,05)^2} = 209,55 = 210$ hekimle araştırmanın yürütülmesi planlandı.

Çalışma için Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Etik Kurul onayı (2020/2490) ve Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Bilimsel Araştırma Çalışmaları bölümünden onay alındı. Google forms ile oluşturulan isimsiz anket formu ile birlikte ayrı bir gönüllülük onamı da katılımcılardan istendi.

Çalışma 01.05.2020 – 30.05.2020 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmaya gönüllü intörn hekim ve çeşitli alanlarda çalışan pratisyen ve uzman hekimler dahil edilirken, diğer sağlık çalışanları dahil edilmedi. Değişik sosyal ağlar ile hekimlerin üye olduğu gruplara duyuru yapılarak çalışmanın amacı açıklanıp gönüllü olanların verilen linkteki (<https://forms.gle/3Dd9oLdnL7J4sjj57>) anket formunu doldurmaları ve bu linki tanıdıkları hekimlere iletmeleri istendi. Çalışma için ayrılan bir ay bitmeden 212 hekim ve intörne ulaşıncaya çalışma tamamlandı.

Dört bölümlük anket formunun ilk bölümünde hekimlerin sosyodemografik özelliklerini saptamaya yönelik olarak hazırlanan sorular ile mesleki kariyerleri ve COVID-19 pandemisi ile ilgili sorular yer aldı. İkinci bölümde Beck Umutsuzluk Ölçeği, üçüncü bölümde UCLA Yalnızlık Ölçeği ve dördüncü bölümde Durumluk-Sürekli Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory; STAI) soruları vardı.

Sosyodemografik Bilgi Formu: Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu, konuyla ilgili literatür taranarak araştırmacılar tarafından hazırlandı. Yaş, cinsiyet, mesleki kariyer seçimi, memnuniyet durumu ve COVID-19 pandemisi ile ilgili 20 sorudan oluşmaktaydı.

Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): Beck ve arkadaşlarının geliştirdiği ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Seber ve arkadaşları

tarafından yapılmıştır. Kişinin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemeyi amaçlar.^{22,27} BUÖ 20 maddeden oluşan, 0-1 arasında puanlanan bir ölçektir ve alınan puan arttıkça kişideki umutsuzluk düzeyinin de arttığı varsayılır. Çalışmada ölçekten toplam 4-8 puan arası alanların “hafif”, 9-14 puan arası alanların “orta”, 15 puan ve yukarısında alanların ise “şiddetli” düzeyde umutsuzluk semptomlarına sahip olarak değerlendirildi.

UCLA Yalnızlık Ölçeği (UCLA-LS):

Russell ve arkadaşları tarafından geliştirilen UCLA Yalnızlık Ölçeği 10’u düz, 10’u ters olmak üzere toplam 20 maddeden oluşmuştur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Demir tarafından yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,96 olarak bildirilmiştir. Her madde 1 ile 4 arasında puanlanır.^{28,29} Yalnızlık puanı hesaplanırken ters kullanılan maddelere verilen puanların tersi alınır. Ölçekten alınabilecek puanlar 20 ile 80 puan arasındadır. Yüksek puan yalnızlığın, düşük puan ise yalnızlık hissetmemenin göstergesidir.

Durumluk ve Sürekli Anksiyete Envanteri (State-Trait Anxiety Inventory; STAI):

Spielberger ve arkadaşlarının geliştirdiği STAI, 20’şer maddelik iki bölümden oluşur. Durumluk anksiyete düzeyini ölçen STAI-1 ve sürekli anksiyete düzeyini ölçen STAI-2. Türkçe formun geçerlik ve güvenilirliği Öner ve Le Compte tarafından yapılmıştır.^{23,24} Ölçek dörtlü Likert tipinde olup “Hiç, biraz, çok ve tamamıyla” şeklinde puanlanır. STAI’da, olumlu (doğrudan) ifadeler olumsuz duyguları, olumsuz (tersine dönmüş) ifadeler olumlu duyguları ifade eder. STAI-1 (Durumluk Anksiyete Envanteri)’ndeki olumsuz ifadeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddelerdir. STAI-2 (Sürekli Anksiyete Envanteri)’deki olumsuz ifadeler ise 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. maddelerdir. Ölçekten alınan puan hesaplanırken doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları hesaplanır. Sonra da ters ifadelerin (olumsuz) toplamı doğrudan ifadelerin (olumlu) toplamından çıkarılır. Bu sayıya önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. STAI-1 için bu değişmeyen değer 50, STAI-2 için 35’dir. En son elde edilen değer bireyin anksiyete puanıdır. Ayrıca 20 madde içeren ölçekte üçten fazla ifadeye cevap verilmemişse katılımcının formu geçersiz sayılır. Her iki ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan, yüksek anksiyete belirti düzeyini gösterir. Uygulamalarda belirlenen ortalama puan düzeyi 36 ile 41 arasında değişmektedir. Bu nedenle sunulan çalışmada 40 puan esas alınarak normal anksiyete belirtisi ve yüksek anksiyete belirti düzeyi olanlar karşılaştırıldı.

Çalışmada Google forms aracılığıyla oluşturulan anketten elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) sürüm 20,0 istatistik paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde sosyodemografik veriler ve ölçeklerden elde edilen verileri değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler olan frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilerek normal dağılıma uymadığı tespit edilen numerik yapıdaki veriler ile kategorik yapıdaki sosyodemografik özellikleri karşılaştırmak için ikili gruplarda Mann Whitney U ve çoklu gruplarda Kruskal Wallis testi uygulandı. Ayrıca normal dağılımın sağlandığı veriler de Student t testi ile One-way Anova testi ile değerlendirildi. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi. Her ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik puanları hesaplandı. Yalnızlık, umutsuzluk ve anksiyete belirti düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 212 hekimin %54,7'si (116) erkek ve yaş ortalaması $36,59 \pm 10,08$ (21-64) yılı. Katılımcıların %37,7'si farklı tıp alanlarından uzman hekimler ve %55,2'si aile hekimiydi. COVID-19 pandemi döneminde %46,7'sinin seçtiği mesleki kariyerdan memnun olduğu, %50'sinin tekrar seçme şansı olsa yine tıp kariyeri seçeceği ve %11,8'inin kariyer seçiminden pişmanlık duyduğu tespit edildi. Pişmanlık nedenleri en sık kişisel ve mesleki nedenler olarak belirtilmişti (Tablo 1).

		n	%
Yaş	35 yaş ve altı	106	50,00
	35 yaş üstü	106	50,00
Cinsiyet	Erkek	116	54,7
	Kadın	96	45,3
Akademik eğitim düzeyi	İntern hekim	36	17,0
	Asistan hekim	42	19,8
	Pratisyen hekim	54	25,5
	Uzman hekim	80	37,7
Asistan ve uzman hekimlerin bağlı olduğu bilim alanı (n=122)	Dahili Bilimler	102	83,1
	Cerrahi Bilimler	14	11,8
	Temel Bilimler	6	5,1

“O anda” yaşadığı şehirden memnuniyet durumu	Memnun	115	54,2
	Kısmen memnun	74	34,9
	Memnun değil	23	10,8
Tekrar seçme şansı olsa yine tıp eğitimi seçme durumu	Asla tıp seçmeyecek	34	16,0
	Kararsız	72	34,0
	Yine tıp seçecek	106	50,0
Son 1 ay içinde tıp eğitimi seçiminden pişmanlık durumu	Kesinlikle evet	25	11,8
	Kesinlikle hayır	103	48,6
	Kısmen pişman	84	39,6
Son 1 ay içinde tıp eğitimi seçiminden pişmanlık duyma nedenleri (n=78)	Kişisel sorun	26	33,3
	Ekonomik sorun	8	10,3
	Siyasi sorun	12	15,4
	Mesleki sorun	32	41,0
Son 1 ay içinde bağlı olduğu bilim alanından pişmanlık durumu	Kesinlikle evet	31	14,6
	Kesinlikle hayır	146	68,9
	Kısmen pişman	35	16,5
Son 1 ay içinde bağlı olduğu bilim alanından pişmanlık duyma nedenleri (n=49)	Kişisel sorun	26	53,1
	Ekonomik sorun	3	6,1
	Siyasi sorun	5	10,2
	Mesleki sorun	15	30,6
Son 1 aydır kendini yalnız hissetme durumu	Asla	42	19,8
	Bazen	78	36,8
	Nadiren	67	31,6
	Sık sık	25	11,8
Çalışılan kurumda COVID-19 hastası varlığı	Evet	145	68,4
	Hayır	67	31,6
Çalışılan kurumda COVID-19 hastaları için ayrı triyaj mekanı varlığı	Evet	166	78,3
	Hayır	46	21,7
COVID-19 hastasına bakım hizmeti verme durumu	Evet	51	24,1
	Hayır	161	75,9
COVID-19 hastaları ile temas etme durumu	Evet	73	34,4
	Hayır	139	65,6
KKD* kullanma durumu	Evet	181	85,4
	Hayır	31	14,6
COVID-19 tanısı alma durumu	Evet	6	2,8
	Hayır	206	97,2
TOPLAM		212	100

*KKD: kişisel koruyucu donanım

Hekimlerin %68,4'ü çalıştığı kurumda COVID-19 hastası tespit edildiğini, %24,1'i bu hastalara bakım hizmeti vermekte olduğunu ve %65,6'sı bu hastalarla yüz yüze temas etmediğini ifade etmişti. Hekimlerin %85,4'ünün çalıştığı kurumda hasta bakarken kişisel koruyucu donanım (KKD) kullanmakta olduğu saptandı (Tablo 2).

		BUÖ*	p	UCLA-LS**	p
		Ort±SD		Ort±SD	
Yaş	35 ve altı	7,63±4,9	0,399 ^b	41,59±9,4	0,681 ^a
	35 yaş üstü	7,07±4,8		41,04±10,2	
Cinsiyet	Erkek	7,02±5,0	0,277 ^b	41,47±9,4	0,808 ^a
	Kadın	7,75±4,6		41,14±10,3	

Akademik eğitim düzeyi	İntern hekim	7,44±4,8	0,662 ^d	41,08±9,0	0,881 ^c
	Asistan hekim	7,31±4,7		41,98±8,3	
	Pratisyen hekim	7,98±5,0		41,85±10,0	
	Uzman hekim	6,90±4,9		40,71±10,7	
Asistan ve uzman hekimlerin bağlı olduğu bilim alanı (n=122)	Dahili Bilimler	7,06±4,5	0,012^d	41,84±9,6	0,017^c
	Cerrahi Bilimler	9,36±6,1		41,29±12,4	
	Temel Bilimler	2,50±1,6		29,83±2,3	
“O anda” yaşadığı şehirden memnuniyet durumu	Memnun	6,16±4,6		39,80±9,5	
	Kısmen memnun	8,27±4,7	<0,001^d	41,72±9,4	0,002^c
	Memnun değil	10,35±4,5		47,61±10,2	
Tekrar seçme şansı olsa yine tıp eğitimi seçme durumu	Asla tıp seçmeyecek	10,82±4,8		43,91±10,1	
	Kararsız	7,21±4,8	<0,001^d	41,92±10,2	0,114 ^c
	Yine tıp seçecek	6,33±4,3		40,08±9,2	
Son 1 ay içinde tıp eğitimi seçiminden pişmanlık durumu	Kesinlikle evet	11,96±4,6		45,12±10,6	
	Kesinlikle hayır	5,47±4,5	<0,001^d	38,03±9,3	<0,001^c
	Kısmen pişman	8,29±4,0		44,21±8,8	
Son 1 ay içinde tıp eğitimi seçiminden pişmanlık duyma nedenleri (n=78)	Kişisel sorun	8,35±4,7		39,38±10,2	
	Ekonomik sorun	7,38±4,5		41,88±9,5	
	Siyasi sorun	7,42±4,2	0,893 ^d	41,17±12,2	0,899 ^c
	Mesleki sorun	7,44±5,2		39,56±9,3	
Son 1 ay içinde bağlı olduğu bilim alanından pişmanlık durumu	Kesinlikle evet	9,39±5,4		42,74±10,4	
	Kesinlikle hayır	6,69±4,8	0,009^d	39,99±9,9	0,007^c
	Kısmen pişman	8,29±3,9		45,57±7,3	
Son 1 ay içinde bağlı olduğu bilim alanından pişmanlık duyma nedenleri (n=49)	Kişisel sorun	8,12±5,4		43,31±11,1	
	Ekonomik sorun	4,00±0,4		39,00±11,5	
	Siyasi sorun	9,20±3,1	0,039 ^d	41,40±8,8	0,891 ^c
	Mesleki sorun	12,00±4,8		41,53±10,4	
Son 1 aydır kendini yalnız hissetme durumu	Asla	3,26±3,5		33,83±7,9	
	Bazen	8,26±4,4	<0,001^d	44,04±9,4	<0,001^c
	Nadiren	7,85±4,5		40,69±8,5	
	Sık sık	10,04±5,1		47,08±9,7	
Çalışılan kurumda COVID-19 hastası varlığı	Evet	7,21±4,7	0,534 ^b	40,99±10,0	0,473 ^a
	Hayır	7,66±5,0		42,03±9,3	
Çalışılan kurumda COVID-19 hastaları için ayrı triyaj mekanı varlığı	Evet	7,19±4,7	0,377 ^b	41,23±9,6	0,807 ^a
	Hayır	7,91±5,2		41,63±10,5	
COVID-19 hastasına bakım hizmeti verme durumu	Evet	8,41±4,1	0,050^b	44,61±8,9	0,006^a
	Hayır	7,01±5,0		40,27±9,8	
COVID-19 hastaları ile temas etme durumu	Evet	8,92±4,5	0,001^b	44,37±9,7	0,001^a
	Hayır	6,53±4,8		39,71±9,4	
KKD*** kullanma durumu	Evet	7,20±4,7	0,298 ^b	42,11±10,0	0,004^a
	Hayır	8,19±5,3		36,68±7,0	
COVID-19 tanısı alma durumu	Evet	9,83±3,3	0,206 ^b	46,50±6,2	0,093 ^a
	Hayır	7,28±4,9		41,17±9,8	
TÜM GRUP ORTALAMA		7,35±4,8		41,32±9,8	

* BUÖ: Beck umutsuzluk ölçeği ** UCLA-LS: UCLA yalnızlık ölçeği ***KKD: kişisel koruyucu donanım Tabloda ikili gruplarda normal dağılıma uyan verilerde ^a Student-t testi ve normal dağılmayanlarda ^bMann Whitney U ve çoklu gruplarda ise normal dağılım varsa ^cOne way Anova, normal dağılmıyorsa ^dKruskall Wallis testi uygulandı.

Sunulan çalışmada Cronbach alfa katsayısı BUÖ için 0,855, UCLA-LS için 0,880, STAI-1 için 0,911 ve STAI-2 için 0,863 bulundu.

Çalışmaya katılan hekimlerin BUÖ puan ortalaması 7,35±4,8 (0-20) puan ve UCLA-LS puan ortalaması 41,32±9,8 (24-65) puandı. Hekimlerin %25,0'nın hafif, %37,3'ünün orta ve %7,5'inin de şiddetli düzeyde umutsuzluk yaşadığı tespit edildi. Ölçeklerden alınan puanlar ile yaş, cinsiyet ve akademik eğitim düzeyleri arasında ilişki saptanmadı. Hekimlerin kariyer yaptıkları temel tıp bilim alanları göz önüne alındığında cerrahi

bilimlerde çalışan hekimlerin umutsuzluk (9,36±6,1) ve yalnızlık (41,29±12,4) puanları, dahili ve temel bilimlerde çalışan hekimlerin sırasıyla umutsuzluk (7,06±4,5; 2,50±1,6) ve yalnızlık (41,84±9,6; 29,83±2,3) puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulundu (p=0,012, p=0,017). COVID-19 hastasına bakım hizmeti veren, hastayla yüz yüze temas eden hekimlerin sırasıyla umutsuzluk (8,41±4,1; 8,92±4,5) ve yalnızlık (44,61±8,9; 44,37±9,7) puanları, COVID-19 hastaları ile temas etmeyenlerin umutsuzluk (6,53±4,8) ve yalnızlık (39,71±9,4) puanlarından yüksekti (p=0,05, p=0,001) (Tablo 3).

Tablo 3. STAI-1 ve STAI-2 ölçek ortalama puanlarının hekimlerin demografik özellikleri, buldukları durumdan memnuniyet durumları ve Covid 19 ile karşılaşma durumlarına göre karşılaştırılması					
		STAI-1*	p	STAI-2**	p
		Ort±SD		Ort±SD	
Yaş	35 ve altı	53,34±5,7	0,844 ^a	47,18±5,4	0,726 ^a
	35 yaş üstü	53,49±5,4		47,46±6,3	

Cinsiyet	Erkek	53,46±5,6	0,905 ^a	46,67±5,7	0,077 ^a
	Kadın	53,36±5,5		48,10±5,9	
Akademik eğitim düzeyi	İntern hekim	52,33±5,9		47,08±5,2	
	Asistan hekim	53,79±5,1	0,506 ^c	47,17±5,0	0,972 ^c
	Pratisyen hekim	54,07±6,1		47,27±6,3	
	Uzman hekim	53,26±5,6		47,24±6,3	
Asistan ve uzman hekimlerin bağlı olduğu bilim alanı (n=122)	Dahili Bilimler	53,52±5,6		47,54±5,8	
	Cerrahi Bilimler	54,43±5,5	0,631 ^c	48,79±5,5	0,478 ^c
	Temel Bilimler	51,83±4,4		45,33±5,9	
“O anda” yaşadığı şehirden memnuniyet durumu	Memnun	53,19±5,4		47,77±6,0	
	Kısmen memnun	53,19±6,3	0,810 ^c	46,17±5,5	0,088 ^c
	Memnun değil	53,82±6,3		48,73±5,1	
Tekrar seçme şansı olsa yine tıp eğitimini seçme durumu	Asla tıp seçmeyecek	53,82±4,8		47,79±5,9	
	Kararsız	53,22±6,0	0,876 ^c	46,88±6,0	0,716 ^c
	Yine tıp seçecek	53,41±5,5		47,46±5,7	
Son 1 ay içinde tıp eğitimi seçiminden pişmanlık durumu	Kesinlikle evet	54,32±4,3		48,48±4,8	
	Kesinlikle hayır	52,45±5,5	0,051 ^c	46,26±6,2	0,037 ^c
	Kısmen pişman	54,32±5,8		48,27±5,4	
Son 1 ay içinde tıp eğitimi seçiminden pişmanlık duyma nedenleri (n=78)	Kişisel sorun	52,92±5,7		47,61±5,2	
	Ekonomik sorun	52,75±4,4		49,12±5,4	
	Siyasi sorun	55,50±5,3	0,539 ^c	48,41±4,3	0,571 ^c
	Mesleki sorun	53,37±5,0		46,65±5,3	
Son 1 ay içinde bağlı olduğu bilim alanından pişmanlık durumu	Kesinlikle evet	52,03±4,4		47,19±5,4	
	Kesinlikle hayır	53,12±5,3	0,010 ^c	46,83±5,6	0,058 ^c
	Kısmen pişman	55,85±6,5		49,43±6,7	
Son 1 ay içinde bağlı olduğu bilim alanından pişmanlık duyma nedenleri (n=49)	Kişisel sorun	52,15±4,4		46,19±4,8	
	Ekonomik sorun	56,0 ±2,6	0,384 ^b	46,66±2,8	0,592 ^b
	Siyasi sorun	49,60±6,0		48,60±7,4	
	Mesleki sorun	52,73±6,0		48,26±5,4	
Son 1 aydır kendini yalnız hissetme durumu	Asla	51,16±4,1		45,14±5,3	
	Bazen	54,71±5,4	0,003 ^b	48,70±5,4	0,011 ^b
	Nadiren	52,77±5,8		46,83±6,2	
	Sık sık	54,84±6,1		47,96±6,1	
Çalışılan kurumda COVID-19 hastası varlığı	Evet	53,46±5,5	0,878 ^a	47,63±5,8	0,253 ^a
	Hayır	53,33±5,6		46,64±5,8	
Çalışılan kurumda COVID-19 hastaları için ayrı triyaj mekanları varlığı	Evet	51,57±5,0	0,011 ^a	45,52±5,7	0,018 ^a
	Hayır	53,93±5,6		47,82±5,8	
COVID-19 hastasına bakım hizmeti verme durumu	Evet	54,69±5,9	0,062 ^a	47,55±5,7	0,751 ^a
	Hayır	53,01±5,5		47,25±5,9	
COVID-19 hastaları ile temas etme durumu	Evet	54,64±5,6	0,020 ^a	47,63±5,5	0,579 ^a
	Hayır	52,77±5,4		47,16±6,0	
KKD*** kullanma durumu	Evet	53,63±5,6	0,176 ^a	47,52±5,9	0,222 ^a
	Hayır	52,16±5,3		46,13±5,5	
COVID-19 tanısı alma durumu	Evet	59,00±5,4	0,013 ^a	53,50±6,1	0,009 ^a
	Hayır	53,25±5,5		47,14±5,7	
TÜM GRUP ORTALAMA		53,41±5,5		47,32±5,8	

^aSTAI-1: Durumluk anksiyete ölçeği, ^bSTAI-2: Sürekli anksiyete ölçeği ***KKD: kişisel koruyucu donanım

Tabloda İkili gruplarda normal dağılıma uyan verilerde ^a Student-t testi ve normal dağılmayanlarda ^bMann Whitney U ve çoklu gruplarda ise normal dağılım varsa ^cOne way Anova, normal dağılmıyorsa ^dKruskall Wallis testi uygulandı.

Durumluk ve sürekli anksiyete belirtileri açısından hekimlerin STAI-1 ölçeği puan ortalaması 53,42±5,5 (41-70) ve STAI-2 ölçeği puan ortalaması 47,32±5,8 (27-65) puandı. Hekimlerin tamamının (%100) durumluk anksiyete belirti düzeyi, %86,7'sinin ise sürekli anksiyete belirti düzeyi 40 puan ve üzerinde yani yüksek idi. Durumluk anksiyete ve sürekli anksiyete puanları ile yaş, cinsiyet ve akademik eğitim düzeyi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p>0,05). Hekimlerin çalıştıkları kurumlarda ayrı triyaj alanı oluşturulmayanların, COVID-19 hastası ile yüz yüze temas edenlerin ve bu dönemde COVID-19 tanısı alanların sırasıyla durumluk anksiyete belirti düzeyleri diğerlerinden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti (p=0,011, p=0,020 ve p=0,013). Yine çalıştıkları kurumlarda ayrı triyaj alanı oluşturulmayan ve COVID-19 tanısı alan hekimlerin

sürekli anksiyete belirti düzeyleri de anlamlı olarak yüksek tespit edildi (p=0,018 ve p=0,009) (Tablo 4).

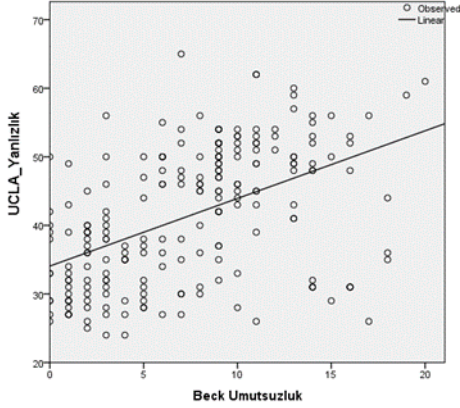
		BUÖ	UCLA-LS	STAI-1	STAI-2
BUÖ	r	1			
	p	<0,001			
UCLA-LS	r	0,490*	1		
	p	<0,001			
STAI-1	r	0,265*	0,313*	1	
	p	<0,001	<0,001		
STAI-2	r	0,192*	0,288*	0,597*	1
	p	0,005	<0,001	<0,001	

*Korelasyon 0,01 düzeyinde anlamlıdır

** Pearson korelasyon analizi

Çalışmaya katılan hekimlerin umutsuzluk, yalnızlık ve anksiyete belirti düzeyleri arasındaki korelasyonlar incelendiğinde; BUÖ ile UCLA-LS puanları arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı

istatistiksel ilişki bulundu ($r=0,490$, $p<0,001$). UCLA-LS ile STAI-1 arasında pozitif yönde orta derecede anlamlı ilişki vardı ($r=0,313$, $p<0,001$). Yalnızlık düzeyindeki artış umutsuzluk düzeyindeki artışın %24,0'ını açıklamaktaydı ($R^2=0,240$, $p<0,001$). Umutsuzluk, yalnızlık ve anksiyete belirti düzeyleri arasındaki korelasyonlar Tablo 4'te gösterilmektedir.



Şekil 1. Regresyon analizi

$R^2=0,240$ $P<0,001$

TARTIŞMA

Bu çalışma henüz pandeminin başında yapılmış olmasına karşın COVID-19 pandemisi ile mücadelede en önemli rollerden birini üstlenen hekimlerin gelecekte umutsuzluk, yalnızlık ve anksiyete düzeylerini göstermesi açısından önemlidir. Nitekim çalışmada, hekimlerin tamamının durumluluk anksiyete belirti düzeyinin yüksek olduğu, büyük çoğunluğunun kendilerini yalnız ve gelecekte umutsuz hissettikleri tespit edildi.

Pandemi dönemi boyunca sağlık çalışanlarına ve hekimlere büyük görev ve sorumluluklar yüklenmektedir. Bu yoğunluk içinde hekimler hayatlarını, yaşam amaçlarını ve mesleki kariyerini sorgulayabilmektedir. Pandemi öncesi yapılan bazı çalışmalar hekimlerin tekrar seçme şansı olsa yaklaşık yarısının yine aynı kariyeri seçeceğini belirttiğini ve yine yarısının yaşamından orta düzeyde memnun olduğunu bildirmektedir.^{26,30} Benzer şekilde, sunulan çalışmaya katılan hekimlerin yaklaşık yarısı pandemi döneminde de seçtiği mesleki kariyere memnun olduğunu ve yine yarısı tekrar seçme şansı olsa yine hekim olmak istediğini belirtmiştir. Hekimlerin büyük çoğunluğunun çalışma şartlarının zorluğunu bilmesine karşın adanmışlık ve insanlara yardım isteğiyle mesleği seçtiği bilinmektedir.²⁵ Bu çalışmada da pandemiye bağlı yoğun ve riskli çalışmanın bu durumu değiştirmediği görülmektedir. Adanmışlık ve mesleğin gereklerini yerine getirmek için çalışmalarına rağmen COVID-19 salgını

sırasında sağlık çalışanlarının ailelerinden uzaklaşması, rutinlerinin değiştirilmesi ve sosyal desteklerinin azalması ile yalnızlık duygusu, çaresizlik, stres, sinirlilik, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, umutsuzluk gibi olumsuz psikolojik etkiler altında oldukları bildirilmektedir. Nitekim sunulan çalışmada hekimlerin yarısına yakınında orta ve şiddetli düzeyde umutsuzluk olduğu saptandı. Pandemi döneminde herkes umutsuzluk yaşamaktadır ancak sağlık çalışanları daha yüksek risk altındadır. Hacimusalar ve ark. sağlık çalışanlarının umutsuzluk düzeyinin, sağlık alanında çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmektedir.²⁰ Erdoğan ve ark. da her üç sağlık çalışanından birinde orta ila şiddetli düzeyde umutsuzluk semptomları olduğunu göstermişlerdir.⁹ Yine bu çalışmadaki önemli sonuçlardan biri COVID-19 hastasına bakım hizmeti vermenin, hastalar ile yüz yüze temas etmenin hekimlerin umutsuzluk ve yalnızlık düzeylerini etkilediğinin saptanmış olmasıdır. Ancak başka bir çalışmada COVID-19 hastasına bakım verenlerle vermeyenlerin umutsuzluk düzeyleri arasında fark bulunmamıştır.²⁰ Bu durum çalışmaların henüz pandeminin çok başında yapılan çalışmalar olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca çalıştıkları bölgede sağlık, ekonomi ve güvenlik önlemlerinin yeterli olmadığını düşünen sağlık çalışanlarının anksiyete ve umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.^{3,9}

Pandemi öncesi yapılan ulusal bir çalışmada hekimlerin durumluk ve sürekli anksiyete belirti düzeylerinin hafif/orta düzeyde olduğu saptanmıştır.²⁶ Dünyada daha önce görülen pandemilerin etkisini konu alan 44 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede başta hekimler, hemşireler ve yardımcı personel olmak üzere sağlık sektörü çalışanlarının %11-73,4'ünün salgın sırasında travma sonrası stres semptomları bildirdiği ve semptomların 1-3 yıl kadar devam ettiği saptanmıştır.⁵ Benzer şekilde, sunulan çalışmada bu yeni pandemi döneminde hekimlerin tamamının duruma bağlı anksiyete düzeylerinin, %86,7'sinin ise sürekli anksiyete düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir. Aynı ölçeği kullanan başka bir çalışmada da katılımcıların STAI-1 ve STAI-2 puanları sunulan çalışmadaki puanlara benzerdir.²⁰ Yine hekimlerde yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin %51,6'sında anksiyete olduğu bildirilmektedir.³¹ Sunulan çalışmada hekimlerin durumdan duydukları anksiyete ve sürekli duydukları anksiyete ile yaş, cinsiyet ve akademik eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Pandemi öncesi yapılan bir çalışmada sürekli anksiyete düzeyinin genç, kadın, üniversitede çalışan ve asistan hekimlerde belirgin yüksek olduğu bildirilmektedir.²⁶ Pandemi döneminde yapılan bir çalışmada anksiyetenin genç, dahili bölümlerde çalışan, mesleki deneyimi az olan ve ailesi ile

birlikte yaşayan hekimlerde daha fazla görüldüğü tespit edilmiştir.¹¹ Salgının başladığı ilk ülke olan Çin’de yapılan bir çalışmada sağlık çalışanlarının yarısında depresyon, yarısına yakınında anksiyete, üçte birinden fazlasında uykusuzluk ve üçte ikisinde stres semptomları bildirilmiştir.³² Pakistan’da COVID-19 salgını sırasında asistan hekimlerde depresif belirtilerin, yaygın anksiyete ve akut stres bozukluğunun yüksek olduğu, özellikle kadın hekimlerin ve ön saflarda çalışanların daha fazla anksiyete, depresyon ve akut stres semptomları yaşadıkları ifade edilmektedir.³³ Hırvatistan’da her 10 sağlık çalışanından birinde orta/çok şiddetli depresyon, her 10 sağlık çalışanından birinde orta/aşırı derecede stres, her 10 sağlık çalışanından yaklaşık ikisinde orta/aşırı şiddetli anksiyete olduğu rapor edilmiştir.³⁰ Libya’da sağlık çalışanlarının yarısından fazlasında depresif belirtiler, yaklaşık yarısında da anksiyete belirtilerine rastlanmıştır.¹¹ Kolombiya’da ise her 10 hekimden dördünde anksiyete belirtileri tespit edilmiştir.¹² Singapur’da sağlık çalışanlarında COVID-19 salgınının yarattığı psikolojik sonuçlar ve ilişkili fiziksel semptomları araştıran çok merkezli bir çalışmada sağlık çalışanlarının %5’i orta/çok şiddetli depresyon, %9’u orta/aşırı şiddetli anksiyete, %2’si orta/aşırı şiddetli stres ve %4’ü orta/çok şiddetli psikolojik sıkıntı yaşadığını belirtmiştir.⁴ Tüm dünyadan gelen bu sonuçlar sağlık çalışanları ve özellikle hekimlerin yüksek düzeyde depresyon ve anksiyete içinde olduğunu, yoğun psikolojik baskı ve stres altında çalışmakta olduklarını gözler önüne sermektedir. Bu baskı ve olumsuz duygu durumların tükenmişlik, intihar ve malpratis riskini artırdığı bilinmektedir.^{19,21,22}

Doğal olarak sağlık politikaları, idari kararlar, çalışılan kurumun şartları ve uygulamaları ve bunlara ilave yaşadıkları hasta olma gibi bireysel olumsuzluklar da yukarıdaki paragrafta sözü edilen psikolojileri üzerine olumlu ya da olumsuz katkı yapabilmektedir.^{3,4,6,8,10-12,34} Nitekim sunulan çalışmada hekimlerin çalıştıkları kurumlarda ayrı bir triyaj alanı oluşturulmayanların, COVID-19 hastası ile yüz yüze temas edenlerin ve bu dönemde kendileri COVID-19 tanısı alanların durumluk ve sürekli anksiyete belirti düzeyleri daha yüksekti. Almanya’da yapılan bir çalışmada da sağlık çalışanlarının enfeksiyon korkusu arttıkça anksiyete düzeylerinin arttığı saptanmıştır.⁶ Bu çalışmada kendisinin hasta olma durumu dışında hekimlerin umutsuzluk, yalnızlık düzeylerine bakıldı ve anksiyete belirti düzeyleri ile aralarında pozitif yönde korelasyon bulundu. Özellikle yalnızlık hissindeki artış umutsuzluk düzeyinde daha fazla artışa neden olmaktadır. Aynı zamanda anksiyete de umutsuzluğun önemli bir göstergesidir. Benzer şekilde sağlık çalışanları ile diğer bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada da anksiyetede ki artışın umutsuzluk düzeylerindeki artışın yaklaşık

üçte birinden sorumlu olduğu belirtilmektedir.²⁰ Umutsuzluğun en önemli belirleyicisinin belirsizlik olduğunu söylemek mümkündür ancak bu çalışmada belirsizlikle ilgili endişeleri sorulmamış olduğu için sadece gözlemsel bir iddia düzeyindedir.^{7,35}

Bu çalışmada hekimlerin duygu durumlarını etkileyebilecek başka faktörler hakkında da sorular sorulmuştur. Örneğin yaşadığı şehirden, mesleki kariyerinden memnuniyet ya da pişmanlık ve kendi ifadesi ile yalnızlık hissedip hissetmediği soruları psikolojileri üzerine olumlu ya da olumsuz etkili olması olası faktörlerdir. Nitekim yaşadıkları şehirden, meslek ve kariyer seçiminden memnun olmayanlarda umutsuzluk, yalnızlık puanları belirgin yüksek iken anksiyete düzeyi son bir ayda meslek ve kariyer seçiminden pişman olanlarda yüksektir.

Çalışmanın sonuçları değerlendirilirken dikkate alınması gereken bazı sınırlılıkları vardır. Çalışma kesitsel bir çalışmadır, pandeminin henüz ilk zamanlarında yapılmıştır ve öz bildirim ölçekleri kullanılmıştır. Ayrıca, karantina ve sokağa çıkma yasakları nedeniyle anket katılımcılarıyla yüz yüze görüşmeler yerine çevrimiçi olarak yapılmıştır. Ancak bu yolla tüm Türkiye’deki hekimleri örnekleme şansı olduğu da unutulmamalıdır. Ayrıca, katılımcıların pandemi öncesi mevcut depresyon veya anksiyete düzeyleri bilinmemektedir. Araştırmacıların önceki çalışmaları ve literatürdeki kaynaklar hekimlerin topluma göre daha çok psikolojik baskı, anksiyete, depresyon, umutsuzluk ve yalnızlık yaşadığı yönündedir ve bu çalışmanın öncesi için dayanağı oluşturmuştur.

Sonuç olarak, literatürdeki çalışmalara benzer şekilde Türkiye’deki hekimler de pandemi döneminde gelişen bu durumdan kaygılı ve gelecek için umutsuzdurlar. Çalışma koşulları ve kurumlardaki uygulamaların ve kendileri ile ilgili endişelerinin olumsuz psikolojilerine etkisi de belirgindir.³⁴ Pandemi döneminde kurumsal düzeyde ve ulusal politika olarak özellikle mesleki riskli grup olan hekimlerin duygusal iyi oluşlarının sağlanması için gerekli müdahalelerin biran önce planlanması ve etkinleştirilmesi sadece hekimleri değil toplumu ilgilendiren önemli bir korunma olacaktır.^{34,35} Kendisi iyi olmayan, kendisini iyi hissetmeyen, tükenmiş, gelecekte umutsuz ve yalnız hekimlerin vereceği sağlık hizmeti de sorunlu olacaktır kanaatindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1-World Health Organisation. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>. Erişim tarihi: 24.9.2020
- 2-TC. Sağlık Bakanlığı 2020 COVID-19-New Coronavirus Disease [Internet]. Erişim adresi:

<https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/tr/> Erişim tarihi: 24.9.2020

3-Breillat R, Birtus M. Is the COVID-19 outbreak severely affecting the psychological well-being of frontline respiratory and intensive care physicians and nurses? *Psychosociological Issues in Human Resource Management* 2020; 8(1): 49-54.

4-Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID-19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug; 88: 559-65.

5-Preti E, Di Mattei V, Perego G, Ferrari F, Mazzetti M, Taranto P, et al. The psychological impact of epidemic and pandemic outbreaks on healthcare workers: rapid review of the evidence. *Curr Psychiatry Rep* 2020 Jul 10; 22(8):43.

6-Zerbini G, Ebigbo A, Reicherts P, Kunz M, Messman H. Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 - a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *Ger Med Sci*. 2020 Jun 22;18: Doc05.

7-Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, et al. [Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice](#). *Eur J Gen Pract* 2020; 26(1): 58–60.

8-Twenge JM, Joiner TE. U.S. Census Bureau-assessed prevalence of anxiety and depressive symptoms in 2019 and during the 2020 COVID-19 pandemic. *Depress Anxiety* 2020 Jul 15; 10.1002/da.23077.

9-Erdoğdu Y, Koçoğlu F, Sevim C. COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi *J Clin Psy* 2020; 23(Ek 1): 24-37.

10-Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic-A review. *Asian J Psychiatr* 2020 Jun; 51: 102119.

11-Elhadi M, Msherghi A, Elgzairi M, Alhashimi A, Bouhuwaish A, Biala M, et al. Psychological status of healthcare workers during the civil war and COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2020; 137: 110221.

12-Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J Investig Med* 2020; 68(7):1228-34.

13-Heinrich LM, Gullone E. The clinical significance of loneliness: A literature review. *Clin Psychol Rev* 2006; 26: 695–718.

14-Karaoğlu N, Avşaroğlu S, Deniz ME. Yalnız mısın? Selçuk Üniversitesi öğrencilerinde yalnızlık düzeyi ile ilgili bir çalışma. *Marmara Medical Journal* 2009; 22(1): 19-26.

15-Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and

non-lonely populations. *Psychol Health Med* 2006; 11(2): 233–245.

16-Cudjoe TKM, Kotwal AA. [“Social distancing” amid a crisis in social isolation and loneliness](#). *J Am Geriatr Soc* 2020; 15: 10.1111/jgs.16527.

17-Stephoe A, Owen N, Kunz-Ebrecht S, Brydon L. Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinol* 2004; 29: 593–611.

18-Nausheen B, Gidron Y, Gregg A, Tissarchondou H S, Peveler R. Loneliness, social support and cardiovascular reactivity to laboratory stress. *Stress* 2007; 10(1): 37–44.

19-Güler M, Demirci K, Karakuş K, Kişioğlu AN, Zengin E, Yozgat Z, ve ark. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde umutsuzluk- depresyon sıklığı ve sosyodemografik özellikler arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Int J Basic Clin Med* 2014;2(1):32-37.

20-Hacimusalar Y, Kahve AC, Yasar AB, Aydin MS. Anxiety and hopelessness levels in COVID-19 pandemic: A comparative study of healthcare professionals and other community sample in Turkey. *J Psychiatr Res* 2020 Oct; 129: 181-8.

21-Durak A, Palabıyıkdoğlu R. Beck Umutsuzluk Ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz Dergisi* 1994; 2(2): 311-9.

22-Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1974; 42 (6): 861-5.

23-Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. *Manual for State and Anxiety Inventory*. California, Consulting Psychologists Press, 1970.

24-Oner N, LeCompte A. *Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı*. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, No 333. İstanbul. 1982.

25-Karaoğlu N, Seker M. [Anxiety and depression in medical students related to desire for and expectations from a medical career](#). *West Indian Medical Journal* 2010; 59(2): 196-202.

26-Karaoğlu N, Bulut S, Baydar A, Carelli F. Aile hekimlerinde durumluk ve sürekli anksiyete düzeyi: Bir vaka kontrol çalışması. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2009; 13(3): 119–26.

27-Seber G, Dilbaz N, Kaptanoğlu C, Tekin D. Umutsuzluk Ölçeği: Geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz Dergisi* 1993; 1: 139-42.

28-Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39: 472–80.

29-Demir A. UCLA Yalnızlık ölçeğinin geçerlik ve güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi* 1989; 7: 14–8.

30-Salopek-Žiha D, Hlavati M, Gvozdanovi Z, Gaši M, Placento H, Jaki H, et al. Differences in distress and coping with the COVID-19 stressor in nurses and physicians. *Psychiatria Danubina* 2020; 32(2): 287-93.

- 31-Elbay RY, Kurtulmuş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Res* 2020 Aug; 290:113130.
- 32-Lai J, Ma S, Wang Y, et al. Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open* 2020; 3(3): e203976.
- 33-Imran N, Masood HMU, Ayub M, Gondal KM. Psychological impact of COVID-19 pandemic on postgraduate trainees: a cross-sectional survey. *Postgrad Med J* 2020; postgradmedj-2020-138364.
- 34-Shanafelt T, Ripp J, Trockel M. Understanding and addressing sources of anxiety among health care professionals during the COVID-19 Pandemic. *JAMA* 2020; 10. 1001/jama. 2020. 5893.
- 35-Shah K, Chaudhari G, Kamrai D, Lail A, Patel RS. How essential is to focus on physician's health and burnout in coronavirus (COVID-19) pandemic? *Cureus* 2020; 12(4): e7538.



Original Research / Özgün Araştırma

Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımı ve Bulaşıcı Hastalıklardan Korunma Tutumlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Healthcare Workers to Safe Use of Sharp-Penetrating Medical Devices and Prevention from Infectious Diseases Attitudes

Derya Işıklar Özberk^{*1}, Ruhuşen Kutlu²

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the attitudes of healthcare workers in our hospital for safe use of medical devices and protection against infectious diseases. **Method:** This study was planned as a descriptive, cross-sectional analytical study. This study included volunteers from hospital staff who applied to the Family Medicine Policlinic between April 2017 and June 2017 for periodic health examinations. The status of conducting work and intermittent control examinations, tetanus and hepatitis B vaccination status, personal protective use and hand washing habits were questioned, and the Scale of the Attitude of Healthcare Workers to Safe Use of Sharp Instruments was applied. **Results:** The mean age of 110 people participating in the study was 36.8 ± 8.4 years, and the average duration of work was 12.4 ± 8.2 years. 50.0% of the participants were male, 80.0% were married, 37.3% were cleaning workers and 66.4% were working in the surgical department. The mean score of the attitude scale was 104.95 ± 12.59 , and the median scale score was statistically significantly higher in all three occupational groups, including doctors, nurses and health officers ($p = 0.031$, $p < 0.001$, $p = 0.004$, respectively). 70.9% of the recruitment examination was made. The frequency of those who had regular check-ups regularly was 42.7%. 80.9% of them stated that they always used personal protection, and the most preferred personal protective measure was the use of gloves with 86.4%. The prevalence of sharp stab injuries in the last 1 year was 15.5%. Those with a working year of more than 10 years had a statistically significantly higher incidence of stab injuries in the last 1 year than those with 10 years or less ($p = 0.041$). **Conclusion:** Vaccine recommendations should be given to healthcare workers at the beginning of the work and by evaluating their immune status, and the safe use of medical devices and the ways of protection against infectious diseases should be updated with in-service trainings.

Key words: Healthcare worker, safe use of sharp-penetrating medical devices, vaccination, personal protective use, hand washing

ÖZET

Amaç: Araştırmamız çalışan güvenliği kapsamında olup, hastanemizdeki görevli sağlık çalışanlarının kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımı ve bulaşıcı hastalıklardan korunma tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı. **Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu araştırmaya Nisan 2017- Haziran 2017 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniğine periyodik sağlık muayenesi nedeni ile başvuran hastanede görevli sağlık çalışanlarından gönüllü olanlar dahil edildi. İşe giriş ve aralıklı kontrol muayenesi, tetanoz ve hepatit B aşılama durumları, kişisel koruyucu kullanımı ve el yıkama alışkanlıkları sorgulandı. Ayrıca 'Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği' uygulandı. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 110 kişinin yaş ortalamaları $36,8 \pm 8,4$ yıl, çalışma süreleri ortalaması $12,4 \pm 8,2$ yıl idi. Katılımcıların %50,0'si erkek, %80,0'i evli, %37,3'ü temizlik çalışanı ve %66,4'ü ise cerrahi bölümde çalışmakta idi. Tutum ölçeği puan ortalaması $104,95 \pm 12,9$ olup, ortanca ölçek puanı, doktor, hemşire ve sağlık memurları dahil her üç meslek grubunda temizlik personeline göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi (sırasıyla; $p=0.031$, $p<0.001$, $p=0.004$). İşe giriş muayenesi %70,9'unun yapılmıştı. Aralıklı kontrol muayenesini düzenli yaptırılanların sıklığı ise %42,7 idi. Kişisel koruyucuyu her zaman kullandığını %80,9'u belirtti, en çok tercih edilen kişisel koruyucu önlem %86,4 ile eldiven kullanımı idi. Son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması ile karşılaşma prevalansı %15,5 olarak saptandı. Çalışma yılı 10 yıl üstü olanlarda son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması 10 yıl ve altı çalışma süresi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.041$). **Sonuç:** Sağlık çalışanlarının kesici delici alet yaralanma sıklığı yüksek bulundu. Bu nedenle sağlık çalışanlarının işe girişte ve her yıl bağışıklık durumları düzenli değerlendirilmeli, aşı önerilerinde bulunulmalı, kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımı ve bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları hizmet içi eğitimler ile sürekli güncellenmelidir.

Anahtar kelimeler: Sağlık çalışanı, kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımı, aşı, kişisel koruyucu kullanımı, el yıkama

Received / Geliş tarihi: 13.12.2020, Accepted / Kabul tarihi: 30.01.2021

¹Meram 13 Nolu Gazialaş Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, KONYA (ORCID: 0000-0003-0984-8860)

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, KONYA (ORCID: 0000-0002-8502-0232)

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meram 13 Nolu Gazialaş Aile Sağlığı Merkezi, Konya-TÜRKİYE

Cep Tel: +90 531 995 8730

E-posta: derya_isklar@hotmail.com

Işıklar Özberk D., Kutlu R. Sağlık Çalışanlarının kesici delici tıbbi aletleri güvenli kullanımı ve bulaşıcı hastalıklardan korunma tutumlarının değerlendirilmesi. TJFMPC, 2021;15(2): 261-268.

DOI: 10.21763/tjfmpe.840085

GİRİŞ

Sağlık çalışanlarına kesici ve delici alet yaralanması sonrası kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyonlardan olan 20 farklı patojen ile bulaş olabilmektedir.¹ Elle tutulduğu anda cildin penetran yaralanmasına sebep olabilen kesici delici aletler: enjektör iğneleri, damar yolu açma malzemeleri, lanset, bisturi, kırık cam ampul parçaları olabilmektedir.²

Vakumlu tüple kan alma, delinmez enfekte atık kutusu kullanımı, tıbbi malzemelerin tek kullanımlık olanlarının tercih edilmesi yaralanmaların meydana gelmesini önemli ölçüde azaltmakla birlikte, halen kesici ve delici alet yaralanmaları yüksek sıklıkta görülmekte olup, bu konu önemini korumaktadır.³⁻⁶

Yaklaşık 35 milyon sağlık çalışanından her yıl 2 milyonunun bulaşıcı hastalıklara perkütan maruz kaldığı Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilmiştir. Ayrıca, dünyadaki sağlık çalışanlarındaki Hepatit B'nin %37.6'sının, Hepatit C'nin %39.0'ının ve HIV / AIDS'in %4.4'ünün iğne batması sonrası yaralanmalardan kaynaklandığını belirtmektedir.⁷

Araştırmamız çalışan güvenliği kapsamında olup, hastanemizde görevli sağlık personelinin kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımı ve bulaşıcı hastalıklardan korunma tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL METOD

Araştırmanın şekli ve evreni

Tanımlayıcı, kesitsel tipte analitik bir çalışma olarak planlanan bu araştırmaya Nisan 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı hastanenin Aile Hekimliği Polikliniğine periyodik sağlık muayenesi nedeni ile başvuran, hastanede görevli sağlık çalışanlarından gönüllü olanlar dahil edilmiştir.

Ülkemizde hastane ortamında çalışma sırasında en az bir kez kesici-delici bir aletle yaralanma sıklığı, daha önceki yapılmış çalışmalarda %27.8 olarak tespit edilmiştir.⁸ Çalışmamıza evrendeki kişi sayısı bilinmediği için, $n=t^2.p.q/d^2$ formülü ile hesaplanıp, en az 85 kişi dahil edilmesi planlanmıştır.

Çalışmanın Etik Kurul İzni

Araştırmaya başlamadan önce çalışma izni Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi etik kurulundan 14.04.2017 tarih ve 2017/871 sayılı numarası ile alınmıştır. Çalışma

öncesi çalışma hakkında bilgi verilerek sözlü onam alınmıştır. Gönüllü olarak araştırmaya katılmak isteyenler çalışma dışı bırakılmıştır.

Verilerin Toplanması

Katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, çalıştığı birim ve çalışma süresi, sigara kullanımı, tanı aldığı hastalık bilgileri önceden araştırmacı tarafından hazırlanmış olan forma kaydedildi. Bireylerin boyu, kilosu, sistolik ve diastolik tansiyon değerleri, bel, kalça ve boyun çevreleri ölçüldü. İşe giriş ve aralıklı kontrol muayenelerinin yapılma durumu, kişisel koruyucu kullanımı ve el yıkama alışkanlıkları sorgulandı. Bunun yanında tetanoz ve hepatit B aşılama durumları sorgulandı. Tetanoz aşısı olmayanlara ve son aşı olması üzerinden 10 yıl geçenlere tetanoz aşısı yapıldı. Ayrıca primer aşı şeması sonrası dosyalarından koruyucu antiHBs seviyelerine bakılarak, anti-HBs seviyesi oluşmayanlara ek bir doz aşı ve primer aşı şemasına yanıtı olmayanlara (<10 mIU/mL) da üç doz daha aşı uygulanması planlandı.

Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği

Bu ölçek, Uzunbayır ve ark. tarafından geliştirilmiş ve güvenilirlik geçerliliği yapılmıştır (Cronbach alfa=0,80).⁹ Ölçekte; bilişsel, duygusal, davranışsal tutumu belirleyen üç alt bölüm ve toplamda 25 madde yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının olumlu maddelere verdiği cevaplara puanlama şu şekildedir; tamamen katılıyorum (5 puan), katılıyorum (4 puan), kararsızım (3 puan), katılmıyorum (2 puan), hiç katılmıyorum (1 puan). Olumsuz maddeler için verdiği tepkiler ise ters puanlandırılmıştır. Kesme puanı yoktur, alınan puan arttıkça kesici delici tıbbi aletlerin güvenli kullanıldığını göstermektedir.

İstatistik değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 20.0 istatistik paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans ve yüzde, ortalama değer, standart sapma, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, buna göre kategorik ve numerik yapıdaki veriler Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi uygulandı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 110 kişinin %50,0'si (n=55) erkek, %80,0'i (n=88) evli idi. Katılımcıların yaş ortalamaları 36,8±8,4 yıl, ortalama çalışma süreleri 12,4±8,2 yıl, %14,5'i (n=16) doktor, %36,4'ü (n=40) hemşire, %11,8'i (n=13) sağlık memuru, %37,3'ü (n=41) temizlik personeli, %66,4'ü (n=73) cerrahi bölümde ve %48,2'si (n=53) ameliyathane biriminde çalışmakta idi. Beden kitle indeksi ortalamaları 26,5±4,6 kg/m², sistolik kan basıncı ortalamaları 124,50±11,44 mmHg, diastolik kan basıncı ortalamaları 75,00±9,34 mmHg idi.

Katılımcıların kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımına yönelik tutum ölçeği puan ortalaması 104,95±12,59 (min:78 mak:124) olarak tespit edildi. Katılımcıların ölçek alt bölümlerinden aldıkları puanların meslek grupları ve yaş ile karşılaştırılması Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre; sağlık memurlarının kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımına yönelik tutum ölçeği bilişsel ve davranışsal alt ölçekte en yüksek puanı, temizlik personellerinin ise tutum ölçeğinin bilişsel, duyuşsal ve davranışsal olmak üzere her üç alt bölümünde en düşük puanı aldığı saptandı. Ayrıca tutum ölçek puanları ile çalışma durumu özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 2'de gösterilmiştir. Araştırmamızda ortanca kesici-delici aletleri güvenli kullanımına yönelik ölçek puanı, 5 yıl ve altı çalışma süresi olanlarda 5 yıl üstü çalışma süresi olanlara göre (**p=0.047**) ayrıca doktor, hemşire ve sağlık memurlarında temizlik

personeline göre (sırasıyla; **p=0.047**, **p=0.031**, **p<0.001**, **p=0.004**) istatistiksel olarak anlamlı yüksek idi (Tablo 2).

Katılımcıların %70,9 (n=77)'unun işe giriş muayenesi yapılmıştı. Aralıklı kontrol muayenesini düzenli, yılda bir kez yaptırılanların sıklığı ise %42,7 (n:47) idi. Çalışanların %65,5'inin tetanoz aşısı vardı, tetanoz aşısı olanların %8,2'sinin aşı yapılması üzerinden 10 yıl ve üstü zaman geçmişti. Hepatit B aşısı ise kişilerin %92,7'sinde mevcuttu, ayrıca hepatit B aşısı olanların %88,2'sinin koruyuculuğu yeterli (anti-HBs seviyesi ≥10 mIU/mL) idi. Meslek grupları ile anti-HBs seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu, fakat doktor ve sağlık memurlarından aşısı olanların tamamının anti-HBs seviyesinin yeterli koruyucu düzeyde olduğu tespit edildi. Katılımcıların %80,9'u kişisel koruyucuyu her zaman kullandığını belirtti, kişisel koruyucu kullanımı ile cinsiyet karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p=0.827). En çok tercih edilen kişisel koruyucu önlem %86,4 ile eldiven kullanımı, diğerleri ise; önlük (%80,9), bone (%60,0), maske (%58,2), gözlük (%9,1) kullanımı idi. Cinsiyet ile önlük kullanımı (Erkek %83,6 / Kadın %78,2) (p=0.547), eldiven kullanımı (E %90,9/ K %81,8) (p=0.165), bone kullanımı (E %61,8 / K %58,2) (p=0.697), maske kullanımı (E %54,5 / K %60,0) (p=0.541), gözlük kullanımı (E %9,1 / K %9,1) (p=1.000) gibi kişisel koruyucu kullanım sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmedi.

Tablo 1. Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği alt bölümleri ile yaş ve meslek gruplarının karşılaştırılması

Parametreler	Ölçek alt bölümleri puanı		
	Bilişsel puan Ortanca (min-max)	Davranışsal puan Ortanca (min-max)	Duygusal puan Ortanca (min-max)
Meslek			
Doktor ^a	53,00 (43,00-56,00)	28,50 (19,00-35,00)	27,50 (18,00-30,00)
Hemşire ^b	53,00 (40,00-60,00)	31,00 (21,00-35,00)	27,00 (17,00-30,00)
Sağlık memuru ^c	55,00 (35,00-59,00)	34,00 (18,00-35,00)	26,00 (19,00-30,00)
Temizlik personeli ^d	48,00 (39,00-60,00)	26,00 (16,00-35,00)	23,00 (17,00-30,00)
	p=0.031^{ad} p=0.001^{bd} p=0.009^{cd}	p<0.001^{bd} p=0.004^{cd}	p=0.009^{ad} p<0.001^{bd} p=0.045^{cd}
Yaş			
≤35 yaş	53,00 (43,00-56,00)	53,00 (43,00-56,00)	53,00 (43,00-56,00)
>35 yaş	53,00 (43,00-56,00)	53,00 (43,00-56,00)	53,00 (43,00-56,00)
	p=0.251*	p=0.673*	p=0.454*

Mann Whitney U testi, *Kruskal Wallis testi

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutum Ölçeği puanının çalışma durumu özellikleri ile karşılaştırılması

Parametreler		n (n=110)	%	Ölçek puanı Ortanca (min-max)	p
Son 1 yıl içerisinde delici kesici alet yaralanması	Oldu	17	15,5	103,0 (80,0-124,0)	0.791*
	Olmadı	93	84,5	107,0 (78,0-123,0)	
Çalışma Yılı	≤5 yıl	29	26,4	112,0 (78,0-123,0)	0.047*
	>5 yıl	81	73,6	105,0 (79,0-124,0)	
Cinsiyet	Kadın	55	50,0	109,0 (80,0-122,0)	0.099*
	Erkek	55	50,0	102,0 (78,0-124,0)	
Meslek	Doktor (a)	16	14,5	109,5 (85,0-121,0)	0,031 ^{ad} 0,000 ^{bd} 0,004 ^{cd}
	Hemşire (b)	40	36,4	112,0 (80,0-123,0)	
	Sağlık Memuru (c)	13	11,8	117,0 (81,0-124,0)	
	Temizlik personeli (d)	41	37,3	96,0 (78,0-122,0)	
Çalıştığı Bölüm	Dahili Tıp	37	33,6	108,0 (80,0-124,0)	0.730*
	Cerrahi Tıp	73	66,4	106,0 (78,0-123,0)	
Çalıştığı Birim	Ameliyathane	53	48,2	109,0 (79,0-123,0)	0,401**
	Poliklinik	29	26,4	108,0 (81,0-122,0)	
	Yataklı Servis	28	25,5	100,0 (78,0-124,0)	
Tam Aldığı Hastalık	Var	27	24,5	109,0 (80,0-124,0)	0.697*
	Yok	83	75,5	106,0 (78,0-123,0)	

*Mann Whitney U testi **Kruskal Wallis testi

El yıkama alışkanlıkları değerlendirildiğinde ise, katılımcıların %93,6 (n=103)'ünün yaptığı iş bitiminde, %42,7 (n=42)'sinin işe başlarken, %35,5 (n=39)'inin hastayla temas öncesi, %90,0 (n=99)'ünün hastayla temas sonrası, %96,4 (n=106)'ünün enfekte materyalin eline teması sonrasında, %26,4 (n=29)'ünün eldiveni giymeden önce, %83,6 (n=92)'sinin eldiveni çıkardıktan sonra, %84,5 (n=93)'inin yemek öncesi, %91,8 (n=101)'inin yemek sonrası, %73,6 (n=81)'sinin eve giderken, elini yıkadığı tespit edildi.

Kişilerin %15,5 (n=17)'i son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması ile karşılaştığını belirtti. Son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması olma durumu ile bazı sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir. Çalışma yılı 10 yıl üstü olanlarda son 1 yıl içerisinde delici kesici alet yaralanması 10 yıl ve altı çalışma süresi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı daha fazla idi

($p=0.041$). Çalıştığı bölüm ile son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması olma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmamasına rağmen, cerrahi tıp bölümünde ve ameliyathane biriminde çalışanlarda son 1 yıl içerisinde delici kesici alet yaralanması ile karşılaşma sıklığı daha fazla idi. Ayrıca, sağlık memuru ve hemşirelerde son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması görülme sıklığı doktor ve temizlik personeline göre istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0.004$) (Tablo 3).

Tablo 3. Son 1 yıl içerisinde delici kesici alet yaralanması olma durumunun sosyodemografik veriler ile karşılaştırılması

Parametreler		Son 1 yıl içerisinde delici kesici alet yaralanması olma durumu				Toplam		χ^2	p
		Evet (n=17-%15,5)		Hayır (n=93-%84,5)		n	%		
		n	%	n	%				
Çalışma süresi (yıl)	≤10 yıl	3	6,8	41	93,2	44	100	4.186	0.041*
	>10 yıl	14	21,2	52	78,8	66	100		
Cinsiyet	Kadın	10	18,2	45	81,8	55	100	0.626	0.429
	Erkek	7	12,7	48	87,3	55	100		
Eğitim durumu	Lise ve Altı	6	10,3	52	89,7	58	100	2.452	0.117
	Yüksekokul-Üniversite	11	21,2	41	78,8	52	100		
Medeni durum	Evli	15	17,0	73	83,0	88	100	0.852	0.356*
	Bekar	2	9,1	20	90,9	22	100		
Meslek	Doktor	0	0,0	16	100,0	16	100	13.210	0.004*
	Hemşire	11	27,5	29	72,5	40	100		
	Sağlık Memuru	4	30,8	9	69,2	13	100		
	Personel	2	4,9	39	95,1	41	100		
Çalıştığı Bölüm	Dahili Tıp	3	8,1	34	91,9	37	100	2.303	0.129*
	Cerrahi Tıp	14	19,2	59	80,8	73	100		
Çalıştığı Birim	Ameliyathane	12	22,6	41	77,4	53	100	5.324	0.070*
	Poliklinik	1	3,4	28	96,6	29	100		
	Yataklı Servis	4	14,3	24	85,7	28	100		
Sigara içme durumu	Halen içiyor	8	17,8	37	82,2	45	100	3.276	0.194*
	Bırakmış	4	28,6	10	71,4	14	100		
	Hiç içmemiş	5	9,8	46	90,2	51	100		

*Fisher'sExact Test, Ki-kare testi

TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarında enfeksiyonların kan yoluyla bulaşması, enfekte kan ve vücut sıvılarının mukozaya sıçraması, özellikle ameliyathanede kan ile kontamine aletlerle yaralanma (bistüri kesileri en sık olmakla birlikte; rehber tel, kateter uçları, pens ve ilaç şişeleri vb. ile eldiven yırtılması, kesici-delici alet transferi, kesici-delici aletleri atık kaplarına atarken) ve kullanılan iğnelerin ele batması sonucu meydana gelmektedir. Kan ve vücut sıvılarıyla kontamine kesici-delici aletlerle yaralanmaya maruz kalma sonucu en yaygın bulaşan ajanlar; Hepatit B virüsü (HBV), Hepatit C virüsü (HCV), Human Immunodeficiency Virüs (HIV) dır.¹⁰

Çalışmamızda, kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımına yönelik tutum ölçeğinin bilişsel ve davranışsal ölçek alt puanı en yüksek sağlık memurlarının, ölçek her üç alt bölümde de en düşük puanı temizlik personelinin aldığı saptandı. 2012 yılında Özyiğit ve ark.nın yaptığı çalışmada, ölçekten alınan puanlar ile meslek sınıflaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı, ayrıca ölçek alt bölümlerinin puanları ile meslek grupları karşılaştırıldığında; bilişsel ve duygusal bölümlerden aldıkları puanlar için bir fark bildirilmezken, hemşire grubunda davranışsal puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır, bunun yanında çalışma süresi beş yıl üstü olan personelin, diğer gruba göre ölçek puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur.¹¹Bu durum çalışmaya dahil edilen

personel dağılım sayısının farklılığından kaynaklanmış olabilir. Nitekim çalışmamızda temizlik personelinin çoğunluğunun çalışma süresi 5 yıl ve üstü, doktorların ise çoğunluğunun 5 yıl ve altı şeklindeydi. Bu sonuç çalışmamızın önemini artırmaktadır. Hastane yöneticileri tarafından bu ölçek sağlık çalışanlarına uygulanıp, gerekirse meslek gruplarına göre eksikliği saptanan konularda gerekli önlemler alınabilir.

Kurt ve ark.nın bir üniversite hastanesinin temizlik çalışanlarında yaptığı çalışmada, katılımcıların %50.7'si kadın, yaş ortalaması 34.7±6.6 yıl, %89.3'ünün işe giriş muayenesinin yapıldığı ve %42.6'sının aralıklı kontrol muayenesinin düzenli yapıldığı bildirilmiştir.¹² Çalışmamızda da benzer şekilde katılımcıların yaş ortalaması 36.8±8.4 yıl, %50.0'si kadın, %42.7'sinin düzenli olarak yılda bir kez kontrol muayenesini yaptırdığı ve %70.9'unun işe giriş muayenesinin yapıldığı saptandı. Tüm hastane çalışanlarının işe girişlerinde ve işin devamı süresince aralıklı kontrol muayenelerinin yapılması birincil ve ikincil korunmalarında özellikle önemlidir. Çalışmamıza katılan hastane personelinin anti-HBs seropozitifliği %88.2 bulunmuştur. Benzer şekilde Aşçı'nın yaptığı çalışmada ise %84 olarak saptanmıştır.¹³ Bozkurt ve ark.nın üçüncü basamak bir üniversite hastanesinde 40 sağlık personeline yaptığı çalışmada; iğne batması veya cerrahi aletlerle olan yaralanmalar sonrası başvuran personelin %72,5'inde Anti HBs pozitif tespit edilmiştir.¹⁴ Ayrıca çalışmamızda tetanoz aşısı yaptırma sıklığı %65.5 ile literatürdeki diğer çalışmalara göre^{15,16} daha yüksek idi. Bu durum hastane çalışanlarına yönelik hizmet içi eğitim ve aralıklı kontrol muayenelerinde aşı uygulamasının etkin yapıldığını göstermesi açısından önemlidir. Nitekim Hepatit B ve tetanoz aşısı sağlık çalışanlarının yapılması önerilen aşular arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarına işe girişte ve her yıl bağışıklık durumları değerlendirilerek aşı önerilerinde bulunulmalı, kesici-delici tıbbi aletlerin güvenli kullanımı ve bulaşıcı hastalıklardan korunma yolları hizmet içi eğitimlerle sürekli güncellenmelidir.^{10,14,17}

Kişisel koruyucuyu kullanım sıklığı sorulduğunda, katılımcıların %80.9'unun her zaman kullandığı saptanmıştır, kişisel koruyucu kullanımı ile cinsiyet karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Kişisel koruyucu önlemler arasında en çok tercih edilen eldiven olması yanında diğerleri kullanım sırasına göre; önlük, bone, maske, gözlük idi. Çalışmamıza benzer şekilde Akkaya ve ark.nın yaptığı çalışmada, koruyucu ekipman kullanım oranları sırasıyla eldiven, önlük, maske ve gözlük olarak bildirilmiştir.¹⁸

Katılımcıların %93.6'unun yaptığı iş bitiminde, %90.0'unun hasta ile temas sonrası, %42.7'sinin işe başlarken ellerini yıkadığı bulundu. Terzi ve ark.nın çalışmasında her iş bitiminde %90.7'sinin ellerini yıkadığı bildirilmiştir.⁸ Deveci ve ark.nın temizlik çalışanlarında yaptığı çalışmada ise işe başlarken el yıkama sıklığı %36.6 olarak bildirilmiştir.¹⁹ Enfeksiyonların önlenmesinde el hijyeni sağlanması başlıca en etkin ve en önemli faktördür. Sağlık çalışanlarında görülen el yıkamadaki uyum sorunu basit bir eylem olmasına rağmen, dünya genelinde var olan bir sorundur.²⁰

Seyman ve ark.nın ameliyathanede çalışan hemşirelerde yaptığı çalışmada personel güvenliğinin en çok (%46) keskin delici yaralanmalar tarafından sık sık tehdit edildiği gösterilmiştir.²¹ Çalışma grubu sadece hemşireleri kapsayan bir diğer çalışmada, kesici-delici alet yaralanma genel görülme sıklığı %18.1 şeklinde bildirilmiştir.²² Çalışmamızda ise son bir yıl içerisinde kesici delici alet yaralanması sıklığı %15.5 bulundu. Araştırmamızdaki görülme sıklığının farklı bulunma sebebinin, kesici delici alet yaralanması ile karşılaşma zamanının son bir yıl için sınırlandırılması ve hastanede tüm birimlerde çalışan meslek gruplarının çalışmamıza dahil edilmesinden kaynaklanmış olabileceğini düşünüyoruz.

Literatürdeki diğer çalışmalara^{12,23} benzer şekilde araştırmamızda da çalışma yılı daha fazla olan personelde kesici delici alet yaralanma sıklığının da arttığı saptanmıştır. Bu durum mesleki olarak çalışma yılı fazla olan personelin daha riskli işlerde konumlandırılması ve bu personellerinde kendilerine olan özgüvenlerinin daha yüksek olması sebebiyle kişisel koruyucu yöntem kullanımına daha az özen göstermelerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda anlamlı bulduğumuz bir diğer önemli sonuç; meslek dağılımına göre en fazla kesici delici alet yaralanma ile karşılaşan meslek grubu hemşire ve sağlık memurları idi. Benzer şekilde yapılan birçok çalışmada meslek grupları içerisinde yaralanma ile karşılaşma durumu oranları hemşirelerde daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.^{2,4} Bu durumun sebebi daha çok kan alma görevini üstlenen meslek grubu olmalarından kaynaklanabilir. Dahili tıp ve cerrahi tıp alanında kesici delici alet ile yaralanma durumu karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmasa da, cerrahi tıp alanında daha fazla görüldüğü saptandı. Benzer şekilde Kişioğlu ve ark.nın yaptığı çalışmada, cerrahi bölümlerde çalışanlarda görülen yaralanma sıklığının diğer bölümlere göre daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁶ Bu sonuç, hastanedeki riskli ortamlarda çalışan

personelin kesici delici alet yaralanmasına daha fazla maruz kalabileceğini işaret etmektedir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Literatürde genellikle ayrı ayrı değerlendirilmiş konular olmasına rağmen, araştırmamızda hastanede çalışan sağlık personeline yönelik kişisel koruyucu kullanımı ve el yıkama alışkanlıkları ile sağlık çalışanlarının kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımına yönelik tutum ölçeğinin de değerlendirilmesi önemlidir, fakat çalışmamızın kısıtlılığı nispeten katılımcı sayısının azlığıdır, bu konuda yapılacak ileriye dönük daha geniş katımlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

SONUÇ

Çalışmamıza katılan sağlık çalışanlarında son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanma sıklığı %15,5 olarak bulundu. Sağlık memuru ve hemşirelerde son 1 yıl içerisinde kesici-delici alet yaralanması görülme sıklığı doktor ve temizlik personeline göre istatistiksel olarak anlamlı idi. Ayrıca sağlık memurlarının kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımına yönelik tutum ölçeği bilişsel ve davranışsal alt ölçekte en yüksek puanı, temizlik personellerinin ise tutum ölçeğinin bilişsel, duygusal ve davranışsal olmak üzere her üç alt bölümünde en düşük puanı aldığı saptandı. Kurumlar çalışanlara yönelik risk tanımlamalarını yapmalı, politika ve prosedürleri belirlemeli, çalışanlar koruyucu güvenlik önlemlerine ilişkin yöntemler konusunda eğitim programları ile bilgilendirilmeli ve denetlenmelidir. Kesici-delici malzemelerin toplandığı enfekte atık kapları, delinmeye dayanıklı, giriş deliği atılacak malzemenin girişine uygun ve dolma çizgisi görülebilir olmalı, hastadan alınan kan, kültür, biyopsi ve patoloji parçalarını paketleme ve etiketlenme esnasında eldiven kullanılmalı ve sızdırmaz, kapaklı özel kaplarda laboratuvara gönderilmeli, kayıt formlarına asla kirli ellerle veya eldivenlerle dokunulmamalıdır. Maruziyet olduğunda birey tıbbi kayıtlarla rapor edilmeli ve gerekli yerlere iletilmelidir.

Teşekkür

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde emeği geçen tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

1. Collins CH, Kennedy DA. Microbiological hazards of occupational needle stick and 'sharps' injuries. J Appl Bacteriol 1987;62:385-402.

2. Korkmaz M. Sağlık Çalışanlarında Delici Kesici Alet Yaralanmaları. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008;3:17-37.
3. Ayrancı U, Kosgeroğlu N. Needle stick and sharps injuries among nurses in the healthcare sector in a city of western Turkey. J Hosp Infect 2004;58:216-223.
4. Eğri M, Pehlivan E. Turgut Özal Tıp Merkezi sağlık hizmeti çalışanlarında kesici-delici yaralanmalar epidemiyolojisi. Sağlık ve Toplum 2000;10:35-39.
5. Kılıçarslan A, Yıldız AN, Bilir N. Hacettepe Üniversitesi Hastanelerinde çalışan araştırma görevlilerinin mesleki riskleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2006;37:179-185.
6. Kışioğlu AN, Öztürk M, Uskun M, Kırbıyık S. Bir Üniversite Hastanesi sağlık personelinde delici kesici yaralanma epidemiyolojisi ve korunmaya yönelik tutum ve davranışları. J MedSci 2002;22:390-396.
7. Needle stick injuries [İnternet]. World Health Organization. https://www.who.int/occupational_health/topic/s/needlinjuries/en/. (Erişim tarihi: 22.07.2019)
8. Terzi Ö, Aker S, Terzi Ö, Sünter AT, Pekşen Y. Hastane Temizlik Elemanları ve Mesleki Enfeksiyon Riski: Bilgi ve Davranışlar Üzerine Bir Çalışma. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2009;6(1):7-12.
9. Uzunbayır AN, Esen A. Sağlık çalışanlarının kesici-delici tıbbi aletleri güvenli kullanımına yönelik tutum ölçeği. 3. EKMUD Bilimsel Platformu (1-5 Mart 2011, İstanbul) Kitabı. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği.
10. Aslan FE, Öntürk ZK. Güvenli Ameliyathane Ortamı; Biyolojik, Kimyasal, Fiziksel ve Psikososyal Riskler, Etkileri ve Önlemler, Maltepe Üniversitesi Hemsirelik Bilim ve Sanat Dergisi, 2011; 4(1):133-140.
11. Özyiğit F, Küçük A, Arıkan İ, Altuntaş Ö, Kumbasar H, Fener S, ve ark. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının Kesici-Delici Tıbbi Aletleri Güvenli Kullanımına Yönelik Tutumları. Haseki Tıp Bülteni 2014;52:168-171.
12. Kurt AÖ, ÜçeşHarmanoğulları L, Ekinci Ö, Gülden Ersöz G. Bir üniversite hastanesi temizlik çalışanlarının biyolojik risk bilgi,

- tutum ve davranışları. Mersin UnivSağlık Bilim Derg 2015;8(2):37-47.
13. Aşçı Z. Afyon Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi çalışanlarında HBV, HCV ve HIV seroprevelansı. Türk Hij Den BiyolDerg 2014;71(2):61-66.
14. Bozkurt S, Kökoğlu ÖF, Yanıt F, Kocahasanoğlu U, Okumuş M, Sucaklı MH, ve ark. Sağlık çalışanlarında iğne batması ve cerrahi aletlerle olan yaralanmalar. Dicle Tıp Dergisi 2013; 40 (3): 449-452.
15. Tekingündüz S, Kurt AÖ, Temirci Ayhan H. Bir eğitim ve araştırma hastanesi temizlik işçilerinin bulaşıcı hastalık risk ve uygulamalarının değerlendirilmesi. Life Sciences 2015;10(4):15-28.
16. Balcı E, Horoz D, Gün İ, Öztürk Y. Temizlik işinde çalışan kişilerin temizlik ve sağlık davranışlarının değerlendirilmesi. Erciyes Tıp Dergisi 2005;27(4):158-166.
17. R Kutlu, N Demirbaş. Sağlık taraması için başvuran hastane personeline serum hbsAg ve anti-Hbs düzeyleri ile hepatit B aşılama durumu. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 10 (3):136-141.
18. Akkaya S, Şengöz G, Pehlivanoğlu F, Güngör-Özdemir E, Akkaya-Tek Ş. Kesici ve Delici Alet Yaralanmalarıyla İlgili Anket Sonuçlarının Değerlendirilmesi. Klimik Dergisi 2014;27(3):95-98.
19. Deveci SE, Açık Y, Ercan E, Oğuzöncül AF. Bir üniversite hastanesinde temizlik çalışanlarının temizlik ve hijyen konusundaki davranışlarının değerlendirilmesi. Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi 2010;24(2):123-127.
20. WHO guidelines on handhygiene in healthcare: a summary [Internet]. https://www.who.int/gpsc/information_centre/hand-hygiene-summary/en/. (Erişim tarihi: 23.07.2019)
21. Seyman CC, Ayaz S. Opinions of Operating Room Nurses Regarding Patient and Staff Safety in Operating Room. Dicle MedicalJournal 2016; 43 (1): 12-17. doi: 10.5798/diclemedj.0921.2016.01.0630.
22. Köşgeroğlu N, Ayrancı Ü, Bahar M. Ameliyathanede Çalışan Hemşirelerde Kesici/Delici Aletle Yaralanma ve Tıbbi Yardım Alma Durumları. Hemşirelik Forum Dergisi 2003;6:28-32.
23. Ersoy S, Çetinkaya F, Alp E. Hastane temizlik çalışanlarının hastane enfeksiyonları ve korunma ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;23(1):1-9.



Examining the Caregiver Burden in the Families of Children with Rare Diseases

Nadir Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinde Bakım Yükünün İncelenmesi

Merve Deniz Pak Güre¹, Cemre Pak²

ABSTRACT

Aim/Background: Rare diseases are chronic, progressive, and life-threatening diseases that are less common in the general population. The complex nature of these diseases creates care requirements. The study aims to examine the caregiver burden in families of children with rare diseases. **Method:** In the study, 311 parents who cared for a child with a rare disease were reached through the Rare Diseases Network. Sociodemographic form prepared by researchers based on literature research and Zarit caregiving burden scale were used as data collection tools. The data obtained in the study were analyzed with appropriate statistical methods through the SPSS program. **Results:** 70.7% of the participants in the study are mothers. The average age of the participants is 35.94 ± 9.45 . 46.9% of the participants are working in a job and 72.7% is a professional occupation. 62% of the children who receive care are girls and the average age of the children is 7.08 ± 4.56 . The average caregiving period is 8.48 ± 7 years. Rare diseases in children are 22.5% phenylketonuria (PKU), 17.6% cystinosis, 10.2% rare cancers, 8% Primary Immunodeficiency, 7.7% Duchenne muscular dystrophy (DMD), 6.4% mucopolysaccharidosis (MPS), 5% bladder exstrophy and Familial Mediterranean Fever Disease (FMF), Rett syndrome, cystic fibrosis, 4% spinal muscular atrophy (SMA) and glycogen storage disease. The average of the scores the participants got from the caregiving burden scale is 52.82 ± 10.32 . In the study, no statistically significant difference was found between the care burden and the age and gender of the parents and the child, the duration of care, the working status of the parents and their marital status ($p > 0.05$). **Conclusion:** In conclusion, the study shows that the caregiver burden of parents who care for children with rare diseases is high. Medical social work interventions with families are recommended to reduce the burden of care.

Key Words: Rare diseases, caregiver burden, social work with families, medical social work

ÖZET

Giriş: Nadir hastalıklar, genel popülasyonda daha az sayıda görülen kronik, ilerleyici ve yaşamı tehdit edici hastalıklardır. Bu hastalıkların karmaşık doğası bakım gereksinimleri doğurmaktadır. Bu çalışma, nadir hastalığı olan çocukların ailelerindeki bakım yükünün incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. **Yöntem:** Çalışmada Nadir Hastalıklar Ağrı aracılığıyla kolayda örnekleme yöntemi ile nadir hastalığı olan çocuğa bakım veren 311 ebeveyne ulaşılmıştır. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından literatür araştırmasına dayanarak hazırlanan sosyodemografik form ile Zarit bakım verme yükü ölçeği kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS programı aracılığıyla uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılanların %70,7'si annelerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $35,94 \pm 9,45$ 'tir. Katılımcıların %46,9'u bir işte çalışmaktadır ve %72,7'si bir profesyonel meslek mensubudur. Bakım alan çocukların ise %62'si kızdır ve çocukların yaş ortalaması $7,08 \pm 4,56$ 'dır. Bakım verme süresi ortalama $8,48 \pm 7$ yıldır. Çocuklarda bulunan nadir hastalıklar ise %22,5 fenilketonuri (PKU), %17,6 sistinozis, %10,2 nadir görülen kanserler, %8 Primer İmmün Yetmezlik, %7,7 Duchenne müsküler distrofisi (DMD), %6,4 mukopolisakkaridoz (MPS), %5 mesane ekstrofisi ve Alevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF), rett sendromu, kistik fibrozis, %4 spinal müsküler atrofi (SMA) ve glikojen depo hastalığıdır. Katılımcıların bakım verme yükü ölçeğinden aldığı puanların ortalaması $52,82 \pm 10,32$ 'dir. Çalışmada bakım yükü ile ebeveynin ve çocuğun yaşı ile cinsiyeti, bakım verme süresi, ebeveynin çalışma durumu ve medeni durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Sonuç olarak çalışma, nadir hastalığı olan çocuğa bakım veren ebeveynlerde bakım yükünün ileri derecede olduğunu göstermektedir. **Sonuç:** Bakım yükünün azaltılması için ailelerle tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: Nadir hastalıklar, bakım yükü, ailelerle sosyal hizmet, tıbbi sosyal hizmet

Received / Geliş tarihi: 16.12.2020, Accepted / Kabul tarihi: 30.01.2021

¹ Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

² Başkent Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Merve Deniz Pak Güre, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü Ankara – TÜRKİYE, E-mail: mdpak@baskent.edu.tr

Pak Güre MD, Pak C. Nadir Hastalığı Olan Çocukların Ailelerinde Bakım Yükünün İncelenmesi. TJF&PC, 2021;15(2): 269-277.

DOI: 10.21763/tjfmpe.841608

GİRİŞ

Bakım yükü kavramı, çeşitli sağlık sorunları olan birine bakım verme sonucunda ortaya çıkan fiziksel, psikososyal ve finansal etkileri ifade etmek için kullanılmaktadır. Bakım süreci genellikle bakım veren kişide stresin ortaya çıkması ile sonuçlanmaktadır.¹ Çünkü bakım verme rolleri ve sorumlulukları enerji gerektiren, iyileşme arzusunun barındıran, bakım veren kişinin kendi yaşamındaki taleplerini arka plana atmasını (örneğin sosyal yaşamda geri çekilme, işten ayrılma gibi) gerektiren, bakım sunduğu kişinin hastalığının gidişatının bakım veren kişiyi etkilediği karşılıklı bir ilişkiyi ortaya koymaktadır.² Tüm bu zorlukların yanı sıra bakım veren kişi ile bakım alan kişi arasındaki ilişkide sevgi bağının ve yakınlığın arttığı da bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda bakım verme sorumluluğunun genellikle ailede olduğu belirtilmektedir.^{3,4} Bu sorumluluk karşısında ise çoğunlukla kadınların birincil bakım veren pozisyonunda olduğu da bir gerçektir. Bakım verme sürecinin başlamasıyla birlikte ailenin dinamikleri, günlük rutinleri ve geleceğe dair algıları yeniden tanımlanarak yeni bir yaşam durumu ortaya çıkmaktadır.

Bakım verme ile ilişkili literatüre bakıldığında özellikle uzun süreli bakım gerektiren kronik hastalığı olan bireye bakım verenlerle sıklıkla çalışıldığı görülmektedir.^{2,3} Kronik hastalıklar grubu içerisinde yer alan ancak toplumda görece daha az rastlanan hastalıklar olan ‘nadir hastalıklar’ da bakım yükü çalışmaları arasında önemli bir yerde bulunmaktadır. Çünkü nadir hastalıkların karmaşık doğası kendine özgü bakım gereksinimlerini doğurmaktadır. Bu çalışma, nadir hastalığı olan çocuğa bakım veren aile üyelerindeki bakım yükünü ele almaktadır. Aile üyelerinin bu süreçteki deneyimlerini ifade etmeden önce nadir hastalıkların kapsamı ve özellikleri hakkında bir sonraki bölümde bilgiler sunulmaktadır.

Nadir Hastalıkların Kapsamı ve Özellikleri

Toplumda yaygın olarak görülen diğer hastalıklara kıyasla genel popülasyonda daha az sayıda kişide rastlanan hastalıklar “nadir hastalık” olarak kabul edilmektedir.⁵ Bu hastalıkların görülme oranı, Avrupa’da 1/2.000 ve Amerika’da 1/200.000 olarak belirlenmiştir. Nadir hastalıkların görece daha az görülüyor olması bu hastalıkların “yetim hastalıklar” olarak da tanımlanmasına yol açmıştır.⁶ Bu hastalıklar, az sayıda kişide görülmesine rağmen tür açısından oldukça çeşitlidir. Dünya çapında nedeni ve tedavisi bilinmeyen yaklaşık on bin farklı nadir hastalık çeşidi bulunmaktadır.⁵ Bununla birlikte her yıl 250 yeni nadir hastalık tıp literatürüne girmektedir.⁷ Nadir görülen bu hastalıkların Avrupa’da otuz milyon, ABD’de yirmi beş milyon

ve tüm dünyada ise yaklaşık dört yüz milyon kişiyi etkilediği rapor edilmektedir. Türkiye’de ise nadir hastalıklardan etkilenenlerin sayısının altı ile yedi milyon civarında olduğu düşünülmektedir.⁸ Bu hastalıkların genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir:⁹

•Nadir hastalıklar genellikle kronik ve ilerleyici türdedir.

•Bu hastalıkların %80’inin genetik kökenli olduğu bilinmektedir.

•Bu hastalıkların hem teşhisi hem de tedavi imkânları oldukça kısıtlıdır.

•Nadir hastalıkların teşhis edilmesi için geçen süre oldukça uzundur. Nadir hastalıklarda teşhisin tam olarak belirlenememesinin nedenleri arasında semptomların çoğunun karakterize edilmemiş olması ve diğer hastalık semptomları ile karıştırılabilmesi bulunmaktadır.

•Nadir hastalıkların tedavisinde “yetim ilaç” adı verilen yüksek maliyetli tıbbi ürünler kullanılmaktadır.

•Yetim ilaçlara ulaşım oldukça zordur. Bu ilaçların üretimi, tedarik edilmesi ve sağlık sigortası tarafından karşılanması zaman alıcı ve maliyeti yüksek bir süreci beraberinde getirmektedir.

•Nadir hastalıkların yaklaşık olarak yarısı çocukları etkilemektedir. Nadir hastalığı bulunan çocukların %30’unun beş yaşından önce yaşamını yitirdiği belirtilmektedir.

•Nadir hastalıklar alanında çalışan uzman sayısı azdır.

•Nadir hastalıkların mevcut teşhis ve tedavi seçenekleri oldukça yüksek maliyetlidir.

•Nadir hastalığı bulunan bireyler ve aile üyeleri psikososyal ve ekonomik yönden çeşitli zorluklar yaşamaktadır.

•Tüm bu özelliklerden dolayı nadir hastalıklar bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir.

Nadir hastalıkların kronik yapısı, yaşamı tehdit edici özelliği, teşhisinin ve tedavisinin güç olması gibi bileşenleri bakım sürecini önemli ölçüde etkileme potansiyeli taşımaktadır. Bu nedenle nadir hastalıkların aile sistemine olan etkisini ele almak faydalı olacaktır.

Nadir Hastalıkların Aile Sistemine Etkisi

Nadir hastalıklar hem hastalık tanısı almış olan bireyi hem de bireyin etkileşim içerisinde bulunduğu sosyal çevreyi etkilemektedir. Bireyin sosyal çevrede en yakın temasta bulunduğu ve bakım verme rolünü üstlenen sistem ise çoğunlukla aile sistemidir. Genellikle kronik tipte olan ve uzun yıllar bakım gerektiren çocukluk döneminde görülmeye başlayan nadir hastalıklar karşısında ebeveynler bakım verici rolü üstlenmektedir. Ebeveynlerin birincil amacı nadir hastalığı olan çocuğun tedavisi için karşılama çıkan engellere ya da zorluklara uyum sağlamak, bunlarla mücadele etmek, kaynaklara ulaşmak ve psikososyal yönden çocuğun gelişimini desteklemektir. Öte yandan bu süreçte ebeveynlerin

kendisine ve ailesine bakmak, aile işlevselliğini sürdürmek, ailedeki herkesin sağlıklı bir yaşam sürmesini sağlamaya çalışmak gibi amaçları da bulunmaktadır. Bu bağlamda da ailedeki üyelerin gereksinimlerinin karşılanması için hareket etme ve fedakârlık yapma motivasyonu ön planda olmaktadır.¹⁰

Nadir hastalığı olan çocukların bulunduğu ailelerde bakım verme ile ilişkili gereksinimlerin olduğu araştırmalarda ortaya konulmaktadır. Tablo 1'de nadir hastalıkların fiziksel, psikososyal ve ekonomik yönlerden aile sistemine olan etkileri özetlenmektedir:

Tablo 1. Nadir hastalıkların aile sistemine etkileri	
Fiziksel	<ul style="list-style-type: none"> Beslenme, uyku, iştah gibi fiziksel koşullarda olumsuz değişimlerin yaşanması Kilo kaybı Vücutta ağrılar, yorgunluk, kırgınlık Çocuğun tıbbi gereksinimlerini karşılayabilmek için ev içerisinde fiziksel düzenlemelerin yapılması
Psikososyal	<ul style="list-style-type: none"> Yüksek stres düzeyi Nadir hastalıkların ortaya çıkardığı belirsizlik ile mücadele etme Sosyal yaşamda geri çekilme, izolasyon Aile üyelerinden, arkadaşlardan veya sağlık personelinin yeterli desteği görememe Hastalığın özellikleri, hizmetler ve bakım verme süreci hakkında bilgi eksikliği Uzmanlaşmış tıbbi bakım hizmetleri ile sosyal ve mali destek kaynaklarına gereksinim duyma Damgalanma ve dışlanma deneyimleri Depresyon ve anksiyete düzeylerinde artış Evlilik doyumunda düşüş
Ekonomik	<ul style="list-style-type: none"> Ebeveynlerden birinin (çoğunlukla annenin) işten ayrılmak zorunda kalması Yüksek tedavi maliyetleri (teşhis için gerekli laboratuvar ve görüntüleme ücretleri, genetik testler, tıbbi ekipmanlar ve yetim ilaçlar) ile mücadele etmek Çeşitli ödemelerin yüksek miktarda olması ve katastrofik sağlık harcamaları ile karşı karşıya kalma Sağlık sigortası kapsamında ilaçların geri ödeme kapsamına alınması için çalışmalar yapmak

Nadir hastalıklarda bakım vermeyle ilgili literatüre bakıldığında ailede bakımın üstlenilmesi veya bakım görevinin başkasına devredilmesi ve çalışma yaşamına devam edilmesi veya bakım vermek için işten ayrılma kararının alınması gibi ikilemler, sağlık harcamaları için bütçe ayrılması, sağlık bakımının yönetilmesi, hastalık sürecinde gerekli hallerde evde fiziksel düzenlemelerin yapılması, bakım verme sorumluluğunu almanın yanı sıra kendi fiziksel (beslenme, uyku, dinlenme gibi) ve psikososyal ihtiyaçlarının karşılanmasında yaşanan zorluklarla mücadele edilmesi gibi konular ön plana çıkmıştır.^{2,3,4}

Nadir hastalıkların bireyi etkileme derecesine bağlı olarak bakım gereksinimi de artabilmektedir. Aynı zamanda birçok nadir hastalığın genetik kökenli olması ailede birden fazla üyenin bu hastalıklara sahip olması ile sonuçlanabilmektedir. Bu durum, bakım veren kişilere önemli bir yük oluştururken uzman desteği

ile hastalık hakkında bilgi eksikliği de hasta ve ailelerinin yükünü artırmaktadır. Bakım verme sürecinde aileler bilimsel bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerine ulaşamama ve finansal güçlükler olmak üzere bir dizi ciddi engel ile karşılaşabilmektedir. Buradan hareketle bu hastalıklar, uzmanlaşmış bakım hizmetleri ile sosyal ve maddi destek kaynaklarına gereksinim doğurmaktadır.^{2,3,4}

Nadir hastalıklarda bakım yüküyle ilgili çalışmalar, yaşam kalitesinin de olumsuz olarak etkilendiğini ortaya koymaktadır. Örneğin, Péntek ve arkadaşlarının MPS hastalığı olan ebeveynlerle yaptığı çalışmada bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinde azalmanın meydana geldiği ifade edilmiştir.¹¹ Phelan-McDermid sendromlu çocukların aileleriyle yapılan çalışmada ise bu alandaki çalışmaları destekler nitelikte ailenin yaşam kalitesinde düşüşün olduğu ve bu ailelerin psikososyal ve ekonomik yönlerden desteklenmeye ihtiyaç duydukları ifade edilmiştir.¹² Evde ventilatör

kullanarak nadir ve tedavi edilemeyen hastalıkları olan aile üyesine bakım veren kişilerde yaşam kalitesini ele alan Hwang ve arkadaşları da bakım yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğunu rapor etmiştir.¹³

Nadir hastalıkları olan çocukların ebeveynlerinde ortaya çıkan bakım yükü, bireyleri zorlayan bir süreci de beraberinde getirmektedir. Bu süreçte bakım verme sorumluluğunu üstlenen ebeveynler, bakım yükü bileşenleri olarak hem fiziksel hem psikososyal hem de ekonomik açılardan can yakıcı sorunlarla karşılaşmaktadır¹⁴. Bu açıdan, nadir hastalığı olan çocuklara bakım veren ebeveynlerin bakım yükü düzeylerinin belirlenmesi önem taşımaktadır. Ancak literatüre bakıldığında ulusal alan yazında bu konu hakkındaki çalışmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda bu çalışmanın temel amacı, nadir hastalığı olan çocukların ailelerindeki bakım yükünün incelenmesidir. Bu çalışmadan elde edilecek bulgular doğrultusunda nadir hastalığı olan çocukların ailelerinde bakım yükünün azaltılmasına yönelik hizmet sunum sistemlerinin geliştirilmesi amacıyla kanıt dayalı bilgilerin elde edilmesinin olanaklı olacağı düşünülmektedir.

YÖNTEM

Araştırmanın Modeli

Araştırma, geçmişte veya halen var olan bir durumu ortaya koymayı amaçlayan nicel metodoloji kapsamında, kesitsel türde ve tarama modeli çerçevesinde gerçekleştirilen bir saha çalışmasıdır.

Çalışma Grubu

Araştırmanın evrenini, Nadir Hastalıklar Ağı'na üye olan ve çocuklarında nadir bir hastalık bulunan ebeveynler oluşturmaktadır. Çalışmada kolayda örneklem yoluyla ebeveynlere ulaşılmıştır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri arasında; ebeveynlerin çocuklarından en az birinin nadir bir hastalık teşhisi almış olması, nadir hastalık teşhisinin üzerinden en az 1 yıl geçmiş olması, Nadir Hastalıklar Ağı'na üye olması ve araştırmaya katılmaya gönüllü olması bulunmaktadır. Bu kapsamda araştırma, 311 kişinin katılımıyla tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik soru formu ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır.

•Sosyodemografik Soru Formu:

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ve çocukta görülen nadir hastalıkla ilgili bilgileri içeren form ile veriler toplanmıştır.

•Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği:

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilen ölçeğin¹⁵ Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci ve Erdem tarafından yapılmıştır.¹⁶ Ölçeğin kullanım amaçları arasında bakım veren kişilerin yaşadığı stresin belirlenmesi bulunmaktadır. Ölçek 22 sorudan oluşmakta ve sorulara "asla, nadiren, bazen, sık sık, hemen her zaman" biçiminde 0'dan 4'e kadar değişen puanlar verilebilmektedir. Ölçekten, 0 ile 88 arasında puan alınabilmektedir. Ölçekten elde edilen puanlar; 0-20 az veya hiç bakım yükünün olmaması, 21-40 orta derecede bakım yükü, 41-60 ileri derecede bakım yükü ve 61-88 aşırı bakım yükü olması şeklinde değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması bakım yükünün arttığına işaret etmektedir.

Uygulama

Çalışmada öncelikle gerekli etik kurul izinleri alınmıştır. Bu kapsamda çalışma, Başkent Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler ve Sanat Etik Kurulu (Proje no: 62310886-604.01.01/) tarafından onaylanmıştır. Verilerin toplanması aşamasında ise çalışmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılara öncelikle "Bilgilendirilmiş gönüllü olur" (informed consent) belgesi imzalatılmıştır. Ardından araştırma kapsamındaki veri toplama araçlarıyla veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmada elde edilen veriler, SPSS programı aracılığıyla uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

BULGULAR

Nadir hastalığı olan çocuklara bakım veren ebeveynlerle gerçekleştirilen bu çalışmada, katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %70,7'si kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması 35,94 (ss=9,45) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %49,8'i üniversite, %24,1'i lise mezundur. Katılımcıların %79,1'i evlidir. %46,9'u bir işte çalışmaktadır ve %72,7'si bir profesyonel meslek mensubudur. %58,5'i kendisini sosyoekonomik düzey açısından orta seviyede olarak değerlendirmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Bakım veren katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	Sıklık	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kadın	220	70,7
Erkek	91	29,3
Eğitim durumu		
Okur-yazar	2	,6
İlkokul	26	8,4
Ortaokul	28	9,0
Lise	75	24,1
Üniversite	155	49,8
Yüksek Lisans	18	5,8
Doktora	7	2,3
Medeni durum		
Evli	246	79,1
Bekâr	65	20,9
Çalışma durumu		
Çalışıyor	146	46,9
Çalışmıyor	165	53,1
Mesleği		
Profesyonel meslek mensupları	120	72,7
Hizmet ve satış elemanları	19	11,5
Büro hizmetlerinde çalışan elemanlar	12	7,2
Teknisyenler, teknikerler ve yardımcı profesyonel meslek mensupları	10	6,0
Yöneticiler	4	2,4
Sosyoekonomik düzey		
Alt	52	16,7
Orta	182	58,5
Üst	77	24,8

Katılımcıların nadir bir hastalığa sahip olan çocuklarına ait sosyodemografik özellikleri Tablo 2’de yer almaktadır. Buna göre bakım verilen çocukların %62’si kızdır. Çocukların yaş ortalaması 7,08’dir (ss=4,56). Çocukların %39,5’i okuryazar değilken %11,3’ü ilköğretime devam etmektedir. Çocuklarda bulunan nadir hastalıklar ise %22,5

fenilketonuri (PKU), %17,6 sistinozis, %10,2 nadir görülen kanserler, %8 Primer İmmün Yetmezlik, %7,7 Duchenne müsküler distrofisi (DMD), %6,4 mukopolisakkaridoz (MPS), %5 mesane ekstrofisi ve Alevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF), Rett Sendromu, kistik fibrozis, %4 spinal müsküler atrofi (SMA) ve glikojen depo hastalığıdır (Tablo 3).

Tablo 3. Bakım verilen çocukların sosyodemografik özellikleri

	Sıklık	Yüzde (%)
Bakım verilen çocuğun cinsiyeti		
Kız	193	62,0
Erkek	118	37,9
Bakım verilen çocuğun öğrenim durumu		
Okur-yazar değil	123	39,5
İlkokul	126	11,3
Ortaokul	35	8,7
Lise	22	7,1
Üniversite	5	1,6
Çocukta bulunan nadir hastalığın tanısı		
Fenilketonuri (PKU)	70	22,5
Sistinozis	55	17,6
Nadir görülen kanserler	32	10,2
Primer İmmün Yetmezlik	25	8,0
Duchenne Müsküler Distrofisi (DMD)	24	7,7
Mukopolisakkaridoz (MPS)	20	6,4
Mesane ekstrofisi	16	5,4
Alevi Akdeniz Ateşi Hastalığı (FMF)	16	5,1
Rett Sendromu	15	4,8
Kistik fibrozis	15	4,8
Spinal Müsküler Atrofi (SMA)	12	3,8
Glikojen depo hastalığı	11	3,5

Bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanların ortalaması 52,82 (ss=10,32) olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu puan, nadir hastalığı

olan çocuğa bakım veren ebeveynlerde bakım yükünün ileri derecede olduğunu göstermektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların ölçekten aldıkları puanlara dair bulgular			
	Ortalama	Standart sapma (ss)	p
Bakım verme yükü ölçeğinden alınan puan	52,82	10,32	
Bakım verme süresi	8,48 yıl	7,00	
Cinsiyetlere göre bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar			
Kadın	52,93	10,43	0,77
Erkek	52,43	10,07	
Bakım verenlerin çalışma durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar			
Çalışan	53,01	10,22	0,82
Çalışmayan	52,67	10,45	
Bakım verenlerin medeni durumuna göre bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar			
Evli	52,69	10,43	0,57
Bekar	54,17	9,36	
Bakım verilen çocuğun cinsiyetine göre bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar			
Kız	52,11	9,91	0,43
Erkek	53,29	10,61	

Çalışmaya katılan ebeveynlerin nadir bir hastalığı bulunan çocuklara bakım verme süresi ortalama 8,48 (ss=7,00) yıldır. Nadir hastalığı bulunan çocuğa bakım verme süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,71) (Tablo 4).

Bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar cinsiyete göre değerlendirildiğinde, annelerin 52,93 (ss=10,43), babaların 52,43 (ss=10,07) puan aldığı belirlenmiştir. Bakım veren aile üyelerinin cinsiyeti ve Zarit bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Buna göre cinsiyete göre bakım verme yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,77) (Tablo 4).

Bakım veren ebeveynin yaşı ve bakım alan çocuğun yaşı ile bakım yükü arasındaki ilişkinin yönünü ve gücünü belirlemek için Pearson Korelasyon analizi yapılmıştır. Buna göre bakım veren ebeveynin yaşı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,75). Benzer biçimde bakım verilen çocuğun yaşı ile bakım yükü arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,40).

Çalışma durumu ve bakım verme yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında, bir işte çalışan katılımcıların bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan 53,01 (ss=10,22), çalışmayanların ise 52,67 (ss=10,45) olarak belirlenmiştir. Bakım veren aile üyelerinin çalışma durumu ve Zarit bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Ebeveynlerin çalışma durumuna göre bakım verme yükü açısından

istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,82) (Tablo 4).

Bakım verenlerin medeni durumu ve bakım verme yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında, evlilerin 52,69 (ss=10,43) ve bekârların 54,17 (ss=9,36) puan aldığı belirlenmiştir. Bakım veren aile üyelerinin medeni durumu ve Zarit bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Bakım verenlerin medeni durumuna göre bakım verme yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,57) (Tablo 4).

Bakım verilen çocuğun cinsiyeti ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında kız çocuklarına bakım verenlerin ölçekten aldığı puanın 52,11 (ss=9,91), erkek çocuklarına bakım verenlerin ise 53,29 (ss=10,61) puan aldığı görülmektedir. Bakım verilen çocuğun cinsiyeti ve Zarit bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını saptamak için bağımsız örneklem t testi yapılmıştır. Bakım verilen çocuğun cinsiyetine göre bakım verme yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (p=0,43) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Nadir hastalığı olan çocukların ailelerindeki bakım yükünün incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışma, 311 ebeveynin katılımıyla tamamlanmıştır. Çalışmaya hem annelerin hem de babaların katılması beklenirken katılımcıların %70,7'sini anneler oluşturmuştur. Bu açıdan annelerin bakım verme sürecini ilgilendiren bu çalışmaya daha yoğun olarak katıldıkları belirlenmiştir. Bu durum, toplumsal cinsiyet rolleri açısından kadınların bakım verme

sürecinde daha aktif olarak rol aldıklarını biçiminde değerlendirilebilir. Cardinali, Migliorini ve Rania tarafından (2019) İtalya'da yaşayan ve nadir hastalığı olan çocuklara bakım veren ebeveynler açısından bakım yükünün ele alındığı araştırmaya da annelerin daha yoğun olarak katılım gösterdiği ve bunun toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkilendirildiği ortaya konulmaktadır.¹⁷ Benzer biçimde Anderson ve arkadaşlarının (2013) Avustralya yaşayan ve nadir bir hastalığa sahip olan çocuğa bakım veren ebeveynlerle gerçekleştirdikleri çalışmada annelerin bakım sürecinde ve araştırmaya katılımda daha aktif oldukları belirtilmiştir.¹⁴

Çalışma kapsamında, bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanların ortalaması 52,82 (ss=10,32) olarak hesaplanmıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bu puan, nadir hastalığı olan çocuğa bakım veren ebeveynlerde bakım yükünün ileri derecede olduğunu göstermektedir. Çalışmadan elde edilen bu bulgu, nadir hastalıkların ilerleyici, süregelen, dejeneratif doğası sonucunda bakım veren ebeveynler için bakım yükünü artabileceği biçiminde değerlendirilebilir. Literatürdeki çalışmalar da nadir hastalığı bulunan çocuğa bakım veren ebeveynlerde bakım yükünün yüksek olduğuna işaret etmektedir.²⁹⁻³⁵ Pentek ve arkadaşları, Macaristan'da Duchenne Müsküler Distrofi hastalığı bulunan çocuğa bakım veren ebeveynlerde bakım yükünün arttığı ve buna karşılık yaşam kalitesinin azaldığı rapor etmektedir.¹⁸ Oh ve Kim (2018) ise Amiyotrofik lateral sklerozlu hastaların ailelerinde bakım yükünü yüksek olarak belirlemişlerdir.¹⁹ Kim ve arkadaşları (2010) ise nadir görülen Mitokondriyal hastalığı bulunan çocukların ailelerinde bakım yükünü 53.77 ± 15.30 olarak ortaya koymuşlardır.²⁰

Bakım verme yükü ölçeğinden alınan puanlar, cinsiyete göre değerlendirildiğinde annelerin 52,93 (ss=10,43), babaların 52,43 (ss=10,07) puan aldığı belirlenmiştir. Bu açıdan, annelerin bakım yükünün daha yüksek olduğu ifade edilebilir. Çalışmanın bu bulgusu, annelerin bakım sürecinde daha aktif rol almasının ve çocuğun bakımında birincil rol üstlenmesinin bakım yükünü arttırdığı biçiminde yorumlanabilir. Literatürdeki çalışmalar da nadir hastalığa bakım veren annelerin bakım yükünün babalara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Örneğin, Pangalila ve arkadaşlarının (2012) Duchenne Müsküler Distrofi hastalığı bulunan çocuğa bakım veren annelerle yaptığı çalışmada da ev işlerinin çoğunlukla anneler tarafından gerçekleştirilmesinden dolayı annelerde bakım yükünün daha yüksek olduğu belirtilmiştir.²¹ Laurvick ve arkadaşlarının (2006) Avustralya'da yaşayan ve Rett sendromu bulunan çocuğa bakım veren ebeveynlerle yaptığı çalışmada da annelerin bakım yükünün babalardan daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.²²

Bakım verilen çocuğun cinsiyeti ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında kız çocuklarına bakım verenlerin ölçekten aldığı puanın 52,11 (ss=9,91), erkek çocuklarına bakım verenlerin ise 53,29 (ss=10,61) puan aldığı görülmektedir. Bakım verilen çocuğun cinsiyetine göre bakım verme yükü açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır. Çalışmanın bu bulgusu, nadir hastalığı olan çocukların cinsiyetinin bakım yükü açısından önemli bir farklılık oluşturmadığı biçiminde yorumlanabilir. Çalışmanın bu bulgusuna paralel olarak Kahraman ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da bakım verme yükü ölçeği puanları ile bakım alan çocuğun cinsiyeti arasında istatistiksel bir ilişki bulunmadığı ifade edilmektedir.²³

Çalışmaya katılan ebeveynlerin, nadir bir hastalığı bulunan çocuklara bakım verme süresi ortalama $8,48 \pm 7$ yıl olarak belirlenmiştir. Nadir hastalığı bulunan çocuğa bakım verme süresi ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p=0,71). Çalışmanın bu bulgusunun aksine Thomas ve arkadaşlarının (2018) Hindistan'da Amyotrofik lateral skleroz (ALS) hastalarına bakım veren ebeveynlerle gerçekleştirdikleri çalışmada bakım verme süresinin bakım yükünü arttırdığı ifade edilmiştir.²⁴

Bakım veren ebeveynin yaşı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,75). Benzer biçimde bakım verilen çocuğun yaşı ile bakım yükü arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır (p=0,40). Kahraman ve arkadaşlarının (2017) epidermoliz bullosa hastalığı bulunan çocuğa bakım veren ebeveynlerle yaptığı çalışmada da bakım verme yükü ölçeği puanları ile hem çocuğun hem de bakım veren ebeveynin yaşı arasında istatistiksel bir ilişki bulunmamıştır.²³ Öte yandan Kayadjanian ve arkadaşlarının (2018) Prader-Willi Sendromu olan çocukların aileleri ile yaptığı çalışmada çocuğun yaşı ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki ortaya konulmuştur. Buna göre beş yaşın altındaki çocuğa bakım veren ebeveynlerde bu yük istatistiksel olarak anlamlı biçimde artış göstermektedir.²⁵

Çalışma durumu ve bakım verme yükü arasındaki ilişkiye bakıldığında, bir işte çalışan katılımcıların bakım verme yükü ölçeğinden aldıkları puan 53,01 (ss=10,22), çalışmayanların ise 52,67 (ss=10,45) olarak belirlenmiştir. Çalışmanın bu bulgusu, çalışma yaşamındaki sorumluluklarla birlikte bakım verme rollerinin bakım yükünü arttırdığı biçiminde yorumlanabilir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışmanın kesitsel tasarımından ve

kolayda örnekleme yönteminin kullanılmasından dolayı sonuçların Türkiye'deki tüm nadir hastalıklara genellenmesi yanlış değerlendirmelere yol açabilir. Ayrıca çalışmanın kesitsel tasarımı, nadir hastalığı olan çocuklara bakım veren ebeveynlerinde bakım yükünü ortaya koysa da bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki nedenselliği belirlemek için boyamsal çalışmalar gerekmektedir. Aynı zamanda bakım verme deneyiminin doğası ile bu süreçteki duygu, düşünce ve deneyimlerin ortaya çıkarılması için nitel metodoloji çerçevesinde araştırmaların yapılması bu araştırmada elde edilen bulguları tamamlayabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma sonucunda, özellikle çocukluk döneminde görülen bu hastalıkların teşhisinin zor olması, tedavisinin yüksek maliyetli olması, sağlık hizmeti sunucularının sayısının az olması, biyo-psiko-sosyal çerçevede bütünsel olarak hizmet sunum sistemlerinin kısıtlı olması gibi koşulların bakım yükünü artırma potansiyeli taşıdığı düşünülmektedir. Buradan hareketle nadir hastalığı bulunan çocukların ailelerinde bakım yükünün azaltılmasına yönelik hizmet sunum sistemlerinin geliştirilmesi önemlidir. Bu kapsamda, bakım yükünü azaltmaya yönelik olarak:

- Nadir hastalığa sahip olan çocuğun teşhis, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde gereksinimlerinin karşılanmasına yönelik sağlık hizmetleri sunumunun sağlanması,

- Bakım veren aile üyelerinin bakım verme süreciyle ilgili konularda (nadir hastalığın özellikleri, tedavi protokolleri, özel eğitim, psikoterapi, fizik tedavi ve diyet gibi çocuğun gereksinimleri, hizmet alınabilecek kurum ve kuruluşlar ve baş etme) bilgi düzeylerinin artırılması,

- Bakım verme rolleriyle ilişkili aile üyelerinin farkındalığının artırılması ve bakım verme sorumluluğunun aile üyeleri arasında paylaşılması,

- Nihai olarak bakım verme sürecinde sorunların çözülmesi, ihtiyaçların karşılanması, ailenin güçlenmesi ve tam iyilik halinin sağlanmasına yönelik ailelere yönelik tıbbi sosyal hizmet müdahalelerinin gerçekleştirilmesi önerilebilir.

KAYNAKLAR

1.Sisk R.J. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of nursing studies*. 2000; 37(1): 37-43.

2.Möller - Leimkühler A. M. & Wiesheu A. Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*. 2012; 262(2):157-166.

3.Pinquart M. & Sörensen S. Gender differences in caregiver stressors social resources and health: An updated meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2006;61(1):33-45.

4.Chiò A. Gauthier A. Calvo A. Ghiglione P. & Mutani R. Caregiver burden and patients' perception of being a burden in ALS. *Neurology*. 2005;64(10):1780-1782.

5. Haendel M. Vasilevsky N. Unni D. Bologna C. Harris N. Rehm H. ... & Dawkins H. How many rare diseases are there?. *Nature Reviews Drug Discovery*.2019;19(1):77-78.

6. Dawkins H. J. Draghia-Akli R. Lasko P. Lau L. P. Jonker A. H. Cutillo C. M. & Kaufmann P. Progress in rare diseases research 2010–2016: an IRDiRC perspective. *Clinical and translational science*.2018;11(1):11-20.

7. Groft S. & Posada dela Paz M. Rare Diseases: Joining mainstream Research and Treatment Based on Reliable Epidemiologic Data. M. Posada de la Paz D. Taruscio S. Groft M. Posada de la Paz D. Taruscio & S. Groft (Dü) içinde *Rare Diseases Epidemiology: Update and Overview*. Cham: Springer. 2017;3-21

8. Satman İ. Gündük Ö. Yemenici M. & Ertürk N. Nadir Hastalıklar Raporu. Ankara: TÜSEB (Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü). 2019;1-30.

9.Yavuz Çolak M. Nadir Hastalıklar Epidemiyolojisi. Ö. İnce & M. D. Pak içinde *Tüm Yönleriyle Nadir Hastalıklar*. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık. 2019;15-25.

10.Vitale S. A. Parent recommendations for family functioning with Prader–Willi syndrome: a rare genetic cause of childhood obesity. *Journal of pediatric nursing*.2016;31(1):47-54.

11.Péntek M. Gulácsi L. Brodsky V. Baji P. Boncz I. Pogány G.... & Posada-de-la-Paz M. Social/economic costs and health-related quality of life of mucopolysaccharidosis patients and their caregivers in Europe. *The European Journal of Health Economics*. 2016a; 17(1):89-98.

12.Bruce J. E. Family Quality of Life in Families of Children with Phelan-McDermid Syndrome: A Rare Genetic Disability 2009; (Doctoral dissertation McGill University):42-59.

13.Hwang M. S. Lee M. K. & Song J. R. The factors affecting burdens and quality of life of the family caregivers of patients with rare and incurable diseases using home ventilators. *Korean Journal of Adult Nursing*. 2014;26(2):191-202.

14.Anderson M Elliott E Zurynski Y. Australian families living with rare disease: experiences of diagnosis health services use and needs for

psychosocial support. *Orphanet J Rare Dis.* 2013.;8(1):22.

15.Zarit S. H. Reeve K. E. & Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist.* 1980;20(6):649-655.

16.İnci F.H. & Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 2008;11(4):85-95

17.Cardinali P. Migliorini L. & Rania N. The caregiving experiences of fathers and mothers of children with rare diseases in Italy: challenges and social support perceptions. *Frontiers in Psychology.* 2019;10:1780.

18.Péntek M. Herczegfalvi Á. Molnár M. J. Szónyi L. P. Kosztolányi G. Pfliegler G. ... & Szegedi M. Disease Burden On Duchenne Muscular Dystrophy Patients And Their Caregivers. *Ideggyogyaszati szemle.* 2016b;69(5-6):183.

19.Oh J. & Kim J. A. Factor analysis of the Zarit Burden Interview in family caregivers of patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.*2018;19(1-2):50-56.

20.Kim K. R. Lee E. Namkoong K. Lee Y. M. Lee J. S. & Kim H. D. Caregiver's burden and quality

of life in mitochondrial disease. *Pediatric neurology.*2010;42(4):271-276.

21.Pangalila R.F. van den Bos G.A. Stam H.J. van Exel N.J. Brouwer W.B. Roebroek M.E. Subjective caregiver burden of parents of adults with Duchenne muscular dystrophy. *Disabil Rehabil* 2012;34:988–996.

22.Laurvick C. L. Msall M. E. Silburn S. et al. Physical and mental health of mothers caring for a child with Rett syndrome. *Pediatrics.*2006;118(4):1152–1164.

23.Kahraman S. Çiftçi E. K. & Timuçin A. Determination of caregiving burden of parents providing care to their children with epidermolysis bullosa. *Egyptian Journal of Dermatology and Venerology.* 2017;37(1):1.

24.Thomas P. T. Warriar M. G. Sadasivan A. Balasubramaniam B. Preethish-Kumar V. Nishi S. ... & Nalini A. Caregiver burden and quality of life of patients with amyotrophic lateral sclerosis in India. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration.*2018;19(7-8):606-610.

25.Kayadjanian N. Schwartz L. Farrar E. Comtois K. A. & Strong T. V. High levels of caregiver burden in Prader-Willi syndrome. *PloS one.* 2018;13(3) :e194-655.



Does the primipar adolescent mothers' perception of their baby different from the adult mothers?

Primipar adölesan annelerin bebeğini algılaması yetişkin annelerden farklı mıdır?

Şadiye ÖZCAN¹, Nurcan KIRCA²

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to compare between adult and adolescent mothers perceptions of their babies.

Materials and methods: This descriptive, cross-sectional study was carried out with 100 women (50 adult, 50 adolescent) who accepted to participate in the study. The data of the research were collected between March 2019 and February 2020 using the "Personal Information Form" and "Newborn Perception Scale". **Results:** The average age of adolescent women participating in the study was determined as 18.42 ± 0.70 and 27.30 ± 5.65 for adult women. While 60% of adolescent women live in the nuclear family, 80% of adult women live in the nuclear family. The average marriage age of adolescent women is 17.22 ± 0.70 , while the average age of marriage for adult women is 24.62 ± 5.16 . **Conclusion:** Adolescent mothers perceive their baby is more negative than adult mothers. Healthcare professionals should definitely evaluate the communication of adolescent mothers with their babies and their perception of their babies. If this situation is not adequately evaluated and intervened in the adolescent period, it may turn into bigger problems in the years to come and affect the health of both the family and the society. Healthcare professionals should provide more support to adolescent mothers, provide more information and encourage their relatives to support adolescent mothers.

Key words: Postpartum women, adolescent mother, perception of baby

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, primipar adölesan annelerle yetişkin annelerin bebeklerini algılama durumlarını karşılaştırmaktır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak planlandı. Araştırmanın verileri Mart 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Yenidoğanı Algılama Ölçeği" kullanılarak toplandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan adölesan kadınların yaş ortalaması 18.42 ± 0.70 , yetişkin kadınların 27.30 ± 5.65 olarak saptandı. Adölesan kadınların %60'ının çekirdek ailede yaşarken, yetişkin kadınların % 80'inin çekirdek ailede yaşadığı bulundu. Adölesan kadınların ortalama evlenme yaşı 17.22 ± 0.70 iken yetişkin kadınların ortalama evlenme yaşı 24.62 ± 5.16 olarak belirlendi. **Sonuç:** Adölesan annelerin bebeğini algılaması, yetişkin annelere göre daha olumsuzdur. Sağlık çalışanları, adölesan annelerin bebekleriyle iletişimini ve bebeklerini algılama durumlarını mutlaka değerlendirmelidirler. Eğer bu durum adölesan dönemde yeterince değerlendirilmez ve müdahale edilmezse, ilerleyen yıllar içerisinde daha büyük sorunlara dönüşerek hem ailenin, hem de toplumun sağlığını etkileyebilmektedir. Sağlık çalışanları adölesan annelere daha fazla destek sağlamalı, daha fazla bilgi vermeli ve yakınlarını adölesan annelere destek sağlama konusunda teşvik etmelidir.

Anahtar sözcükler: Postpartum, adölesan anne, yenidoğanı algılama

Received / Geliş tarihi: 16.06.2020, Accepted / Kabul tarihi: 01.02.2021

¹Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

²Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi:

Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Yalova Üniversitesi Merkez Yerleşkesi, Çımarık Yolu Üzeri 77200 Yalova

e-mail: sadiyeozcan24@gmail.com

Özcan Ş, Kırca N. Primipar adölesan annelerin bebeğini algılaması yetişkin annelerden farklı mıdır? TJFMPC, 2021;15(2): 278-285.

DOI: [10.21763/tjfm.753663](https://doi.org/10.21763/tjfm.753663)

1. GİRİŞ

Adölesan dönem, yetişkin rollerinin öğrenildiği fiziksel ve duygusal büyümenin yaşandığı kritik bir dönemdir.¹ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 10-19 yaş grubundaki bireyleri “adölesan”, 10-24 yaş arasındaki bireyleri ise “genç insan” olarak tanımlamaktadır.² Dünya Sağlık Örgütü, adölesan dönemi sekonder seks karakterinin geliştiği, üreme yeteneğinin kazanıldığı, kimliğin ve bağımsızlığın geliştiği bir dönem olarak tanımlar.² Adölesan dönemdeki kişilerin en göze çarpan özellikleri; sağlık ve güvenliğe kayıtsızlık, ruh hali değişiklikleri, riskli davranışlar, sosyoekonomik değişkenlik, akran baskısına karşı hassaslık, bilgi, deneyim ve hesap verebilirlik gibi durumların eksikliğidir.³ Adölesan dönemde romantik ilişki ile ilgili düşünceler ve libido gelişimi, kadın ergenlerin cinsellik ve evlilik ilişkileri hakkında düşüncelerini sağlar ve onları anneliğe yönlendirebilir.⁴ Anne olmak, kadınların yaşamının yeniden düzenlenmesini gerektiren kritik öneme sahip durumlardan birisidir. Annelik rolü, kadının annelik için gereken yeterliliğe ve yetkinliğe ulaştığı, annelik davranışlarını anne kimliğiyle rahat hissedecek şekilde yerleşik rolüne entegre ettiği bir süreçtir.⁵ Bu süreç kadınların karakterleri, bakış açıları, inançları, sosyal ve ekonomik durumları, anneliğe hazırlıklı olmaları, bilgi ve beceri düzeyleri ve psikolojik durumlarından etkilenebilir. Anne bebeğin bakımı için yetkinlik kazandığında, bebeğini sevdiğinde, bebeğine bağlandığında anneliğin getirdiği sorumlulukları kabul ettiğinde önceki rolleriyle annelik rolü arasında denge oluşturduğunda annelik rolünde başarı elde edilir.⁶ Annelik rolünde başarının maternal sonuçları güven duyma, annelik rolünü sevme, bebeğini olumlu algılama gibi durumları içerir. Bebek için sonuçları ise bilişsel ve duygusal gelişimin sağlanması, güvenli bağlanma, sağlıklı olma ve sosyal yeterliliklerdir.⁷

Yetişkin bir kadının annelik rolüne adapte olabilmesi için uzun bir geçmiş yaşam deneyimi bulunurken adölesan kadınlarda yaşam deneyimlerini içeren süre oldukça kısadır. Adölesan dönemde annelik rolünü kazanabilmek oldukça zor bir durumdur. Çünkü adölesan anneler aynı anda hem annelik hem de yetişkinlik döneminin kriziyle baş etmek zorundadırlar.⁸⁻¹⁰ Bu dönemde anne olmak genellikle istenmeyen ve sorunlu bir durumdur.¹¹ Adölesan dönemde anne olmak öfke, kaygı ve bebeği ihmal etme gibi birçok psikolojik soruna yol açabilir. Adölesan anneler değişken ruh haline sahiptirler ve normalden çok daha kolay endişeye kapılabilirler. Ayrıca adölesanların benmerkezci yapıları, anne olduklarında daha az empatik daha az şefkatli olmalarına sebep olabilir.¹² Bu koşullar adölesanların annelik rolünü üstlenmeye hazır

olmadıklarını göstermektedir. Bu durum bir anne için üzücü olsa da reddedilmiş, sosyal olarak izole edilmiş bir bebek için daha da kötüdür.¹³

Adölesan annelerin sayısı ülkemiz için azımsanamayacak kadar çoktur. Ülkemizde 2018 TNSA sonuçlarına göre, 1000 kadın başına düşen adölesan doğurganlık hızı 30’dur. Adölesan dönemdeki kadınların %3.5’i çocuk sahibi olmaya başlamıştır. Adölesan annelerin adölesan olmayan annelere göre olumsuz gebelik sonuçlarına veya gebelikle ilişkili ölümlülüğe maruz kalmaları daha olasıdır.¹⁴ Ülkemizde, çocuk sahibi olmaya 17 yaşından önce nadir rastlanmaktadır. Ancak 19 yaşındaki kadınların %10’u anne olmuş veya ilk çocuklarına gebecektir.¹⁴ Adölesan gebeliklerin önlenmesi oldukça önemli bir durumdur. Ancak önlenemeyen adölesan gebeliklerin sonucunda anne olan adölesanların, bebekleriyle olan iletişimlerinin değerlendirilmesi de oldukça önemli bir durumdur. Ülkemizde daha önce primipar adölesan annelerin bebeklerini algılamasının, yetişkin primipar annelerle kıyaslayan herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. O yüzden bu araştırmanın amacı; primipar adölesan annelerle, yetişkin annelerin bebeklerini algılama durumlarını karşılaştırmaktır.

2. YÖNTEM

2.1 Araştırmanın türü

Araştırma tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışma olarak yürütüldü.

2.2. Araştırmanın yapıldığı yer ve özellikleri

Bu araştırmanın verileri, araştırmacılar tarafından Mart 2019- Şubat 2020 tarihleri arasında, Türkiye’nin doğusunda bulunan bir ildeki hastanenin kadın doğum kliniklerinde toplandı. Araştırmanın yapıldığı il Türkiye’nin doğusunda olması dolayısıyla adölesan gebelikler oldukça sık görülmektedir. Veriler, hafta içi üç gün mesai saatleri içinde doğum yapan kadınlardan yüz yüze görüşme yöntemiyle toplandı. Doğum yaptıktan sonra taburcu olmadan önce kadınlara “Yenidoğanı Algılama Ölçeği”nin ilk formu dolduruldu, doğumdan 1 ay sonrasında ise araştırmaya katılan kişiler telefonla aranarak “Yenidoğanı Algılama Ölçeği”nin ikinci formu dolduruldu.

2.3 Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında hastanenin kadın doğum kliniğinde yatmakta olan tüm hastalar oluşturdu. Araştırmada, rastlantısal (gelişigüzel) örnekleme yöntemi kullanılarak veriler toplandı. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; primipar olma, gebelik-doğum-lohusalık döneminde herhangi bir sorun yaşamama ve bebeğinde herhangi bir sağlık sorunu olmama

olarak belirlendi. Belirtilen tarihlerde bu kriterlere uyan toplam 108 (52 adölesan, 56 yetişkin) kadınlara görüşüldü. Ancak 8 (2 adölesan, 6 yetişkin) kadına araştırmanın ikinci aşamasında ulaşılamadı. Sonuçta 100 (50 primipar, 50 yetişkin) kadınlara araştırma verileri tamamlandı.

2.4 Veri toplama araçları

Veriler; Kişisel Bilgi Formu, Yenidoğanı Algılama Ölçeği-I ve Yenidoğanı Algılama Ölçeği-II kullanılarak toplandı.

2.4.1 Kişisel Bilgi Formu

Literatürdeki bilgiler doğrultusunda^{5,7,8} hazırlanan bu form, kadınların sosyo-demografik özellikleri ve obstetrik özelliklerinin sorgulandığı toplam 15 sorudan oluşmaktadır.

2.4.2 Yenidoğanı Algılama Ölçeği (YAÖ)

YAÖ, Broussard ve Hartner tarafından 1971 yılında annelerin bebeklerini algılama durumlarını ölçmek için geliştirilmiştir.¹⁵ Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1997 yılında Balcı tarafından yapılmış ve Cronbach alfa değerinin 0.77 olduğu belirtilmiştir.¹⁶ Ölçek, doğumdan sonraki ilk üç günde uygulanan YAÖ-I ve doğumdan bir ay sonra uygulanan YAÖ-II olmak üzere iki bölüme ayrılmıştır. Doğumdan sonraki ilk üç günde uygulanan YAÖ-I formu; annenin, herhangi bir bebeğin ve kendi bebeğinin ne gibi davranışları olacağı konusundaki algılarını içermektedir. Doğumdan bir ay sonra uygulanan YAÖ-II formu ise; annenin bebeği ile geçirdiği ilk bir aylık sürede yaşadığı deneyimleri ve bebeğinin gerçek davranışları konusundaki algılarını içermektedir. 5'li likert tipi olan ve 24 maddeden oluşan bu ölçekte, her bir maddesi 1'den 5'e kadar derecelendirilmiştir. YAÖ-I ve YAÖ-II'den alınan puanlar ayrı ayrı hesaplanır ve aşağıdaki formüle göre değerlendirilir.

Annenin Algı Puanı = (Herhangi bir bebek 1+2'nin toplam puanı) – (Sizin Bebeğiniz 1+2'nin toplam puanı) “0” olduğunda anne herhangi bir bebeği kendi bebeğiyle aynı algılıyor. “0” ‘dan büyük olduğunda anne bebeğini olumlu algılıyor. “0” ‘dan küçük olduğunda anne bebeğini olumsuz algılıyor demektir. Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.80 olarak bulunmuştur. Ayrıca ölçekten alınan puan ne kadar yüksekse, bebeği algılama durumu o kadar olumsuzdur.

2.5 Araştırmanın etik yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik

Kurulu'ndan (12.02.2019 tarih ve 33216249-604.01.02-E.9055 sayılı) etik onay alındı. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden kadınlardan bilgilendirilmiş gönüllü olur belgesi yazılı olarak alındı. Çalışma süresince Helsinki Deklerasyonu'na uygun davranılmış ve verilerin gizliliği sağlandı.

2.6 Verilerin analizi

Verilerin analizinde IBM SPSS 21.0 istatistik paket programı kullanıldı. Verilerin normal dağılımını belirlemek için ise Kolmogorov Smirnov analizi yapıldı. Araştırmadaki verilerin adölesan ve yetişkin kadınlar için normal dağıldığı belirlendi. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzdelik, ortalama ve standart sapma kullanıldı. Adölesan ve yetişkin annelerin bebeği algılamasını karşılaştırmak için bağımsız gruplarda t testi uygulandı. Ayrıca adölesan ve yetişkin annelerin diğer kategorik verilerini karşılaştırmak için ki-kare analizi yapıldı. Araştırmada yanılma payı $p < 0.05$ olarak değerlendirildi.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılan kadınların sosyodemografik ve ilişki özellikleri Tablo 1'de verildi. Araştırmaya katılan adölesan kadınların yaş ortalaması 18.42 ± 0.70 , yetişkin kadınların 27.30 ± 5.65 olarak saptandı. Adölesan kadınların %60'ının çekirdek ailede yaşarken, yetişkin kadınların % 80'inin çekirdek ailede yaşadığı bulundu. Adölesan kadınların ortalama evlenme yaşı 17.22 ± 0.70 iken yetişkin kadınların ortalama evlenme yaşı 24.62 ± 5.16 olarak belirlendi. Adölesan kadınların %26'sının eşyle ilişkisi kötü olarak belirlenirken yetişkin kadınların %2'sinin eşyle ilişkisinin kötü olduğu belirlendi. (Tablo 1). Adölesan annelerle yetişkin annelerin aile yapısı ($X^2=4.762$; $p=.029$), eğitim durumu ($X^2=26.583$; $p=.000$), evlenme şekli ($X^2=9.180$; $p=.002$), eşle ilişki durumu ($X^2=18.607$; $p=.000$) karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar olduğu belirlendi (Tablo 1). Adölesan annelerin yetişkin annelere göre geniş ailede yaşama ve görücü usulü ile evlenme oranları daha fazladır. Eş ilişkileri değerlendirildiğinde, adölesan annelerin eş ilişkilerinin yetişkin annelerden daha kötü olduğu saptanmıştır. Ayrıca adölesan annelerin yetişkin annelere göre eğitim durumlarının daha düşük olduğu, büyük çoğunluğunun ilk ve ortaokul mezunu olduğu görülmektedir.

Adölesan annelerin %72'si gebeliğinin plansız olduğu, %74'ü doğum öncesi bakım almadığı ve %54'ü de bebeğinin kilosunu yetersiz bulmaktadır. Adölesan annelerin %48'i bebeğini ilk 30 dakika içinde kucağına almasına rağmen, %26'sı ilk 30 dakika içinde emzirmeye başladığını belirtmiştir.

(Tablo 2). Adölesan annelerle yetişkin annelerin gebeliğinin planlı olma durumu ($X^2=29.455$; $p=.000$), doğum öncesi bakım alma durumu ($X^2=8.167$; $p=.004$), bebeğin cinsiyetinden memnun olma ($X^2=13.636$; $p=.000$), bebeğin kilosunu yeterli bulma ($X^2=15.868$; $p=.000$), doğum sonrası bebeği ilk kucağına alma zamanı ($X^2=4.105$; $p=.043$) ve doğum sonrası destek alma durumu ($X^2=34.700$; $p=.000$) karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak önemli farklılıklar olduğu belirlendi (Tablo 2). Adölesan annelerin büyük çoğunluğunda mevcut gebeliklerin plansız olduğu, doğum öncesi bakım almadıkları, yarısından fazlasının bebeğin kilosunu yeterli bulmadıkları ve bebeklerini ilk 30 dakika içinde kucaklarına alamadıkları görülmektedir. Ayrıca adölesan annelerin ilk 30 dakika içinde bebeklerini emzirme ve doğum sonu dönemde destek alma durumları da yetişkin annelere kıyasla daha düşüktür.

Adölesan annelerle, yetişkin annelerin doğumdan hemen sonra ve doğumdan 1 ay sonraki yenidoğanı algılama durumları arasındaki farklılık Tablo 3'de gösterildi. Doğumdan hemen sonra adölesan annelerin puan ortalamaları arasındaki fark 0.54 ± 3.55 iken, yetişkin annelerin puan ortalamaları arasındaki fark 2.76 ± 2.91 olarak belirlendi ve aradaki farkın istatistiksel olarak ($t=-3.415$; $p=.001$) anlamlı olduğu bulundu (Tablo 3). Doğumdan 1 ay sonra adölesan annelerin puan ortalamaları arasındaki fark -1.36 ± 2.31 iken, yetişkin annelerin puan ortalamaları arasındaki fark 0.26 ± 3.24 olarak belirlenmiş ve aradaki farkın istatistiksel olarak ($t=-2.876$; $p=.005$) anlamlı olduğu bulundu (Tablo 3). Adölesan annelerin doğumdan hemen sonra ve doğumdan bir ay sonraki dönemlerde bebeklerini yetişkin annelere göre daha olumsuz algıladıkları söylenebilir.

Tablo 1. Annelerin sosyodemografik ve ilişki özellikleri (N=100)

Yaş (N=50; ortalama, standart sapma)	Adölesan anneler (n=50)		Yetişkin anneler (n=50)		İstatistiksel değerlendirme
	n	%	n	%	
Aile yapısı					
Çekirdek aile	30	(60.0)	40	(80.0)	$X^2=4.762$; $p=.029$
Geniş aile	20	(40.0)	10	(20.0)	
Eğitim durumu					
İlkokul	18	(36.0)	8	(16.0)	$X^2=26.583$; $p=.000$
Ortaokul	22	(44.0)	9	(18.0)	
Lise	10	(20.0)	18	(36.0)	
Üniversite	0	(0.0)	15	(30.0)	
Gelir durumu					
Asgari ücretin altında	12	(24.0)	10	(20.0)	$X^2=1.035$; $p=.596$
Asgari ücret	18	(36.0)	23	(46.0)	
Asgari ücretin üzerinde	20	(40.0)	17	(34.0)	
Evlenme şekli					
Anlaşarak	21	(42.0)	36	(72.0)	$X^2=9.180$; $p=.002$
Görücü usulü	29	(58.0)	14	(28.0)	
Eşle ilişki durumu					
İyi	10	(20.0)	27	(54.0)	$X^2=18.607$; $p=.000$
Ne iyi ne kötü	27	(54.0)	22	(44.0)	
Kötü	13	(26.0)	1	(2.0)	

Tablo 2. Annelerin doğum öncesi ve sonrası bazı durumlarına ilişkin veriler (N=100)					
	Adölesan anneler (n=50)		Yetişkin anneler (n=50)		İstatistiksel değerlendirme
	n	%	n	%	
Gebeliğin planlı olma durumu					
Planlı gebelik	14	(28.0)	41	(82.0)	$X^2=29.455; p=.000$
Plansız gebelik	36	(72.0)	9	(18.0)	
Doğum öncesi bakım alma durumu					
Bakım alan	13	(26.0)	27	(54.0)	$X^2=8.167; p=.004$
Bakım almayan	37	(74.0)	23	(46.0)	
Bebeğin cinsiyetinden memnun olma					
Memnun olan	38	(76.0)	50	(100.0)	$X^2=13.636; p=.000$
Memnun olmayan	12	(24.0)	0	(0.0)	
Bebeğin kilosunu yeterli bulma					
Kilosu yeterli	23	(46.0)	42	(84.0)	$X^2=15.868; p=.000$
Kilosu yetersiz	27	(54.0)	8	(16.0)	
Doğum sonrası bebeği ilk kucağına alma zamanı					
İlk 30 dakika içinde	24	(48.0)	34	(68.0)	$X^2=4.105; p=.043$
30 dakikadan sonra	26	(52.0)	16	(32.0)	
Doğumdan sonra bebeği ilk emzirme zamanı					
İlk 30 dakika içinde	13	(26.0)	22	(44.0)	$X^2=3.560; p=.059$
30 dakikadan sonra	37	(74.0)	28	(56.0)	
Doğum sonrası destek alma durumu					
Destek alan	18	(36.0)	46	(92.0)	$X^2=34.700; p=.000$
Kısmen destek alan	13	(26.0)	3	(6.0)	
Hiç destek alamayan	19	(38.0)	1	(2.0)	

Tablo 3. Adölesan annelerle yetişkin annelerin yenidoğanı algılama durumlarının karşılaştırılması (N=100)					
	Adölesan anneler (n=50)		Yetişkin kadınlar (n=50)		İstatistiksel değerlendirme
	Ort.	± SS	Ort.	± SS	
Doğumdan hemen sonraki yenidoğan algı puanları (Ort. ± SS)					
Herhangi bir bebek	20.52	±2.79	19.62	±2.78	t=1.614; p=.110
Kendi bebeği	19.98	±3.83	16.86	±3.22	t=4.402; p=.000
Aradaki fark	0.54	±3.55	2.76	±2.91	t=-3.415; p=.001
Doğumdan 1 ay sonraki yenidoğan algı puanları (Ort. ± SS)					
Herhangi bir bebek	21.18	±2.13	20.84	±2.47	t=0.735; p=.464
Kendi bebeği	22.54	±2.65	20.58	±3.32	t=3.258; p=.002
Aradaki fark	-1.36	±2.31	0.26	±3.24	t=-2.876; p=.005

4. TARTIŞMA

Adölesan dönemde annelik, annenin yeterliliğini ve sonuç olarak da bebek bakımının kalitesini etkileyen önemli bir durumdur.¹⁷ Bu dönemde adölesanlar annelik rolüne geçiş yaparken fiziksel, sosyal, psikolojik, bilişsel olarak birçok değişikliklerle karşı karşıya kalırlar.¹⁸ Genellikle adölesan dönemdeki gebelikler istenmeden planlanmadan ortaya çıkmaktadır. Adölesan dönemde annelik sosyal desteğin yetersiz olması, sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlı olması ve bebek bakımına ilişkin bilgi yetersizliği gibi durumlarla karakterizedir.¹⁹ Adölesan dönemde anne olmakla beraber yaşanan birçok stres adölesanların annelik rolünü ve bebeklerini algılamalarını ve bebeklerine güvenli bağlanmalarını olumsuz etkilemektedir.²⁰ Çalışmamızda, adölesan annelerle yetişkin annelerin yenidoğan bebeklerini algılama durumları

karşılaştırıldı. Elde edilen bulgulara göre adölesan annelerin doğumdan hemen sonra ve doğumdan 1 ay sonra bebeklerini algılamaları yetişkin annelere göre daha olumsuzdur. Ayrıca yapılan çalışmayla birlikte adölesan annelerin yetişkin annelere göre daha çok geniş ailede yaşadıkları, daha çok görücü usulüyle evlendikleri, eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, daha çok plansız gebelik geçirdikleri, daha az doğum öncesi bakıma ulaştıkları, bebeklerinin cinsiyetinden daha az memnun oldukları, bebeklerinin kilosunu daha az buldukları, doğum sonrası daha az destek aldıkları ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızın bulgularına göre adölesan anneler, yetişkin annelere göre bebeklerini daha olumsuz algılamaktadırlar. Yetişkin dönemde anne olan kadınlar bebeklerini daha çok anlamaya çalışmakta ve bebekleriyle daha çok iletişim

kurmaktadırlar.²⁰ Yapılan bir çalışmada, adölesan dönemde anne olan kadınların anne olmayı ve yenidoğan bebeği kabullenmesinin oldukça zor olduğu tespit edilmiştir.²¹ Yapılan kalitatif bir araştırmada adölesan annelerin durumu özetlemesi; *“bebek bakımıyla ilgili herhangi bir bilgin olmadığı için bebeğe karşı olumsuz bir tavırm vardı. Benim bu davranışım yüzünden bebeğim ağlıyor ve ben tahammül edemiyordum, bebeğime zarar veriyordum”* şeklindedir.⁷ Williamson ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada, adölesan annelerin anneliğe hiç hazır olmadıklarını göstermiştir.²² Bu şartlar altında büyüyen bebeğin hayatı olumsuz yönde etkilenebilir. Avustralya’da yapılan bir çalışmada, 18 yaşının altında anne olan kişilerin çocuklarının, daha ileri yaşta anne olan kişilerin çocuklarına göre daha dengesiz psikolojik davranışlar gösterdikleri, okul performanslarının ve okuma yeteneklerinin zayıf olduğu, daha fazla sigara ve alkol tükettikleri ve daha fazla suç işledikleri belirlenmiştir.²³ Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda; adölesan annelerden doğan bebeklerde düşük doğum ağırlığı, prematürite, konjenital anomali, boy ve baş çevre uzunluğunun daha az olması, birinci ve beşinci dakikadaki APGAR skorlarının daha düşük olması gibi durumların gelişebildiği bildirilmiştir.²⁴⁻²⁶ Adölesan annelerden doğan çocuklarda adölesan ve ileri yaş dönemlerinde fiziksel ve ruhsal sağlık ve sosyal yaşamın değerlendirildiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Çalışmamızda adölesan annelerin eşleriyle olan ilişkilerinin yetişkin annelerin eşleriyle olan ilişkilerinden daha kötü olduğu bulundu. Adölesan annelerin eşleriyle olan ilişkilerinin bozulma riski daha fazladır.²⁷ Yapılan bir çalışmada adölesanların %35’inin eşleriyle sorun yaşadığı tespit edilmiştir.²⁸ Ayrıca adölesan annelerin yenidoğan bebekleriyle ilgili tüm sorumluluğu eşleriyle paylaşmak istedikleri ancak eşlerinden yeterli destek ve ilgi görmediklerinde çok acı bir deneyim yaşadıkları da belirtilmiştir.⁷ Adölesan yaşta evlenmenin eşler arasındaki evlilik uyumunu olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Ayrıca adölesan annelerin gebelik ve doğum sonu dönemde eşlerinden yeterli destek alamadıkları görülmektedir. Özellikle adölesan dönemde bireyin bedensel gelişiminin ve ruhsal yönden olgunlaşmasının tamamlanmamış olması adölesan yaşta yapılan evliliklerde eşler arasında bu durumların gelişmesine neden olabilir.

Çalışmamızda adölesan annelerin yetişkin annelere göre daha az destek aldıkları bulundu. Yapılan birçok çalışmada da adölesan annelerin yeterli destek alamadıkları belirlenmiştir.²⁹ Oysa ki adölesan annelerin yetişkin annelere göre daha çok sosyal desteğe ihtiyacı vardır.⁷ Yapılan bir çalışmada adölesan annelerin doğumdan sonraki artan iş yükünü kaldıramadıkları, zamanı

yönetemedikleri, aşırı yorgunluk ve halsizlik yaşadıkları belirlenmiştir.⁷ Sosyal destek adölesan annelerin anneliğe uyumunda çok kritik ve önemli bir faktördür.¹⁰ Sosyal destek anneleri güçlendirir, rehberlik eder, maddi açıdan yardım almalarını sağlar. Adölesan dönemde anne olmanın zorluklarına rağmen yeterli sosyal destek almak, riskleri azaltır ve annenin bebeğe karşı davranışını ve bebeğini algılamasını olumlu yönde etkiler.¹⁵ Adölesan annelerdeki sosyal destek yetersizliği özellikle annelik algısının olumsuz olmasına yol açabilmektedir.⁷ Yapılan bir çalışmada adölesan annelere sağlanan sosyal desteğin annenin bebeğe karşı davranışlarının daha kaliteli olmasında çok önemli bir faktör olduğu bulunmuştur.³⁰

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada; adölesan annelerin yetişkin annelere göre eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, eşleriyle olan ilişkilerinin daha kötü olduğu, gebeliklerinin planlı olmadığı, doğum öncesi bakımı yeterli düzeyde almadıkları, bebeğin cinsiyetinden memnun olmadıkları, bebeğin kilosunu yetersiz buldukları, yaklaşık yarısı bebeği doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde kucağına almalarına rağmen emzirmedikleri ve doğum sonu yeterli destek almadıkları belirlendi. Ayrıca adölesan annelerin bebeklerini algılamalarının yetişkin annelere göre daha olumsuz olduğu söylenebilir.

Adölesan yaşta yapılan evliliklerde evliliğe, gebeliğe ve doğum sonu bebeğe yönelik önemli sorunların geliştiği görülmektedir. Bu sorunları önlemek için doğum sonu dönemde anne ve bebeğin takipleri rutin olarak yapılmalıdır. Bu takiplerde adölesan annelerin bebek bakımına ilişkin bilgileri, bebeğiyle olan iletişimi, annelik davranışları, psikolojik durumu ve çevresinde adölesan annelere destek olacak kişilerin varlığı yönünden değerlendirilmelidir. Bu noktada sadece annenin bebeğini aile sağlığı merkezine getirmesi maalesef yeterli değildir. Sağlık çalışanlarının da annesi yaşadığı çevrede gözlemlemesi ve anne ile bebeğinin gereksinimleri belirlemesi oldukça önemlidir. Ayrıca sağlık çalışanları adölesan annelerin bebeklerini algılama durumlarını mutlaka değerlendirmelidirler. Eğer bu durum adölesan dönemde yeterince değerlendirilmez ve müdahale edilmezse ilerleyen yıllar içerisinde daha büyük sorunlara dönüşerek hem ailenin hem de toplumun sağlığını etkileyebilir. Sağlık çalışanları adölesan annelere daha fazla destek sağlamalı, daha fazla bilgi vermeli ve yakınlarını adölesan annelere destek sağlama konusunda teşvik etmelidirler.

KAYNAKLAR

1. Florescu L, Temneanu OR, Mindru DE. Social and medical implications of teenage motherhood. *Revista De Cercetare Si Interventie Sociala* 2016; 52: 80–91.
2. World Health Organization (WHO). Adolescent health in the South-East Asia Region. Accessed 15 Ekim 2020 <https://www.who.int/southeastasia/health-topics/adolescent-health>
3. Sarreira de Oliveira P, Néné M. Nursing care needs in the postpartum period of adolescent mothers: Systematic review. *Journal of Nursing UFPE on Line* 2014; 8(11): 3953–3961.
4. Hejaziey D. The relationship between adolescent development and marriage in Cirende Village, District East Ciputat, South Tangerang, Banten Province of Indonesia. *International Journal of Psychological Studies* 2016; 8(1): 162–177.
5. Javadifar N, Majlesi F, Nikbakht A, Nedjat S, Montazeri A. Journey to Motherhood in the First Year After Child Birth. *J Family Reprod Health* 2016; 10(3): 146-153.
6. Brown SG, Hudson DB, Campbell-Grossman C, Kupzyk KA, Yates BC, Hanna KM. Social Support, Parenting Competence, and Parenting Satisfaction Among Adolescent, African American, Mothers. *West J Nurs Res* 2018; 40(4): 502-519.
7. Mangeli M, Tirgori B, Cheraghi MA, Rayyoni M. Exploring the experiences of Iranian adolescent mothers about the maternal role: a qualitative study. *Electronic Physician* 2018; 10(5): 6812-6820.
8. Fouts, H. N., Roopnarine, J. L., Lamb, M. E., & Evans, M. Infant social interactions with multiple caregivers: the importance of ethnicity and socioeconomic status. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2012; 43: 328–348.
9. Fatmawati A, Rachmawati IN, Budiati T. The influence of adolescent postpartum women's psychosocial condition on mother-infant bonding. *Enferm Clin* 2018(Supl 1 Part A); 28:203-206
10. Devito J. How Adolescent Mothers Feel About Becoming a Parent. *J Perinat Educ* 2010; 16(1): 16–23.
11. Clarke J. It's not all doom and gloom for teenage mothers—exploring the factors that contribute to positive outcomes. *International Journal of Adolescence and Youth* 2015; 20(4): 470-84.
12. Stiles AS. Case study of an intervention to enhance maternal sensitivity in adolescent mothers. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 2010; 39(6):723-33.
13. Zimmer-Gembeck MJ, Waters AM, Kindermann T. A social relations analysis of liking for and by peers: Associations with gender, depression, peer perception, and worry. *Journal of Adolescence* 2010;33(1):69-81.
14. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2018. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/tnsa2018_ana_Rapor.pdf
15. Broussard ER, Hartner MSS. Maternal perception of the neonate as related to development. *Child Psychiatry Hum Dev* 1970; 1:16-25.
16. Balcı S. İlk Kez Doğum Yapan Annelerin Bebeklerini Algılama Durumları, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi. 1997.
17. Diniz E, DeSousa D, Koller S, Volling BL. Longitudinal effects of contextual and proximal factors on mother-infant interactions among Brazilian adolescent mothers. *Infant Behavior & Development* 2016; 43: 36–43.
18. Moriarty Daley A, Sadler LS, Dawn Reynolds H. Tailoring clinical services to address the unique needs of adolescents from the pregnancy test to parenthood. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 2013; 43: 71–95.
19. Diniz E, Koller SH. Factors associated with pregnancy among low-income Brazilian adolescents. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2012; 22: 305–314.
20. Slade A, Grienberger J, Bernbach E, Levy D, Locker A. Maternal reflective functioning and attachment: Considering the transmission gap. *Attachment and Human Development* 2005; 7: 283–292.
21. Sadler LS, Novick G, Meadows-Oliver M. “Having a Baby Changes Everything” Reflective Functioning in Pregnant Adolescents. *Journal of Pediatric Nursing* 2016; 31: e219–e231.
22. Williamson JA, McCabe JE, O'Hara MW, Hart KJ, LaPlante DP, King S. Parenting stress in early motherhood: stress spillover and social support. *Comprehensive Psychology* 2013; 2:10-21.
23. Shaw M, Lawlor DA, Najman JM. Teenage children of teenage mothers: Psychological, behavioural and health outcomes from an Australian prospective longitudinal study. *Social Science and Medicine*, 2006; 62: 2526–2539.
24. Boath EH, Henshaw C, Bradley E. Meeting the challenges of teenage mothers with postpartum depression: overcoming stigma through support, *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2013; 31(4): 352-369.
25. Lara A, Patino P, Navarrete L, Hernandez Z, Nieto L. Association between depressive

- symptoms and psychosocial factors and perception of maternal self-efficacy in teenage mothers. *Salud Mental* 2017; 40(5):201-208.
26. Demirgöz M, Canbulat N. Adölesan gebelik. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28(6): 947-952.
27. Kurt RK, Karateke A, Aras Z, gül A, Özkaya D, Dede M. Hatay ilinde adölesan gebeliklerinin maternal ve fetal sonuçları. *ODÜ Tıp Dergisi* 2014; 2: 68-71.
28. Ayyıldız T, Topan A, Öztürk Ö, Kulakçı H. Adölesan gebeliklerin anne ve bebeğe yönelik obstetrik sonuçlar açısından değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2015; 8(2): 61-66.
29. Aparicio E, Pecukonis EV, O'Neale S. "The love that I was missing": Exploring the lived experience of motherhood among teen mothers in foster care. *Children and Youth Services Review* 2015; 51:44-54.
30. Ceballo R, McLoyd V. Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Development* 2002; 73: 1310–1321.



Sağlık Çalışanlarının Sigara Bırakmaya Yönelik Desteğe Hazır Olma Durumu ve İlişkili Faktörler

Readiness of Healthcare Workers to Receive Support for Smoking Cessation and Related Factors

Ümmühan Sözer^{*1}, Safiye Özvrurmaz², Seyfi Durmaz³

ABSTRACT

Introduction: Healthcare workers play an important role in the control of tobacco products. This study intended to determine the stage of behavior change of healthcare professionals who are smokers according to the transtheoretical model and related factors. **Material and Method:** This is a cross-sectional study conducted on 182 healthcare workers in a hospital in Aydın, Turkey between the dates February 2019 - January 2020. Readiness of the volunteers to quit smoking was determined with the support of the Transtheoretical Model. The volunteers were asked to fill out a questionnaire form which included questions about sociodemographic characteristics, health, details about tobacco use. Chi-square and Student t-tests were performed and was re-evaluated with the multivariate logistic regression test by including the related factor, age and sex. Statistical significance level of $p < 0.05$ was used. **Findings:** Healthcare workers who smoke 1-10 cigarettes a day are 4.47 times more ready to receive support than those who smoke 11 and more cigarettes a day (95% CI ,88-10,62); volunteers who have tried for smoking cessation in the previous year is 2.82 times more ready to receive support than those who have tried these longer than 1 year ago (95% CI 1,17-6,79); volunteers who have tried for smoking cessation 3 or more times are 2.70 times more ready than those who have tried for smoking cessation 2 or less times. **Conclusion:** This study generated information that can facilitate the process for healthcare workers who are smokers to receive professional help for smoking cessation. Identifying priorities in this subject can increase means of intervention and provide guidance to develop interventional programs under the scope of public health practices.

Key words: Smoking cessation, healthcare workers, transtheoretical model

ÖZET

Giriş: Sağlık çalışanları tütün kontrolünde önemli role sahiptir. Bu çalışma sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç Yöntem:** Çalışmamız Aydın'da bir hastanede Şubat 2019 - Ocak 2020 tarihlerinde 182 sağlık çalışanı ile gerçekleştirilmiş kesitsel bir araştırmadır. Transteoretik Model desteği ile katılımcıların bırakma desteğine hazır olma durumu belirlenmiştir. Sosyodemografik özellikler, sağlık özellikleri, sigara kullanımı detaylarının yer aldığı anket uygulanmıştır. Ki-Kare ve Student-t testleri uygulanmış ve ilişkili bulunan faktörle, yaş ve cinsiyet eklenerek çoklu değişkenli lojistik regresyon testi ile tekrar değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. **Bulgular:** Sağlık çalışanı olan ve günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin desteğe hazır olma olasılığı 11 ve üzeri günlük sigara tüketenlerinden 4,47 (%95 GA 1,88-10,62) kat fazla olarak saptanmıştır. Bunun yanı sıra son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan sağlık çalışanı bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,82 (%95 GA 1,17-6,79) kat, üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan sağlık çalışanı bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,70 (%95 GA 1,19-6,10) kat fazla desteğe hazır bulunmuştur. **Sonuç:** Bu çalışma, sigara kullanıcısı olan sağlık çalışanlarının sigarayı bırakmaya yönelik profesyonel yardım almalarını kolaylaştıracak bilgiler üretmiştir. Bu alana yönelik öncelik belirleme müdahale olanaklarını arttırabilecek ve halk sağlığı uygulamaları kapsamında girişimsel programların geliştirilmesine rehberlik edebilecektir.

Anahtar kelimeler: Sigara bırakma, sağlık çalışanları, transteoretik model

Received / Geliş tarihi: 19.08.2020, **Accepted / Kabul tarihi:** 04.02.2021

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN (ORCID: 0000-0002-8283-4409)

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, AYDIN (ORCID: 0000-0002-1842-3058)

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İZMİR (ORCID: 0000-0001-9756-7764)

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Cumhuriyet Mah. Cumhuriyet Cad. 1961 Sk. No:6 Kat:1 Efeler/AYDIN-TÜRKİYE

Cep Tel: 0538 430 13 43

E-posta:ummuhansozer@hotmail.com

Sözer Ü, Özvrurmaz S, Durmaz S. Sağlık Çalışanlarının Sigara Bırakmaya Yönelik Desteğe Açık Olma Durumu ve İlişkili Faktörler TJFMPC, 2021;15(2): 286-293.

DOI: 10.21763/tjfm.782565

GİRİŞ

Yılda sekiz milyondan fazla birey tütün kullanımı sebebiyle hayatını kaybetmektedir.¹ Sigara kullanımının en sık görüldüğü on ülkeden biri olan Türkiye’de 16 milyon kişi sigara kullanmaktadır.² WHO verilerine göre sigara içen 15 yaş üstü bireylerin %32,8’i sigarayı bırakmak istemektedir.³ Sigara içen bireylere bir kez sigara bırakmasını teklif etmek bırakma ihtimalini arttırmaktadır, karşılıklı görüşme üç dakika veya daha kısa zamanda dahi bireyin sigara bırakma oranını iki katına çıkarmaktadır.^{4,5} Ülkemizde hekim, ebe ve hemşirelerde sigara kullanma sıklığı topluma oranla daha yüksektir.⁶ Bununla birlikte sağlık çalışanları tütün kontrolünde önemli role sahiptir. Sağlık profesyonelleri bireyin sigara içme durumunu değerlendirerek, sigaranın sağlık üzerine olan etkilerini anlatarak davranış değişim aşamalarında destekleyici görevler üstlenebilirler. Halk sağlığı hemşiresi bu yaklaşım ile sigara bırakma ve daha sağlıklı toplum oluşumu açısından önem taşımaktadır.^{7,8}

Sigara bırakma konusunda kişinin hazır olması sigara bıraktırma programlarından etkin faydalanabilmek için öncelikli olarak gereklidir. Sigara bırakmada hazırlanmış en kullanışlı şekilde James Prochaska ve Diclemente’nin 1982 senesinde geliştirdiği Transteoretik Model (TTM) ile açıklanmaktadır.⁹ Transteoretik model değişim aşamaları, bireyin sigara içip içmediği ve içenlerin bir ay ve 6 aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanarak ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır, 1-6 ay ise düşünüyor ve altı ayın üzerinde ise bırakmayı düşünmüyor olarak tanımlanmıştır.¹⁰

Sağlık çalışanlarının topluma karşı özellikle sağlık kurumlarında sigara kullanmaması sigara ile mücadelenin inandırıcılığı için ve rolleri gereği önemlidir.¹¹ Bu çalışma sigara içen sağlık çalışanlarının transteoretik modele göre bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmamız Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde Şubat 2019 - Ocak 2020 tarihleri arasında yapılmış kesitsel tipte bir çalışmadır. Aydın Adnan Menderes Uygulama ve Araştırma Hastanesi’nde çalışan sağlık çalışanları arasında “sigara içen ve bırakmayı düşündüğünü beyan eden” dâhil edilme kriterlerini karşılayanlar çalışmaya davet edilmiş, 182 kişi gönüllü olmuştur.

Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

Veri toplama formu araştırmacı tarafından literatür taranarak geliştirilmiştir.^{4,6,7,12-15} Sağlık çalışanlarının anket formu sosyodemografik özellikleri kapsayan 10 soru ile sigaraya ilişkin özellikleri içeren 12 sorudan oluşmaktadır. Anket soruları konu ile daha önceden ilgili araştırmaları olan üç uzman öğretim üyesi görüşü alınarak hazırlanmıştır. Ayrıca, nikotin bağımlılık düzeyini tespit etmek için Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği¹⁵ bireylerin depresyon düzeyini ölçmek için Beck Depresyon Ölçeği (21 madde) kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik makalesinde kesme puanı 17 olarak belirlenmiştir.^{16,17,18}

Transteoretik model değişim aşamaları, sigara içenlerin bir ay ve altı aylık kesitlerle bırakma isteği sorgulanarak ve bir ayın altında ise bırakmaya yönelik harekete hazır, 1-6 ay ise düşünüyor ve 6 ayın üzerinde ise bırakmayı düşünmüyor olarak tanımlanmıştır.¹⁰ Sigara bırakmaya yönelik destek hizmetini sunanlara yönelik hazırlanmış rehberlerde ise bu sınıflamaya pratik bir içerik kazandırılmıştır: Bırakma desteğine hazır yani “sigara içen ve bırakma denemesi için istekli bireyler” ki bunlar TTM’de harekete geçmiş, harekete hazır grupları kapsar. Sağlık profesyonelinin motivasyonel desteğine ihtiyaç duyanlar ise sigara içen ancak bırakma denemesi için istekli olmayan bireylerdir. Bunlar TTM’de düşünüyor ve düşünmüyor kategorisinde yer alır.¹⁹

Veri toplama süreci araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme ile beyana dayalı olarak anket yanıtlama ile gerçekleştirilmiştir. Bilgilendirme ve onay alındıktan sonra anket uygulamasına geçilmiştir.

Verilerin Analizi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programında değerlendirilmiştir. Bağımlı değişken ile ilişkisini sorguladığımız özelliklerin ortaya çıkarılmasında Ki-kare ve Student-t testleri uygulanmış ve ilişkili bulunan faktörle, yaş ve cinsiyet eklenerek çoklu değişkenli lojistik regresyon testi ile tekrar değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Etik kurul izni, kurum izni ve sağlık çalışanlarından onam alınmıştır. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Rektörlüğü Uygulama ve Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden (16/04/2019-E.24453) ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulundan (50107718-050.99/18886 Tarih: 21.03.2019) resmi izinler alınmıştır. Gönüllülerden sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Tez Aydın Adnan Menderes

Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından HF-19013 proje numarası ile desteklenmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılanların %55,50'si kadın ve yaş ortalaması 30,9±7,8'dir. Çalışma grubunu %57,70 hemşire, %18,70 hekim, %23,60 diğer sağlık çalışanları oluşturmakta ve %72 vardiyalı çalışmaktadır. Katılımcıların gelir ortalaması 4369,12±1862,43 TL'dir (Tablo 1). Bireylerden %18,70'nin kronik hastalığı vardır. Sigarayı

bırakmayı denemiş olanların oranı %71,40 ve sigara bırakmayı üç ya da daha fazla kez denemiş olanların oranı ise %34,10'dur. Son bir yıl içinde denemiş olanlar %48,40 ve altı aydan uzun süre bırakma deneyimi olanlar ise %27,50'dir. Katılımcılarda %83,50'i öneri veya profesyonel destek almamıştır Fagerstrom Nikotin Bağımlılık düzeyi ortalama 3,0±2,7 ve Beck Depresyon Skalası puan ortalaması 9,6±8,9 bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların özellikleri.

Değişkenler (N=182)		n	%
Yaş	40 yaş altı	145	79,67
	40 ve üzeri	37	20,33
Cinsiyet	Kadın	101	55,50
	Erkek	81	44,50
Medeni durum	Evli	92	50,55
	Bekâr	83	45,60
	Eşi vefat etmiş	1	0,55
	Boşanmış	6	3,30
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	10	5,40
	Lise	43	23,60
	Ön lisans	29	15,90
	Lisans	68	37,40
	Yüksek lisans ve doktora	32	17,60
Meslek	Hekimlik	34	18,70
	Hemşirelik	105	57,70
	Diğer	43	23,60
Çalışma şekli	Vardiyalı	131	72,00
	Vardiyasız	51	28,00
Gelir durumu beyanı	Gelir giderden az	32	17,60
	Gelir gidere eşit	60	33,00
	Gelir giderden fazla	90	49,50
Gelir algısı	Çok kötü	8	4,40
	Kötü	25	13,70
	Orta	104	57,10
	İyi	42	23,10
	Çok iyi	3	1,60
Evde yalnızlık durumu	Yalnız	31	17,00
	Yalnız değil	151	83,00
Çocuk var mı?	Yok	115	63,20
	Var	67	36,80
Sağlık algısı	Kötü	5	2,70
	Orta	56	30,80

	İyi	95	52,20
	Çok iyi	26	14,30
Kronik hastalık varlığı	Hayır	148	81,30
	Evet	34	18,70
Ailede sigara içen varlığı	Evet	122	67,00
	Hayır	60	33,00

Tablo 2. Katılımcıların sigara tüketimi ile ilgili özellikleri.

Ailede sigara içmeyen varlığı	Evet	167	91,80
	Hayır	15	8,20
Günlük sigara miktarı	1-10 adet	81	44,50
	11-20 adet	85	46,70
	21-30 adet	13	7,10
	31 ve fazla	3	1,60
Bırakmayı deneme durumu	Denememiş	52	28,60
	Denemiş	130	71,40
Bırakmayı deneme sayısı	Hiç denememiş	52	28,60
	Bir kez	34	18,70
	İki kez	34	18,70
	Üç ya da daha fazla kez	62	34,10
Paket yıl	1-10 yıl	134	73,60
	11-20 yıl	34	18,70
	21 yıl ve üzeri	14	7,70
Son bırakma denemesi	0-365 gün içinde	88	48,40
	366 gün ve öncesi	42	23,10
En uzun bırakma süresi	0-60 gün	107	58,80
	61-180 gün	25	13,70
	181 gün ve üzeri	50	27,50
Öneri destek almış olma durumu	Hayır	152	83,50
	Evet	30	16,50
Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Ölçeği	Çok düşük (0-2 Puan)	92	50,50
	Düşük (3-4 Puan)	37	20,30
	Orta (5 Puan)	16	8,80
	Yüksek (6-7)	22	12,10
	Çok yüksek (8-10)	15	8,20
Beck Depresyon Skalası	Minimal (1-10)	108	59,30
	Hafif (11-16)	38	20,90
	Orta (17-29)	32	17,60
	Şiddetli (30-63)	4	2,20

Tablo 3. Katılımcıların TTM göre bulunduğu değişim aşamasına ilişkin özellikleri.

Değişkenler (N=182)	n	%	n	%
---------------------	---	---	---	---

Değişim aşaması	Motivasyonel desteğe hazır	Düşünmüyor	70	38,46	94	%51,65
		Düşünüyor	24	13,19		
	Bırakma desteğine hazır	Hazır	68	37,36	88	%48,35
		Harekete geçmiş	20	10,99		

Çalışmaya 182 gönüllü sağlık çalışanı katılmıştır. Transteoretik Model'e göre sigara bırakmaya yönelik desteğe hazır olanlar %48,35 oranında bulunmuştur (Tablo 3).

Çoklu değişken analizine göre desteğe hazır olma durumu ile ilişkili faktörler Tablo 4'te gösterilmektedir. Çoklu değişken analizlerinde günlük 1-10 sigara tüketen bireylerin desteğe hazır olma olasılığı 11 ve üzeri günlük sigara tüketenlerden 4,47 (%95 GA 1,88-10,62) kat

fazla bulunmuştur. Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,82 (%95 GA 1,17-6,79); üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, 2 ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,70 (%95 GA 1,19-6,10) kat desteğe hazır bulunmuştur. Öneri alma değişkeni ise tekli analizlerde var olan desteğe hazır olma durumu ile ilişkisini yitirmiştir ($p>0,05$).

Tablo 4. Katılımcıların sigara bırakma desteğine hazır olma durumu ile ilişkili faktörler*

Özellikler		Desteğe hazır olmak			
		N	%	OR	%95 GA
Yaş (Ort+SS)		30,65	7,84	1,01	0,96 1,06
Cinsiyet	Kadın	49	48,50	0,69	0,30 1,62
	Erkek	39	48,40	1	
Günlük Sigara Tüketimi**	1-10 adet	68	50,70	4,47	1,88 10,63
	11 ve fazlası	20	41,70	1	
Sigarayı En Son Bırakmayı Deneme Zamanı***	0-365 gün içinde	59	67,00	2,82	1,17 6,79
	366 ve sonrası gün	17	40,50	1	
Sigara Bırakma Konusunda Öneri Destek Alma	Almış olma	20	66,70	1,71	0,59 4,96
	Almamış olma	68	44,70	1	
Sigara Bırakmayı Deneme Sayısı***	3 ve üzeri deneme	45	72,60	2,70	1,19 6,10
	2 ve altı deneme	31	54,40	1	

*Nagelkerke R Square: 0,330; ** $p<0,001$; *** $p<0,05$

TARTIŞMA

Sigara içen sağlık çalışanlarının bulunduğu değişim aşaması ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmış bu çalışma günde on adet ve altında sigara içmek, son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olmak, üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olmak ile bırakma desteğine hazır olma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcıların %55,5'i kadın bireyden oluşmakta ve %79,7'si 40 yaş altında olup katılımcıların yaş ortalaması 30,9'dur. Benzer katılımcı özelliklerine sahip çalışmalar yaygınlıkla bulunmaktadır.^{6,20,21} Katılımcıların çoğunluğunun hemşire olması ve araştırmanın eğitim araştırma hastanesinde yapılıyor olması bu benzerliklerin sebebi olabilir. Yalçınkaya'nın 2019 çalışmasında katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %34,5'i lise ve altı, %65,4'ü lise üstü eğitim düzeyindedir. Benzer çalışmalarda olduğu gibi bu çalışmada da farklı yaş

ve eğitim düzeyinde gruplara yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bunun nedeninin sağlık çalışanlarının farklı meslek grupları içeriyor olması ve araştırmanın yapıldığı kurumunun özellikleri nedeniyle olabileceği düşünülmektedir.^{22,23}

Bireye uygun desteğin seçilmesi için sigara içmedeki davranış değişim aşamasının belirlenmesi önem taşımaktadır. Katılımcıların TTM'e göre buldukları değişim aşamaları; hazır olanlar %37,36 ve harekete geçenler %10,99 oranındadır. Aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yapılan iki çalışmada %20,9 ve %22,2'sinin sigara bırakmaya hazırlık aşamasında olduğu saptanmıştır.^{7,22} Bu fark çalışma grubunun sağlık çalışanı olması nedeniyle farkındalığın yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu çalışmada günde 1-10 adet sigara içen bireylerin müdahaleye hazır olma olasılığı, 11 ve üzeri sigara içenlerden 4,5 kat fazla bulunmuştur. Lipkus ve arkadaşlarının 2005'te Amerika'da

gençlerin sigara bırakma isteklerini değerlendirdikleri çalışmada, az sayıda sigara içenler sigara bırakmaya daha hazır bulunmuştur.²⁴ İstanbul ilinde 2009 yılında benzer şekilde günde 11 adet ve üstüne göre 10 ve daha az sayıda sigara içenlerde hazırlanmışlık durumu daha fazla bulunmuştur.⁷ Argüder ve arkadaşlarının 2013 de yaptığı araştırmada ulaşılan veriler de bu çalışma ile benzerlik göstermektedir, bunu destekleyen bulguları içeren başka çalışmalar da vardır.^{13,25} Günlük tüketilen sigara sayısı nikotin bağımlılığı ile doğru orantılıdır. Bu nedenle günlük sigara tüketiminin az olması ile bırakmaya hazır olma arasında olumlu sonuç beklenir. Nikotin bağımlılığı ile bu çalışmada anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır ancak Fagerström nikotin bağımlılık ölçeğinde farklı değişkenlerin olması bunun nedeni olabileceğini düşündürmektedir. Kişinin tükettiği sigara sayısı sigaraya atfettiği değer olarak düşünülürse daha az kullanan bireyin sigara bırakmaya daha hazır olması beklenir bir sonuç olarak düşünülmektedir.

Son bir yıl içinde sigara bırakmayı denemiş olan bireyler, bir yıldan daha uzun süre içinde denemiş olanlara göre 2,8 kat desteğe hazır bulunmuştur. Çalışmamızın diğer araştırmalarda çok karşılaşmayan bu verisi doğrultusunda bireylerin yakın zamanlı tecrübelerinin önemli olabileceği ve her bırakma girişiminin hazır oluşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuda daha çok araştırma yapılması literatüre katkı sağlayabilir.

Üç ve üzeri sayıda bırakma deneyimi olan bireyler, iki ve altı deneme girişimine sahip olanlara göre 2,7 kat desteğe hazır bulunmuştur. Yaşar'ın 2019'daki çalışmasında sigara bırakmayı tekrar tekrar denemenin sigara bırakmada etkili olduğu bulunmuştur.²⁶ Yine bu çalışmaya benzer Aday Avcı'nın 2018 çalışmasında daha önce bırakma deneyimi olanlar olmayanlardan 3,3 kat daha fazla sigarayı bırakmayı düşünmekteydi.²⁷ Yalçinkaya'nın 2019'da bir aile hekimliği polikliniğine başvuranlarda yaptığı çalışmada sigarayı bırakma deneme sayısı fazla olan kişiler bırakmaya daha çok hazır bulunmuştur.²² Çalışmalarda ulaşılan sonuçlar bu çalışma verileri ile benzer özelliklerdedir. Bireyin sigara bırakma denemesinin motivasyon kaybindan ziyade olumlu tecrübe oluşturduğu düşünülmektedir.

Yalçinkaya'nın 2019'da İstanbul ili aile hekimliği polikliniğinde sigara bırakma önerisi alan kişiler sigara bırakmaya daha çok hazır bulunmuştur. Sigara bırakma önerisi alanların sigara bırakmayı düşünme aşamasında olma oranı %25, bırakma önerisi almayanlardan %12,7 istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.²² Bu çalışmada benzer bulgulara

ulaşmıştır tekli değişken analizlerinde öneri almış olanların daha hazır olduğu sonucuna ulaşılırken çoklu analizlerde hazır olma ile olan ilişkisini yitirmiştir. Sigara bırakma konusunda öneri almanın, bırakmaya hazır olma konusunda önemli bir faktör olduğu ancak farklı değişkenlerle birlikte yeni çalışmaların planlanması gerektiği söylenebilir.

Kesitsel olarak planlanmış olan çalışmada uygulanan anketin beyana dayalı olması yanlılık içermiş olabilir. Sigara içme beyanı özellikle kadınlarda kültürel özelliklerin etkisinde kalmış olabilir. Kesitsel çalışmaların yapısından kaynaklanan nedensellik ilişkisi zayıflığı çalışmanın daha geniş grupları temsiliyetini sınırlamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sigara içen sağlık çalışanlarının içtiği sigara adedinin azlığı, yakın dönemde bırakmayı denemiş olması ve bırakma deneyimindeki artış bırakma desteğine hazır olmak ile olumlu olarak ilişkilendirilebilir. Bu çalışma, sigara kullanıcısı olan sağlık çalışanlarının sigarayı bırakmaya yönelik profesyonel yardım almalarını kolaylaştıracak bilgiler üretmiştir. Bu alana yönelik öncelik belirleme müdahale olanaklarını arttırabilecektir.

Bu araştırma bulguları farklı araştırmalar ile karşılaştırılıp doğrulanması ile farkındalık oluşması ve sonrasında halk sağlığı uygulamaları kapsamında girişimsel programların geliştirilmesine rehberlik edebilir. Günde 10 adet ve daha az sigara içenler, son bir yılda sigara bırakmayı denemiş olanlar, üç ve üzeri sayıda sigara bırakma denemesi olanlar için sigara bırakma konusunda programlar düzenlenip, uygulanabilir.

KAYNAKLAR

- 1.WHO, Tobacco. 2020 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco> (Son erişim: 16 Nisan 2020)
- 2.Yeşilay, Dün sigaradan 13 bin kişi öldü! 31Mayıs2015 <https://www.yesilay.org.tr/tr/haberler/dun-sigaradan-13-bin-kisi-oldu> (Son erişim: 16 Nisan 2020)
3. CDC, WHO, SB. GATS (Global Adult Tobacco Survey) Fact Sheet, Turkey 2016. 2016. https://www.tobaccofreekids.org/assets/global/pdfs/en/GATS_Turkey_2016_FactSheet.pdf (Son erişim: 18 Nisan 2020)
4. Fidan F, Pala E, Ünlü M, Sezer M, Kara Z, Kocatepe A, et al. Sigara bırakmayı etkileyen

faktörler ve uygulanan tedavilerin başarı oranları. *Kocatepe Tıp Derg.* 2005;6(3):27–34.

5. Aliskin O, Savas N, Inandi T, Peker E, Erdem M, Yeniceri A, et al. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık Personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Derg.* 2015;6(24):32–42.

6. Özvrılmaz S, Yavaş S, Hekim dışı sağlık çalışanlarının sigara içme ve bağımlılık düzeyleri ile ilişkili etmenler. *Mersin Univ Sağlık Bilim Derg.* 2018;11(2).

7. Karadağlı F, Nahcivan N. Sigara İçen Bireylerde Sigara Bırakmaya Hazıroşluk Durumu İle İlişkili Faktörler * Funda KARADAĞLI **Nursen NAHCIVAN Özet. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Derg.* 2012;5(1):8–15.

8. Güngörmüş Z. Sigara Bıraktırmaya Yönelik Lise Öğrencilerine Verilen Transteoretik Model Temelli Eğitimin Etkisi. *Tez. Atatürk Üniversitesi; Erzurum* 2008;1-5.

9. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. *Am J Health Promot.* 12(1):38–48.

10. Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *Am Psychol.* 1992 Sep;47(9):1102–1114.

11. WHO. World Health Statistics 2012;1-3. https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/(Son erişim: 16 Nisan 2020)

12. Durmaz S, Ergin I, Durusoy R, Hassoy H, Caliskan A, Okyay P. WhatsApp embedded in routine service delivery for smoking cessation: effects on abstinence rates in a randomized controlled study. *BMC Public Health.* 2019 Dec 8;19(1):387.

13. Argüder E, Karalezli A, Hezer H, Kılıç H, Er M, Hasanoğlu HC, et al. Sigara Bırakma Başarısını Etkileyen Faktörler. *Türk Toraks Derg.* 2013;14(14):81–7.

14. Koyun A. Yetişkin Kadınlara Değişim Aşamaları Modeli İle Yapılan Eğitimin Sigarayla Bırakma Davranışı üzerine Etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; Tez. Ankara* 2013;1-94.

15. Pekel Ö. Balçova’da sigara bırakma merkezinde yıllık bırakma hızı ve nikotinbağımlılık düzeyinin

yeniden başlamaya etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi; Tez. İzmir* 2012;5-62.

16. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, Bayram NG, Uysal O, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberk Toraks.* 2004;52(2):115–21.

17. Hisli N. Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği. *Psikoloji Dergisi.* 1989, 7: 3-13.

18. Aydemir O, Güvenir T, Küey L, Kültür S. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiatri Derneği.* 1997;8(4):280–7.

19. Türk Toraks Derneği. Sigara Bırakma Tanı ve Tedavi Uzlaşma Raoru. 2014. <https://toraks.org.tr/site/community/downloads/1656>(Son erişim: 27.11.2020)

20. Sayan İ, Tekbaş F, Göçgeldi E, Paslı E, Babayiğit M. Bir eğitim hastanesinde görev yapan hemşirelerin sigara içme profilinin belirlenmesi. *Genel Tıp Derg.* 2009;19(1):9–15.

21. Talay F, Altın S, Çetinkaya E, İzzet A, Üniversitesi B, Baysal İ, et al. İstanbul’un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. Vol. 55, *Tüberküloz ve Toraks Dergisi.* 2007.

22. Yalçınkaya M. SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran ve sigara içen bireylerde sigara bırakmaya hazır olma durumu ve bununla ilişkili faktörlerin saptanması. *TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019;1-37.*

23. Veliöğlü U, Işık Sönmez C. Sigara Bırakma Polikliniğine Başvuran Hastaların Nikotin Bağımlılığının Sosyo demografik Özellikler ve Depresyon İle İlişkisi. *Dicle Tıp Derg.* 2018;45(1):35*41.

24. Lipkus IM, Pollak KI, McBride CM, Schwartz-Bloom R, Lyna P, Bloom PN. Assessing attitudinal ambivalence towards smoking and its association with desire to quit among teen smokers. *Psychol Heal.* 2005 Jun;20(3):373–87.

25. Eisner MD, Anthonisen N, Coultas D, Kuenzli N, Perez-Padilla R, Postma D, et al. An Official American Thoracic Society Public Policy Statement: Novel Risk Factors and the Global Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Sep;182(5):693–718.

26. Yaşar H. Karaman Devlet Hastanesinde sigara içen çalışanların sigara davranışlarının ve bırakma isteğinin belirleyicileri. Tez. Selçuk Üniversitesi; Konya 2010;22-51.

27. Avcı BA. Aydın ili Efeler İlçesi'nde aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerde sigara içme sıklığı ve ilişkili etkenler. Tez. Adnan Menderes Üniversitesi; Aydın; 2018;30-55.



Home Health Care Quality Standards Self-Assessment Results: Training and Research Hospital Example

Evde Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları Öz Değerlendirme Sonuçları: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Hatice Esen¹, Tuğba Çalışkan²

ABSTRACT

Background: The increase in the aging population brings along some problems. One of these problems is the necessity of qualified long-term care services. In Turkey, the population 65 years of age has been increased by 21.9% in the last five years, and the proportion of elderly population is predicted to be 10.2% in 2023 and 25.6% in 2080. In this context, the importance of home health care services is gradually increasing. Home health care services is defined as a service provided by a professional team to individuals who need home health care due to various diseases. In this study, it is aimed to determine the level of the home health services quality standards of an education and research hospital. **Method:** This descriptive study was conducted to determine the level of fulfillment of home health care quality standards and evaluation criteria. Home health care services quality standards included in the "Health Quality Standards Hospital - Version 6" set published by the Ministry of Health were used as data collection tools. Microsoft Excel was used for assessment of data. **Results:** In the study, three self-assessments were carried out in a certain period to determine the level of fulfillment of home health care services quality standards of the training and research hospital. First self-assessment results were as follows; 3 of 10 standards are not met, 4 standards are partially met, 3 standards are found to be met. Corrective action studies have been initiated for the defects detected after self-assessment. Then, a second self-assessment was made; 1 of 10 standards is not met, it has been determined that 3 standards are partially met. After the improvement works, the third self-assessment was made and it was seen that only 1 standard was partially met. Home health care self-assessment scores were found to be 47.2 and 72.2, and the last self-assessment score was 94.4. **Conclusion:** In home health care services, creating a quality culture, self-assessment and quality improvement is very important. In conclusion, we can say that with the aging population, home health care services have become increasingly important in our country in recent years. As in all units of hospitals, it is recommended to develop quality improvement policies covering the entire hospital by self-assessment by the hospital management in order to fully meet the quality standards in the provision of home health care services.

Keywords: Home health care, quality standards, health care management

ÖZET

Giriş: Yaşlanan nüfusun artması bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında nitelikli, uzun dönem bakım hizmetlerinin gerekliliği gelmektedir. Türkiye’de, 65 ve daha yukarı yaştaki nüfus son beş yılda %21,9 artmış olup yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir. Bu bağlamda evde sağlık hizmetlerinin önemi giderek artmaktadır. Evde sağlık hizmetleri, çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere, profesyonel bir ekip tarafından verilen hizmettir. Bu araştırmada bir eğitim araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetleri kalite standartlarını karşılama düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır. **Yöntem:** Evde sağlık hizmetleri kalite standart ve değerlendirme ölçütlerinin karşılama düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Veri toplama aracı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Sağlıkta Kalite Standartları Hastane- Sürüm 6” setinde yer alan evde sağlık hizmetleri kalite standartları kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi Microsoft Excel yazılımından yararlanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmada eğitim ve araştırma hastanesinin, evde sağlık hizmetleri kalite standartlarının karşılama düzeyini belirlemek için belirli periyotta üç kez yapılan öz değerlendirme gerçekleştirilmiştir. İlk öz değerlendirme sonuçları; 10 standarttan 3 tanesi karşılanmıyor, 4 standart kısmen karşılanıyor, 3 standart ise karşılanıyor olarak bulunmuştur. Öz değerlendirme sonrası tespit edilen aksaklıklar ile ilgili düzeltici faaliyet çalışmaları başlatılmıştır. Daha sonra ikinci kez öz değerlendirme yapılmış olup; 10 standarttan 1 tanesinin karşılanmadığı, 3 standart kısmen karşılandığı tespit edilmiştir. İyileştirme çalışmalarından sonra üçüncü öz değerlendirme yapılmış ve yalnızca 1 standart kısmen karşılandığı görülmüştür. Evde sağlık hizmetleri öz değerlendirme puanları sırasıyla; 47.2, 72.2 ve son yapılan öz değerlendirme puanı 94.4 olarak tespit edilmiştir. **Sonuç:** Evde sağlık hizmetlerinde, kalite kültürü oluşturma, öz değerlendirme ve kalite iyileştirme oldukça önemlidir. Sonuç olarak, yaşlanan nüfusla birlikte ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin son yıllarda giderek önem kazandığını söyleyebiliriz. Hastanelerin tüm birimlerinde olduğu gibi, evde sağlık hizmetleri sunumunda da kalite standartlarının tam olarak karşılanması için belirlenen dönemlerde hastane yönetimi tarafından öz değerlendirme yapılarak tüm hastaneyi kapsayan kalite iyileştirme politikaları geliştirmeleri önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, kalite standartları, sağlık hizmetleri yönetimi

Received / Geliş tarihi: 13.11.2020, Accepted / Kabul tarihi: 04.02.2021

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hatice ESEN, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Antalya – TÜRKİYE, E-mail: hatice.esen@gmail.com

Esen H, Çalışkan T. Evde Sağlık Hizmetleri Kalite Standartları Öz Değerlendirme Sonuçları: Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği. TJF&PC, 2021;15(2): 294-300.

DOI: 10.21763/tjfm.825493

GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfus genel nüfusa oranla hızlı bir şekilde artış göstermektedir. Teknolojik gelişmeler, kaliteli sağlık hizmetleri sunumundaki değişiklikler, toplumun eğitim seviyesinin artmasının yanı sıra ortalama yaşam süresinin uzaması da yaşlı nüfusta artış oluşturmuştur. Nüfusun yaşlanması, toplum için önemli sorunları da beraberinde getirmektedir. Bu sorunların başında nitelikli, uzun dönem bakım hizmetlerinin gerekliliği gelmektedir.^{1, 2, 3} Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK) verilerine göre, Türkiye’de, 65 yaş ve üzeri nüfus 2014 yılında 6.192.962 kişi iken, bu sayı son beş yılda %21,9 artarak 2019 yılında 7.550.727 kişiye ulaşmıştır. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 2014 yılında %8,0 iken, 2019 yılında %9,1’e yükselmiştir. Nüfus verilerine göre, yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir.⁴ Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, evde sağlık hizmeti alan hastaların çoğunluğunun ileri yaşta (69 yaş üstünde) olduğu görülmüştür.^{1,3,5,6} Bu bağlamda ele alındığında kronik hastalığı olan, sürekli tedavi ve bakım gereksinimi devam eden yaşlı birey sayısındaki artış, bakımda sürekliliğin sağlanmasında sorunlar oluşturabilmektedir. Evde sağlık hizmetleri, değişen toplum özelliklerinin sağlık hizmeti gereksiniminde oluşturduğu ihtiyaçtan dolayı ortaya çıkmıştır.⁷ Bakımın sürekliliğinin sağlanmasında evde sağlık hizmetleri sunulması kilit role sahiptir. Evde sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi ve rehabilite edici, sağlık bakımı sürekliliğinin etkili biçimde sürdürülmesini hedefleyen, birey ve aileye yaşadığı ortamda sunulan sağlık bakım hizmetleri olarak tanımlanabilir.⁸ Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde sağlık hizmetleri, hastaların yakın klinik takibiyle engellenebilecek akut ve kronik komplikasyonlar nedeniyle hastane yatışlarını azaltarak ülke ve aile ekonomisine katkı sağlayacaktır.⁷ Bu anlamda evde sağlık hizmetleri genel olarak, sağlık kurumu bakımının yerini alan, kurumlarda yatış gereksinimini azaltan ya da geciktiren hizmetler anlamına gelmektedir.⁹ Türkiye’de evde sağlığın tarihi oldukça yenidir ve bu alandaki ilk çalışmalar özel sektör ile başlamıştır. Bugün Türkiye’de evde sağlık hizmetleri, ağırlıklı olarak yerel yönetimler tarafından sunulmakla birlikte, kamu hastaneleri, özel hastaneler ve özel evde bakım merkezleri tarafından yürütülmektedir.¹⁰ Evde sağlık hizmetleri çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere, aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve iyileştirme hizmetlerini kapsamaktadır. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları tarafından sunulacak olan evde sağlık

hizmetlerinin ülke genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde sunulması çok önemlidir.¹¹

Kaliteli hizmet, her alan için gereklidir ancak sağlık hizmeti sunumunda vazgeçilmezdir. Bunun en önemli nedeni; merkezinde insan hayatı olması ve yapılacak hatanın geri dönüşümü olmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda kalite, uluslararası geçerliliği kabul edilmiş standartlara göre tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin sunulması, bütün hizmet süreçlerinde hasta ihtiyaç ve beklentilerinin tam karşılanmasıdır.¹² Sağlık hizmetlerinde kaliteli hizmet talebinin giderek artmasıyla sağlık kuruluşlarında hizmet kalite ölçümleri gittikçe önem kazanmaktadır.¹³ Sağlıkta kalite, bireylere beklenen sağlık çıktılarına ulaşmak için güncel bilgiler ışığında sağlık hizmeti sunulmasını amaçlamaktadır. Bu bağlamda Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti (SKS-Hastane)” yayımlanmış ve belirli aralıklarla güncellenmiştir. Bu rehber; en son 2020 yılı Mart ayında güncellenerek yayımlanmıştır. SKS’de yapılan güncellemeler ile evde sağlık hizmetlerinin kaliteli, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyeti temelinde, bilimsel kurallar çerçevesinde sunulmasını amaçlayan kalite standartları oluşturulmuştur.¹⁴ Hastanelerde, kalite uygulamaları ve iyileştirme süreçlerinin yönetilebilmesi için kalite sisteminin yapılması gerekmektedir.¹⁵ Bu standartlarının gereğinin yapılması için hastane yönetimi ve kalite ekibi öncelikle öz değerlendirme yaparak mevcut durumu tespit etmeli ve gerekli iyileştirme faaliyetlerini başlatmalıdır. Öz değerlendirme, evde sağlık hizmetleri standartlarını temel alarak hastanenin, standart ve değerlendirme ölçütlerini karşılama düzeyini değerlendirdiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bütüncül bir yaklaşımla gerçekleştirilen öz değerlendirme, evde sağlık biriminin mevcut durumunun gözden geçirilmesine ve değerlendirilmesine olanak sağlayacaktır.¹⁶

Bu çalışmada bir eğitim araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetlerinin kalite standartlarını karşılama düzeyinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

YÖNTEM

Bir eğitim ve araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetleri sunumu konusunda öz değerlendirme yapılarak kalite standart ve değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Veri toplama aracı olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Sağlıkta Kalite Standartları Hastane- Sürüm 6” setinde yer alan evde sağlık hizmetleri standartları oluşturulmaktadır.

Öz değerlendirme sürecine evde sağlık birimi sorumlu hekimi, bölüm kalite sorumlu hemşiresi de dâhil edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi Microsoft Excel yazılımından, şekil ve tabloların oluşturulmasında Visio programından yararlanılmıştır. Evde sağlık hizmetleri standartları puanlandırması üç grupta ele alınmaktadır:

- Standartların puanlandırılması
- Standartların karşılanma düzeylerinin belirlenmesi

- Kalite puanının belirlenmesi

SKS kapsamında 10'luk puanlama sistematığı kullanılmakta olup her standardın 10 ile 50 arasında bir puan değeri bulunmaktadır. Standart ve değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyine göre; karşılanıyor (K), kısmen karşılanıyor (KK), karşılanmıyor (KM) olarak değerlendirilir. Standartların karşılanma düzeyine göre Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1: Standartların Karşılanma Düzeyine Göre Puanlandırılması

Kalite puanı; standart ve değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyine göre 0-100 arasında tespit edilen puandır. Kalite puanının hesaplanmasında kullanılan formül aşağıda gösterilmiştir.¹⁴

$$\text{Kalite Puanı} = \frac{\text{Bölümden Elde Edilen Puan Toplamı}}{\text{Toplam Puan}} \times 100$$

Standartların karşılanma düzeyine göre puanlandırma sonucu Tablo 1'de gösterilmiştir. Buna göre; standart tam karşılanıyorsa tam puan, standartta yer alan değerlendirme ölçütlerinden bazıları karşılanmıyorsa standart puanının yarısı, standart hiç karşılanmıyorsa sıfır (0) puan şeklinde değerlendirilir.

Tablo 1. Standartın Karşılanma Düzeyine Göre Puanlama Örneği

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
SES02	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.	SES02.01	Kayıtlı hastaların ziyaretleri planlanmalıdır.	40	K →	40
		SES02.02	Hasta, ziyaret aralıkları ve sonraki ziyaret tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.		KK →	20
		SES02.03	Planlanan ziyaret süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.		KM →	0
			Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.			

Araştırma için hastane başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın sınırlılıkları yalnızca bir eğitim ve araştırma hastanesi evde sağlık birimini ve belli bir dönemi kapsamaktadır.

BULGULAR

Bu araştırmada, eğitim ve araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetleri kalite standartlarının karşılanma düzeyi tespit edilmiştir. Araştırmada üç kez yapılan öz değerlendirme sonucunda, standart ve değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi Tablo 2'de verilmiştir. Tablo 2 incelendiğinde, birinci öz değerlendirme sonuçları; 10 standarttan 3 tanesi karşılanmıyor, 4 standart kısmen karşılanıyor, 3 standart ise karşılanıyor şeklindedir.

Birinci öz değerlendirme sonrası tespit edilen aksaklıklar ile ilgili düzeltici faaliyet çalışmaları başlatılmıştır. Daha sonra ikinci öz değerlendirme yapılmıştır. İkinci öz değerlendirmede; 10 standarttan 1 tanesi karşılanmıyor, 3 standart kısmen karşılanıyor, 6 standart ise karşılanıyor şeklindedir. Karşılanmayan ve kısmen karşılanan standartlar ile ilgili başlatılan iyileştirme çalışmaları devam etmektedir. Yapılan üçüncü öz değerlendirme sonucunda 9 standart tamamen karşılanırken yalnızca 1 standart kısmen karşılanmıştır. Evde sağlık hizmetleri öz değerlendirme puanı 100 üzerinden değerlendirildiğinde; birinci öz değerlendirmede 47,2, ikinci öz değerlendirmede 72,2 iken üçüncü öz değerlendirmede puan 94,4'e yükselmiştir.

Tablo 2: Evde Sağlık Hizmetleri Kalite Standart ve Ölçütleri Öz Değerlendirme Sonuçları				Öz Değerlendirme			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Haziran	Ağustos	Ekim
SES01	Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	SES01.01	Hasta bakımına ilişkin süreçler aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:	30	KM	KK	K
			<ul style="list-style-type: none"> o Birime yönlendirilen veya doğrudan gelen hasta başvuruları ile başvuru ve onay sürecine yönelik kurallar o Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve kontrol muayeneleeri ile takip ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler o Hastaların kabul kriterleri o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında tıbbi bakımın nasıl planlanacağı o Planlanan tıbbi bakımın hastaya nasıl uygulanacağı o Tıbbi bakımın sonuçlarının nasıl izleneceği ve değerlendirileceği o Tıbbi bakım planında gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı o Hastaların hastaneye transferi ile ilgili süreçler o Hasta yakını eğitimleri o Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması 				
SES02	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.	SES02.01	Kayıtlı hastaların ziyaretleri planlanmalıdır.	40	KK	KK	K
		SES02.02	Hasta, ziyaret aralıkları ve sonraki ziyaret tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.				
		SES02.03	Planlanan ziyaret süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir. Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.				
SES03	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	SES03.01	Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriyeye dönük erişilebilir olmalıdır.	40	KK	K	K
		SES03.02	Hastaların klinik durumları ve tıbbi bakım ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.				
		SES03.03	Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendirilmelidir.				
		SES03.04	Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için hastalar ziyaret programı dahilinde izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Rehberlik: Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarının önlenmesine yönelik izlem örnekleri: <ul style="list-style-type: none"> o İlaç uygulamalarının takibi o Bası ülseri risk değerlendirilmesi o Ağrı şiddeti değerlendirilmesi o Düşme riskinin değerlendirilmesi o Beslenme durumunun değerlendirilmesi o Kateter bakım ve takibi o Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirilmesi o Ağız bakımı ve takibi o Hasta ve yakını tarafından gerçekleştirilen bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi 				
SES04	Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz: Hasta Bakımı Bölümü)	40	KM	KM	KK		

Tablo 2 Devamı				Öz Değerlendirme			
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Haziran	Ağustos	Ekim
SES05	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SES05.01	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40	KM	KK	K
		SES05.02	Hastaların, nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik risk değerlendirilmesi yapılmalıdır.				
		SES05.03	Malnütrisyonu olan veya malnütrisyon riski saptanan hastalar için nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.				
		SES05.04	Nütrisyonel destek verilen hasta ve hasta yakınına konuyla ilgili eğitim verilmelidir.				
		SES05.05	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.				
SES06	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	SES06.01	Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir. Rehberlik: Hastaların ağrı şiddeti, VAS (visual analoge skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile değerlendirilebilir.	40	KM	KK	K
		SES06.02	Hastalarda ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. Rehberlik: Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.				
		SES06.03	Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) hakkında hasta ve yakınına eğitim verilmeli, bakım planına kaydedilmeli ve ziyaret programı dahilinde izlenmelidir.				
SES07	Tam ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	SES07.01	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır: o Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği Rehberlik: Evde sağlık hizmetlerinde, ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulaması yapılması esastır. Sonraki ziyaretlerde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda ya da personel gerekli gördüğünde kimlik doğrulaması yapılabilir. Ayrıca numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler sırasında da doğru işlemin doğru hastaya uygulandığından emin olunması büyük önem arz etmektedir.	30	K	K	K
		SES07.02	Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.				
SES08	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	SES08.01	Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tam, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir olmalıdır.	40	K	K	K
		SES08.02	Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılması durumunda, çıkarılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.				
SES09	Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.			30	KK	K	K
SES10	Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde hastaneye transferi sağlanmalıdır.			30	K	K	K
Toplam Puan / Öz Değerlendirme Puanı				360	170	260	340
SKS ÖZ DEĞERLENDİRME KALİTE PUANI							

TARTIŞMA VE SONUÇ

Evde sağlık hizmetleri, yatağa bağımlı ve hastaneye ulaşması güç olan hastalara kendi ortamlarında ihtiyaç duydukları her türlü sağlık hizmetinin sunulmasıdır.⁷ Toplumun temel yapı taşı olan bireyin; bedensel, ruhsal ve sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sürdürülebilir kaliteli evde sağlık hizmeti ile sağlanabilir. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de uygulanan ve giderek yaygınlaşan evde sağlık hizmeti, bireyin sağlığını koruma ve yaşam kalitesini artırmada en uygun yöntemlerden birisidir.¹⁷ Evde sağlık hizmetleri; daha çok yaşlıların ve kronik hastalıkları olanların, göreceli olarak sağlık hizmetlerine daha fazla gereksinimlerinin olması, kaynakların en etkin şekilde kullanılarak nitelikli ve kaliteli hizmet sağlanmasını gerektirmektedir.¹⁸

Bu araştırma, eğitim ve araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetleri standartlarının

karşılama düzeyini değerlendirme imkânı sağlamıştır. Sağlık hizmetine ihtiyacı olan her bireyin doğru zamanda, doğru yerde, adil bir şekilde sağlık hizmetine ulaşması ve sağlık hizmetinin kullanımı, hem birey hem de kamu otoritesi açısından önem arz etmektedir.¹⁹ Ülkemizde özel sektör (özel hastaneler ve özel şirketler), kamu (kamu hastaneleri), yerel yönetimler ve diğer farklı yapılanmaların bünyesinde farklı standartlar ve farklı amaçlarla verilmekte olan evde sağlık hizmetleri ile ilgili işleyişte birçok eksiklik olduğu bilinmektedir.²⁰ Evde bakım hizmetlerinin etkin sunulmasıyla hastanelerin gereksiz kullanımını azaltmak hedeflenmektedir.²¹ Hastane yönetimi, kaliteli evde sağlık hizmeti sunmak istiyorsa, sunduğu hizmetin kalitesini ölçmek, tespit edilen aksaklıklara yönelik; çalışan, klinik ve kurum düzeyinde iyileştirmeler planlayıp uygulamak ve yeniden değerlendirme sürecini sistematik bir şekilde yapmak durumundadır.²² Sağlık kurumlarında kalite

çalışmaları ve iyileştirme uygulamalarının yaygınlaşması sağlık kurumlarının dış bir kuruma ihtiyaç olmadan; kendi kalite iyileştirme faaliyetlerini başlatmaları, bilimsel kriterlere uygun olarak sürdürülebilirliği sağlamaları açısından çok önemlidir. Bu araştırmada eğitim ve araştırma hastanesi evde sağlık hizmetlerinin kalite standartlarını karşılama düzeyi belirlenmiştir. Yapılan birinci öz değerlendirme sonucunda 47,2 puan alınmıştır. Evde sağlık hizmetleri Mart 2020'ye kadar İl Sağlık Müdürlükleri Evde Sağlık Hizmetleri Koordinatörlüğü sorumluluğunda idi. Ancak SKS Hastane sürüm 6 yayımlandıktan sonra hastane kalite birimlerinin sorumluluğuna geçmiştir. Bu süreçte evde sağlık hizmeti düzenli olarak devam etmiş ancak özellikle yazılı düzenlemelerde ve göstergelerin izlenmesinde eksiklikler olduğu düşünülmektedir. Belirlenen eksikliklerin giderilmesi için iyileştirme çalışmaları başlatılmış ve öz değerlendirme puanı 94,4'e yükseltilmiştir. Bu standartlar arasında yer alan hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir standardı kısmen karşılanmaktadır. Evde sağlık birimi ile birlikte standart bakım planı formları oluşturulmuştur. Ancak ekiplerin iş yoğunluğu, hasta başında geçirilen sürede; bakım, numune alma gibi işlemlere öncelik verilmesi, bu formların etkin kullanılmayacağını düşündürmektedir. Evde sağlık hizmetleri standartlarının etkin bir şekilde yürütülmesi için evde sağlık birimi ekip sayısının artırılması, hastaların takibinde dijital teknolojilerden yararlanılması kolaylık sağlayabilir. Öz değerlendirme sonucunda yapılan iyileştirme çalışmaları aşağıda özetlenmiştir. Bu çalışmalar şöyledir;

- Süreçleri tanımlayan prosedürün oluşturulması,
- Tıbbi bakım ihtiyaçlarının bütüncül değerlendirilmesi için kullanılan formların gözden geçirilmesi ve yeniden düzenlenmesi,
- Hasta ziyaretleri planlama kayıtlarının gözden geçirilmesi ve analizlerin yapılmasına başlanması,
- Kullanıcılarla birlikte bakım planı formlarının oluşturulması, kullanılmaya başlanması,
- Besin tüketim cetveli ile birlikte NRS-2002 formu ile nutrisyonel risk skorunun değerlendirilmeye başlanması,
- Ağrı skalası formu oluşturularak kullanılmaya başlanması,

- Birim eğitim planı gözden geçirilerek evde sağlık birimi eğitimlerinin güncellenmesi,
- Evde sağlık hizmetleri göstergeleri hakkında bilgi verilmesi, takibinin nasıl yapılacağına dair yol gösterilmesi.

Evde sağlık hizmetlerinde; kalite kültürü oluşturma, öz değerlendirme ve kalite iyileştirme çalışmaları multidisipliner ve farklı meslek gruplarının katılımı ile gerçekleştirilmelidir. Çalışanların kalite iyileştirme yaklaşımları, kalite kültürünün oluşmasına ve dolayısıyla evde sağlık hizmet kalitesinin artmasına katkı sağlayacaktır. Evde sağlık hizmetleri sunumunda, bilimsel ve teknolojik gelişmelerin yakından takip edilerek, sürekli değişim, gelişim ve eğitim olanakları sağlanarak, hasta ve çalışan odaklı, kalite standartlarına uygun nitelikli sağlık hizmeti verilmesi amaçlanmaktadır. Kalite standartları ve mevzuatına bağlı olmak evde sağlık hizmeti alan bireylerin sağlık durumlarının iyileşmesine ve memnuniyetlerinin artmasına katkı sağlarken; sağlık profesyonellerinin de verimli çalışmasını sağlamaktadır. Bu araştırma doğrultusunda diğer kamu hastanelerine de örnek teşkil edecek şekilde eğitim ve araştırma hastanesinin evde sağlık hizmetlerinin durum değerlendirilmesi yapılmış olup kalite standartlarına uygun şekilde, sunulan hizmeti iyileştirmek adına geleceğe yönelik planlamalar yapılmasında literatüre katkı sağlaması öngörülmektedir.

Sonuç olarak, yaşlanan nüfusla birlikte ülkemizde evde sağlık hizmetlerinin son yıllarda giderek önem kazandığını söyleyebiliriz. Hastanelerin tüm birimlerinde olduğu gibi, evde sağlık hizmetleri sunumunda da kalite standartlarının tam olarak karşılanması için belirlenen dönemlerde hastane yönetimi tarafından öz değerlendirme yapılarak tüm hastaneyi kapsayan kalite iyileştirme politikaları geliştirmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Karaman, D., Kara, D., Atar NY. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2015;4(3):347-359.
2. Öztop, H., Şener, A., Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Derg.* 2008;1:39-49.
3. Çatak, B., Selçuk, A., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, E. A., Aslan D. Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri. *Türk Halk Sağlığı Derg.* 2012;10(1):13-21.

4. TUIK. <https://Data.Tuik.Gov.Tr/Tr/Display-Bulletin/?Bulletin=istatistiklerle-Yaslilar-2019-33712>, Erişim Tarihi: 18/07/2020.
5. Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M. A., Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Derg.* 2016;19(2):171-186.
6. Uzan MM. Evde Sağlık Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *JAREM.* 2017;7(117-121). doi:10.5152/jarem.2017.1286
7. Çayır Y. Birinci basamakta evde sağlık hizmetleri: Neler yapabiliriz? *Dicle Med Journal/Dicle Tıp Derg.* 2013;40(2):340-344. doi:10.5798/diclemedj.0921.2013.02.0286
8. Hisar, K M.,Erdogdu H. Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Genel Tıp Derg.* 2014;24(4):138-142.
9. Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., Tak, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., Sağlam, M., Doğanıılmaz, D., Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. *İstanbul Tıp Derg.* 2010;11(3):125-132.
10. Özer, Ö., Şantaş F. Kamunun Sunduğu Evde Bakım Hizmetleri ve Finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2012;3(2):96-103.
11. SB. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik Sayı: 29280.; 2015.
12. Yalçın D. Sağlık Kuruluşlarında Kalite Ve Akreditasyon Açısından Tıbbi Kayıt Sistemine Yaklaşımlar. 2014. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi), İzmir, 2014.
13. El-Jardali, F., Saleh, S., Jamal D. Design, implementation and scaling up of the balanced scorecard for hospitals in Lebanon: Policy coherence and application lessons for low and middle income countries. *Health Policy (New York).* 2011;103(2):305-314. doi:10.1016/j.healthpol.2011.05.006
14. SB. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)-Hastane-Sürüm 6.; 2020. www.kalite.saglik.gov.tr/TR-12679/saglikta-kalite-standartlari-sks.html, Erişim Tarihi:05/07/2020.
15. www.kalite.saglik.gov.tr. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. www.kalite.saglik.gov.tr. Accessed September 11, 2017.
16. Cengiz C. Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon Programları ve TÜSKA. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Derg.* 2018;1:21-26.
17. Yılmaz, M., Şara E. Yaşlılık ve Evde Sağlık Hizmetinde Finansman. *Sağlık Akad Derg.* 2014;1(2):117-127.
18. Gümüş, R., Sarıbaş S. Diyarbakır İli ve İlçeleri 2015 Yılında Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Sunduğu Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Strat Araştırma Derg.* 2017;3(1):17-27.
19. Kılıç T. e- Sağlık, İyi Uygulama Örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg.* 2017;6(3):203-217.
20. Altuntaş, M., Yılmaz, T T., Güçlü, Y A., Öngel K. Evde Sağlık Hizmeti ve Günümüzdeki Uygulama Şekilleri. *Tepecik Eğit Hast Derg.* 2010;20(3):153-158.
21. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. *Türkiye Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Derg.* 2004;(4):109-120.
22. Avcı K. Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme v e Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite v e Akreditasyon Enstitüsü. *Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Derg.* 2018:1-5.



Original Research / Özgün Araştırma

Sünnet Kanamasının Kontrolünde Hafif-Orta Baskılı Coban Bandaj Sargısının Etkinliği

Effectiveness of Mild-Moderate Pressed Coban Bandage Wrap in The Control of Circumcision Bleeding

*Kubilay Sarıkaya*¹, Çağrı Şenocak², Muhammed Arif İbiş³, Mehmet Çiftçi⁴, Fahri Erkan Sadioğlu⁵, Ömer Faruk Bozkurt⁶*

ABSTRACT

Objective: To investigate the effectiveness of mild-moderate pressure coban bandage dressing, which is a non-invasive method, in the control of penile bleeding that may develop in the early period after circumcision. **Materials and Methods:** The data of 112 children who presented to our clinic between May 2012 and January 2020 due to penile bleeding in the acute period after circumcision were retrospectively analyzed. A mild-moderate pressure coban bandage was applied to the children as a first-line intervention method, and surgical intervention was performed in cases where bleeding continued after 2 hours of follow-up. Children were examined for possible skin infection, skin necrosis, development of acute urinary retention and penile scar development, and their data were recorded. **Results:** The median age of the patients was 6 (1-15) years and the median follow-up period was 5 (1-12) months. While bleeding was fully controlled in 101 (90.2%) of the 112 children who were treated with mild-moderate pressure coban bandage due to penile bleeding, surgical intervention was required in 11 (9.8%) of them because of the continuing bleeding. While superficial skin infection developed in 8 (7.1 %) of the children, which improved with topical antibiotic treatment, it was found that only 6 (5.4%) developed cosmetically disturbing skin scar in the long term. **Conclusion:** In the control of penile bleeding in the acute period after circumcision, a mild-moderate pressure coban bandage is an effective, non-invasive method that can be applied in polyclinic conditions, which can significantly reduce the need for surgical intervention.

Key words: Circumcision bleeding, coban bandage, circumcision complications

ÖZET

Amaç: Sünnet sonrası erken dönemde gelişebilen penil kanamaların kontrolünde, non-invaziv yöntem olan hafif-orta baskılı coban bandaj sargısının etkinliğini araştırmak. **Hastalar ve Yöntem:** Sünnet sonrası, akut dönemde gelişen penil kanama nedeniyle, Mayıs 2012 ile Ocak 2020 tarihleri arasında kliniğimize başvuran 112 çocuğun verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Çocuklara, birinci basamak müdahale yöntemi olarak, hafif-orta baskılı coban bandajı uygulanmış ve 2 saatlik takipte kanamanın devam ettiği olgularda cerrahi müdahale yapılmıştır. Müdahale edilen çocuklar, olası cilt enfeksiyonu, cilt nekrozu, akut üriner retansiyon gelişimi ve penil skar gelişimi açısından incelenerek verileri kaydedilmiştir. **Bulgular:** Hastaların median yaşı 6(1-15) yıl ve median takip süreleri 5(1-12) aydır. Penil kanama nedeniyle, hafif-orta baskılı coban bandajı uygulanan çocuklardan 101(%90.2)'inde kanama tam olarak kontrol edilmişken, 11(% 9.8)'inde kanamanın devam etmesi nedeniyle cerrahi revizyon gerekli olmuştur. Çocukların 8(%7.1)'inde topikal antibiyotik tedavisiyle düzelen yüzeysel cilt enfeksiyonu gelişirken, sadece 6(%5.4)'sında uzun dönemde kozmetik açıdan rahatsız edici cilt skarı geliştiği tesbit edilmiştir. **Sonuç:** Sünnet sonrası, akut dönemde gelişen penil kanamaların kontrolünde, hafif-orta baskılı coban bandajı cerrahi müdahale gerekliliğini ciddi oranda azaltabilen, etkili, non-invaziv ve poliklinik şartlarında kolay uygulanabilir bir yöntemdir.

Anahtar kelimeler: Sünnet kanaması, coban bandajı, sünnet komplikasyonları

Received / Geliştirilme Tarihi: 30.11.2020, Accepted / Kabul Tarihi: 04.02.2021

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA (ORCID: 0000-0003-1734-2392)

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA (ORCID: 0000-0001-5696-6320)

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA (ORCID: 0000-0001-8581-2101)

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA (ORCID: 0000-0003-4178-2865)

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA (ORCID: 0000-0002-4454-0274)

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, ANKARA (ORCID: 0000-0002-6684-5431)

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Pınarbaşı, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 06000 Keçiören/Ankara-TÜRKİYE

Cep Tel: +90 (312) 356 90 00

E-posta: drkubilay.sarikaya76@outlook.com

Sarıkaya K, Şenocak Ç, İbiş MA, Çiftçi M, Sadioğlu FE, Bozkurt FÖ. Sünnet Kanamasının Kontrolünde Hafif-Orta Baskılı Coban Bandaj Sargısının Etkinliği. TJFMPC, 2021;15(2): 301-305.

DOI: 10.21763/tjfm.833428

GİRİŞ

Ülkemizde, sünnet olarak bilinen işlemin tıbbi literatürdeki tanımı ‘Circumcision’ olup, glans penisi örten perepisyumun, iç prepsial epitelin bir bölümünü de kapsayacak şekilde çepeçevre çıkarılması işlemidir.¹ Sünnet Afrika, Orta Doğu ülkeleri ve Avustralya’ da daha yaygın olarak uygulanmaktayken, Uzak Asya, Hindistan, Avrupa ülkeleri, Yeni Gine ve Güney Amerika ülkelerinde daha az sıklıkta yapılmaktadır.² Sünnet medikal ve estetik amaçlı olduğu kadar, sıklıkla dini inanışlar nedeniyle de yaygın olarak yapılan cerrahi bir işlemdir.³ Sünnetin HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkları azaltmasının yanı sıra üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesinde de önemli katkı sağladığı yapılan çok sayıda çalışmada gösterilmiştir.^{4,5} Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler HIV ve AIDS Program Komitesi (UNAIDS) uzun dönemde HIV önleme stratejilerinde neonatal sünnetin önemi konusunda fikir birliği içindedir.⁶

Sünnetin, en sık erken komplikasyonu kanama ve lokal enfeksiyonlardır. Bunun yanı sıra yetersiz eksizyon, ciltte ödem ve ekimoz oluşumu, cilt ve glans nekrozu ve daha nadiren görülen glansamputasyonu gibi ciddi komplikasyonlar da bildirilmiştir.⁷ Geç dönemde ise, penil ağrı, cilt enfeksiyonu, cilt köprüsü oluşumu, üriner retansiyon, meatal stenoz ve meatal fistüller görülebilmektedir. Daha az sıklıkla menenjit, sepsis ve nekrotizan fasiit gibi ciddi komplikasyonlar da bildirilmiştir.⁸

Günlük pratiğimizde, özellikle yaz döneminde sıklıkla karşılaştığımız erken dönem sünnet kanamalarının kontrolünde, 5-10 dk manuel baskı ve gerekirse 1/100.000’lik epinefrinli topikal lidokain uygulaması ile kanamaların kontrol edilebildiği bilinmektedir. Ancak kanamanın devam ettiği durumda cerrahi müdahale gerekli olmaktadır.⁹ Cerrahi müdahale ise, lokal ya da genel anestezi riskinin yanı sıra artmış maliyet, hastanede yatış gerekliliği ve işgücü kaybı gibi sorunları beraberinde getirmektedir.^{7,8,9} Bu nedenlerle, bu çalışmada özellikle hipospadias, penil kurvatür ve Peyronie hastalığı cerrahileri gibi penil cerrahilerden sonra kanama kontrolünü sağlamak için, sıklıkla uygulanan coban baskılı bandajının, akut sünnet kanamalarının durdurulmasında da ciddi fayda sağladığını ve cerrahi müdahale gereksinimini önemli ölçüde azalttığını göstermesi amaçlanmıştır.

HASTALAR VE YÖNTEM

Hastanemiz etik komitesinden onay alındıktan sonra, Mayıs 2012 ile Ocak 2020 tarihleri arasında sünnet sonrası gelişen akut penil kanama nedeniyle

üroloji kliniğine başvuran ve baskılı coban bandajı (Resim 1) uygulanan toplam 112 çocuğun verileri retrospektif olarak incelenmiştir. Sünnetle birlikte inmemiş testis, inguinal herni, penil kordi, hipospadias gibi patolojilere sekonder ek cerrahi girişim yapılmış hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Penil kanama dışında, glans yaralanması veya üretral hasar gibi ek düzeltici cerrahi işlem gerektiren hastalar da çalışmanın dışında tutulmuştur. Kanama kontrolü için yapılan müdahale şekli belirlenerek, sadece coban baskılı bandajı uygulanan hastalar çalışmaya dahil edilmiş, ilk başvuruda coban bandajı uygulamadan direkt cerrahi müdahale yapılan hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. İlk başvuruda, coban bandajı ile penil kanaması kontrol edilebilen hastalar kliniğimizde yatırılarak 2 saat takip edilmiş ve kanamanın tamamen durduğu gözlemlendikten sonra oral 2. kuşak sefalosporin tedavisi başlanarak taburcu edilmiştir. Hastaların, coban bandajı, işlemden sonraki 2. günde çıkarılmış ve olası penil enfeksiyon ve nekroz gelişimi açısından penis kontrol edilmiştir. Daha sonra ek pansuman gerekliliği olmadan hastalar 1.haftada ve 1. ay sonunda kontrol edilmişlerdir. Uzun dönemde olası kozmetik problemler veya skar gelişimi açısından hastalar 6. ve 12. aylarda tekrar kontrole çağırılmışlardır. Baskılı coban bandajı uygulamasına rağmen, kanama kontrolü sağlanamayan hastalara ise genel anestezi altında cerrahi revizyon yapılmış, kanama kontrolü ve cilt dikişleri için 3/4 –0 absorbable Vicryl sütür kullanılmıştır. Cerrahi revizyonu takiben, hastalar postoperatif 1. gün oral 2. kuşak sefalosporin tedavisi başlanarak taburcu edilmiş ve daha sonra da 1. hafta ve 1. ay sonunda kontrol edilmişlerdir. Takiben hastalar 6. ve 12. aylarda kontrol edilmiştir. Hastaların işlem öncesi ve işlemden sonraki verileri tarafımızca kaydedilerek değerlendirilmiştir.



Resim 1. Sünnet sonrası penisin coban bandajıyla sarılması

İstatistiksel Analiz

Hastalara ait verilerin değerlendirilmesinde, SPSS 24.0 (IBM Corp., Chicago) software for Windows Programı kullanılmış ve değişkenler ortanca, minimum-maksimum, sayı ve yüzde olarak tanımlanmıştır.

BULGULAR

Hastaların median yaşının 6 (1-15) yıl ve median takip süresinin 5 (1-12) ay olduğu tesbit edilmiştir. Sünnet kanamasıyla gelen hastaların 90 (%80.3)'ünün, ilk olarak acil servise başvurduktan sonra üroloji kliniğine konsulte edildiği, 22 (%19.6)'sinin ise direkt üroloji polikliniğinde ya da servisinde değerlendirildiği görülmüştür. Sünnet kanamasıyla gelen hastaların 9 (% 8.0)'una genel anestezi altında, 103 (%91.9)'üne ise lokal anestezi altında sünnet yapıldığı tespit edilmiştir. Kanamayı durdurmak için, baskılı coban bandajı uygulanan hastalardan 101 (% 90.2)'inde kanamanın tamamen durduğu görülürken, 11 (% 9.8) hastada ise kanamanın çeşitli derecelerde devam ettiği ve genel anestezi altında cerrahi müdahale yapıldığı tespit edilmiştir. Hafif-orta baskılı coban bandajı sonrasında, akut ürinerretansiyon (AUR) gelişen 7 (%6.3) hastaya 6-8 F feding kateter takılıp mesane drene edilmiştir. Mesane drene edildikten sonra, hiçbir hastada üriner retansiyon tekrar etmemiş ve hastaların rahat idrar yaptıkları gözlenmiştir. Çocukların 8 (% 7.1)'inde topikal antibiyotik tedavisiyle düzelen yüzeysel cilt enfeksiyonu gelişirken, sadece 6 (%5.4)'sında uzun dönemde kozmetik açıdan rahatsız edici cilt skarı geliştiği tespit edilmiştir. Hastaların, tanımlayıcı verileri ve uzun dönem takip sonuçları Tablo 1 de görülmektedir.

Tablo 1.Hastaların tanımlayıcı istatistikleri ve takip sonuçları (n= 112)

Yaş, ortanca (minimum-maksimum),Yıl	6 (1-15)
Takip süresi, ortanca (minimum-maksimum), Ay	5 (1-12)
	n(%)
İlk başvuru yeri	
Acil polikliniği	90 (80.3)
Üroloji Kliniği	22 (19.6)
Müdahale şekli	

Konservatif (coban bandajı)	101 (90.2)
Cerrahi	11 (9.8)
Komplikasyonlar	
Cilt enfeksiyonu	8 (7.1)
Deri nekrozu	12 (10.7)
Akut ürinerretansiyon	7 (6.3)
Kozmetik olarak kötü cilt skarı	6 (5.4)

TARTIŞMA

Yaygın olarak, her ne kadar küçük önemsiz bir cerrahi işlem gibi değerlendirilse de, uygun şartlarda ve deneyimli yetkin kişilerce yapılmayan sünnet vakaları sonrası ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir. Yeni doğan sünnetlerinde, yaklaşık her bin vakada 2 ile 6 arasında bildirilen komplikasyon oranının, 1-9 yaş aralığında yaklaşık 10 kat daha arttığı bildirilmektedir.¹⁰ Leitch'in bildirdiği verilere göre, hastaların yaklaşık % 9.5'unda ilk operasyonda yetersiz doku çıkarılması nedeniyle tekrar sünnet gerekli olmaktadır.¹¹ Öte yandan çok fazla miktarda dokunun çıkarılması ve bazı vakalarda glansın eksize edilmesi de, istenmeyen ciddi komplikasyonlar olarak karşımıza çıkabilmektedir. Özellikle, prepisyumun glansa yapışık olduğu durumlarda glans hasar riski artmaktadır. Bu nedenle, prepisyumu kesmeden önce fimozisin uygun şekilde açılması ve coronal seviye görülene kadar prepisyumun dikkatli eksize edilmesi çok önemli olup, bu işlem glans hasar riskini minimize etmektedir.¹² Ferhatoglu ve ark.'nın 198 sünnet hastasını kapsayan yakın çalışmalarında postoperatif dönemde 16 hastada penil kanama görülürken, 4 hastada penil hematoma ve 108 hastada da penil ödem geliştiği bildirilmiştir.¹³ Çeçen ve ark.'nın yaptığı 2220 hastayı kapsayan bir diğer çalışmada da, sünnet sonrası komplikasyon oranı %3.3 olarak bildirilmiş, komplikasyonlar arasında %1.65 ile kanama ilk sırada yer alırken %1.2 cilt enfeksiyonu, %0.25 yetersiz sünnet ve %0.20 oranında da anesteziye bağlı komplikasyonlar görüldüğü bildirilmiştir.¹⁴ Wiswell ve ark.'nın 100157sünnet hastasının sonuçlarını bildirdikleri çalışmalarında ise, 83(%0.08) çocukta postoperatif kanama olduğu ve bunların 3'ünde kan transfüzyonu gerektiği belirtilmiştir.¹⁵ Yine bu çalışmada, 62(%0.06) çocukta lokal enfeksiyon, 25(%0.02) çocukta cerrahi yaralanma, 20(%0.02) çocukta idrar yolu enfeksiyonu ve 8(%0.01) çocukta da bakteriyemi geliştiği bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise, literatür verilerine benzer olarak 8(%7.1) hastada lokal antibiyotik tedavisi ile iyileşen yüzeysel cilt enfeksiyonu görülürken, 12(%10.7) hastada coban

bandajı çıkarıldıktan sonra spontan iyileşen yüzeysel cilt nekrozu tespit edilmiştir. Uzun dönem takipte ise, sadece 6(%5.4) hastada cerrahi revizyon gerektirecek düzeyde cilt skarı olduğu görülmüştür. Bu sonuçlar da hafif-orta baskılı coban bandajının, uzun dönemde ciddi düzeyli komplikasyonlara neden olmadığı fikrini desteklemektedir.

Williams N ve ark., sünnet sonrası en sık görülen erken komplikasyon olan penil kanamanın kontrolü için, öncelikle manuel baskı uygulamasının denenmesini önermişler ve eğer kanama bu şekilde kontrol edilemezse, baskılı bandaj uygulamasının kanamayı önemli ölçüde kontrol edebileceğini belirtmişlerdir.¹⁶ Benzer şekilde Telli O. ve SoygürT.'de sünnet kanamasının tedavisinde ilk 10-20 dakika manuel baskı yapılmasını, kanamanın durmaması halinde baskı oluşturabilecek bir pansuman yapılmasının etkili sonuçları olabileceğini bildirmişlerdir.⁹ Bir diğer benzer çalışmada da Heras A ve ark., elektifneonatal sünnet sonrası gelişebilecek kanamaların kontrolünde, sadece baskılı bandajın ya da topikal trombin uygulamasının yeterli olabileceğini bildirmişlerdir.¹⁷ Bizim çalışmamızda da, sünnet kanamasıyla başvuran 112 çocuğun 101(%90.2)'inde hafif-orta baskılı coban bandaj uygulamasının kanamayı durdurmakta yeterli olduğu görülmüştür. Bu sonuç da, literatür verileriyle uyumlu olup sünnet kanamalarının kontrolünde baskılı coban bandajının, ek cerrahi gereksinimini önemli ölçüde azaltabileceğini fikrini desteklemektedir.

Baskılı Coban bandajının bir diğer önemli avantajı da, poliklinik şartlarında veya 1. basamak sağlık hizmeti veren tüm merkezlerde kolaylıkla uygulanabilir basit bir yöntem olmasıdır. Uygulamada, dikkat edilmesi gereken önemli unsurlardan biri bandajın elastik yapısının göz önünde bulundurulması ve sargının baskı düzeyinin hafif-orta şiddette ayarlanmasıdır. Elastik bandajın tam olarak gerilerek çok sıkı sarılması, penil dokuya olan baskının çok şiddetli olmasına neden olmakta, bu durum da peniste beslenme bozukluğu ve penis nekrozuyla sonuçlanabilmektedir. Aşırı baskılı bandajın bir diğer sakıncası da, üretra içi basıncı artırarak üriner retansiyona neden olabilmektedir.¹⁸ Bizim çalışmamızda, hiçbir hastamızda coban bandajına sekonder gelişen ciddi glans ya da penis nekrozu izlenmemiştir. Akut üriner retansiyon oranının da oldukça düşük olduğu görülmüştür. Bu da uygun şartlarda sünnet kanamalarının kontrolü için, hafif-orta baskılı coban bandajının güvenle uygulanabileceğine işaret etmektedir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı retrospektif dizayndır. Bir diğer kısıtlılık da, daha uzun dönem takip sonuçlarının olmaması, revizyon gerekli olabilecek düzeydeki penil skarı olan hastaların daha uzun dönemde penilkordi ya da penil kurvaturle sonuçlanıp sonuçlanmadığının bilinmemesidir.

SONUÇ

Sünnet sonrası gelişen penil kanamaların kontrolünde, hafif-orta baskılı coban bandajı oldukça etkin ve kolay uygulanabilen bir yöntemdir. Uygulmanın komplikasyon oranı düşük olup, cerrahi müdahale gereksinimini önemli ölçüde azaltmaktadır. Ülkemizde, özellikle sünnetin sıklıkla yapıldığı yaz aylarında, 1. basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarda kolaylıkla uygulanabilir bir yöntemdir.

KAYNAKLAR

1. Prabhakaran S, Ljuhar D, Coleman R, Nataraja RM. Circumcision in the paediatric patient: a review of indications, technique and complications. *J Paediatr Child Health*. 2018;54:1299-1307.
2. Sivaslı E, Bozkurt AI, Ceylan H, Coskun Y. Gaziantep bölgesindeki anne ve babaların sünnet ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2003;46:114-118.
3. Ekenze SO, Ezomike UO. Complications of neonatal circumcision requiring surgical intervention in a developing country. *J Trop Pediatr*. 2013;59:292-297.
4. Bailey RC, Moses S, Parker CB, et al. Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;369:643-656.
5. Morris BJ, Bailis SA, Wiswell TE. Circumcision rates in the United States: rising or falling? What effect might the new affirmative pediatric policy statement have? *Mayo Clin Proc*. 2014;89(5):677-686.
6. WHO-UNAIDS. *Male Circumcision: Global Trends and Determinants of Prevalence, Safety and Acceptability*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008; Section 3:22-26.
7. Krill AJ, Palmer LS, Palmer JS. Complications of circumcision. *Scientific World Journal*. 2011;11:2458-68.
8. Özdemir E. Significantly increased complication risks with mass circumcisions. *Br J Urol* 1997;80:136-39.
9. Telli O, Soygür T. Sünnet Komplikasyonları. *Pediyatrik Üroloji Bülteni* 2018;1:5-8.
10. Weiss HA, Larke N, Halperin D, Schenker I. Complications of circumcision in male

- neonates,infants and children: a systematic review. BMC Urol2010;10:2.
- 11.Leitch IOW. Circumcision: a continuingenigma. Australian Pediatrics Journal 1970; 6: 59.
- 12.Smey P. Penile denudation injuries after circumcision. J Urol 1985; 134: 1220.
- 13.Ferhatoglu MF, Kartal A, Gurkan A. Evaluation of Male Circumcision: Retrospective Analysis of One Hundred and Ninety-eight Patients. Cureus. 2019 27;11:4555.
- 14.Cecen K,Kocaaslan R,Karadag MA,Demir A,Cebeci O,Uslu M. 2220 sünnet olgusunda uzman doktorların komplikasyonlarının incelenmesi.Kocaeli Tıp Dergisi 2014;1:11-14.
- 15.Wiswell TE,Geschke DW. Risks from circumcision during the first month of life compared with those for uncircumcised boys. Pediatrics. 1989;83:1011-5.
16. Williams N, Kapila L. Complications of circumcision. Br J Surg. 1993 Oct;80(10):1231-6.
- 17.Heras A, Vallejo V, Pineda MI, Jacobs AJ, Cohen L. Immediate Complications of Elective Newborn Circumcision. Hosp Pediatr. 2018;8:615-619.
- 18.Berman W. Urinary retention due to ritual circumcision. Pediatrics 1975; 56: 621.



Original Article / Özgün Araştırma

Children's Digital Technology Usage and Parental Approaches: A Cross Sectional Study

Çocukların Dijital Teknoloji Kullanımı ve Ebeveynlerin Yaklaşımları: Kesitsel Bir Çalışma

İlknur YILDIZ^{*1}, Mehmet KANAK²

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the features of digital technology use and mothers' approaches in children aged 0-6. **Method:** The sample of the analytical cross-sectional study consisted of 203 mothers with children aged 0-6, who applied to the pediatric outpatient clinic of a university hospital in Sivas city center. The data were collected by Descriptive Characteristics Form, the A Scale for Measuring Parental Attitudes towards Digital Game Playing and Application Use Habits in the Preschool Period. **Results:** The mean age of the mothers' was 32.07±4.96, 51.2% are university graduates, 51.2% of children are male and 25.6% are between 36-47 months. It was determined that 84.7% of the children spend time on the smartphone and 74.4% of them watch videos on digital technological devices. 65% of children experience irritability, distraction and eye problems due to using digital technological devices for a long time. The scale mean score of the mothers was 18.32±6.48. It was determined that the mean score point of the mothers of children who use digital technological devices everyday and have problems related to the use of digital technological devices is significantly high. **Conclusion:** It was determined that children use smartphones the most, and more than half of them have health problems related to using digital technological devices. It is observed that the children of mothers who have a positive attitude towards the use of digital technology use digital devices every day and experience related problems. It can be recommended to inform parents about the effects of digital technological devices in early childhood and to use these devices under parental control.

Keywords: Digital technology, child, parent.

ÖZET

Amaç: Bu çalışma, 0-6 yaş çocuklarda dijital teknoloji kullanım özellikleri ve annelerin yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Analitik kesitsel tipteki çalışmanın örneklemini Sivas il merkezinde bulunan bir üniversite hastanesinin çocuk polikliniğine başvuran ve 0-6 yaş çocuğu olan 203 anne oluşturmuştur. Veriler; Tanıtıcı Özellikler Formu, Okul Öncesi Dönem Çocukların Dijital Oyun Oynama ve Kullanma Alışkanlıklarına Yönelik Ebeveyn Yaklaşımları Ölçeği ile toplanmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 32.07±4.96 olup %51.2'si üniversite mezunu, çocukların %51.2'si erkek ve %25.6'sı 36-47 ay arasındadır. Çocukların %84.7'sinin akıllı telefonda vakit geçirmeyi sevdiği ve %74.4'ünün dijital teknolojik cihazlarda video izlediği belirlenmiştir. Annelerin %65'i çocuklarının dijital teknolojik cihazları kullanmasına bağlı sinirlilik, dikkat dağınıklığı ve göz problemleri yaşadığını ifade etmiştir. Çalışmaya katılan annelerin ölçek puan ortalaması 18.32±6.48'dir. Her gün dijital teknolojik cihaz kullanan ve dijital teknolojik cihaz kullanımına bağlı sağlık problemi yaşayan çocukların annelerinin ölçek puan ortalamalarının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. **Sonuç:** Çalışmada çocukların en çok akıllı telefon kullandığı, yarıdan fazlasının dijital teknolojik cihazları kullanmaya bağlı sağlık problemi yaşadığı belirlenmiştir. Dijital teknoloji kullanımına yönelik olumlu tutum gösteren annelerin çocuklarında dijital teknolojik cihazların her gün kullanıldığı ve buna bağlı sağlık problemi yaşandığı görülmektedir. Erken çocukluk döneminde dijital teknolojik cihazların etkileri konusunda ebeveynlerin bilgilendirilmesi ve bu cihazların ebeveyn denetiminde kullanılması önerilebilir. **Anahtar Kelimeler:** Dijital teknoloji, çocuk, ebeveyn.

Received / Geliş tarihi: 19.09.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.02.2021

¹Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Sivas, TÜRKİYE

²Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Eğitim Fakültesi, Temel Eğitim Bölümü, Okul Öncesi Eğitimi Anabilim Dalı, Sivas, TÜRKİYE

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

E-posta: ilknuryildiz@yahoo.com.tr

Yıldız İ, Kanak M. Çocukların Dijital Teknoloji Kullanımı ve Ebeveyn Yaklaşımları: Kesitsel Bir Çalışma TJFMPC, 2021;15(2): 306-314.

DOI: 10.21763/tjfm.797346

1. GİRİŞ

Dijital teknoloji içine doğan çocuklar, bu teknolojinin hem geleneksel (televizyon) hem de yeni mobil biçimlerini (akıllı telefon, tablet, bilgisayar) kullanmaktadır.¹⁻³ Kandır'a⁴ göre, yetişkinlerin elinden düşürmediği teknolojik cihazlar çocuklarımızın da gözdesi olmuş durumdadır. Artık "Dijital çocuklar" yeni yaşamımızın bir parçasıdır. Özellikle son yıllarda akıllı telefon, tablet gibi yeni mobil cihazların küçük çocuklar arasında kullanımının yaygınlaştığı belirtilmektedir.^{5,6} Genellikle büyük yaşlardaki bireyler için hazırlanmış iletişim araçları, küçük çocukların gelişim dönemlerine uygun olmadığı halde bu araçlarla vakit geçirmektedirler. Bu program ve uygulamalar sunulurken amaç çoğunlukla çocukların sağlıklı gelişimini desteklemek değil, daha çok satış ve kâr elde etmektir. Bu nedenle de uygulamalar eğitsel açıdan donatılmak yerine, renkli, hareketli olacak şekilde görüntü olarak oldukça çekici olarak üretilmektedir.⁷ ABD'de 0-8 yaş çocuklarda herhangi bir mobil cihaza erişim oranı 2011 yılında %52 iken, 2013 yılında %75 olmuştur.⁶ Avrupa'da yapılan Çevrimiçi Çocuklar Projesi'nde özellikle oyun çağı ve okul öncesi dönemdeki çocuklarda internete bağlanabilen tablet ve akıllı telefon gibi mobil cihazların kullanımının arttığı bildirilmiştir.⁵ Türkiye'de yapılan 6-15 Yaş Grubu Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanımı ve Medya (2013) araştırmasına göre çocuklar ortalama 8-10 yaş civarında dijital teknolojik cihazları kullanmaya başlamakta ve %60,5'inin bilgisayar, %50,8'inin internet, %24,3'ünün cep telefonu kullandığı belirtilmektedir.⁸ Mobil cihazlarda bulunan dokunmatik ekran, taşınabilirlik gibi özelliklerin kullanım kolaylığı sağlayarak bu cihazların çocuklar tarafından giderek daha fazla benimsenmesine ve ekran süresi maruzluğunda hızlı bir artışa yol açtığı bildirilmiştir.⁹⁻¹¹ Yapılan bir çalışmada 2-4 yaş arası çocuklar günde ortalama 1 saat, 2 yaş altındaki çocuklar ise ortalama 7 dakika mobil cihazları kullanmaktadır.¹² Shifrin ve ark.¹³ teknolojinin bebeklik çağından beri dijital teknolojinin içinde olan "dijital yerlilerin" yaşamlarındaki rolünün dinamik ve yıkıcı bir kuvvet olduğunu söyler. Çocuklar, günümüzde teknolojik alet kullanımında sınırlandırılmadıkları için ekran bağımlısı olabilmektedir.

Gelişimin oldukça hızlı olduğu bir dönem olan bebeklik ve ilk çocukluk çağlarında mobil cihazların kullanımı çocuğun gelişimi ve sağlığı üzerinde birtakım etkiler yaratmaktadır.^{9,14,15} Mobil cihazların çocuklarda yeni fikirler öğrenme, oyun oynama gibi fırsatları arttırdığı^{1,16} ancak fiziksel aktivitede azalma, obezite^{17,18}, uyku sorunlarına^{19,20} ve gelişimsel gecikmelere^{21,22} yol açtığı belirtilmektedir. Mobil cihaz kullanımına bağlı

yarar ve risklerin çocuğun yaşı, gelişim düzeyi, kullanım amacı ve içerikler ile ilişkili olduğu özellikle iki yaşından küçük çocuklarda eğitimsel yararlarının sınırlı olduğu bildirilmiştir.⁹ Bu nedenle dijital teknolojik cihazlarının olumlu ve olumsuz yönlerinin farkında olmayan ve riskleri açısından duyarlı bir grup olan erken çocukluk döneminde dijital cihazların, çocuğun çevresindeki kişilerin kontrolünde ve denetiminde kullanılması önemli hale gelmektedir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA), çocuklarda medya kullanımının sınırlandırılarak ebeveynle birlikte ve ebeveyn rehberliğinde kullanılmasını önermektedir.² Bebeklikten itibaren aile ortamının ve ailenin dijital teknoloji kullanma alışkanlıklarının çocuğun dijital cihazlarda harcadığı süreyi etkilediği ve erken çocukluk döneminde dijital teknoloji kullanımında ebeveynlerin etkisinin fazla olduğu belirtilmektedir.²³⁻²⁵ Ebeveynler, kendi işlerini tamamlama, çocuklarının sakinleşmesi ve rahatlaması veya bir disiplin aracı olarak çocuklarının dijital teknolojik araçları kullanmasına izin vermektedir.^{11,26} Çocuklar istedikleri programları izleyerek vakit geçirirken ebeveynlerin ise işlerini yapmak için ihtiyaçları olan zamanı kazanmakta oldukları görülmüştür.²⁷ Buna ek olarak, dijital teknoloji ile ilgili olumlu tutumları olan ebeveynlerin çocuklarına dijital araç kullanmaları için daha fazla izin verdikleri ve dijital araç kullanımına yönelik olumsuzluklarla daha az ilgilendikleri görülmüştür. Yapılan bir çalışmada düşük gelirli ebeveynlerin dijital mobil teknolojiyi kullanarak çocuklarını sakinleştirmek veya onları sessizleştirmek eğilimi arasında belirgin bir ilişki olduğu gösterilmiştir.²⁸

Dijital teknolojik cihazların yaygınlaşması, bebeklikten itibaren çocuklar tarafından kullanılması ve çocuklarının teknoloji kullanma özelliklerine ebeveynlerin yaklaşımları giderek daha önemli hale gelmektedir. Literatürde okul öncesi dönemde dijital teknoloji kullanımına yönelik ebeveynlerin görüşlerini belirlemeye yönelik nitel araştırmaların yapıldığı ancak annelerin dijital teknoloji kullanımına yönelik yaklaşımlarını belirleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Bu nedenle bu çalışma, 0-6 yaş çocuklarda dijital teknoloji kullanım özellikleri ve annelerin yaklaşımlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışma sonuçlarının çocuklarda erken yaşlarda dijital teknoloji kullanımına yönelik ebeveyn yaklaşımlarının belirlenmesine ve buna yönelik müdahalelerin geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. YÖNTEM

2.1 Örneklem

Analitik kesitsel tipte bir araştırmanın evrenini Sivas ilinde bir üniversite hastanesinin çocuk polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran ve 0-6 yaş grubunda çocuğu olan anneler, örneklemini ise 04.02.2019-02.09.2019 tarihleri arasında çocuk polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmaya kabul eden 203 anne oluşturmuştur.

2.2 Veri Toplama ve Çalışma Dizaynı

Araştırmanın bağımsız değişkenlerini; anne ve çocukların tanıtıcı özellikleri (anne ve çocuğun yaşı, anne ve baba eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, aile tipi ve gelir düzeyi) ve çocukların akıllı telefon, tablet, bilgisayar gibi dijital cihazları kullanma durumlarına (kullanılan dijital cihazın hangisi/hangileri olduğu, dijital cihaz kullanım sıklığı, amacı, dijital cihazların kullanımına bağlı sağlık problemi yaşama durumu) yönelik sorular oluşturmaktadır. Okul Öncesi Dönem Çocukların Dijital Oyun Oynama ve Uygulama Kullanma Alışkanlıklarına Yönelik Ebeveyn Yaklaşımları Ölçeğinden alınan puan ortalamaları bağımlı değişkenleri oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri Tanıtıcı Özellikler Formu ve Okul Öncesi Dönem Çocukların Dijital Oyun Oynama ve Kullanma Alışkanlıklarına Yönelik Ebeveyn Yaklaşımları Ölçeği ile toplanmıştır.

2.2.1 Tanıtıcı Özellikler Formu

Araştırmacılar tarafından ilgili literatür doğrultusunda hazırlanan form iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde anne, çocuk ve aileye yönelik sosyodemografik bilgileri (anne ve çocuğun yaşı, çocuğun cinsiyeti, anne ve baba eğitim düzeyi, annenin çalışma durumu, aile tipi ve gelir düzeyi) belirlemeye yönelik 8 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde ise ailede akıllı telefon, tablet, bilgisayar gibi dijital cihazların kullanım özelliklerini (kullanılan dijital cihazın hangisi/hangileri olduğu, dijital cihaz kullanım sıklığı, amacı, dijital cihazların kullanımına bağlı problem yaşama durumu) belirlemeye yönelik 8 soru sorulmaktadır.

2.2.2 Okul Öncesi Dönem Çocukların Dijital Oyun Oynama ve Uygulama Kullanma Alışkanlıklarına Yönelik Ebeveyn Yaklaşımları Ölçeği:

Ölçek, Kanak ve Özyazıcı (2017) tarafından geliştirilmiştir. Beşli likert tipteki ölçek iki alt boyut ve 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçekte her maddenin puanı 1(hiçbir zaman), 2 (nadiren), 3(ara sıra), 4(çok sık), 5 (her zaman) arasında

değişmektedir. Tersten puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan en düşük 10, en yüksek 50 puandır. Toplam puan ortalamasının düşük olması kısıtlayıcı bir yaklaşımı ifade ederken artması ebeveynin çocuğu dijital oyun oynama ve uygulama kullanmaya sevk edici bir yaklaşım sergilediği şeklinde yorumlanmaktadır.²⁹ Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0.81, bizim çalışmamızda da ise 0.83 bulunmuştur.

2.3 Etik Onam

Araştırmanın yürütülebilmesi için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (02.01.2019 tarih ve 2019-01/23 sayı) izin alınmıştır. Ayrıca annelerden yazılı ve sözel onam alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür.

2.4 İstatiksel Yöntem

Verilerin analizi için IBM SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel analizler sayı, yüzde, ortalama, standart sapma olarak gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk ve Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılıyorsa bağımsız iki grup için independent sample t testi, ikiden fazla grup için F testi (ANOVA) kullanılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediğinde bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla bağımsız grup için Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde parametrik testler için Pearson korelasyon katsayısı, parametrik olmayanlar için ise Spearman korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır.

3. BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin yaş ortalaması 32.07 ± 4.96 olup %51.2'si üniversite mezunu, %50.2'si çalışmamaktadır. Ailelerin %67.5'inde gelir gidere denk, %91.1'i çekirdek ailedir. Çocukların %51.2'si erkek ve %25.6'sı 36-47 ay arasındadır (Tablo1).

Tablo 2'de ailelerin dijital teknolojik cihaz sahibi olma ve kullanım özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Ailelerin tümünde akıllı telefon, %27.9'unda bilgisayar olduğu, çocukların %21.2'sinin kendisine ait dijital teknolojik cihazının olduğu, çocukların %79.2'sinin akıllı

telefonda vakit geçirmeyi sevdiği, %42.9'unun dijital cihazları her gün kullandığı, %61.8'inin dijital teknolojik cihazlarda video izlediği ve %26.6'sının herhangi bir sosyal veya sportif etkinliğinin olmadığı belirlenmiştir. Annelerin %65'i çocuklarının dijital teknolojik cihazları kullanmalarına bağlı sağlık problemi yaşadığını ifade etmiştir. Yaşanan sağlık problemlerinin %22.8 ile ilk sırada sinirlilik, ikinci sırada %15.6 ile dikkat dağınıklığı, üçüncü olarak %15.3 ile göz problemleri olduğu belirlenmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Teknoloji ve Dijital Oyun Oynama, Uygulama Kullanma Alışkanlıklarına Yönelik Ebeveyn Yaklaşımları Ölçek puan ortalaması: 18.32±6.48'dir.

Anne, çocuk ve aileye ilişkin sosyodemografik özelliklere göre ölçek puan ortalamaları incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0.05$)(Tablo 3).

Tablo 4'te dijital teknolojik cihaz kullanım özelliklerine göre ölçek puan ortalaması gösterilmiştir. Buna göre her gün dijital teknolojik cihaz kullanan ve dijital cihaz kullanımına bağlı sağlık problemi yaşayan çocukların annelerinin ölçek puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 1. Anne, Çocuk ve Aileye İlişkin Sosyodemografik Özellikler

Özellikler	n	%
Anne Eğitim düzeyi		
İlköğretim	49	24.1
Lise	50	24.6
Üniversite	104	51.2
Baba Eğitim düzeyi		
İlköğretim	27	13.3
Lise	60	29.6
Üniversite	116	57.1
Anne Çalışma durumu		
Çalışıyorum	101	49.8
Çalışmıyorum	102	50.2
Gelir Durumu		
Düşük	37	18.2
Orta	137	67.5
Yüksek	29	14.3
Aile Tipi		
Çekirdek aile	185	91.1
Geniş aile	18	8.9
Çocuğun yaşı (ay): 47.46±16.91 (Min:6, Maks: 74)		
0-23 ay	10	4.9
24-35 ay	40	19.7
36-47 ay	52	25.6
48-59 ay	38	18.7
60-71 ay	46	22.7
72 ay ve üzeri	17	8.4
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	99	48.8
Erkek	104	51.2

Tablo 2. Ailelerin dijital teknolojik cihaz kullanım özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	n	%
Evinizde hangi dijital teknolojik cihazlar var?*		
Akıllı telefon	203	49.7
Tablet	81	19.8
Bilgisayar	114	27.9
Oyun Konsolu	10	2.4
Çocuğunuza ait dijital teknolojik cihaz var mı?		
Evet	43	21.2
Hayır	160	78.8
Çocuğunuzun en çok vakit geçirmeyi sevdiği dijital teknolojik cihaz hangisidir?*		
Akıllı telefon	172	79.2
Tablet	35	16.1
Bilgisayar	6	2.7
Oyun Konsolu	4	1.8
Çocuğunuzun dijital teknolojik cihaz kullanma sıklığı		
Her gün	87	42.9
Haftada 4-6 kez	29	14.3
Haftada 1-3 kez	59	29.1
Haftada 1 kez	28	13.8
Çocuğunuz dijital teknolojik cihazlarda en çok hangi uğraşla vakit geçiriyor?*		
Oyun oynama	55	22.5
Video izleme	151	61.8
Eğitici programlar	38	15.5
Çocuğunuzun sosyal etkinlik ya da spor etkinliğine devam etme durumu		
Hiçbir zaman	54	26.6
Nadiren	49	24.1
Ara sıra	60	29.6
Çok sık	25	12.3
Her zaman	15	7.4
Çocuğunuz dijital teknolojik cihazları kullanmaya bağlı herhangi bir sağlık problem yaşıyor mu?		
Evet	132	65.0
Hayır	71	35.0
Yaşanan problemler*		
Sinirlilik	76	22.8
Dikkat dağınıklığı	52	15.6
Göz problemi (ağrı, sulanma)	51	15.3
Ağlama	45	13.5
Uyku problemleri	26	7.8
İştahsızlık	22	6.6
Boyun ağrısı	17	5.1
Baş ağrısı	17	5.1
Yorgunluk/Halsizlik	15	4.5
Sırt ağrısı	11	3.3

*Birden fazla seçenek işaretlenmiş; yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Anne, Çocuk ve Aileye İlişkin Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puan Ortalaması

Özellikler		
Anne Eğitim düzeyi		
İlköğretim	19.12±6.98	$p^*=0.668$
Lise	17.82±6.54	
Üniversite	18.19±6.23	
Baba Eğitim düzeyi		
İlköğretim	18.70±6.72	$p^*=0.748$
Lise	19.06±7.15	
Üniversite	17.85±6.07	
Anne Çalışma durumu		
Çalışıyorum	18.53±6.54	$p^{**}=0.467$
Çalışmıyorum	18.11±6.44	
Gelir Durumu		
Düşük	18.00±7.48	$p^*=0.258$
Orta	18.25±6.47	
Yüksek	19.06±5.19	
Aile Tipi		
Çekirdek aile	18.14±6.29	$p^{**}=0.319$
Geniş aile	20.16±8.16	
Çocuğun yaş grubu		
0-23 ay	16.80±5.67	$p^*=0.321$
24-35 ay	17.90±6.51	
36-47 ay	19.09±7.73	
48-59 ay	18.89±5.73	
60-71 ay	18.60±6.00	
72 ay ve üzeri	15.82±5.44	
Çocuğun cinsiyeti		
Kız	18.43±6.30	$p^{**}=0.525$
Erkek	18.22±6.68	

*Kruskal Wallis Testi **Mann-Whitney U Testi

Tablo 4. Çocukların Dijital Teknolojik Cihaz Kullanım Özelliklerine Göre Annelerin Ölçek Puan Ortalaması

	$\bar{X}\pm SD$	Test ve p değeri
Çocuğunuza ait dijital teknolojik cihaz var mı?		
Evet	19.53±5.97	
Hayır	18.00±6.59	$p^{**}=0.046$
Çocuğunuzun dijital teknolojik cihaz kullanma sıklığı		
Hergün	21.42±7.22	
Haftada 4-6 kez	19.34±4.92	$p^*=0.000$
Haftada 1-3 kez	15.59±3.92	
Haftada 1 kez	13.39±4.05	
Çocuğunuzun sosyal etkinlik ya da spor etkinliğine devam etme durumu		
Hiçbir zaman	17.94±6.42	
Nadiren	18.55±6.38	$p^*=0.790$
Ara sıra	19.15±7.22	
Çok sık	17.28±6.01	
Her zaman	17.40±4.74	
Çocuğunuz dijital teknolojik cihazları kullandığında herhangi bir sağlık problemi yaşıyor mu?		
Evet	19.62±6.75	
Hayır	15.91±5.20	$p^{**}=0.000$

*Kruskal Wallis Testi **Mann-Whitney U Testi

4. TARTIŞMA

Erken çocukluk döneminde çocukların dijital teknoloji kullanımında ebeveynler önemli rol oynar. Özellikle bu dönemde dijital teknolojilerin ebeveyn denetiminde ve kontrollü olarak kullanılması önerilmektedir. Bu çalışmada 0-6 yaş çocukların akıllı telefon, tablet, bilgisayar gibi dijital teknolojileri kullanma alışkanlıkları ve annelerin yaklaşımları incelenmiştir. Çalışmaya katılan annelerin ölçekten aldıkları puan ortalamalarına göre çocuklarını dijital teknoloji kullanımına sevk edici bir yaklaşımının olduğu söylenebilir. Literatürde ebeveynlerin teknoloji kullanımına yönelik bazı yaklaşımları kullandığı belirlenmiştir. Bazı çalışmalarda ebeveynlerin dijital cihazlarda geçirilen süreyi kısıtlamak ya da belirli bir içeriğin

izlenmesini engellemek için çocuklarına kural koyarak kısıtlayıcı yaklaşım uyguladığı bulunmuştur.³⁰⁻³² Sanders ve ark.¹⁰ çalışmalarında, çocukların ekran önünde geçirdiği sürenin yönetiminde genel ebeveynlik yaklaşımlarının yeterli olmadığını, teknoloji kullanımı ile ilgili ebeveynlik yaklaşımlarının olması gerektiğini belirtmişlerdir.

Dijital teknolojilerin yaygınlaşmasıyla birlikte günümüzde çocuğun büyüdüğü ortamda en az bir dijital teknoloji cihazı bulunmaktadır. Kabali ve ark.²⁶ çalışmalarında 6 ay ila 4 yaş arası çocukların yaklaşık % 97'sinin bir mobil cihaz kullandığını, 4 yaşındaki çocukların yaklaşık dörtte üçünün ilk sırada tablet olmak üzere kendi mobil cihazının olduğunu belirtmiştir. Türkiye'de cep telefonu kullanıcı oranı % 96.9, internet kullanımı %75.3'tür.^{33,34} Bu çalışmada da ailelerin tümünde akıllı telefon olduğu ve çocukların çoğunluğunun akıllı telefonda vakit geçirmeyi sevdiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda çocukların akıllı telefon ve tablet gibi mobil cihaza erişim oranlarının arttığı^{6,10,35}, akıllı telefonun hemen hemen her evde bulunduğu^{31,36} ve çocuklarının tamamına yakınının akıllı telefon kullandığı³⁷ belirlenmiştir.

Dijital teknolojik cihazların yaygınlaşması ve her an ulaşılabilir olması kullanım sıklığını ve süresini arttırmaktadır. Bu çalışmada çocukların %42.9'unun dijital cihazları her gün kullandığı belirlenmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi (APA) ekran maruzluğunun 2 yaştan önce olmamasını, sonraki yaşlarda ise süre sınırlamasının olmasını önermektedir.² Benzer şekilde yapılan bir çalışmada 3-6 yaş arasındaki çocukların yarıdan fazlasının dijital teknolojik cihazları her gün yaklaşık 1 saat kullandığı belirlenmiştir.³⁰ Pempek ve Daniel çalışmalarında 12-48 aylık çocukların yaklaşık % 46'sının her gün 15 dakika veya daha az sürede tablet kullandığını bulmuştur.³⁸ Rideout ve ark.⁶ 0-8 yaş arasındaki çocukların mobil cihaz kullanım süresinin 2 yılda günde ortalama 5 dakikadan 15 dakikaya çıktığını bildirmiştir. Bu çalışmada çocukların en çok video izlemek ve oyun oynamak amacıyla dijital teknolojik cihazları kullandığı, eğitimsel amaçların son sırada yer aldığı belirlenmiştir. Başka bir çalışmada 6-8 yaş arası çocukların internet bağlanabilen dijital teknolojik cihazlarda en sık oyun oynadıkları ve video izledikleri bulunmuştur.³¹ Özkan³⁹ çalışmasında çocukların çoğunluğunun bilgisayar ve tableti oyun oynamak amacıyla kullandığını belirlemiştir. Rideout⁶, 0-8 yaş arası çocukların %37'sinin bir tablette oyun oynadığını ve % 28'inin video izlediğini bulmuştur.

Bebeklikten itibaren erken çocukluk döneminde geleneksel veya mobil teknolojilerin uzun süre kullanılması fiziksel veya davranışsal

sağlık sorunlarına yol açtığı belirtilmektedir.^{10,11} Bu çalışmada annelerin %65'i çocukların dijital teknolojik cihazları kullanmaya bağlı sinirlilik, dikkat dağınıklığı ve göz problemleri başta olmak üzere birtakım sağlık problemleri yaşadığını ifade etmiştir. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada dijital oyun oynamanın çocuklarda anksiyete, agresif tutum, gözlerde kuruluk, ağrı ve kızarıklık gibi sağlık sorunlarına yol açtığı belirlenmiştir.⁴⁰ Başka bir çalışmada dijital teknoloji kullanımının çocuklarda davranış problemleri, üzüntü, can sıkıntısı gibi duygularla ilişki olduğu bulunmuştur.^{30,41} Christakis ve ark.⁴² çalışmalarında 1-3 yaş çocuklarda günlük televizyon izleme süresinin dikkat sorunlarına yol açabileceğini, Heffler ve ark.⁴³ kohort çalışmalarında 12-18 aylarda televizyon veya video izlemenin çocukların sonraki yaşlarında otizme benzer belirtiler gösterdiğini bulmuştur.

Çalışmamızda her gün dijital teknolojik cihaz kullanan ve buna bağlı sağlık problemi yaşayan çocukların annelerinde ölçek puan ortalamasının anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum annelerin çocuklarını dijital teknolojileri kullanmasına karşı sevk edici bir yaklaşım sergilemesi ile ilişkili olabilir. Sevk edici yaklaşımın kullanım sıklığının artmasına bu da çocuğun kullanıma bağlı birtakım sorunlar yaşamasına yol açmaktadır. Benzer şekilde yapılan bir çalışmada 3-6 yaş çocuklarda dijital teknoloji kullanımına bağlı davranış problemlerinin çevrimiçi ve dijital aktivitelerde harcanan süre ile ilişkili olduğu bulunmuştur.³⁰ Başka bir çalışmada da teknoloji kullanımı konusunda daha izin verici, daha az otoriter olan ebeveynlerin çocuklarının mobil teknolojiler ile daha fazla zaman geçirdikleri bildirilmiştir.⁴⁴

Çalışmanın il merkezindeki bir üniversite hastanesinin çocuk polikliniğine başvuran anneler ile yürütülmesi ve örneklem sayısının küçük olması bu çalışmanın sınırlılıklarıdır. Bu nedenle sonuçlar yalnızca örneklem grubuna genellenebilir. Konuya ilişkin daha geniş örnekleme izlem ve müdahale çalışmaları planlanabilir.

SONUÇ

Çalışmada dijital teknolojilerin yaygınlaştığı, her çocuğun akıllı telefon erişim olanağının olduğu ve akıllı telefonda vakit geçirmeyi sevdiği, yarıdan fazlasının dijital teknolojik cihazları kullanmaya bağlı sağlık problemi yaşadığı belirlenmiştir. Dijital teknoloji kullanımına yönelik sevk edici yaklaşım gösteren annelerin çocuklarında dijital cihazların her gün kullanıldığı ve buna bağlı sağlık problemleri yaşandığı görülmektedir. Ebeveynlerin dijital teknoloji konusunda bilgilendirilmesi, teknoloji kullanım planı oluşturulması ve bu

cihazların ebeveyn denetiminde kullanılması önerilebilir.

Çıkar Çatışması: Yazarların herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Maddi Destek: Çalışma için herhangi bir maddi destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

1. Reid Chassiakos Y, Radesky J, Christakis D, Morano MA, Cross C. AAP Council on Communications and Media. Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*. 2016;138(5): 2593.
2. Council on Communications and Media. Children, Adolescents, and the Media. *Pediatrics*. 2013;132(5):958-961.
3. AAP Council on Communications and Media. Media and Young Minds. *Pediatrics*. 2016;138(5):2591
4. Kandır EH. Dijital Çocukluğun Esaretinden Kaçış: Doğa Eğitimleri. *Ayrıntı Dergisi* 2016;3(36).
5. Holloway D, Green L, Livingstone S. Zero to eight. Young children and their internet use. LSE, London: EU Kids Online. 2013. http://eprints.lse.ac.uk/52630/1/Zero_to_eight.pdf Erişim Tarihi: 26/09/2020
6. Rideout VJ. Zero to eight: Children's media use in America 2013: A Common Sense Media research study. 2013. <https://www.commonsensemedia.org/research/zero-to-eight-childrens-media-use-in-america-2013> Erişim Tarihi: 18/09/2020
7. Lemish D, Kolucki B. Medya ve Erken Dönem Çocukluk Gelişimi, Çocuklarla İletişim: Yetiştirme, İham Verme, Harekete Geçirme, Eğitim ve İyileştirme İlke ve Uygulamaları (Çev: S. Yeğin). I. Türkiye Çocuk ve Medya Kongresi Bildiriler Kitabı 2. 2013;13-34.
8. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması. http://www.tuik.gov.tr/MicroVeri/HHBTKA2013/turkce/ozet_tablolar/index.html. Erişim Tarihi: 18/09/2020
9. Radesky JS, Schumacher J, Zuckerman B. Mobile and interactive media use by young children: the good, the bad, and the unknown. *Pediatrics*. 2015;135(1):1-3.
10. Sanders W, Parent J, Forehand R, Breslend NL. The roles of general and technology-related parenting in managing youth screen time. *J Fam Psychol*. 2016;30(5):641-646.
11. Paudel S, Jancey J, Subedi N, Leavy J. Correlates of mobile screen media use among children aged 0–8: a systematic review. *BMJ Open* 2017;7:e014585.
12. Common Sense Inc. (2017). The common sense census: Media use by kids age zero to eight 2017. Common Sense Media. <https://www.commonsensemedia.org/research/the-common-sense-census-media-use-by-kids-age-zero-to-eight-2017>. Erişim Tarihi: 18/09/2020
13. Shifrin D, Brown A, Hill D, Jana L, Flinn S.K. (2015). Growing up digital: Media research symposium. American Academy of Pediatrics, 2015. https://www.aap.org/en-us/Documents/digital_media_symposium_proceedings.pdf Erişim Tarihi 18/09/2020
14. Mustafaoğlu R, Zirek E, Yasacı Z, Razak Özdeşler A. Dijital teknoloji kullanımının çocukların gelişimi ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri. *Addicta: The Turkish Journal on Addiction* 2018;5: 227-247.
15. Tomopoulos S, Dreyer BP, Berkule S, Fierman AH, Brockmeyer C, Mendelsohn AL. Infant media exposure and toddler development. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2010;164(12):1105-1111.
16. Kerckaert S, Vanderlinde R, van Braak J. The role of ICT in early childhood education: Scale development and research on ICT use and influencing factors. *European Early Childhood Education Research Journal* 2015;23(2):183-199.
17. Hinkley T, Salmon J, Okely AD, Trost SG. Correlates of sedentary behaviours in preschool children: a review. *Int J Behav Nutr Phys Activity* 2010;7:66.
18. Robinson TN, Banda JA, Hale L, Lu AS, Fleming-Milici F, Calvert SL, Wartella E. Screen media exposure and obesity in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(2):97-101.
19. Nathanson AI, Fries PT. Television exposure, sleep time, and neuropsychological function among preschoolers. *Media Psychol*. 2014; 17 (3):237-261.
20. Vijakhana N, Wilaisakditipakorn T, Ruedeekhajorn K, Pruksananonda C, Chonchaiya W. Evening media exposure reduces night-time sleep. *Acta Paediatr*. 2015;104(3):306-312.
21. Christakis DA, Ramirez JSB, Ferguson SM, Ravinder S, Ramirez J-M. How early media exposure may affect cognitive function: a review of results from observations in humans and experiments in mice. *PNAS* 2018;115(40):9851-9858.
22. Madigan S, Browne D, Racine N, Mori C, Tough S. Association between screen time and children's performance on a developmental screening test. *JAMA Pediatr*. 2019;173(3):244-250

23. Jago R, Stamatakis E, Gama A, Carvalhal IM, Nogueira H, Rosado V, Padez C. Parent and child screen-viewing time and home media environment. *Am J Prev Med.* 2012;43(2):150-158
24. Coyne SM, Radesky J, Collier KM, Gentile DA, Linder JR, Nathanson AI, Rasmussen EE, Reich SM, Rogers J. Parenting and Digital Media. *Pediatrics.* 2017;140(2):S112-116.
25. Toran M, Ulusoy Z, Aydın B, Deveci T, Akbulut A. Çocukların dijital oyun kullanımına ilişkin annelerin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi.* 2016; 24(5): 2278-2263.
26. Kabali HK, Irigoyen MM, Nunez-Davis R, Budacki JG, Mohanty SH, Leister KP, Bonner RL. Exposure and use of mobile media devices by young children. *Pediatrics* 2015;136:1044-50.
27. Cingel DP, Kremer, M. Predicting media use in very young children: The role of demographics and parent attitudes. *Communication Studies* 2013;64(4):374-394.
28. Radesky JS, Peacock-Chambers E, Zuckerman B, Silverstein M. Use of mobile technology to calm upset children: associations with socialemotional development. *JAMA Pediatr.* 2016;170(4):397-399
29. Kanak M, Özyazıcı K. Okul Öncesi Dönem Çocuklarının Dijital Oyun Oynama, Uygulama Kullanma Alışkanlıklarına Yönelik Ebeveyn Yaklaşımlarının Belirlenmesi Ölçeği: Geçerlilik Güvenirlik Çalışması. 5. Uluslararası Okul Öncesi Eğitim Kongresi, 2017.
30. Wu CS, Fowler C, Lam WY, Wong HT, Wong CH, Yuen Loke A. Parenting approaches and digital technology use of preschool age children in a Chinese community. *Ital J Pediatr.* 2014; 40: 44.
31. Özsoy D, Atılgan, S. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'ndeki 0-8 yaş grubu çocukların internet kullanımını ve bu kapsamda ebeveyn arabuluculuğu: Nitel bir araştırma. *Selçuk İletişim* 2018;11 (2):96-125.
32. Cabello-Hutt T, Cabello P, Claro M. Online opportunities and risks for children and adolescents: The role of digital skills, age, gender and parental mediation in Brazil. *New Media & Society* 2017;20(7):2411-2431.
33. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2016 <http://tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=21779> Erişim Tarihi: 18/09/2020
34. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması, 2019 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30574> Erişim Tarihi: 18/09/2020
35. Pew Research Center, Tablet Ownership 2013 <https://www.pewresearch.org/internet/2013/06/10/tablet-ownership-2013/> Erişim Tarihi: 18/09/2020
36. Kanak M, Özyazıcı K. An analysis of some variables influencing parental attitudes towards technology and application use and digital game playing habits in the preschool period, *Inonu University Journal of the Faculty of Education* 2018;19(2):341-354.
37. Yazıcı E, Gençer E. Okul öncesi çocukların bilgi ve iletişim teknolojileriyle etkileşiminin bazı değişkenler yönünden incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2016;24(5):2235-2252.
38. Pempek TA, McDaniel BT. Young children's tablet use and associations with maternal well-being. *J Child Fam Stud.* 2016;25:2636-2647.
39. Özkan B. Anne görüşlerine göre 5-6 yaş çocukların bilgisayar/tablet kullanım düzeyleri. *The Journal of Academic Social Science* 2017;5(54):390-399.
40. Mustafaoğlu R, Yasacı Z. Dijital oyun oynamanın çocukların ruhsal ve fiziksel sağlığı üzerine olumsuz etkileri. *Bağımlılık Dergisi.* 2018; 19(3): 51-58.
41. Rideout V, Foehr UG, Roberts DF. Generation M2: media in the lives of 8- to 18-year olds. 7500. Menlo Park, CA: The Kaiser Family Foundation; 2010. <https://www.kff.org/other/event/generation-m2-media-in-the-lives-of/> Erişim Tarihi: 18/09/2020
42. Christakis DA, Zimmerman FJ, DiGiuseppe DL, McCarty CA. Early television exposure and subsequent attentional problems in children. *Pediatrics.* 2004;113(4):708-713.
43. Heffler KF, Sienko DM, Subedi K, McCann KA, Bennett DS. Association of early-life social and digital media experiences with development of autism spectrum disorder-like symptoms. *JAMA Pediatr.* 2020; ;e200230.
44. Konok V, Bunford N, Miklósi Á. Associations between child mobile use and digital parenting style in Hungarian families, *Journal of Children and Media* 2020;14(1): 91-109.



How Much Do Family Physicians Take Care of Their Health? : A Cross-Sectional Study

Aile Hekimleri Sağlıklarına Ne Kadar Dikkat Ediyor? : Kesitsel Bir Çalışma

Murat Çevik¹, Raziye Şule Gümüştakım^{*2}, Celal Kuş², Pınar Bilgili³

ABSTRACT

Objective: A healthy lifestyle is defined as the control of all behaviors that affect the health of the individual, choosing behaviors appropriate to his/her health status in organizing daily activities. Healthy lifestyle behaviors, adequate and regular exercise, balanced diet, not smoking, health responsibility, stress management. Being healthy is the fundamental right of every human being, as well as ensuring and maintaining this is the main purpose of healthcare professionals, family physicians have a great responsibility in this regard. The aim of this study is to determine the healthy lifestyle behaviors of family physicians and related factors. **Method:** Our cross-sectional and descriptive study was conducted with 289 family physicians who answered the questions by participating via a link shared on the web between April and June 2019. In addition to the questionnaire in which the participants were questioned about 9-question socio-demographic information, the healthy lifestyle behaviors scale-II (HLBS-II). SPSS version 20.0 statistical package program was used in the analysis of the data, Student t test, One-way variance (Anova) analysis, Mann-Whitney U Test, Kruskal Wallis Test and Spearman Correlation Test were used in statistical analysis. **Results:** The average age of family physicians participating in the study was 39.99±9.52 years and 50.9% of them were male. HLBS-II total score average is 123.39±22.56. The highest score was obtained on interpersonal relationships, the lowest score on physical activity factor. Physical activity and nutrition scores of those who are over the age of 45, who work 21 years or more in the profession and who smoke and quit; women's health responsibility, nutrition and interpersonal scores; physical activity scores of divorced/widows; physical activity, stress management and total scores of those living in the village for a long time; physical activity scores of alcohol users and spiritual development scores of non-users were found to be significantly higher than the others. **Conclusion:** Family physicians, who should set an example to the society with their healthy lifestyles, should make more effort in this regard and adapt the healthy lifestyle to their own lives before patients.

Key words: Healthy life style behaviors, physical activity, nutrition, HLBS-II, family physicians

ÖZET

Giriş: Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışların kendisi tarafından kontrol edilmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve hijyenik önlemleri içerir. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesinin sağlık personelinin temel amacı olmasının yanında, ilk temas noktası aile hekimlerinin bu konudaki sorumluluğu büyüktür. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve ilişkili etmenleri belirlemektir. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı özellikteki çalışmamız Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında web ortamında paylaşılan link üzerinden soruları cevaplandıran 289 aile hekimi ile yürütülmüştür. Katılımcılara 9 soruluk sosyodemografik bilgilerin sorgulandığı anketin yanı sıra 52 maddelik Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II (SYBDÖ-II) uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS versiyon 20.0 istatistik paket programı, istatistiksel analizde Student t Testi, Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi, Mann-Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması 39,99±9,52 yıl olup %50,9'u erkektir. SYBDÖ-II toplam puan ortalaması 123,39±22,56'dır. En yüksek puan kişiler arası ilişkiler, en düşük puan fiziksel aktivite faktöründe alınmıştır. 45 yaş üstü olan, meslekte 21 yıl ve üzeri çalışan ve sigara kullanıp bırakanların fiziksel aktivite ve beslenme; kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler; boşanmış/dulların fiziksel aktivite; uzun süre köyde yaşayanların fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puan; alkol kullananların fiziksel aktivite ve kullanmayanların manevi gelişim puanları diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. **Sonuç:** Topluma sağlıklı yaşam biçimleriyle örnek olması gereken aile hekimlerinin bu konuda daha çok çaba sarf etmesi ve sağlıklı yaşam biçimini hastalardan önce kendi yaşamlarına uyarlamaları gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, fiziksel aktivite, beslenme, SYBDÖ-II, aile hekimleri

Received / Geliş tarihi: 27.10.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.02.2021

¹ Ankara Gütül Aile Sağlığı Merkezi, Ankara-TÜRKİYE.

² Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş-TÜRKİYE.

³ Antalya Güzeloba 19 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Antalya-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Raziye Şule Gümüştakım, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş-TÜRKİYE.

E-mail: sulesu82@gmail.com

Çevik M, Gümüştakım RŞ, Kuş C, Bilgili P. Aile Hekimleri Sağlıklarına Ne Kadar Dikkat Ediyor? : Kesitsel Bir Çalışma. TJFMPC, 2021;15(2): 315-326.

DOI: 10.21763/tjfm.815378

GİRİŞ

Her insanın mutlu, huzurlu, başarılı ve kaliteli bir yaşam sürme isteği vardır. Sağlıklı olmak, sağlıklı yaşamak ve sağlıklı yaşlanmak bu isteğini sürdürmesinin en temel koşuludur. Geçmiş dönemlerde geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmayışı şeklinde algılanmış ve tanımlanmış olmakla birlikte bu tanım hastalık kavramını öne çıkarmış, kişilerin sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve belirli semptomları veya sakatlığı olmayan herkes sağlıklı kabul edilmiştir.^{1,2} Günümüzde halen geçerliliğini koruyan ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1947'deki sağlık tanımında ise sağlık; 'sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.' şeklinde tanımlanmaktadır.³ Günümüzdeki sağlık anlayışı; bireyin, ailenin ve toplumların sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli ve bütüncül bakım yaklaşımını öngörmektedir.⁴ Sağlıklı yaşam biçimi ise, bireyin sağlığını etkileyen tüm davranışların kendisi tarafından kontrol edilmesi, günlük aktivitelerini düzenlemede kendi sağlık statüsüne uygun davranışları seçmesi olarak tanımlanmıştır. Sağlığı geliştiren davranışlar, bireyin iyilik düzeyini artıran, kendini geliştirmeyi sağlayan davranışları kapsar. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, yeterli ve düzenli egzersiz yapma, dengeli beslenme, sigara kullanmama, sağlık sorumluluğu, stres yönetimi ve hijyenik önlemleri kapsamaktadır. Sağlıklı olmak her insanın temel hakkı olup, bunun sağlanması ve sürdürülmesi sağlık personelinin temel amacı olması yanı sıra kişinin de kendi sorumluluğudur. Kişinin sağlığı geliştirici davranışları kazanması, kendini kontrol etmesi ve bu davranışları kazanmak için istek duyması ile mümkün olup sağlığı geliştirmek için olumlu sağlık davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesi gereklidir.^{5,6} Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını, yaşam biçimi haline dönüştüren birey, sağlıklı olma halini sürdürebildiği gibi sağlık durumunu daha iyi bir seviyeye ulaştırabilir. Bu nedenle, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi ve sürdürülmesi sağlığın ve hastalıklardan korunmanın temelini oluşturmakta bu durum da, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesinde en önemli etken olan yaşam şekillerinin geliştirilmesine yönelik uygulamaların önemini ortaya çıkarmaktadır.⁷⁻⁹

Günümüz dünyasının bilim, teknoloji, sanayi ve sosyal hayattaki hızlı gelişmeleri insanlarda da ciddi bir değişim süreci oluşturmakta ve bireylerin daha kaliteli yaşam beklentilerini artırmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler bazı hastalıkların nedenlerini açıklayıp tedavi etse de bunların yerine yeni 'ölüm nedenleri' ortaya çıkmaktadır. Dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde ölüm nedenleri bulaşıcı hastalıklar değil de daha çok kalp-damar hastalıkları, kanser, yaşam biçimine bağlı sorunlar

(alkol, uyuşturucu alışkanlıkları, sigaraya bağlı hastalıklar, fazla yemeye bağlı obezite vb.) çevre kirliliği gibi faktörlerdir.^{1,10} Bireylere sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılabilmesi için öncelikle sahip oldukları olumlu ya da olumsuz yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi gerekmektedir. Böylece bireylerin gereksinimleri doğrultusunda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını kazandırmaya yönelik eğitim programları geliştirilebilir. Sağlığı geliştirme modeli, bireyin sağlığını geliştiren davranışlarını etkileyen öğrenme sürecine dikkat çekmekte ve bu süreçte bireylere verilen sağlık eğitiminin önemini vurgulamaktadır.¹¹ Bireylerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının temel sorumluluklarının başında yer almaktadır. Sağlık çalışanlarının temel işlevlerinden biri, sağlıklı ya da hasta bireye sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının kazandırılmasıdır.¹² Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahip olduklarından öncelikle kendi yaşam biçimlerini düzenlemelidirler.¹³ Yapılan bir çalışmada, hekimlerin verdikleri tavsiyelere kendilerinin uymaması durumunda hastalarına güvenilir tıbbi tavsiyeler vermelerinin daha zor olduğu gösterilmiştir.¹⁴

Sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirme ile ilgili önemli görev ve sorumlulukları olan sağlık çalışanlarının, öncelikle kendi sağlıklarını korumak, sürdürmek ve geliştirmek için gerekli yaşam biçimi davranışını kazanmış olması beklenmektedir. İnsanları hastalanmaktan koruyan ve yaşamları boyunca sağlıklı olmalarını sağlayan uygulamaların hepsine birden "Sağlıklı Yaşam Biçimi Uygulamaları" adı verilmektedir.¹⁵ Bu çalışmanın amacı toplumun ilk temas noktası olan ve davranışlarıyla topluma yol göstermesi ve örnek olması gereken aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ne ölçüde hayatlarına uyarlayabildiklerini ve bununla ilişkili etmenleri belirlemektir.

YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı olarak planlanan çalışmanın evrenini Türkiye'deki aile hekimleri oluşturmaktadır. Örneklem hesaplama yöntemiyle Türkiye genelinde 24000 aile hekiminin olduğu, bunlarında 10000'inin web ortamındaki aile hekimlerinin bulunduğu sosyal medya gruplarında yer aldığı düşünülerek %5 hata payıyla ve %99 güven aralığında evren büyüklüğü 10000, örneklem büyüklüğü ise 623 kişi olarak hesaplanmış olup 600 aile hekimine ulaşılması öngörülmüştür.

Çalışma için Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik

Kurulundan 03.04.2019 tarihli ve karar no:01 sayılı izin alınmıştır. Çalışma Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında aile hekimlerinin bulunduğu sosyal medya gruplarında (Facebook) bir link aracılığıyla paylaşılmış olup belirlenen süre içerisinde 300 aile hekimine ulaşılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan aile hekimleri literatür taraması sonucu oluşturulmuş yaş, cinsiyet, medeni durum, meslekte çalışma yılı, şimdiye kadar en uzun yaşanan yer, sigara-alkol kullanma durumu, kronik hastalık varlığı, sürekli ilaç kullanma durumu gibi bilgilerin sorgulandığı 9 soruluk bir form ve 52 soruluk Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'yi doldurmuşlardır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II): Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (SYBDÖ), 1987 yılında Walker, Sechrist ve Pender tarafından sağlığı geliştirme modeli'ni test etmek amacıyla geliştirilmiş¹⁶ olup bu ölçekle bireyin sağlıklı yaşam biçimi ile ilişkili olarak sağlığı geliştiren davranışları değerlendirilmektedir. Ölçeği toplam 48 madde oluşturmaktadır ve 6 alt boyutu vardır. Alt boyutlar; kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu, egzersiz, beslenme, kişilerarası destek ve stres yönetimidir. Her bir alt boyutun bağımsız olarak tek başına kullanılabilme özelliği vardır. Ölçeğin tümünden hesaplanan puan sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanını verir. Ölçeği Walker, Sechrist ve Pender tarafından 1995 yılında 4 madde daha eklenmesiyle 52 maddelik yeni bir ölçek elde edilmiştir.¹⁷ Diğer 48 maddelik ölçekle yeni 52 maddelik ölçek arasındaki tek fark madde sayısıdır. Bu çalışmada SYBDÖ II olarak adlandırılan, Türkiye'deki geçerliliği ve güvenilirliği Bahar ve arkadaşları (2008) tarafından yapılmış 52 maddeden oluşan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları II Ölçeği (Cronbach Alfa İç Tutarlılık katsayısı: 0,92) kullanılmıştır.¹⁵ Ölçeğin 6 alt boyutu vardır. Alt boyutlar; sağlık sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), fiziksel aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), kişilerarası ilişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49), stres yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47)'dir. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin tüm maddeleri olumludur ve ters madde içermemektedir. İşaretleme 4'lü likert tipli ölçek üzerine yapılmakta olup "Hiçbir zaman" yanıtı için 1, "Bazen" yanıtı için 2, "Sık sık" yanıtı için 3, "Düzenli olarak" yanıtı için 4 puan verilir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52 ve en yüksek puan 208'dir.

Veri Analizi ve İstatistiksel Yöntemler

Verilerin analizinde SPSS versiyon 20.0 istatistik paket programı kullanıldı. Elde edilen verilerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle

(Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri) incelenmiştir.

Çalışmanın tanımlayıcı istatistiklerinin gösteriminde, sürekli sayısal değişkenler için ortalama±standart sapma (SS) ve ortanca, minimum-maksimum değerler, kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%) kullanılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren sürekli değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Student t Testi Analizi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Tek Yönlü Varyans (Anova) Analizi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Normal dağılıma uymadığı saptanan değişkenler için iki bağımsız grup arasındaki istatistiksel anlamlılıklarda Mann-Whitney U Testi, üç ve daha fazla bağımsız grup arasında Kruskal Wallis Testi istatistiksel yöntem olarak kullanılmıştır. Üç ve daha fazla bağımsız grup arasında anlamlı fark saptandığında farkın kaynağını saptamaya yönelik Bonferroni Düzeltmesi uygulanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Spearman Korelasyon Testi ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0,05 olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine ait tanımlayıcı istatistikler

Bu çalışma, aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimini araştırmak amacıyla, Türkiye geneli, yaşları 25-62 arası olan, birinci basamakta çalışan aile hekimleri ile yürütülmüştür. Sorulara uygunsuz ve eksik cevap veren iki anket çalışma dışı bırakılmıştır (anket no:89 ve 273). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin yaş ortalaması 39,99±9,52 yıl olarak bulunmuştur. Katılımcıların 147'si (%50,9) erkek, 142'si (%49,1) kadın iken, 219'u (%75,8) evli, 51'i (%17,6) hiç evlenmemiş ve 19'u (%6,6) boşanmış veya eşi ölmüştür. Katılımcıların meslekteki çalışma yılı ortalama 15,16±9,72 olup, en az çalışan 1 yıl ve en çok çalışan 36 yıl çalışmıştır. Her dört hekimden üçü (%75,8) kent merkezinde yaşamaktaydı. Sigara 71 (%24,6), alkol 104 (%36,0), hem sigara hem alkol kullanan hekim sayısı 28 (%9,6) idi. Katılımcıların %29,4'ünde kronik hastalık var iken, %28,4'ü devamlı ilaç kullanmaktaydı. En sık hipertansiyon (23 kişi-%7,9), diabetes mellitus (19 kişi-%6,5), Astım-Koah (14 kişi-%4,8) ve tiroid bozuklukları (13 kişi-%4,4) görülmekteydi. (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri			
Özellik		Sayı	Yüzde
Yaş	35 ve altı	113	39,1
	36-45	72	24,9
	45 yaş üstü	104	36,0
Ortalama±SS: 39,99±9,52 Ortanca: 40,0 Min: 25,0 Maks: 62,0			
Meslekteki Çalışma yılı	1-10	116	40,1
	11-20	76	26,3
	21 ve üstü	97	33,6
Ortalama±SS: 15,16±9,72 Ortanca: 15,0 Min: 1,0 Maks: 36,0			
Cinsiyet	Erkek	147	50,9
	Kadın	142	49,1
Medeni durum	Evli	219	75,8
	Hiç evlenmemiş	51	17,6
	Boşanmış/Dul	19	6,6
Yaşanan yer	Kent merkezi	219	75,8
	İlçe merkezi	62	21,5
	Belde/köy	8	2,8
Sigara kullanımı	Hiç kullanmadım	149	51,6
	Halen kullanıyorum	71	24,6
	Kullandım bıraktım	69	23,9
Alkol kullanımı	Evet	104	36,0
	Hayır	186	64,0
Kronik hastalık durumu	Evet	85	29,4
	Hayır	204	70,6
İlaç kullanım durumu	Evet	82	28,4
	Hayır	207	71,6
Toplam		289	100,0

2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına İlişkin Bulgular

Araştırmadaki katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinde yer alan ifadelerle vermiş oldukları cevapların aritmetik ortalaması ve standart sapması Tablo 2’de gösterilmektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Anketinin ifadeleri arasında 48. sırada olan “İlahi bir gücün varlığına inanırım.” ifadesi (3,28) katılımcılar tarafından katılım düzeyi en yüksek ifade olurken, anketin 14. sırasında yer alan “Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim.” ifadesi (1,61) ise katılımcılar tarafından katılım düzeyi en düşük olan ifade olarak görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ile İlgili İfadelerden Aldıkları Puanların Dağılımları

No	İfadeler	X	SS
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım.	2,52	,736
2	Sıvı ve katı yağ, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.	2,46	,862
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım.	2,37	,758
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım.	1,97	,909
5	Yeterince uyurum.	2,62	,897
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim.	2,48	,808
7	İnsanları başarıları için takdir ederim.	3,23	,665
8	Şekeri ve tatluyu kısıtlarım.	2,39	,914
9	TV'de sağlığı geliştirici programlar izler ve bu konularla ilgili kitaplar okurum.	1,96	,859
10	Haftada en az 3 kez 20 dk. ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım(hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)	2,15	,978
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım.	2,27	,868
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım.	2,94	,894
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm.	2,88	,782
14	Her gün 6-11 öğün ekme, tahıl, pirinç ve makarna yerim.	1,61	,761
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım.	2,44	,766
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla)	1,94	,915
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim.	2,53	,833
18	Geleceğe umutla bakarım.	2,55	,881
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım.	2,71	,748
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim.	2,04	,873
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorum olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım.	1,99	,791
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım.	1,91	,877
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm.	2,36	,813
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim.	2,67	,803
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır.	2,85	,792
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim.	2,13	,796
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım.	2,46	,781
28	Haftada en az 3 kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım.	1,69	,889
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım.	2,22	,816
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım.	2,55	,873
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım.	2,90	,828
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim.	2,40	,915
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim.	2,03	,853
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım(örneğin yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)	2,24	,928
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim.	2,30	,822
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum.	2,04	,796
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım.	2,22	,845
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim.	2,26	,828
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım.	1,97	,781
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim.	2,05	,892
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım.	1,84	,844
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım.	2,98	,799
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım.	2,33	,829
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum.	2,36	,987
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım.	1,76	,831
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım.	1,96	,879
47	Yorulmaktan kendimi korurum.	2,13	,804
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım.	3,28	,973
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim.	3,03	,763
50	Kahvaltı yaparım.	2,78	1,046
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım.	2,65	,853
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım.	2,98	,818

X: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 3'de SYBD II'nin ve Alt Boyutlarının Madde-Toplam Puanları verilmektedir. En yüksek ortalama puan kişiler arası ilişkiler faktöründe, en düşük

ortalama puan fiziksel aktivite faktöründe alınmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. SYBD Boyutlarının Psikometrik Özellikleri				
Boyutlar	Alt ve üst ölçek değeri	Ölçekten alınan Min-Maks.	X	SS
Ölçek genel puan	52-208	72-208	123,39	22,56
Sağlık Sorumluluğu	9-36	11-36	19,63	4,45
Fiziksel Aktivite	8-32	8-32	15,90	5,33
Beslenme	9-36	10-36	20,42	4,45
Manevi Gelişim	9-36	9-36	24,47	5,11
Kişilerarası İlişkiler	9-36	10-36	24,68	4,70
Stres Yönetimi	8-32	8-32	18,26	4,03

X: Ortalama, SS: Standart sapma

Tablo 4'te Hekimlerin bazı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi sunulmuştur. Yaş grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,007$ ve $p=0,015$). Post-hoc test sonuçlarına göre; '35 ve altı' ile '36-45 yaş' grupları arasında ve '35 ve altı' ile '45 yaş üstü' grupların fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fiziksel aktivite puan ortalaması farkını ortaya çıkaran '35 ve altı' grup denilebilir. Ayrıca post-hoc sonuçlarına göre '35 ve altı' ile '45 yaş üstü' grupların Beslenme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Meslekteki çalışma yılı grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,006$ ve $p=0,016$). Post-hoc test sonuçlarına göre; '1-10 yıl' ile '11-20 yıl' grupları arasında ve '1-10 yıl' ile '21 ve üstü yıl' grupların fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Fiziksel aktivite puan ortalaması farkını ortaya çıkaran '1-10 yıl' grup denilebilir. Ayrıca post-hoc sonuçlarına göre '1-10 yıl' ile '21 ve üstü yıl' grupların Beslenme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Cinsiyet ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında sağlık sorumluluğu, beslenme, kişiler arası ilişkiler alt grup ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,007$, $p=0,003$ ve $p<0,001$). Kadınların ortalamaları bu alt gruplarda, erkeklere göre anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur.

Medeni durum grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite alt grubunda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,023$). Post-hoc test sonuçlarına göre; 'Evlili' ile 'Bekar' grupları arasında ve 'Bekar' ile 'Boşanmış/dul' grupların fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark

vardır. Fiziksel aktivite puan ortalaması farkını ortaya çıkaran 'Bekar' gruptur denilebilir (Tablo 4).

En uzun yaşanan yer grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite, stres yönetimi alt gruplarında ve toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,018$, $p=0,043$ ve $p=0,015$). Post-hoc test sonuçlarına göre; 'Kent merkezi' ile 'İlçe merkezi' grupları arasında fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Post-hoc sonuçlarına göre 'Kent merkezi' ile 'İlçe merkezi' grupları arasında Stres yönetimi puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Ayrıca ikili karşılaştırma sonuçlarına göre; 'Kent merkezi' ile 'İlçe merkezi' grupları arasında 'Toplam ölçek puanı' ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Sigara kullanımı grupları ile SYBD ölçeği alt grupları karşılaştırmasında fiziksel aktivite ve beslenme alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (sırasıyla $p=0,031$ ve $p=0,031$). Post-hoc test sonuçlarına göre; 'Halen sigara kullanıyorum' ile 'Sigarayı bıraktım' grupları arasında fiziksel aktivite puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardır. Ayrıca post-hoc sonuçlarına göre 'Hiç kullanmadım' ile 'Halen sigara kullanıyorum' grupları arasında beslenme puan ortalaması farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

Toplam puan ile en uzun süre yaşanan yer ortalamaları arasında istatistiksel olarak fark çıkmıştır ($p=0,015$). Yapılan post-hoc karşılaştırmalarda bu farkın kent merkezi ile ilçe merkezi arasındaki farktan ortaya çıktığı bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Hekimlerin bazı özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışına etkisi

Özellik	Sağlık sorumluluğu	Fiziksel aktivite	Beslenme	Manevi gelişim	Kişilerarası ilişkiler*	Stres yönetim	Toplam puan*
Yaş							
35 ve altı	19,21±4,36	14,78±5,39	19,67±4,62	24,59±5,39	24,88±4,76	17,96±3,96	121,11±22,87
36-45	20,12±4,35	16,44±4,82	20,30±4,32	24,40±4,45	24,93±4,40	18,22±4,02	124,43±20,85
45 yaş üstü	19,75±4,61	16,74±5,45	21,32±4,22	24,40±5,28	24,28±4,84	18,63±4,11	125,15±23,34
<i>p</i>	0,437*	0,007*	0,015*	0,905*	0,567 ^a	0,366*	0,381 ^a
Meslekteki çalışma yılı							
1-10 yıl	19,26±4,38	14,81±5,46	19,54±4,62	24,56±5,37	24,85±4,74	17,88±4,03	120,93±22,84
11-20 yıl	19,98±4,34	16,34±4,64	20,75±4,38	24,51±4,83	24,90±4,53	18,36±3,99	124,86±21,56
21 ve üstü yıl	19,80±4,61	16,85±5,50	21,22±4,14	24,34±5,06	24,29±4,79	18,64±4,05	125,17±22,95
<i>p</i>	0,502*	0,006*	0,016*	0,916*	0,616 ^a	0,250*	0,317 ^a
Cinsiyet							
Erkek	19,01±4,44	16,21±5,59	19,66±4,40	24,09±5,30	23,81±4,81	18,16±3,95	120,97±23,41
Kadın	20,28±4,37	15,57±5,05	21,21±4,37	24,87±4,91	25,57±4,42	18,38±4,12	125,90±21,43
<i>p</i>	0,007**	0,456**	0,003**	0,258**	0,001^b	0,436**	0,063 ^b
Medeni durum							
Evli	19,76±4,46	16,15±5,36	20,70±4,30	24,52±5,11	24,58±4,69	18,14±3,99	123,88±22,42
Bekar	18,96±4,73	14,43±5,41	19,11±4,89	24,39±5,42	24,88±4,82	18,50±4,28	120,29±24,54
Boşanmış/dul	19,94±3,39	17,00±4,22	20,73±4,50	24,10±4,45	25,21±4,60	19,10±3,81	126,10±18,60
<i>p</i>	0,257*	0,023*	0,057*	0,853*	0,812 ^a	0,855*	0,514 ^a
En uzun süre Yaşanan yer							
Kent merkezi	19,85±4,43	16,28±5,53	20,66±4,34	24,81±5,11	25,05±4,59	18,55±4,19	125,20±22,53
İlçe merkezi	18,69±4,24	14,27±4,38	19,31±4,58	23,32±4,99	23,53±4,81	17,08±3,25	116,21±21,01
Köy	21,13±6,01	18,25±4,20	22,75±5,18	24,38±5,58	23,50±5,88	19,75±3,49	129,75±26,19
<i>p</i>	0,143*	0,018*	0,059*	0,246*	0,062 ^a	0,043*	0,015*
Sigara kullanımı							
Hiç kullanmadım	20,01±4,58	15,93±4,99	20,81±4,78	24,70±5,48	24,70±4,87	18,56±4,15	124,72±24,04
Halen kullanıyorum	19,07±4,41	14,70±5,33	19,23±4,06	24,23±4,70	24,96±4,67	17,94±3,96	120,13±21,40
Kullandım bıraktım	19,41±4,18	17,09±5,86	20,83±3,90	24,26±4,75	24,35±4,41	17,97±3,83	123,90±20,28
<i>p</i>	0,318*	0,031*	0,031*	0,585*	0,744 ^a	0,393*	0,363 ^a
Alkol kullanımı							
Evet	18,89±3,99	16,87±5,48	20,14±3,85	23,64±4,50	24,12±4,06	18,09±3,44	121,75±19,08
Hayır	20,05±4,65	15,36±5,19	20,58±4,76	24,95±5,39	25,00±5,01	18,37±4,33	124,32±24,30
<i>p</i>	0,055**	0,025**	0,671**	0,041**	0,104 ^b	0,669**	0,322 ^b
Kronik hastalık varlığı							
Var	19,88±4,05	15,72±4,77	20,09±4,15	23,92±4,34	24,44±4,26	18,07±3,40	122,12±18,27
Yok	19,53±4,61	15,98±5,57	20,56±4,58	24,71±5,40	24,78±4,88	18,35±4,27	123,93±24,15
<i>p</i>	0,282**	0,918**	0,757**	0,197**	0,566 ^b	0,682**	0,488 ^b
Sürekli ilaç kullanımı							
Evet	19,84±4,23	15,54±4,72	20,21±4,18	23,83±4,97	24,16±4,64	17,93±3,67	121,50±4,23
Hayır	19,56±4,54	16,05±5,57	20,51±4,56	24,73±5,17	24,89±4,72	18,41±4,16	124,14±4,54
<i>p</i>	0,470**	0,789**	0,949**	0,232**	0,235 ^b	0,341**	0,370 ^b

* Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. ** Mann-Whitney U Testi Analizi yapılmıştır. ^aTek Yönlü Varyans (Anova) Analizi yapılmıştır. ^bStudent t testi analizi yapılmıştır.

Tablo 5'te katılımcıların yaş, meslekteki çalışma yılı, SYBD ölçeği puanları arasındaki korelasyon ilişkisi yer almaktadır. Buna göre yaş, meslekteki çalışma yılı, fiziksel aktivite ve beslenme ölçek alt grupları arasındaki korelasyonlar istatistiksel olarak anlamlıydı ve hepsi pozitif yönlüydü (aynı anda artan veya azalan şekilde). Bekleneceği üzere en

yüksek ilişki 0,965 ile yaş ile meslekteki çalışma yılı arasındaydı. Fiziksel aktivite ile yaş ($r=0,167$) ve meslek yılı ($r=0,160$) arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$). Beslenme ile yaş ($r=0,158$) ve meslek yılı ($r=0,155$) arasında zayıf ama anlamlı bir ilişki vardı ($p<0,05$).

		Yaş	Meslekteki Yılı	Fiziksel aktivite	Beslenme
Yaş	r	1,000			
	p	-			
Meslekteki Yılı	r	0,965	1,000		
	p	0,001	-		
Fiziksel aktivite	r	0,167	0,160	1,000	
	p	0,004	0,006	-	
Beslenme	r	0,158	0,155	0,525	1,000
	p	0,007	0,008	0,001	-

r=Spearman korelasyon katsayısı, p=anlamlılık düzeyi

TARTIŞMA

Kapsayıcı yaklaşım ve toplum yönelimi temel yeterliliklerine uygun olarak ile hekimliği tıp disiplininde toplumun sağlığının geliştirilmesine önem verilmektedir. Hasta-hekim ilişkisi temelinde aile hekimleri kendi yaşam biçimi ile hastalara rol model olabilmektedir. Ayrıca aile hekimleri hizmet verdikleri toplumun yaşam biçimini etkileme özelliğine sahiptir.¹⁸ Literatürde sağlıklı yaşam biçimi ile ilgili hekimler üzerinde yapılan az sayıda çalışma vardır.

Aile hekimlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puanları ortalaması 123,39±22,56 olarak saptanmıştır. Alt boyutlar arasında en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim almıştır. Sağlık çalışanlarında yapılan çalışmalarda SYBDÖ puan ortalaması Yalçınkaya ve ark.nın¹² çalışmasında 121,85±18,05, Duran ve ark.da¹⁹ 121,18±18,4, Yanık ve ark.da²⁰ 130,22±19,12, Pasinlioğlu ve Gözüm¹³ tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeline yapılan çalışmada 117,5±17,1, hastanede çalışan hemşirelerde yapılan bir çalışmada²¹ 125,96±16,99, Şimşek ve ark.nın²² birinci sınıf tıp öğrencilerinde yaptığı başka bir çalışmada 134,4 ± 9,7, Nacar ve ark.nın²³ tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmasında 127,90±18,20, sağlık bilimleri öğrencileriyle yapılan bir çalışmada²⁴ 124,30±17,92, sağlık meslek yüksekokulu öğrencileriyle yapılan bir çalışmada²⁵ 127,05±20,35, Aksoy ve ark.nın²⁶ hemşirelik

öğrencileriyle yaptığı çalışmada 136,12 ± 19,16, öğretim elemanlarında yapılan çalışmalarda Kaya ve ark.nın²⁷ çalışmasında 139,5±18,0 ve Güler ve ark.nın²⁸ çalışmasında ise 128,74±18,24 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda alınan puanların literatürdeki diğer çalışmalarla benzer olduğu görülmekle birlikte bu konudaki çalışmalar daha çok üniversite öğrencilerinde ve hemşirelerde yapılmıştır. Literatürde şimdiye kadar aile hekimleriyle yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ancak yaşam biçimiyle topluma rol model olması gereken aile hekimlerinin alınabilecek en yüksek puanı 208 olan bir ölçekten bu denli düşük bir puan alması üzücüdür.

Çalışmada katılımcıların SYBDÖ alt boyutlarına bakıldığında en yüksek puanı kişilerarası ilişkiler (24,68±4,70) ve manevi gelişim (24,47±5,11) en düşük puanı ise fiziksel aktivite (15,90±5,33) alt boyutları almıştır. Nacar ve ark.nın²³ çalışması bu açıdan çalışmamızı desteklemektedir. Yapılan çalışmaların büyük bir kısmında kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme (SYBDÖ II'de manevi gelişim) durumu en yüksek puanı alırken^{19,20,25,29,32} bazı çalışmalarda ise en yüksek puan kişilerarası ilişkiler alt boyutunda^{12,22} alınmış olup, en düşük puanlar genel olarak fiziksel aktivite boyutundadır.^{19,20,25,29,32} Pasinlioğlu ve Gözüm'un birinci basamak sağlık çalışanlarında yaptıkları çalışmada¹³ en yüksek puan beslenme, en düşük puan ise egzersiz alt boyutunda alınmıştır. Cürcani ve ark.nın²⁹ hemşirelerde yaptığı çalışmanın

sonuçları da bizim çalışmamızla paralel bulunmuştur. SYBDÖ'nün I ve II'si olup II. ölçekte kişilerarası destek ve kendini gerçekleştirme alt boyutları; kişilerarası ilişkiler ve manevi gelişim olarak değiştirilmiştir. Bu şekilde düşünüldüğünde sonuçlarımız literatürle uyumlu gözükmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarında yapılan diğer çalışmalarda da görüldüğü üzere aile hekimlerinin de düzenli fiziksel aktivite yapma alışkanlıklarının olmadığı söylenebilir.

SYBDÖ II yaş açısından değerlendirildiğinde 45 yaş üstü grubun anlamlı olarak fiziksel aktivite ve beslenme alt gruplarında daha yüksek puanlar aldığı gözlenmiştir. Yalçinkaya ve ark.nın sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada çalışmamıza benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da 40 yaş üstü grubun fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanlarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu görülmüştür.¹² Ege ve ark.nın birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personeli ile yaptıkları çalışmada ise 36 yaş ve üzeri grup SYBDÖ'den en yüksek puanı almış olup yaş ile kendini gerçekleştirme, egzersiz, beslenme ve stres yönetimi alt boyutlarında anlamlı fark gözlenmiştir.³⁰ Bu durumdan özellikle hekim olan çalışma grubumuzun yaş ilerledikçe kronik hastalıklardan çekindikleri için fiziksel aktivite ve beslenmelerine daha çok dikkat ettikleri ve sağlıklarına daha fazla özen gösterdikleri sonucu çıkarılabilir.

Çalışmamızda meslekteki çalışma yılı 21 ve üstü yıl olanların yaşta olduğu gibi fiziksel aktivite ve beslenme alt boyut puanları daha yüksek olarak saptanmıştır. Yanık ve Noğay'ın çalışmasında 1 yıldan az çalışanların 11-15 yıl çalışanlardan fiziksel aktivite ve stres yönetimi puanları daha düşüktür. Yine aynı çalışmada 1-5 yıl çalışanların 11-15 yıl ve 6-10 yıl çalışanların 11-15 yıl çalışanlardan fiziksel aktivite puanları daha yüksektir.²⁰ Cürcani ve ark.nın çalışmasında bizim çalışmamızdan farklı olarak çalışma süresi 1-5 yıl olan hemşirelerin sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, stres yönetimi alt boyutları ve SYBDÖ toplam puan ortalamalarının yüksek olduğu tespit edilmiştir.²⁹ Ege ve ark.nın çalışmasında da çalışmamıza benzer olarak 16 yıl ve üzeri çalışanların SYBDÖ puanları diğer gruplardan yüksek olup meslekte çalışma yılı ile kendini gerçekleştirme, beslenme ve kişiler arası destek alt boyutlarında anlamlı fark vardır.³⁰ Pasinlioğlu ve Gözüm'ün çalışmasında da 11 yıl ve üzeri çalışanların beslenme alt boyutundan daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.¹³ Yalçinkaya ve ark.nın çalışmasında da benzer olarak 20 yıl ve üzerinde çalışan grubun fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları bulunmuştur.¹² Bu, hekimlik mesleğinin zaman geçtikçe daha çok özümsemesine ve sağlıklı

yaşam biçimi davranışlarının bu özümsemme sonucunda zamanla hayatlarına uyarlanmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda kadınların sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarından erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir. Özyazıcıoğlu ve ark.nın³¹ hemşirelik öğrencilerinde, Kostak ve ark.nın³² ise hemşirelik ve sınıf öğretmenliği öğrencilerinde yaptıkları çalışmalarda da çalışmamızla paralel olarak kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyutlarından anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür. Vural ve ark.nın sağlık meslek yüksek okul öğrencileriyle yaptığı çalışmada kız öğrencilerin sağlık sorumluluğu, beslenme, stres yönetimi alt boyut puanları erkeklerden yüksek olarak çıkmıştır.²⁵ Beslenme alt grubunun sonuçları açısından literatürdeki diğer çalışmalar bizi desteklese de diğer alt boyutlar açısından farklı sonuçlara ulaşılmıştır.^{12,13,24,32,33} Yalçinkaya ve ark.nın çalışmasında, çalışmamıza benzer olarak kadın sağlık çalışanlarının sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutlarından daha yüksek puanlar aldığı bulunmuştur.¹² Pasinlioğlu ve Gözüm'ün çalışmasında¹³ fiziksel aktivite alt boyutunda erkekler lehine anlamlı bir sonucun olmasının yanı sıra bizim çalışmamızda da benzer olarak istatistiksel olarak anlamlı olmasa da fiziksel aktivite puanının erkeklerde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Nacar ve ark.nın çalışmasında ise çalışmamız sonuçlarından farklı olarak cinsiyetle SYBD arasında anlamlı fark bulunmamıştır.²³ Bu sonuçlara göre kadınların daha çok beslenmelerine ve sağlıklı davranışlara önem verdikleri, erkeklerin ise daha çok fiziksel aktivite yaptığı söylenebilir.

Çalışmamızın sonuçlarına göre medeni durum açısından fiziksel aktivite alt boyutundan anlamlı olarak en yüksek puanı boşanmış/dul grubu almışken, en düşük puanı bekarlar almıştır. Literatürdeki diğer çalışmalarda evli olan grubun kendini gerçekleştirme boyutunda daha yüksek puan aldıkları gözlenmiş olup bu durum bizim sonuçlarımızdan farklıdır.^{28,33} Bizim çalışmamızda da evlilerin en yüksek puanı aldıkları tek yer manevi gelişim alt boyutu olmakla beraber bu durum istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Aksoy ve ark.nın çalışmasında bekarların SYBDÖ toplam puanı evlilerden anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.²⁶ Cürcani ve ark.nın çalışmasında bekarların stres yönetimi alt boyutunda anlamlı olarak evlilerden daha yüksek puan aldıkları gözlenmiştir.²⁹ Çakır ve ark.nın tıp fakültesi araştırma görevlilerinde yaptığı çalışmada evliler kendini gerçekleştirme, beslenme alt boyutlarında ve toplam puanlarda anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır.³³ Yanık ve Noğay'ın çalışmasında ise medeni duruma göre sağlık sorumluluğu, fiziksel

aktivite, stres yönetimi, manevi gelişim ve toplam ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmış olup bekarların tüm bu alt boyutlarda evlilere göre daha yüksek puanlar aldıkları görülmüştür.²⁰ Görüldüğü gibi literatürdeki çalışmalarda medeni durum ile ilgili çok farklı sonuçlar mevcuttur. Çalışmamızdaki sonuçta dayanarak boşanmış/dul grubunun kendilerine ve fiziksel aktiviteye daha fazla zaman ayırdığını ve sağlıklarına daha çok dikkat ettiklerini söyleyebiliriz.

En uzun süre yaşanan yere bakıldığında fiziksel aktivite, stres yönetimi ve toplam puanlar açısından en yüksek puanı uzun süre köyde yaşayanlar almış olsa da aradaki farkı oluşturan ilçe merkezinde yaşamış olanların kent merkezinde yaşamış olanlara göre bu alt boyutlardan çok daha düşük puanlar almalarıdır. Şimşek ve ark.nın²² çalışmasında en uzun süre yaşanan yer ile alt boyutlar arasında fark bulunmazken, Çelik ve ark.nın⁸ çalışmasında tüm alt boyutlar kent merkezinde yaşayanlarda kasabada yaşayanlardan anlamlı olarak fazla bulunmuştur. Çalışmamız bir yönüyle Çelik ve ark.nın⁸ çalışmasını desteklemekle birlikte bizim çalışmamızdaki fark sadece iki alt boyutta ve toplam puanlarda ortaya çıkmıştır. Uzun süre köyde yaşamının şehrin karmaşasından, stresinden uzak daha doğal ve sağlıklı bir yaşamın benimsenmesiyle eş anlamlı olduğu düşünülürse bu sonuç şaşırtıcı değildir.

Sigarayı bırakan grubun halen kullanan gruba göre fiziksel aktivite puanları, hiç sigara kullanmayan grubun da halen kullanan gruba göre beslenme puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Cürçani ve ark.nın çalışmasında bizden farklı olarak sigarayı bırakan öğrencilerin kendini gerçekleştirme, sağlık sorumluluğu ve beslenme alt boyutları ile SYBDÖ toplam puan ortalaması sigara içenler ve içmeyenlere göre daha yüksek bulunmuştur.²⁹ Çakır ve ark.nın çalışmasında da sigarayı bırakanların beslenme, stresle baş etme alt boyutları ve toplam puanları anlamlı olarak yüksektir.³³ Yalçınkaya ve ark.nın çalışmasında da benzer olarak sigara içmeyenler beslenme alt boyutundan daha yüksek puan almışlardır.¹² Nacar ve ark.nın çalışmasında sigara içmeyenlerin fiziksel aktivite hariç bütün alt boyutlardan sigara içenlerle kıyaslandığında anlamlı olarak daha yüksek puanlar aldıkları gözlenmiştir.²³ Yapılan çalışmalarda da sigara içmeyenlerin sigara içenlere göre ölçek alt boyutları ve SYBDÖ puan ortalamaları yüksek olarak bildirilmiştir.^{16,34,35} Bunun nedeni hem sigarayı bırakan, hem de hiç kullanmayan grubun kullananlara göre daha sağlıklı bir yaşam tarzını benimsemesi, bunu da fiziksel aktivite yaparak ve beslenmesine dikkat ederek yapması olabilir.

Alkol kullananların anlamlı olarak fiziksel aktivite puanı daha yüksek çıkmışken, manevi gelişim puanları alkol kullanmayanlarda daha yüksektir. Çakır ve ark.nın çalışmasında ise her gün alkol kullananların kendini gerçekleştirme alt boyut puanları diğer gruplardan anlamlı olarak yüksek tespit edilmiştir.³³ Yalçınkaya ve ark.nın çalışmasında alkol kullanmayanların beslenme alt boyutundan anlamlı olarak daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.¹² Vural ve ark.nın çalışmasında da bizim çalışmamızı destekler şekilde alkol kullananların fiziksel aktivite puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²⁵ Aynı çalışmada alkol kullananların beslenme puan ortalamalarının kullanmayanlara göre daha düşük olduğu da bulunmuştur. Nacar ve ark.nın²³ çalışmasında ise çalışmamızın sonuçlarından farklı olarak alkol kullanımı ile SYBDÖ arasında anlamlı fark tespit edilememiştir.

Çalışmamızda kronik hastalık varlığı ile SYBDÖ puanları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Aksoy ve ark.nın çalışması da benzer olarak arada fark tespit edememiştir.²⁶ Tıp fakültesi öğrencileriyle yapılan çalışmalarda da çalışmamıza benzer olarak gerek alt boyut gerekse toplam puanlarda kronik hastalık varlığı ile fark gözlenmemiştir.^{23,24} Çalışmamızda sürekli ilaç kullanımı ile SYBDÖ toplam ve alt boyut puanları açısından fark gözlenmemiştir.

SONUÇ

Bu çalışmada, aile hekimlerinin SYBDÖ puan ortalamasının orta düzeyde olduğu ve kendi sağlıklarını yeterince önemsemedikleri sonucuna varılmıştır. Bireylerin bir araya gelmesiyle oluşan toplumun iyilik halinin korunması, hastalıkların iyileştirilmesi ve sağlığın üst düzeye çıkarılması konularında ön saflarda yer alan aile hekimlerinin ciddi sorumlulukları bulunmaktadır. Topluma sağlıklı yaşam konusunda önderlik etmesi gereken aile hekimlerinin, konuyla ilgili olumsuz ya da eksik davranışlarını düzeltmesi, sağlıklı yaşamın geliştirilmesi için yapılan etkinliklere aktif katılımı ve iyi bir rol model olmaya çalışması gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hayran O, Sur H. Sağlık ve Hastalık Kavramları. Sağlık Hizmetleri El Kitabı. 1.baskı. İstanbul: Yüce yayınları; 1997. p.1-32.
2. Çakırcalı E. Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar. İzmir: Ege Üniversitesi Basım evi; 1996. p.25-39.
3. World Health Organization [WHO].The world health report 1998 – Life in the 21st century: a vision for all.

- <https://www.who.int/whr/1998/en/> (Erişim:10 Eyl 2020).
4. Sisk RJ. Caregiver burden and health promotion. *International Journal of Nursing Studies*, 2000; 37(1), 37-43.
 5. Esin N. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması. *Hemşirelik Bülteni*, 1999; 12(45):87-95.
 6. Stanhope M. Lancaster J. *Community Health Nursing: Promoting Health of Aggregates Families and Individuals*. 4th ed. St. Lois: Mosby; 1996;269-74.
 7. Bottorff JL, Johnson JL, Ratner PA, Hayduk LA. The effects of cognitive-perceptual factors on health promotion behavior maintenance. *Nursing Research*, 1996; 45(1): 30-36.
 8. Çelik GO, Malak AT, Bektaş M, Yılmaz D, Yümer AS, Öztürk Z, Demir E. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *AJCI*, 2009; 3(3): 164-169.
 9. Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi [Uzmanlık tezi]. Adana, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010;1.
 10. Özbek Z. Sağlık Kavramı ve Sağlık Hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi* 2001; 7(39):204-205
 11. Koçoğlu D. Konya kent merkezinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesinde sağlıkta sosyoekonomik eşitsizlikler [Doktora tezi]. Konya, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2006;31-33.
 12. Yalçınkaya M, Özer FG, Karamanoğlu AY. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2007; 6(6): 409-420.
 13. Pasinlioğlu T, Gözüm S. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlık davranışları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 1998; 2(2): 60-68.
 14. Hash RB, Munna RK, Vogel RL, Bason JJ. Does physician weight affect perception of health advice? *Prev Med* 2003; 36:41-44.
 15. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2008; 12(1): 1-13.
 16. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The health-promoting lifestyle profile: development and psychometric characteristics. *Nurs Res*. 1987 Mar-Apr;36(2):76-81.
 17. Walker S, Hill-Polerecky D. Psychometric evaluation of the health-promoting lifestyle profile II. In Proceedings of the 1996 Scientific Session of the American Nurse Association's Council of Nurse Researchers, Washington D.C. 1996. p.110.
 18. Al-Shahri MZ, Al-Almaei SM, Mian MH. Promotion of healthy lifestyle: Knowledge and attitudes of primary care physicians. *Patient Educ Couns*, 1997; 31: 125-30.
 19. Duran Ü, Ögüt S, Asgarpour H, Kunter D. Sağlık Çalışanlarında Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018; 2(3): 46-55.
 20. Yanık A, Noğay NH. Sağlık çalışanlarında sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *Fırat Tıp Dergisi*, 2017, 22.4: 167-176.
 21. Özkan S, Yılmaz E. (2008). Hastanede çalışan hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 3(7): 89-105.
 22. Şimşek H, Öztoprak D, İkizoğlu E, Safalı F, Yavuz Ö, Onur Ö, Çiftçi Ş. Tıp fakültesi öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve ilişkili etmenler. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012; 26(3): 151-157.
 23. Nacar M, Baykan Z, Cetinkaya F, Arslantas D, Ozer A, Coskun O, Bati H, Karaoglu N, Elmali F, Yilmaze G. Health promoting lifestyle behaviour in medical students: a multicentre study from Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2014;15(20):8969-8974. doi: 10.7314/apjcp.2014.15.20.8969. PMID: 25374238.
 24. Özcan S, Bozhüyük A. Çukurova Üniversitesi sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışları. *Cukurova Med J* 2016; 41(4):664-674.
 25. Vural PI, Bakır N. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015; 6 (1).
 26. Aksoy T, Uçar H. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 1(2): 53-67.
 27. Kaya F, Ünüvar R, Bıçak A, et al. Öğretim Elemanlarının Sağlığı Geliştirme Davranışları ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. *TAF Prev Med Bull* 2008; 7(1):59-64.
 28. Güler G, Güler N, Kocataş S, Yıldırım F, Akgül N. Bir Üniversitede Çalışan Öğretim Elemanlarının Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *C.Ü. Hemşirelik Dergisi* 2008; 12(3):18-26.
 29. Cürçani M, Tan M, Özdelikara A. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2010; 9(5).
 30. Ege E, Zincir H, Güneş G, Bilgin N. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları

- ve öz-etkililik-yeterlik düzeylerinin incelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 2003; 14(2): 83-92.
31. Özyazıcıoğlu N, Kılıç M, Erdem N, Yavuz C, Afacan S. Hemşirelik öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 2011; 8(2): 277-332.
32. Kostak MA, Kurt S, Süt N, Akarsu Ö, Ergül GD. Hemşirelik ve Sınıf Öğretmenliği Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2014; 13(3).
33. Çakır M, Piyal B, Aycan S. Hekimlerde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi: tıp fakültesi tabanlı kesitsel bir çalışma. *Ankara Medical Journal*, 2015; 15(4).
34. Güner İC, Demir F. Ameliyathane hemşirelerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesi. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2006; 9(3): 18-25.
35. Choi Hui WH. The health-promoting lifestyles of undergraduate nurses in hong kong. *Journal of Professional Nursing*. March-April 2002; 18(2): 101-111.



Risky Behaviors of University Students Applying to Family Medicine Outpatient Clinic of Çukurova University and Their Relationship with Life Satisfaction

Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliğine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Riskli Davranışları ve Yaşam Doyumları İle İlişkisi

Zeliha Bilge Çiçik¹, Z. Yelda Özer², Sevgi Özcan²

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the risk behaviors of university students who applied to Çukurova University Family Medicine outpatient clinic and to present the relationship between risk behaviors and life satisfaction. **Material and Method:** Among the students who applied to Çukurova University outpatient clinic between 1 and 31 December 2018, the smallest sampling size presenting the universe with 95% confidence and 5% error margin was reached through random sampling method. Data were collected with Risk Attitude Scale-University Form, Satisfaction with Life Scale and sociodemographic data collection questionnaire, and analyzed with statistical package program. **Results:** Of the 338 students with a mean age of 20.53±1.92 (16-28) years, 63.3% were female and 41.4% were staying in state dormitories. The smoking score of the group aged 22 and above was found higher than the group aged 20-21 (p=0.048). While antisocial behavior (p=0.000), alcohol use (p=0.000), smoking (p=0.000), school dropout (p=0.001) and substance use (p=0.000) scores were higher in males compared to females, no statistically significant difference was detected among the genders in suicidality and nutrition habits. The mean scores of antisocial behaviors (p=0.004), alcohol use (p=0.000) and smoking (p=0.000) were higher in the group of “staying at home with friends” compared to the group “staying in state dormitory”. While the mean scores of alcohol use (p=0.000) and smoking (p=0.000) were higher in science students, school dropout was higher in students of social sciences (p=0.023). A statistically significant negative relation was found between all sub-dimensions of risky behaviors and satisfaction with life. **Conclusion:** It is recommended that family physicians should take into account the results of this study while serving university students, and evaluate opportunities by using discipline-specific principles to reduce / prevent risk behaviors and thereby increase life satisfaction.

Key words: Family medicine, risky behaviors, life satisfaction, university students

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarının değerlendirilmesi ve riskli davranışların yaşam doyumu ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlandı. **Gereç ve Yöntem:** Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine 01-31 Aralık 2018 tarihleri arasında başvuran öğrenciler arasından evreni %95 güvenirlilik ve %5 hata payı ile temsil eden en az örneklem büyüklüğüne basit tesadüfi örnekleme yöntemi ile ulaşıldı. Riskli Davranışlar Ölçeği- Üniversite Formu, Yaşam Doyumu Ölçeği ve sosyodemografik veri toplama anketi ile toplanan veriler istatistik paket programı ile analiz edildi. **Bulgular:** Yaş ortalaması 20,53±1,92 (16-28) yıl olan %63,3’ü kadın 338 öğrencinin %41,4’ü devlet yurdunda kalmaktaydı. Yaşı 22 ve üzeri olan grubun sigara kullanım puanı, yaşı 20-21 olan gruba göre daha yüksek bulundu (p=0,048). Erkeklerin antisosyal davranış (p=0,000), alkol kullanımı (p=0,000), sigara kullanımı (p=0,000), okul terki (p=0,001) ve madde kullanımı (p=0,000) puanları kadınlara göre daha yüksek iken intihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Antisosyal davranışlar (p=0,004), alkol kullanımı (p=0,000) ve sigara kullanımı (p=0,000) puan ortalamaları “evde arkadaş ile” kalan grupta “devlet yurdunda” kalan gruba göre daha yüksekti. Alkol (p=0,000) ve sigara (p=0,000) kullanımı puan ortalamaları fen bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerde daha yüksek iken okul terki (p=0,023) sosyal bilimlerde öğrenim gören öğrencilerde daha yüksekti. Riskli davranışların bütün alt boyutları ile yaşam doyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde negatif yönde ilişki bulundu. **Sonuç:** Aile hekimlerinin üniversite öğrencilerine hizmet verirken bu çalışmada saptanan bulguları göz önünde bulundurmaları, riskli davranışların azaltılması/önlenmesi dolayısıyla yaşam doyumunun artırılması konusunda disipline özgü ilkelerden yararlanarak fırsatları değerlendirmeleri önerilir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, riskli davranışlar, yaşam doyumu, üniversite öğrencileri

Received / Geliş tarihi: 20.11.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.02.2021

¹ Toroslar Süleyman Gök Aile Sağlığı Merkezi - MERSİN

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Sarçam - ADANA

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Z. Yelda Özer, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD Sarçam, Adana – TÜRKİYE, E-mail: z.yeldaozer@gmail.com

Çiçik ZB, Özer ZY, Özcan S. Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliğine Başvuran Üniversite Öğrencilerinin Riskli Davranışları ve Yaşam Doyumları İle İlişkisi. TJFMPC, 2021;15(2): 327-334.

DOI: 10.21763/tjfm.826900

GİRİŞ

Risk “olumsuz bir sonucun gerçekleşme olasılığı veya bu olasılığı arttıran faktörler” olarak, riskli davranışlar ise “kültürel değerler ve toplumsal yapı ile uyum olmayan, bireyin sağlığını direkt ya da indirekt olarak olumsuz şekilde etkileyen, bireyin kişiliği, geçmiş gelişim dönemleri ve içinde bulunduğu sosyal çevreden etkilenen davranışlar” olarak tanımlanmaktadır. Kişinin iyi olma halini tehdit eden ve sorumlu birer yetişkin olma hallerini engelleyen durumlar olarak da tanımlanabilen riskli davranışlar, bireyin içinde bulunduğu gelişim dönemini sağlıklı bir şekilde geçirmesini engellemesinin yanı sıra yaşamın sonraki dönemlerinde de önemli sorunlara neden olabilmektedir. Genç yetişkinlik dönemine adım atan üniversite öğrencilerinde riskli davranışların sıklığının arttığı, bu davranışların yetişkin sağlık davranışları ve artan hastalık riski ile ilişkili olduğu, bu nedenle bu dönemde riskli davranışların değerlendirilmesinin önleme programlarının geliştirilmesinde büyük önem taşıdığı bilinmektedir.¹

Yaşam doyumu (memnuniyeti), fiziksel, zihinsel ve sosyal refahı kapsayan yaşam kalitesinin güvenilir bir boyutudur. Son çalışmalar, yaşam doyumunun sağlık üzerindeki önemini vurgulamaktadır. Öncelikli olarak yaşam doyumunun zihinsel sağlık ile ilişkisine odaklanılmış olmakla birlikte, yaşam doyumunun sağlık etkilerinin daha yaygın olabileceğini gösteren yeni kanıtlar ortaya konmuştur. Bazı çalışmalarda, yaşam doyumunun sağlıklı davranışlar, kronik hastalık riski, uzun ömürlülük ve sağlıklı yaşamı sürdürmek için proaktif yaklaşım üzerindeki etkileri vurgulanmaktadır.²⁻⁶ Yaşam doyumunun gençlerde riskli davranışlarla ilişkisini inceleyen çalışma sayısı kısıtlıdır.⁷⁻¹⁰ Bu konuda ülkemizde üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

Riskli davranışlar ve yaşam doyumunu kavramları biyoloji, psikoloji ve toplumsal koşulları içeren karmaşık bir bütündür. Bireyleri/hastaları bütüncül ve kişi merkezli değerlendirme, bireylerle en yakın tıbbi temas noktasında olma ve sürekli izleme fırsatı olan aile hekimlerinin riskli davranışlar ve yaşam doyumunu ilişkili tüm bu alanlardaki bilgileri değerlendirerek riskli davranışları erken tanımak ve yönetmek (ileri tetkik ve tedavi, aile görüşmesi, takip, konsültasyon/sevk, bakımın koordinasyonu, savunmanlık vb.) açısından ideal konumdaki sağlık profesyonelleri olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu çalışmada, Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarının değerlendirilmesi ve riskli davranışların yaşam doyumunu ile ilişkisinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma evrenini 01-31 Aralık 2018 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Medikososyal Merkezi'nde bulunan Aile Hekimliği polikliniklerine başvuran üniversite öğrencileri oluşturdu. Evreni %95 güvenirlilik ve %5 hata payı ile temsil eden en az örneklem büyüklüğü 305 olarak hesaplandı.

Çalışma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan (2 Kasım 2018 tarih, 82 nolu toplantı, 27 nolu karar ile) ve diğer birimlerden (Çukurova Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sağlık Kültür ve Spor Dairesi Başkanlığı, Medikososyal Başhekimliği) gerekli izinler ve onaylar alındı. Çalışma, orijinal Helsinki Deklarasyonu ilkelerine uygun etik standartlar doğrultusunda gerçekleştirildi. Çalışmanın katılımcılarından aydınlatılmış onam alındı.

Veriler 01-31 Aralık 2018 tarihleri içerisindeki 21 iş gününde toplandı. Türkçe okuma yazma bilen, 18 yaş ve üzeri katılımcılar çalışmaya alındı. Günün değişik saatlerinde polikliniklere başvuranlar içinden basit tesadüfi örnekleme ile günde 15-16 katılımcıya ulaşıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 360 katılımcıdan anket formlarını kendilerinin doldurmaları istendi. Verilerdeki eksiklikler nedeniyle 32 anket çalışma dışı bırakılarak 338 kişinin verileri değerlendirildi.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Veri Toplama Anketi: Çalışmada sosyodemografik veri olarak doğum yılı, cinsiyeti, fakültesi, ikamet ettiği yeri sorgulayan anket formu kullanıldı.

Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu: Üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarını belirlemek üzere Gençtanırım (2014) tarafından geliştirilmiş Riskli Davranışlar Ölçeği Üniversite Formu kullanıldı.¹ Bu form; antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları ile okul terki olmak üzere yedi boyuttan oluşan 60 maddelik beşli likert tipi bir ölçektir. Beşli derecelendirmeli olan ölçek “her zaman= 5”, “genellikle= 4”, “bazen= 3”, “nadiren=2” ve “hiçbir zaman=1” şeklinde yanıtlanmaktadır. Ölçekte tersine puanlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır ve ölçeğin boyutları birbiri ile ilişkili olmadığından ölçek toplam puan vermemekte, her bir boyuttan alınan puanlar ayrı değerlendirilmektedir. Antisosyal davranışları 1-10. sorular, alkol kullanımı 11-19.sorular, sigara kullanımı 20-27.sorular, intihar eğilimi 28-39. sorular, beslenme alışkanlıkları 40-47.sorular, okul terki 48-51. sorular, madde kullanımı 52-60. sorular olarak belirtilmektedir. Alt

boyutlardan alınacak olan yüksek puanlar, o boyuttaki risk düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Ölçeğin geliştirilmesi, 2011-2012 yılında Ahi Evran Üniversitesi'ne devam eden üç farklı çalışma grubu ile gerçekleştirilmiş, ölçeğin geçerlik çalışmalarında ise uzman kanısı alınmış ve açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi yöntemleri kullanılmıştır. Yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda açıklanan toplam varyansın %52 olduğu belirlenmiştir. Yapılan doğrulayıcı faktör analizi sonucunda ise ölçekte yer alan maddelerin faktör yüklerinin .37 ile .91 arasında değiştiği ve ölçüğe ait modelin iyi uyum gösterdiği belirlenmiş olup ölçeğin iç tutarlılık güvenilirliği (Cronbach alfa) .64 ile .92 arasında, test tekrar-test güvenilirliği ise .74 ile .98 arasında olduğu bulunmuştur.

Yaşam Doyum Ölçeği: Diener, Emmons, Laresen ve Griffin (1985) tarafından geliştirilen Dağlı ve Baysal (2016) tarafından Türkçeye uyarlanan Satisfaction of Life Scale (Yaşam Doyumu Ölçeği) kullanılmıştır. ¹¹ Diener ve ark.'nın (1985) çalışmasında iç tutarlılık katsayısı .87, test-retest korelasyonu .82 bulunmuştur.¹² Ölçeğin özgün formu bir faktör, beş madde ve likert tipinde 7'li derecelendirmeden (1: Kesinlikle katılmıyorum – 7: Tamamen katılıyorum) oluşan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek daha önce de Köker (1991) tarafından Türkçeye uyarlanmış ve 7'li derecelendirme olarak Türkiye'de değişik araştırmacılar tarafından kullanılmıştır.¹³ Ancak Dağlı ve Baysal (2016) çalışmasında “Yaşam Doyumu Ölçeği” eğitim örgütlerinde 7'li derecelendirme şeklinde öğretmenlere uygulandığında, katılımcılar seçeneklerin birbirine yakın olduğunu ileri sürerek tepki göstermeleri nedeniyle ölçeğin Türkçeye uyarlanması sırasında, özgün formunda yedi basamaklı olan cevap seçeneklerinin Türk kültürüne uygun olmadığı gerekçesiyle derecelendirmeyi beşe indirerek (“Hiç katılmıyorum (1), Çok az katılıyorum (2), Orta düzeyde katılıyorum (3), Büyük oranda katılıyorum (4) ve Tamamen katılıyorum (5)”) ölçeği tekrar Türkçeye uyarlamışlardır. Bu uyarlama çalışmasında iç tutarlılık katsayısı .88 ve test- tekrar test güvenilirliği ise .97 olarak saptanmıştır. ¹¹

Verilerin Değerlendirilmesi

Tablo 2. Katılımcıların Riskli Davranışlar-Üniversite Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği puanları						
		Ort	SS	Medyan	En düşük -en yüksek puanlar	Ölçekten alınabilecek En düşük - en yüksek puanlar
Riskli Davranışlar- Üniversite Ölçeği	Antisosyal davranış	16,70	4,83	16	10-40	10-50
	Alkol kullanımı	12,74	6,14	9	9-43	9-45
	Sigara kullanımı	14,60	7,88	11	8- 38	8-40
	İntihar eğilimi	25,41	8,51	24	12-52	12-60
	Beslenme alışkanlıkları	19,88	6,09	20	8-40	8-40
	Okul terki	7,67	3,32	7	4-20	4-20
Yaşam Doyum Ölçeği		15,34	3,96	15	5-25	5-25

SS: Standart sapma

Bilgisayar ortamına aktarılan verilerin analizinde SPSS istatistik programı kullanıldı. Açık uçlu olarak sorgulanan öğrenim görülen fakülte sorusuna verilen cevaplar tarafımızdan Fen Bilimleri, Sosyal Bilimler, Sağlık Bilimleri olarak gruplandırıldı.

Analizlerde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve minimum-maksimum) kullanıldı. Dağılımın normal olup olmadığını Kolmogrov Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında t testi ve Anova, normal dağılıma uymayanların karşılaştırılmasında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanıldı. Tüm testlerde istatistiksel $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi. Ölçek puanları arasındaki ilişki için yapılan bağlantı analizinde normal dağılım gösteren veriler için Pearson, göstermeyenler için Spearman rho bağıntı katsayıları kullanıldı. Katsayı 0-0,25 çok zayıf ilişki; 0,25-0,50 zayıf-orta derecede ilişki; 0,50-0,75 iyi derecede ilişki; 0,75-1,00 çok iyi derecede ilişki şeklinde yorumlandı.

BULGULAR

Yaş ortalaması $20,53 \pm 1,92$ (16-28) yıl olan katılımcıların %63,3'ü kadındır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de görülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri		
		N (%)
Yaş	≤19	33
	20-21	44
	≥22	23
Cinsiyet	Erkek	37
	Kadın	63
İkamet	Aileyle	26,6
	Evde arkadaşla	18,9
	Devlet yurdunda	41,4
	Özel yurttta	6,2
	Evde tek	6,8
Fakülte	Fen bilimler	30,9
	Sosyal bilimler	25,7
	Sağlık bilimler	43,4

Katılımcıların Riskli Davranışlar-Üniversite Ölçeği alt boyutlarından ve Yaşam Doyum Ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Tablo 2'de görülmektedir.

Katılımcıların Riskli Davranış ve Yaşam Doyum Ölçekleri puanlarının sosyodemografik özelliklere göre karşılaştırılması Tablo 3’de görülmektedir.

Tablo 3. Katılımcıların Riskli Davranışlar-Üniversite Ölçeği ve Yaşam Doyum Ölçeği puanlarının sosyodemografik özelliklerine göre karşılaştırılması									
		Antisosyal davranış	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme	Okul terki	Madde kullanımı	Yaşam doyumu
Yaş	≤19	17,07±5,30	13,29±6,47	14,61±7,89	24,68±7,26	19,76±6,20	7,55±3,31	9,88±2,75	15,54±4,11
	20-21	16,34±4,62	12,46±6,23	13,84±7,56	26,78±9,31	20,30±5,79	7,67±3,41	10,41±4,18	15,13±3,83
	≥22	16,84±4,52	12,48±5,45	16,06±8,35	23,84±8,24	19,25±6,51	7,86±3,19	11,32±5,83	15,45±4,01
	p	0,344	0,323	0,048	0,073	0,221	0,631	0,199	0,586
	Fark kaynağı			20-21 ile ≥22					
Cinsiyet	Erkek	19,17±5,67	15,05±7,78	18,15±8,86	24,76±8,19	20,24±6,21	8,58±3,77	12,10±6,26	15,32±4,04
	Kadın	15,27±3,57	11,40±4,45	12,54±6,42	25,79±8,68	19,67±6,03	7,15±2,91	9,48±1,89	15,36±3,92
	p	0,000	0,000	0,000	0,308	0,405*	0,001	0,000	0,841
İkamet	Aileyle	16,81±4,69	12,83±6,87	14,70±7,84	25,48±8,90	20,49±5,95	7,37±3,58	11,22±6,22	15,46±4,06
	Evde arkadaşla	18,63±5,82	15,02±7,53	18,20±9,52	25,50±8,07	19,63±6,09	7,81±3,15	10,64±3,89	14,97±4,16
	Devlet yurdunda	15,76±4,16	11,57±4,66	12,69±6,22	25,16±8,67	19,43±6,14	7,92±3,20	10,01±3,26	15,29±3,87
	Özel yurttta	15,38±3,89	10,43±3,40	12,43±5,82	25,38±8,17	19,57±6,12	7,33±3,46	9,86±1,59	15,33±3,44
	Evde tek	17,78±5,42	15,26±6,34	17,83±9,55	26,48±8,00	21,22±6,49	7,30±3,40	10,00±2,04	16,26±4,14
	p	0,004	0,000	0,000	0,930	0,571**	0,270	0,131	0,756**
	Fark kaynağı	Evde arkadaşla – Devlet yurdu	Evde ark.- Özel yurt – Evde tek- Özel yurt- Evde ark.- Devlet yur. Evde tek- Devlet yurdu	Evde arkadaşla- Devlet yurdu					
Fakülte	Fen bilimler	16,81±5,10	14,61±7,24	16,06±8,45	23,89±8,42	19,60±6,56	7,81±3,61	11,55±6,24	15,08±4,28
	Sosyal bilimler	16,25±4,14	11,96±5,76	14,53±7,66	26,54±8,72	20,13±6,90	8,42±3,59	10,01±2,71	15,19±3,80
	Sağlık bilimleri	16,91±5,07	12,02±5,32	13,69±7,54	25,69±8,33	19,90±5,19	7,10±2,82	9,99±3,27	15,61±3,85
	p	0,864	0,000	0,041	0,075	0,802	0,023	0,051	0,529
	Fark kaynağı		Fen-Sosyal Fen-Sağlık	Fen-Sağlık			Sağlık-Sosyal		

Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır (*t test ** Anova)

Katılımcılar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde sadece sigara kullanımında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmış olup (p=0,048) yaşı 22 ve üzeri olan grubun sigara kullanım puanı, yaşı 20-21 olan gruba göre daha yüksek bulundu.

Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde antisosyal davranışta (p=0,000), alkol kullanımında (p=0,000), sigara kullanımında (p=0,000), okul terkinde (p=0,001) ve madde kullanımında (p=0,000) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup erkeklerde bu riskli davranış puan ortalamaları kadınlara göre daha yüksek saptandı. İntihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

Katılımcılar ikamet ettikleri yere göre değerlendirildiğinde, antisosyal davranışlar (p=0,004), alkol kullanımı (p=0,000) ve sigara kullanımını(p=0,000) puan ortalamaları “evde arkadaş ile” kalan grupta “devlet yurdunda” kalan gruba göre daha yüksekti. Buna ek olarak alkol kullanım puanı “evde tek veya arkadaşla” kalanlarda ‘özel yurttta’ kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti.

Eğitim görülen okulun türüne göre değerlendirme yapıldığında, alkol kullanımında (p=0,000), sigara kullanımında (p=0,041) ve okul terkinde (p=0,023) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup alkol ve sigara kullanımı puan ortalamaları fen bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerde daha yüksek iken okul terki sosyal

bilimlerde öğrenim gören öğrencilerde daha yüksekti.

Yaşam doyumu puanlarının yaş, cinsiyet, ikamet edilen yer ve fakülte türü değişkenlerine göre farklılaşmadığı görüldü.

Tablo 4. Riskli Davranışlar Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği puanlarının korelasyon analizleri								
	Antisosyal davranış	Alkol kullanımı	Sigara kullanımı	İntihar eğilimi	Beslenme alışkanlıkları	Okul terki	Madde kullanımı	Yaşam doyumu
Antisosyal davranış	1							
Alkol kullanımı	,357**	1						
Sigara kullanımı	,411**	,584**	1					
İntihar eğilimi	,296**	,233**	,194**	1**				
Beslenme alışkanlıkları	,302**	,211**	,231**	,285**	1**			
Okul terki	,254**	,138*	,251**	,280**	,203*	1**		
Madde kullanımı	,319**	,375**	,406**	,164**	,133**	,241**	1**	
Yaşam doyumu	-,123*	-,191**	-,204**	-,440*	-,025**	-,225**	-,141*	1**

*Korelasyon 0,05 seviyesinde anlamlı, **Korelasyon 0,001 seviyesinde anlamlı

Tablo 4’de Riskli Davranışlar Ölçeği ve Yaşam Doyumu Ölçeği puanlarının korelasyon analizleri görülmektedir. Çalışmamızda araştırılan riskli davranışlar (antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki, madde kullanımı) arasında pozitif yönde zayıf-orta düzeyde istatikselsel olarak anlamlı ilişkiler bulundu.

Yaşam doyum ile antisosyal ($r=-,123$), alkol kullanımı ($r=-,191$), madde kullanımı ($r=-,141$) okul terki ($r=-,225$) beslenme alışkanlıkları ($r=-,025$) sigara kullanımı ($r=-,204$) arasında negatif yönde çok zayıf, intihar eğilimi ($r=-,440$) arasında negatif yönde zayıf orta düzeyde ilişki bulundu.

TARTIŞMA

Ergenlikten erişkinliğe geçişin yaşandığı 18-25 yaşları arası dönemin riskli davranışlar açısından önemli olduğu, üniversite yıllarına denk gelen bu yaşlarda riskli davranışlara eğilimin arttığı bilinmektedir.¹⁴ Riskli davranışların tipik özelliklerinden biri birbirlerini tetiklemeleridir.¹⁵ Çalışmamızda araştırılan riskli davranışlar (antisosyal davranışlar, alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi, beslenme alışkanlıkları, okul terki, madde kullanımı) arasında pozitif yönde istatikselsel olarak anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Bu bulgular literatürdeki çalışmalarla paralellik göstermektedir.¹⁶ Deneysel çalışmalarda da sorunlu riskli davranışların (örneğin, uyuşturucu kullanımı, alkol kullanımı, suçluluk ve cinsel önyargı) birbirleri ile ilişki içinde olduğu görülmektedir. Genç çoklu riskli davranış sergilediğinde bu davranışlar kişinin normal gelişimini olumsuz etkilemektedir.¹⁷ Gençlik döneminde edinilen bu riskli davranışlar sadece o dönemi etkilemekle kalmayıp yetişkinlik döneminde de birçok hastalığa ve/veya ölüme neden olabilmekte ve kişinin yaşam kalitesini düşürebilmektedir.¹⁶

Çalışmamızda katılımcıların Riskli Davranışlar Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların ortalamaları üniversite öğrencilerinde aynı ölçek kullanılarak yapılan önceki çalışmaların bulgularıyla paralellik göstermektedir.^{12,13} Sadece Tuna’nın İstanbul Bilim Üniversitesinde 361 öğrenciyle basit rastgele örneklem yöntemiyle yaptıkları çalışmada puan ortalamalarının diğer bütün çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.¹⁸ Tuna’nın çalışmasında verilerin hem yüz yüze hem de internet ortamından elde edilmesi bu sonucun nedeni olabilir. Yüz yüze doldurulan anketlerde katılımcıların riskli davranışları konusunda doğruyu söylememe ihtimali bulunmaktadır.

Çalışmamızda erkeklerin kadınlara göre antisosyal davranış, alkol kullanımı, sigara kullanımı, okul terki ve madde kullanımı puanları istatikselsel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuş, intihar eğilimi ve beslenme alışkanlıkları açısından cinsiyetler arasında istatikselsel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Bu bulgular daha önce ülkemizde aynı ölçekle yapılan çalışmalarla genel olarak paralellik göstermektedir. Bazı farklı sonuçların çalışmaların yapıldığı şehir, fakülte, örneklem vb. gibi nedenlerden kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür. Arıkan ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada erkeklerin kadınlara göre sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı, sağlıksız beslenme alışkanlıkları, okul terki, antisosyal davranış puanları istatikselsel açıdan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.¹⁹ İntihar eğilimi puanı ise kız öğrencilerde istatikselsel açıdan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır.¹⁸ Erkeklerin riskli davranış gösterme eğiliminin kızlara göre daha fazla olduğu 150 çalışmayı inceleyen bir meta-analizle de ortaya konulmuştur.²⁰

Riskli davranışlar yaşa göre değerlendirildiğinde, çalışmamızda yaşı 22 ve

üzerinde olan grubun sigara kullanımı 20-21 yaş grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Diğer alt boyut puanlarının yaş gruplarına göre farklılaşmadığı görülmüştür. Bu bulgu Pıçakçife ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla uyumludur²¹. Liselerde yapılan araştırmalarda yaş arttıkça riskli davranış gösterme eğilimlerinin arttığını gösteren çalışmalar olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızla Pıçakçife'nin yaptığı çalışma uyumluluk gösterirken liselerde yapılan çalışmalara göre farklı olmasının sebebi yaş aralıklarının, örneklemin ve anketlerin farklı olması olabilir.

Çalışmamızda katılımcılar ikamet edilen yere göre değerlendirildiğinde antisosyal davranış, alkol kullanımı ve sigara kullanımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Çiydem'in yaptığı çalışmada "yalnız" yaşadığını bildirenlerin alkol, sigara ve madde kullanımı puan ortalamalarının "ailesiyle", "arkadaşlarıyla birlikte evde" veya "yurtta" yaşadığını bildirenlere göre, daha yüksek "yalnız" yaşadığını bildirenlerin antisosyal davranışlar puan ortalamalarının "ailesiyle" veya "yurtta" yaşadığını bildirenlere kıyasla, daha yüksek, "ailesi" ile yaşadığını bildirenlerin okul terki puan ortalamalarının "arkadaşlarıyla birlikte evde" yaşadığını bildirenlere kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.²² Akgün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada devlet yurdunda kalan öğrencilerin sigara kullanma riskinin ailesiyle birlikte kalan veya yalnız evde kalan öğrencilere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.²³ Tuna'nın yaptığı çalışmaya göre katılımcıların beraber yaşadıkları kimselere göre; alkol kullanımı, sigara kullanımı, intihar eğilimi alt ölçeklerinden alınan puanlar farklılaşmaktadır.¹⁸ Ailenin yanından ayrılma gencin aile denetiminin azalmasıyla beraber daha özgür bir ortam oluşmasıyla riskli davranışlara yönelimini arttırmaktadır. Aile ortamından ayrılan gençler arkadaş ortamlarında dışlanmamak, merak gidermek, kendini kanıtlamak için riskli davranışlarda bulunabilmektedir.

Çalışmamızda katılımcılar fakültele göre değerlendirildiğinde alkol kullanım puanlarının fen bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerde sosyal bilimler ve sağlık bilimlerinde öğrenim görenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Sigara kullanım puanları fen bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerde sağlık bilimlerinde öğrenim görenlere göre daha yüksek saptanmıştır. Okul terki puanları sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrencilerde sosyal bilimlerinde öğrenim görenlere göre daha düşük bulunmuştur. Bu bulgular Yemen'in yaptığı çalışmanın bulguları ile uyumludur. Yemen'in çalışmasında bölüm (Sağlık, Fen-Teknik, Sosyal) değişkenine göre; antisosyal davranışlar, sigara kullanımı, alkol kullanımı, beslenme alışkanlıkları,

madde kullanımı alt boyutları açısından grup ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuştur. Alt boyutlar arasındaki puan farkının sağlık bölümünden kaynaklandığı, bu alt boyutlar açısından sağlık bölümü puan ortalamalarının diğerlerine göre daha düşük olduğu saptanmıştır.²⁴

Çalışmamızda Yaşam Doyum Ölçeği'nden alınan puan 15,34± 3,96 iken Gündoğar'ın yaptığı çalışmada 21,7±6,4olarak bulunmuştur.³ Yaptığımız çalışmada katılımcıların yaşam doyum puanları İnce'nin yaptığı çalışmayla paralellik gösterirken diğer çalışmalara göre daha düşüktür. Bunun nedeni çalışmamızda ve İnce'nin çalışmasında ölçeğin 5'li likert formunun diğer çalışmalarda 7'li likert formunun kullanılmasıdır. Yaşam Doyum Ölçeği puanının yaş, cinsiyet, ikamet edilen yer ve fakülte türü değişkenlerine göre farklılaşmadığı saptanmıştır. Bu durum bazı çalışmalarda paralellik gösterirken farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar da bildirilmiştir. İncekara'nın yaptığı çalışmada kadınların erkeklere göre yaşam doyum puanları istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur.⁵ Bu durum kadınların duygusal dünyasının zenginliği ile açıklanmıştır.

Çalışmamızda yaşam doyum ile riskli davranışlar (sigara, alkol, madde kullanımı, intihar eğilimi, kötü beslenme alışkanlıkları, antisosyal davranış, okul terki) arasında negatif yönde ilişki bulunmuş olup bu bulgular okul terki hariç literatürdeki çalışmalar ile paralellik göstermektedir.⁴ Literatürde yaşam doyum ile okul terki ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Ülkemizde yaşam doyum ile riskli davranış ilişkisini inceleyen tek çalışmada Çakar ve arkadaşları lise öğrencilerinin yaşam doyumunu arttıran riskli davranışların (sigara içmek, ruhsatsız araba kullanmak, bıçak gibi kesici alet taşımak, yüksek riskli cinsel ilişki) azaldığını saptamışlardır.²⁵

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Güçlü Yanları

Çalışma evreni aile hekimlerine başvuran üniversite öğrencilerden oluştuğu için tüm üniversite öğrencileri için genelleme yapılması bilimsel olarak uygun değildir. Veriler katılımcıların kendilerinin doldurdukları anketlerle elde edildiği için katılımcılar gerçeği yansıtmayacak şekilde cevaplamış olabilirler. Özellikle ülkemizde madde kullanımı suç olarak kabul edildiği için bu konuda daha yanıltıcı cevaplar verilmiş olabilir. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlar arasında yer alan riskli cinsel davranış sorularının ölçekte olmaması kısıtlılıklar arasında yer alabilir. Riskli davranış ve yaşam doyumunu inceleyen sınırlı sayıda bilimsel araştırmaya katkı sağlaması, ülkemizde üniversite gençlerinde riskli davranış ve yaşam doyumunu inceleyen ilk çalışma olması, kültürümüze uygun

ölçek kullanılması çalışmamızın güçlü yanları olarak değerlendirilebilir. Riskli davranışların ve yaşam doyumunun aile, sosyal çevre vd. boyutları da eklenerek çalışma kapsamı genişletilebilir. Niteliksel araştırmalarla riskli davranışların azaltılması ve yaşam doyumunun artırılması konusundaki engeller, zorluklar, vb. ortaya konularak bunlara yönelik yapılabilecek girişimsel çalışmalar planlanabilir.

SONUÇ

Aile hekimlerinin üniversite öğrencilerine hizmet verirken bu çalışmada saptanan bulguları (riskli davranışların birlikteliği, riskli davranışlar ile yaşam doyumundaki negatif yöndeki ilişki, evde arkadaşlarıyla kalanlarda ve erkek öğrencilerde riskli davranış puanlarının daha yüksek olması, fakültelere göre riskli davranış türlerinin ve olasılıklarının farklılaşması) göz önünde bulundurmaları, riskli davranışların azaltılması/önlenmesi dolayısıyla yaşam doyumunun artırılması konusunda disiplinine özgü ilkelere dayanarak fırsatları değerlendirmeleri önerilir.

KAYNAKLAR

1. Gençtanırım D. Riskli davranışlar ölçeği üniversite formu: geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları. Eğitimde ve Psikolojide Ölçme ve Değerlendirme Dergisi 2014;5(1):24-34.
2. Tel FD, Sarı T. Üniversite öğrencilerinde öz-duyarlılık ve yaşam doyumunu. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016;16(1):292-304.
3. Gündoğar D, Sallan Gül S, Uskun E, Demirci S, Keçeci D. Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordayan etkenlerin incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2007;10:14-27.
4. Özkara AB, Kalkavan A, Çavdar S. Spor bilimleri alanında eğitim alan üniversite öğrencilerinin yaşam doyum düzeylerinin araştırılması. International Journal of Science Culture and Sport 2015;3:336-46.
5. İncekara T. Üniversite öğrencilerinde vücut algısı ile yaşam doyumundaki ilişkinin incelenmesi, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı, 2018.
6. Koruk E. Esansiyel hipertansiyonlu hastaların tedaviye uyumu ve yaşam doyumundaki ilişkinin incelenmesi, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği, Yüksek Lisans Tezi, 2019.
7. Macdonald JM, Piquero AR, Valois RF, Zullig KJ. The relationship between life satisfaction, risk taking behaviors and youth violence. Journal of Interpersonal Violence 2005;20(11):1495-1518.
8. Massin S, Kopp P. Is life satisfaction hump-shaped with alcohol consumption? Evidence from

Russian panel data. Addictive Behaviors 2014;39(4):803-10.

9. Grao-Cruces A, Fernández-Martínez A, Nuviala A. Association of fitness with life satisfaction health risk behaviors, and adherence to the mediterranean diet in Spanish adolescents. Journal of Strength and Conditioning Research 2014;28(8):2164-72.
10. Grant N, Wardle J, Steptoe A. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. Int J Behav Med 2009;16(3):259-68.
11. Dağlı A, Baysal N. Yaşam doyumunu ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2016;15(59):1250-62.
12. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The satisfaction with life scale. Journal of Personality Assessment 1985;49(1):71-5.
13. Köker S. Normal ve sorunlu ergenlerin yaşam doyum düzeylerinin karşılaştırılması. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 1991.
14. Steinberg L. Ergenlik. İmge Kitabevi Yayınları, Ankara, 2007.
15. Reininger B, Evans Ae, Griffin Sf, Valios Rf, Vincent ML, Para-Medina D et al. Development of a youth survey to measure risk behaviours, attitudes and assets: examining multiple influence. Health Educa 2003.
16. Yalaki Z, Çetin F, Dallar Bilge Y. Bir eğitim ve araştırma hastanesine başvuran adolösanlardaki riskli davranışların değerlendirilmesi. Ege Tıp Dergisi 2015;54(3):127-33.
17. Walsh SD, Bruckauf Z, Gaspar T. Adolescents at risk psychosomatic health complaints, low life satisfaction, excessive sugar consumption and their relationship with cumulative risks. Unicef Office of Research - Innocenti WP.2016;13.
18. Tuna ZO. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışların, dürtüsellik ve üstbilişsel inançlar ile ilişkisi. T.C. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2015.
19. Arıkan İ, Yavuz B, Yiğit D, Ece E. Üniversite öğrencilerinde riskli davranışlarla ilişkili faktörlerin incelenmesi: Bir devlet üniversitesi örneği. J Contemp Med 2017;7(4):345-48.
20. Byrnes JP, Miller DC, Schafer WD. Gender differences in risk taking: a meta-analysis. Psychological Bulletin 1999;125(3):367-83.
21. Pıçakçıefe M, Akkaya V, Erbaş E, Balcı Y. Bir tıp fakültesi birinci sınıf öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri, olumlu, olumsuz duyguları ve riskli davranışları arasındaki ilişki. Nobel Medicus. 2017;39(13):3.
22. Çiydem E. Hemşirelik öğrencilerinde riskli davranışlar, akran baskısı ve psikolojik dayanıklılık. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.

23. Akgün R, Şahin H. Üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarının belirlenmesine ilişkin bir araştırma. *Journal of Current Researches on Social Sciences* 2018;8(4):367-82.

24. Yemen NK. Üniversite öğrencilerinin riskli davranışlarını ve problemleri internet kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Üsküdar

Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2018.

25. Savi Cakar F, Tagay Ö, Karataş Z. Adolescents' life satisfaction: risky behaviors and hopelessness. *International Journal on New Trends in Education and Their Implications* 2015;6(1):9-12.



Is There an Association Between Urinary Tract Infection and Toilet Type?

İdrar Yolu Enfeksiyonu ile Tuvalet Tipi Arasında İlişki Var mı?

Basri Furkan Dağcıoğlu^{*1}, Erhan Şimşek¹, Ramazan İlbey Tepeli¹

ABSTRACT

Aim: Many metabolic, physiological, and social factors play a role in the formation of infections. The results of the studies investigating the association between toilet type and urinary tract infection (UTI) are contradictory. This study aims to investigate the relationship between UTI and toilet habits and toilet type used. **Methods:** A cross-sectional study, including 344 participants between the ages of 18-60, was conducted. Sociodemographic information, toilet preferences, toilet habits, diagnosed chronic diseases, and histories of UTI were questioned with a structured questionnaire. **Results:** Front-to-back wiping, use of urinals in public places, and use of toilet paper were associated with a history of UTI in some genders. No significant relationship was observed between the parameters of general toilet preference, type of toilet preferred at home, and the frequency of water closet use, and UTI history in both genders. **Conclusion:** The toilet preference and some toileting habits may play a role in UTI. Further studies are required to reveal the real significance of this association.

Keywords: Urinary tract infection, toilet type, water closet, squatting toilet, toileting behaviors.

ÖZET

Giriş: Enfeksiyonların oluşumunda birçok metabolik, fizyolojik ve sosyal faktör rol oynar. Tuvalet tipi ile idrar yolu enfeksiyonu (İYE) arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir. Bu çalışmanın amacı, İYE ile tuvalet alışkanlıkları ve kullanılan tuvalet türü arasındaki ilişkiyi incelemektir. **Yöntem:** 18-60 yaş arası 344 katılımcının yer aldığı kesitsel bir çalışma gerçekleştirildi. Sosyodemografik bilgiler, tuvalet tercihleri, tuvalet alışkanlıkları, teşhis edilen kronik hastalıklar ve İYE öyküleri yapılandırılmış bir anket ile sorgulandı. **Bulgular:** Önden arkaya temizlik, umumi yerlerde pisuar kullanımı ve tuvalet kâğıdı kullanımı bazı cinsiyetlerde İYE öyküsü ile ilişkili bulundu. Her iki cinsiyette de genel tuvalet tercihi, evde tercih edilen tuvalet türü ve klozet kullanım sıklığı parametreleri ile İYE öyküsü arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. **Sonuç:** Tuvalet tercihi ve bazı tuvalet alışkanlıkları İYE' de rol oynayabilir. Bu ilişkinin gerçek önemini ortaya çıkarmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: İdrar yolu enfeksiyonu, tuvalet tipi, klozet, alaturka tuvalet, tuvalet alışkanlıkları.

Received / Geliş tarihi: 08.12.2020, Accepted / Kabul tarihi: 09.02.2021

¹Ankara Yıldırım Beyazıt University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Ankara-TURKEY.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Basri Furkan Dağcıoğlu, AYBÜ Tıp Fakültesi, Üniversiteler Mah. İhsan Doğramacı Blv. 1. Km. Bilkent ANKARA-TÜRKİYE.

E-mail: bfulkan@gmail.com

Dağcıoğlu BF, Şimşek E, Ramazan, Tepeli Rİ. Is There an Association Between Urinary Tract Infection and Toilet Type? TJFMPC, 2021;15(2): 335-340.

DOI: 10.21763/tjfmpe.837564

INTRODUCTION

Infection of the urine and urinary tract, which are normally sterile, with various microorganisms (bacteria, fungi, viruses) is called urinary tract infection (UTI).¹ It is the most common bacterial infection in all age groups, both in and outside the hospital.² Since UTIs can show an asymptomatic course, their frequency is not clearly known and may vary with factors such as age and gender. The lifetime prevalence has been reported as 3.3-8.4% in women and 1.1-1.8% in men, and it is 3-5 times more common in women than men.³ This is thought to be caused by the difference in urinary system anatomy.³ Many metabolic, physiological, and social factors play a role in the formation of infections. Some conditions that predispose to the development of UTIs described in the literature are urological anomalies, uncircumcision, female gender, wrong-insufficient toilet training, bubble bath, inadequate and incorrect perianal hygiene, pinworm infections, constipation, not taking an age-appropriate amount of fluid, and toilet postponement habit.^{3,4} Additionally, nutritional disorders, metabolic diseases such as diabetes, long-term use of antibiotics, low socioeconomic status, multiple and frequent pregnancies, births and miscarriages, impairment of the hormonal system, and conditions that reduce body resistance may predispose to infections.⁵

Among the agents isolated in UTI, gram-negative bacilli are the most common, and among these, *Escherichia coli* is the most frequently isolated agent. A significant number of microorganisms pass from the fecal reservoir to the urethra and from there to the bladder, causing UTI through the ascending route. Some behavioral measures like increasing fluid intake, not delaying urination, avoiding douching, and wiping front to back after defecation are recommended to avoid UTI.⁶ There are some studies on whether the type of toilet used (water closet, squatting, urinal), contact history and toileting habits (early and late urination, urge to urinate, and personal cleaning style) play a role in ascendant transmission. There are studies linking western type (water closet) toilet use with contamination, as well as the studies linking eastern type (squatting) toilet use.⁷⁻¹¹ There are also studies stating that there is no relationship between toilet type and UTI.¹² Besides, some high-quality studies emphasize the link between squatting with consequent pelvic floor relaxation and widening of the genital hiatus seen on 3D/4D scans can point toward a more effective evacuation of the bladder.¹³ In our country, the common use of squatting toilets

is gradually being replaced by the water closet. This study aims to investigate the relationship between UTI and toilet habits and toilet type used.

METHODS

This cross-sectional study comprised 344 participants between the ages of 18-60. Participants were selected from volunteers who applied to the family medicine outpatient clinic between January and June 2018 and did not have any active complaints. Sociodemographic information, toilet preferences, toilet habits, diagnosed chronic diseases, and histories of UTI were questioned with a structured questionnaire after obtaining an informed consent form from the participants.

Statistical Analysis

The data obtained from the surveys were transferred to the SPSS v.20 package program. Kolmogorov-Smirnov test was used to investigate the normal distribution of the data. Parameters associated with UTI were analyzed by chi-square test and adjusted residual analysis. Odds ratio values were calculated for parameters with significant correlations. A value of $p < 0.05$ was accepted as the statistical significance limit.

Ethical Considerations

Ethics approval dated 25.10.2017 and numbered 198 was obtained from the local ethics committee for the study.

RESULTS

171 (49.7%) women and 173 (50.3%) men were included in our study. The median (95% C.I.) value for the age of the participants was 25 (27.1-29.0) [26 (27.1-29.8) in women, 24 (26.2-29.1) in men]. While the educational status of the participants was predominantly at the university level ($n = 235$, 68.3%), 13 (3.8%) had primary education or lower education. Participants were mostly single ($n = 214$, 62.2%). Those who declared to have any chronic disease were found as 25 (14.6%) in women and 15 (8.7%) in men. It was observed that there was no difference between genders in terms of having a chronic disease ($p = 0.085$; $X^2 = 2.962$).

It was observed that there were 191 (55.5%) [121 (70.8) women, 70 (40.5) men] who performed personal cleaning from front to back after toilet. Toilet type preferences of the participants according to gender are shown in Table 1.

		Gender		Total n
		Women n (%)	Men n (%)	
Overall toilet preference	Squatting	81 (46.6)	93 (53.5)	174
	Sitting (WC)	90 (52.9)	80 (47.1)	170
Preferred toilet type at home	Squatting	65 (42.8)	87 (57.2)	152
	Sitting (WC)	105 (55.0)	86 (45.0)	191
Preferred toilet type at public places	Squatting	156 (56.9)	118 (43.1)	274
	Sitting (WC)	15 (37.5)	25 (62.5)	40
	Urinal (standing)	0 (0)	30 (100)	30

No significant relationship was observed between the parameters of general toilet preference, type of toilet preferred at home, and the frequency of water closet use, and urinary tract passage history in both genders (Table 2). While there was no difference between the type of toilet preferred in common areas and the history of UTI on women, it was observed that men who preferred squatting toilets had more common UTI history than those who preferred a urinal (Table 2). It was observed that there was a

relationship between performing personal cleaning from front to back after toilet and having UTI in men (Table 2).

All of the participants stated that they used at least one of water, toilet paper, wet wipes, or soap for personal cleaning after the toilet. It was observed that UTI history was more common in women who used toilet paper for personal hygiene (Table 2).

			UTI history		p	X ²
			Yes n(%)	No n(%)		
Women	Overall toilet preference	Squatting	42(51.9)	39(48.1)	0.923	0.009
		Sitting (WC)	46(51.1)	44(48.9)		
	Total	88(51.5)	83(48.5)			
Men	Overall toilet preference	Squatting	23(24.7)	70(75.3)	0.437	0.603
		Sitting (WC)	24(30.0)	56(70.0)		
	Total	47(27.2)	126(72.8)			
Women	Preferred toilet type at home	Squatting	31(47.7)	34(52.3)	0.403	0.699
		Sitting (WC)	57(54.3)	48(45.7)		
	Total	88(51.8)	82(48.2)			
Men	Preferred toilet type at home	Squatting	23(26.4)	64(73.6)	0.828	0.047
		Sitting (WC)	24(27.9)	62(72.1)		
	Total	47(27.2)	126(72.8)			
Women	Preferred toilet type at public places	Squatting	81(51.9)	75(48.1)	0.697	0.151
		Sitting (WC)	7(46.7)	8(53.3)		
	Total	88(51.5)	83(48.5)			
Men	Preferred toilet type at public places	Squatting	38(32.2)	80(67.8)	0.019	7.893
		Sitting (WC)	7(28.0)	18(72.0)		
		Urinal (standing)	2(6.7)	28(93.3)		
	Total	47(27.2)	126(72.8)			
Women		Never or rarely	35(49.3)	36(50.7)	0.633	0.228

	Frequency of using water closet	Often or always	53(53.0)	47(47.0)		
	Total		88(51.5)	83(48.5)		
Men	Frequency of using water closet	Never or rarely	25(27.8)	65(72.2)	0.851	0.035
		Often or always	22(26.5)	61(73.5)		
	Total		47(27.2)	126(72.8)		
Women	Personal cleaning style after toilet	Front to back	67(55.4)	54(44.6)	0.112	2.533
		Other	21(42.0)	29(58.0)		
	Total		88(51.5)	83(48.5)		
Men	Personal cleaning style after toilet	Front to back	29(41.4)	41(58.6)	0.001	12.084
		Other	18(17.5)	85(82.5)		
	Total		47(27.2)	126(72.8)		
Women	Using toilet paper after toilet	Yes	80(56.7)	61(43.3)	0.003	8.955
		No	8(26.7)	22(73.3)		
	Total		88(51.5)	83(48.5)		
Men	Using toilet paper after toilet	Yes	38(28.8)	94(71.2)	0.429	0.739
		No	9(22.0)	32(78.0)		
	Total		47(27.2)	126(72.8)		

* Chi-square test was performed.

Odds ratio values of the parameters with statistically significant relationships are shown in Table 3.

Gender			UTI history		p	X ²	OR	95% CI	
			Yes n(%)	No n(%)				Lower	Upper
Women	Using toilet paper after toilet	Yes	80(56.7)	61(43.3)	0.003	8.955	3.61	1.50	8.65
		No	8(26.7)	22(73.3)					
Men	Preferred toilet in public	Squatting	38(32.2)	80(67.8)	0.005	7.909	6.65	1.51	29.38
		Urinal	2(6.7)	28(93.3)					
Men	Personal cleaning style after toilet	Front to back	29(41.4)	41(58.6)	0.001	12.084	3.34	1.66	6.70
		Other	18(17.5)	85(82.5)					

* Chi-square test with risk analysis was performed. (OR: Odds Ratio, CI: Confidence Interval)

DISCUSSION

In our study, which examined the relationship between UTI history and toilet type and some toilet habits, some remarkable results were found. Since it is known that gender plays an important role in UTIs, separate analyzes were made for both genders in terms of the relationships examined in our study. Especially, due to the structure of the external genital system anatomy of women and the urethra being

more open to microorganisms, it is thought that the type of toilet used and personal cleaning methods after the toilet may be more important in women. In particular, the bidet nozzle for water, which is widely used typically in Turkey and some eastern countries but lacking in western countries, is thought to increase the fecal contamination back to front. However, there are not a sufficient number of studies comparing the effects of these two toilet types on UTIs. It is interesting that in our study, there was no

relationship between water closet use and the history of UTI in both genders. In literature, contradictory results have been asserted about the effects of voiding positions on urinary symptoms.^{14,15} Nevertheless, some studies show a negative impact of hovering over the toilet on bladder health.¹⁶ In light of the current information, it does not yet seem possible to reach a final decision on this issue.

It was observed that the use of toilet paper was common in our study group. A medical manuscript written in 1978 mentioned a probable association between the use of soft toilet paper and the decline in dysentery.¹⁷ Many other studies assert a protective effect of using disposable toilet paper on many contagious diseases.^{18,19} However, the fact that the use of toilet paper was more common in women with a history of UTI in our study may be related to women with UTI pay more attention to cleaning after the toilet.

Wiping front to back after defecation is among the recommended behavioral measures in women who experience ≥ 3 UTIs per year.⁶ There is research suggesting that although front-to-back wiping is logical at first glance and a method that is commonly explained to young girls, it does not make a difference in the frequency of UTIs compared to those who wipe from back to front.²⁰ Interestingly, the relationship between cleaning style and UTI was observed only in men, and we saw that the men who stated that they cleaned from front to back were mostly in the group without a history of UTI in our study. We believe that more studies are needed to reveal the true clinical significance of this situation. It is also interesting that in our study, male participants who used urinals in common areas mostly did not have a history of UTI. A comprehensive study held in the USA shows that most of the women sit to void at home but away from home women commonly use other voiding positions. This was more prevalent in women with a bladder condition as well.²¹ The studies focused on the toileting behaviors of men are lacking in the literature, although some evidence from the reviewed studies confirms significant associations between the overall score of toileting behaviors and UTI.²² In the background of this relationship that emerged in our study, it may be assumed that those with UTI preferred a squatting toilet or that the use of urinals is protective in terms of UTI. Unfortunately, it is not possible to reveal such a causal relationship due to the design of our study.

Limitations

Examining the history of UTI depending on the statements of the participants is a limitation due to the type of our study, and the answers given by the participants may not exactly match the facts.

Besides, it is thought that the answers given to uncomfortable questions such as personal cleaning after the toilet may not always reflect the truth. What is more, children and elderly individuals were not included in our study, as observed in many studies in the literature, which can be seen as another limitation. To overcome all these limitations, prospective studies including lifelong follow-up data of the participants may provide a clearer demonstration of the relationship between toilet type and UTIs.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest. No funding is obtained for this study.

REFERENCES

1. Hansson S, Jodal U. Urinary tract infection. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, eds. *Pediatric Nephrology 5th edition*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:1007-1027.
2. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. *Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi 3. Baskı*. Vol 1: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008:1487-1710.
3. Hodson EM, Craig JC. Urinary tract infections. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, Yoshikawa N, Emma F, Goldstein SL, eds. *Pediatric Nephrology (7th ed.)*. Berlin Heidelberg Springer-Verlag; 2016:696-1710.
4. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011;128(3):595-610.
5. Mark S Pasternack. Approach to the adult with recurrent infections. 2020; https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-adult-with-recurrent-infections?search=urinary%20tract%20infections&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6. Accessed 18.11.2020.
6. Imam TH. Bacterial Urinary Tract Infections. 2020; <https://www.msmanuals.com/professional/genitourinary-disorders/urinary-tract-infections-utis/bacterial-urinary-tract-infections>. Accessed 20.11.2020.
7. Cai D, You M. An ergonomic approach to public squatting-type toilet design. *Applied ergonomics*. 1998;29(2):147-153.
8. Mahdavinjad M, Bemanian M, Farahani SF, Tajik A. Role of toilet type in transmission of

- infections. *Academic Research International*. 2011;1(2):110.
9. Miyoshi I, Mitsuoka T, Taguchi H. Urinary bladder infection/irritation among female users of a high-tech toilet. *Intern Med*. 2003;42(4):373.
 10. Sohrabi S, Malekzadeh R, Ansari R, Kamangar F. Squatting and Risk of Colorectal Cancer: A Case-Control Study. *Middle East journal of digestive diseases*. 2012;4(1):23.
 11. Vyas S, Varshney D, Sharma P, Juyal R, Nautiyal V, Shrotriya V. An overview of the predictors of symptomatic urinary tract infection among nursing students. *Annals of Medical Health Sciences Research*. 2015;5(1):54-58.
 12. Wan X, Wu C, Xu D, Huang L, Wang K. Toileting behaviours and lower urinary tract symptoms among female nurses: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2017;65:1-7.
 13. Rane A, Iyer J. Posture and micturition: does it really matter how a woman sits on the toilet? *Int Urogynecol J*. 2014;25(8):1015-1021.
 14. Palmer MH, Newman DK. Women's toileting behaviours: an online survey of female advanced practice providers. *Int J Clin Pract*. 2015;69(4):429-435.
 15. Palmer MH, Willis-Gray MG, Zhou F, Newman DK, Wu JM. Self-reported toileting behaviors in employed women: Are they associated with lower urinary tract symptoms? *Neurol Urodyn*. 2018;37(2):735-743.
 16. Wang K, Palmer MH. Development and validation of an instrument to assess women's toileting behavior related to urinary elimination: preliminary results. *Nurs Res*. 2011;60(3):158-164.
 17. Taylor I. Toilet paper and spread of infection. *Br Med J*. 1978;2(6143):1024.
 18. Millet VE, Spencer MJ, Chapin MR, Garcia LS, Yatabe JH, Stewart ME. Intestinal protozoan infection in a semicomunal group. *Am J Trop Med Hyg*. 1983;32(1):54-60.
 19. Hughes WT. A tribute to toilet paper. *Rev Infect Dis*. 1988;10(1):218-222.
 20. Persad S, Watermeyer S, Griffiths A, Cherian B, Evans J. Association between urinary tract infection and postmicturition wiping habit. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(11):1395-1396.
 21. Kowalik CG, Daily A, Delpé S, et al. Toileting Behaviors of Women-What is Healthy? *J Urol*. 2019;201(1):129-134.
 22. Wu C, Xue K, Palmer MH. Toileting Behaviors Related to Urination in Women: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(20).



Akdeniz Diyeti Kalite İndeksinin Türkçe Versiyonu (KIDMED)

The Turkish Version of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED)

Çiğdem Apaydın KAYA^{*1}, Gözde TEMİZ²

ABSTRACT

Introduction: The purpose of this study was to investigate the reliability of the Turkish version of the KIDMED, which assesses adherence to the Mediterranean diet among children and adolescents, and investigate the relationship between Turkish KIDMED scores and anthropometric measurements. **Methods:** This research was conducted in a public secondary school in Istanbul in 2018. In the first stage of the study, KIDMED was translated into Turkish and a test-retest method was used for reliability research. Then, the relationship between the anthropometric measurements of Turkish adolescents and KIDMED scores was evaluated in a descriptive and cross-sectional manner. In order to evaluate the test-retest reliability of the Turkish version of KIDMED, it was applied to 36 students (18 M, 18 K; mean age 11 ± 0.69 y) at the beginning and two weeks after and determined the "intraclass correlation coefficient" and "internal consistency". After determining the reliability, the index was applied to 504 students (49.2% M, 50.8% F; 11.66 ± 0.84 years of age) and the relationship between the KIDMED scores and the anthropometric measurements (BMI and waist circumference) was evaluated. **Results:** No statistical difference was found between the test-retest scores of KIDMED applied two weeks apart (5.6 ± 2.1 ; 5.8 ± 2.3 $p=0.6$) and the intraclass correlation coefficient was found to be 0.750 ($p<0.001$). Cronbach's alpha coefficient was found to be 0.857. A weak but negative correlation was found between the KIDMED scores and BMI and waist circumference values ($r=-0.117$; $p=0.008$; $r=-0.112$; $p=0.012$, respectively). **Conclusion:** This is the first study investigating the test-retest reliability of the Turkish KIDMED. Turkish KIDMED can be used in Turkish adolescents to assess the Mediterranean style of eating.

Key words: Obesity, adolescent health, school health, diet, eating, eating behavior.

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı, çocuklar ve ergenlerde Akdeniz diyetine uyumu değerlendiren KIDMED'in Türkçe versiyonunun güvenilirliğini ve KIDMED puanları ile antropometrik ölçümler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. **Yöntem:** Araştırma 2018 yılında İstanbul'da bir devlet ortaokulunda yürütülmüştür. İlk aşamada KIDMED Türkçeye çevrilmiş ve test-tekrar test yöntemi ile ölçeğin güvenilirliği araştırılmış, ardından tanımlayıcı ve kesitsel olarak antropometrik ölçümlerle KIDMED arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. KIDMED'in Türkçe versiyonunun test-tekrar test güvenilirliğini değerlendirmek için başlangıçta ve iki hafta sonra 36 öğrenciye (18 E, 18 K; $11 \pm 0,69$ y.) uygulanarak "intra sınıf korelasyon katsayısı" ve "iç tutarlılık" hesaplanmıştır. Güvenirlik belirlendikten sonra indeks 504 öğrenciye (% 49,2 E; % 50,8 K; yaş ort: $11,66 \pm 0,84$) uygulanmış ve KIDMED skorları ile antropometrik ölçümler (BKİ ve bel çevresi) arasındaki ilişki değerlendirilmiştir. **Bulgular:** İki hafta arayla uygulanan KIDMED'in test-tekrar test puanları arasında istatistiksel olarak fark bulunmamıştır ($5,6 \pm 2,1$; $5,8 \pm 2,3$ $p = 0,6$) ve sınıf içi korelasyon katsayısı 0,750 ($p < 0,001$); Cronbach alfa katsayısı 0.857 olarak bulunmuştur. KIDMED skorları ile BKİ ve bel çevresi değerleri arasında zayıf, ama negatif bir korelasyon saptanmıştır (sırasıyla $r = -0.117$; $p = 0.008$; $r = -0.112$; $p = 0.012$). **Sonuç:** Bu araştırma, Türkçe KIDMED'in test-tekrar test güvenilirliğini araştıran ilk çalışmadır. Araştırmamız Türkçe KIDMED'in ergenlerde Akdeniz tarzı beslenmeyi değerlendirmek için güvenilir olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Obezite, ergen sağlığı, okul sağlığı, diyet, yeme, yeme alışkanlığı.

Received / Geliş tarihi: 15.12.2020, Accepted / Kabul tarihi: 01.03.2021

¹Marmara University School of Medicine, Department of Family Medicine, Istanbul (ORCID: 0000-0003-4786-6760)

²Marmara University School of Medicine, Department of Family Medicine, Current adress of the author: Bahçelievler 16.th Family Health Center, Istanbul (ORCID: 0000-0002-6745-7211)

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Başbüyük Mahallesi, Başbüyük Yolu Caddesi 34854, Maltepe, İstanbul, TÜRKİYE
E-mail: cigdemapaydin@yahoo.com, Tel: +90(532)3766896, Fax: +90(216)4144731

Apaydın Kaya C, Temiz G. Akdeniz Diyeti Kalite İndeksinin Türkçe Versiyonu (KIDMED). TJF&PC, 2021;15(2): 341-347.

DOI: 10.21763/tjfmpe.836560

INTRODUCTION

Childhood obesity prevalence is increasing in Turkey as it is worldwide.^{1,2} An unbalanced diet and insufficient physical activity are the major causes of obesity. In reducing obesity, it is important to ensure that the right eating and physical activity habits are adopted starting from childhood. Since obesity and habits that cause obesity in adulthood can be traced back to adolescence.³ Therefore, it is very important that healthy nutrition and physical activity are monitored at an early age and the appropriate interventions are made on the basis of an evaluation of individuals' eating habits. But the restricted time in clinical practice, especially in Primary Health Care, makes it difficult to implement comprehensive nutritional assessments. So, brief screening instruments are useful tools to identify individuals' and groups' eating habits.

There are many questionnaires and scales used to evaluate nutritional habits and eating behavior in terms of recommended nutrition strategies. One of these is the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) developed by Majem et al. that is used for assessing the Mediterranean style of eating adopted by adolescents.⁴ The Mediterranean type of nutrition was first described by Angel Keys.^{4,5} It is a diet that is based on the consumption of vegetables, fruits, and whole grain foods.

Studies have shown that the Mediterranean diet is a preventive regime for cardiovascular disease and that it lowers the risk of diabetes, obesity, and cancer.⁶⁻⁹ In studies that have applied KIDMED to children and adolescents, it is reported that individuals who display a higher adherence to the Mediterranean diet are less obese, and their health-related quality of life is better.¹⁰⁻¹²

The advantages of the scale are that there is a known relationship between the scores and anthropometric measurements and it provides ease of use due to the fact that it consists of closed-ended questions.¹³ It can be administered through the use of the face-to-face interviewing technique by a health worker or can be based on self-reporting.

This index, which can be applied to children and adolescents ages 2-24, was used in some studies conducted with Turkish children, without Turkish validity and reliability study.¹⁴⁻¹⁸ Different languages and cultural characteristics may give rise to problems with reliability and validity when KIDMED is employed in different countries.

The aim of this study, therefore, was to investigate the test-retest reliability of the Turkish version of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED), which assesses adherence to the Mediterranean diet among children and adolescents. The secondary aim was to investigate the relationship between Turkish KIDMED scores and anthropometric measurements. This study is a part of a project conducted by the authors named "The Effect of Providing Opportunities for Obesity Preventive Experiential Learning on Healthy Nutrition, Body Mass Index and Exercise".

MATERIALS AND METHODS

This is a study of methodological research design, conducted to investigate the reliability of the Turkish version of KIDMED. After obtaining formal authorization from the main author of KIDMED, Lluís Serra-Majem, by e-mail, the research was carried out with the students of a secondary school in Istanbul in October 2017. After receiving approval Local Ethics Committee (Approval No: 09.2016.477), the students were administered, through face-to-face interviews, a questionnaire covering the respondents' sociodemographic characteristics, and the Turkish KIDMED.

To adapt KIDMED into the Turkish language, it was translated into Turkish by the researchers, then translated back into English by a bilingual translator. The back-translated scale was then compared with the original English version. The Mediterranean Diet Quality Index consists of 16 questions, each of which can be answered as "Yes" or "No." Of the questions included in the index, 12 are positive, 4 are negative questions. This means that +1 point is scored if a positive question is answered as Yes while -1 point is scored if a negative question is answered as Yes; the sum of these points amounts to a score of 0-12. A score of ≥ 8 indicates the optimal Mediterranean diet (good), a score of 4-7, that adherence to the Mediterranean diet needs to be improved (moderate), while a score of ≤ 3 indicates very poor nutritional quality (low). The KIDMED used is shown in Table 1.

All of the participants were verbally informed about the study, and their parents provided their written informed consent for their participation. All of the students were involved in the study of their own volition. The students who had not fully completed the survey sheets or KIDMED were excluded.

Test-retest reliability was determined using the intraclass correlation coefficient and internal consistency. For the test-retest method, the scale was applied to 36 adolescents of the same class at the baseline and again after two weeks.

To determine the relationship between the KIDMED scores and the anthropometric measurements (BMI and waist circumference), the index was applied to 504 students in Grades 6 and 7. Then, the height, weight, and waist circumference of the students were measured and the relationship between KIDMED scores and obesity was evaluated. A height-weight meter scale having a telescopic measuring height rod weighing up to 300 kg with 50-100 g precision and measuring height up to 200 cm and with a telescopic measuring rod with a 1-mm space was used for measuring weight and height. The students were told to take off their shoes and juxtapose their feet in an upright position for height measurement. For the weight measurement, they were weighed without shoes and after all weight carried except the school uniform was removed. A stretch-resistant tape was used to measure waist circumference. The waist circumference measurement protocol of WHO was applied during these measurements.¹⁹ This protocol requires that the student stands with arms at the sides, feet positioned close together, and with minimal clothing. Waist circumference was measured at the midpoint between the lower margin of the last palpable rib and the top of the iliac crest, at the end of the expiration. The tape measure was held snugly without constricting and at a level parallel to the floor.

The body mass index and Z scores were calculated. Accordingly, +3SD and higher were classified as obese, between +2SD and +3SD was considered overweight, between -1SD +2SD normal, between -2SD -1SD thin and -2SD and lower was considered very thin.²⁰ Waist circumference in the 90th percentile and higher was accepted as abdominal obesity.²¹

Permissions and Ethics

All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki Declaration and its later amendments or comparable ethical standards.

The study was approved by the Institutional Review Board of the MU University School of Medicine, Research Ethics Board (Approval no: 09.2016.477) and conducted with the approval of the Ministry of National Education (Approval no 2017/2197965).

Analysis

After the descriptive statistics and frequency distributions, the normality distributions of the data were evaluated with the Kolmogorov-Smirnov test. The McNemar test was used for the test-retest comparison because the answers to the KIDMED questions are dichotomic. Test-retest reliability was determined using the intraclass correlation coefficient and internal consistency. Spearman's correlation coefficients between anthropometric measurements and KIDMED scores were calculated. The Mann-Whitney U test was used for the KIDMED scores of two different groups and the Kruskal-Wallis test for more than two groups. The SPSS 11.0 package program was used for the analysis of the data and $p < 0.05$ was accepted as statistically significant.

RESULTS

Thirty-six students (18 F, 18 M) who were at a mean age of 11.00 ± 0.69 participated in the study for the test-retest reliability research and 504 students (49.2% M, 50.8% F) for the correlation with BMI and KIDMED.

No statistical difference was found between the test-retest scores on the KIDMED applied 2 weeks apart (5.6 ± 2.16 ; 5.8 ± 2.26 $p = 0.461$). The Cronbach alpha coefficient for KIDMED was 0.857. The intraclass correlation coefficient was 0.750 ($p < 0.001$). The test-retest reliability evaluation for the answers given to each item of KIDMED is shown in Table 1. The answers given to all of the items after the retest are similar ($p > 0.05$).

The KIDMED was found to be reliable in terms of test-retest reliability and was applied to 504 students (49.2% M, 50.8% F) who were a mean 11.66 ± 0.84 years of age. Some of the health indicators and mean KIDMED scores of the students participated in the study are shown in Table 2.

KIDMED scores and related parameters are shown in Table 3. A weak but negative correlation was found between the KIDMED scores and BMI and waist circumference values ($r = -0.117$; $p = 0.008$; $r = -0.112$; $p = 0.012$, respectively).

Table 1. The test-retest reliability evaluation for the answers given to each item of KIDMED

	Test (n=36)		Retest (n=36)		p**
	Yes	No	Yes	No	
Takes a fruit or fruit juice everyday (Her gün meyve veya taze sıkılmış meyve suyu tüketirim)	23 (63.9%)	13 (36.1%)	21 (58.3%)	15 (41.7%)	0.727
Has a second fruit everyday (Her gün ikinci bir meyve daha tüketirim)	26 (72.2%)	10 (27.8%)	20 (55.6%)	16 (44.4%)	0.146
Has fresh or cooked vegetables regularly once a day (Düzenli olarak günde birkez taze veya pişmiş sebze tüketirim)	21 (58.3%)	15 (41.7%)	22 (61.1%)	14 (38.9%)	<.999
Has fresh or cooked vegetables more than once a day (Günde birden fazla taze veya pişmiş sebze tüketirim)	7 (19.4%)	29 (80.6%)	11 (30.6%)	25 (69.4%)	0.344
Consumes fish regularly (at least 2–3 times per week) [Düzenli olarak balık tüketirim (haftada en az 2-3 kez)]	19 (52.8%)	17 (47.2%)	20 (55.6%)	16 (44.4%)	<.999
*Goes more than once a week to a fast-food (hamburger) Restaurant (Fast-food tarzı restoranlara (hamburger) haftada bir kereden fazla giderim)	4 (11.1%)	32 (88.9%)	5 (13.9%)	31 (86.1%)	<.999
Likes pulses and eats them more than once a week (Baklagilleri severim ve haftada bir kereden fazla tüketirim)	21 (58.3%)	15 (41.7%)	25 (69.4%)	11 (30.6%)	0.289
Consumes pasta or rice almost everyday (5 or more times per week) [Makarna ve pilavı hemen hemen her gün tüketirim (haftada 5 veya daha fazla)]	12 (33.3%)	24 (66.7%)	14 (38.9%)	22 (61.1%)	0.687
Has cereals or grains (bread, etc.) for breakfast [Kahvaltıda tahıl (ekmek) veya tahıl ürünleri (tahıl gevreği) tüketirim]	23 (63.9%)	13 (36.1%)	26 (72.2%)	10 (27.8%)	0.375
Consumes nuts regularly (at least 2–3 times per week) [Düzenli olarak kuruyemiş tüketirim (haftada en az 2-3 kez)]	22 (61.1%)	14 (38.9%)	20 (55.6%)	16 (44.4%)	0.774
Uses olive oil at home (Evde zeytinyağı kullanırım)	22 (61.1%)	14 (38.9%)	20 (55.6%)	16 (44.4%)	0.625
*Skips breakfast (Kahvaltı yapmam)	3 (8.3%)	33 (91.7%)	4 (11.1%)	32 (88.9%)	<.999
Has a dairy product for breakfast (yoghurt, milk, etc.) [Kahvaltıda süt ve süt ürünleri tüketirim (süt, yoğurt, vb)]	25 (69.4%)	11 (30.6%)	28 (77.8%)	8 (28.6%)	0.581
*Has commercially baked goods or pastries for breakfast (Kahvaltıda hazır fırın ürünleri veya hamur işleri tüketirim)	18 (50.0%)	18 (50.0%)	19 (52.8%)	17 (47.2%)	<.999
Takes two yoghurts and/or some cheese (40 g) daily [Günlük olarak 2 bardak süt/yoğurt ve/veya 1 büyük dilim (40 g) peynir tüketirim]	29 (80.6%)	7 (19.4%)	31 (86.1%)	5 (13.9%)	0.727
*Takes sweets and candy several times everyday (Tatlı, şeker ve şekerlemeleri günde birkaç kez tüketirim)	23 (63.9%)	13 (36.1%)	21 (58.3%)	15 (41.7%)	0.754

*: Negative questions not accordance for the Mediterranean diet

**: McNemar test

Table 2. Some of the health indicators and average KIDMED scores of the students participated in the study

n=504	n (%)
Any chronic disease	103 (20.4%)
DM	2 (0.4%)
Fat individual in the family	190 (37.7%)
According to WHO	
Obese	94 (18.7%)
Overweight	131 (26.0%)
Normal	273 (54.2%)
Thin	6 (1.2%)
Abdominal obesity	
Exist	211 (41.9%)
Absent	293 (58.1%)
KIDMED score (Mean ± SD)	5.49 ± 2.67
KIDMED score groups	
Good	114 (22.6%)
Moderate	279 (55.4%)
Poor	111 (22.0%)

Table 3. KIDMED scores and related parameters

	KIDMED score (Mean ± SD)	p
Sex		
Male (n=248)	5.35 ± 2.59	
Female (n=256)	5.63 ± 2.34	0.253*
Obesity classification according to WHO		
Obese (n=94)	4.86 ± 2.528	0.055**
Overweight (n=131)	5.54 ± 2.19	
Normal (n=273)	5.67 ± 2.57	
Thin (n=6)	5.82 ± 1.47	
Any chronic disease		
Yes (n=103)	5.30 ± 2.37	0.414*
No (n=399)	5.54 ± 2.49	
BMI	r=-0.117	0.008***
Waist circumference	r=-0.112	0.012***

*Man Whitney U test

** Kruskal Wallis test

***Spearman correlation test

DISCUSSION/CONCLUSION

This study investigated the reliability of the Turkish KIDMED which evaluates Mediterranean-style eating habits among children and adolescents. The test-retest reliability of the Turkish KIDMED is good (Cronbach alpha coefficient: 0.857; intraclass correlation coefficient: 0.750).

The first requirement for a scale to be valid is that it is reliable.²² But studies about the validity of KIDMED are limited because a gold standard for assessment of adherence to the Mediterranean Diet does not exist. Some studies, however, have investigated the relationship between anthropometric measurements and KIDMED and have shown that KIDMED is a valid tool of evaluation.¹⁰⁻¹² In our study, the Turkish version of KIDMED showed a negative but very weak

correlation between BMI and waist circumference, which suggests that KIDMED has a low level of validity. Differently, in some studies performed with the same age groups, it was indicated that there were no coherent relationship between KIDMED scores and weight.^{17,23}

KIDMED scores were found to be “Good” for 22.6% of the adolescents in our study. This figure is similar to the results reported in the studies of Şahingöz et al. and Kabaran et al. conducted with Turkish adolescents (22.9% and 22.7%).^{14,16} But it is higher than the other study reported by Cömert et al. performed with the same age group in Turkey. In another study conducted in Greece, only 4.3% of children ages 10-12 had “Good” KIDMED scores.^{17,23} In a systematic review by Garcia Cabrera et al. compliance to the Mediterranean diet was stated as 10%.²⁴ The differences between the studies may a result of cultural differences or because of the different characteristics of the groups investigated.

In general, these studies show that adherence to the Mediterranean diet is low in adolescent groups. But there are differences in KIDMED scores according to urbanization. Children from semi-urban areas had higher adherence to the Mediterranean diet compared with those from large urban areas.²³ But this study was conducted with adolescents living in an urban area.

Study Limitations

One of the limitations of our study was that it was carried out with only students 11-14 years of age in two schools, and therefore the study cannot be generalized to different groups.

Some of the questions in the scale may have led to misinterpretations by the students (e.g., cooking style of the foods or amount of the meal portions). The scale questions the frequency of consumption of some of the foods, but it does not query amounts consumed. Also, some of the statements may have led to misunderstandings. For example, the statement "consuming cereals or grains (e.g. bread) for breakfast" assesses grain-rich eating behavior appropriate to the Mediterranean type diet. However, in our country, bread made of refined white flour is usually preferred instead of whole grain products.²⁵ This suggests that a different Mediterranean Diet Compliance Scale should be developed for Turkish children. Even though most of the existing studies have been carried out in Mediterranean countries, different languages and cultural characteristics may give rise to validity problems about the use of KIDMED in different countries. Developing another Mediterranean diet quality index specific to different cultures may solve the problems of validity.

CONCLUSIONS

In conclusion, our research is the first study investigating the test-retest reliability of the Turkish KIDMED used for evaluating adherence to the Mediterranean diet among adolescents. The results of the study show that the reliability of the Turkish KIDMED is "good" but has a low level of validity. Future studies should nonetheless be conducted on the reliability of Turkish KIDMED in other different age groups.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflict of interest

Funding

This study is a part of a project conducted by the authors named "The Effect of Providing Opportunities for Obesity Preventive Experiential

Learning on Healthy Nutrition, Body Mass Index and Exercise" supported by the Research Fund of the Marmara University. Project Number: (SAG-C-TUP-070617-0347)

Acknowledgements

The authors would like to thank Emine Mizyal for her contributions to English editing.

KAYNAKLAR

1. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, Looze M, Roberts C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. World Regional Office for Europe, Copenhagen, 2010. Available from: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf Accessed 05 September, 2019.
2. Alper Z, Ercan İ, Uncu Y.A Meta-Analysis and an Evaluation of Trends in Obesity Prevalence among Children and Adolescents aged 5-19 in Turkey: 1990 through 2015. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2018;10(1):59- 67.
3. Republic of Turkey Ministry of Health Public Health Institution Turkish Healthy Nutrition and Active Life Programme 2013-2017. Ministry of Health Publish No: 773, Ankara, 2017. Available from: <http://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/8861,turkiye-saglikli-beslenme-ve-hareketli-hayat-programipdf.pdf>? Accessed 05 September, 2019.
4. Serra-Majem L, Ribas L, Ngo Ortega RM, García A, Pérez-Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition.* 2004;7(7):931-935.
5. Keys A. Mediterranean diet and public health: Personal reflections. *Am J Clin Nutr.* 1995;61(6 Supp):1321-3.
6. Fidanza F, Alberti A, Lanti M, Menotti A. Mediterranean Adequacy Index: Correlation with 25-year mortality from coronary heart disease in the Seven Countries Study. *Nutr Metabol Cardiovasc Dis.* 2004;14(5):254-8.
7. Fung TT, Rexrode KM, Mantzoros CS, Manson JE, Willett WC, Hu FB. Mediterranean diet and incidence of and mortality from coronary heart disease and stroke in women. *Circulation.* 2009;119(8):1093-100.
8. Kastorini CM, Milionis HJ, Esposito K, Giugliano D, Goudevenos JA, Panagiotakos DB. The effect of mediterranean diet on metabolic syndrome and its components a meta-

- analysis of 50 studies and 534,906 individuals. *J Am Coll Cardiol.* 2011;57(11): 1299-1313.
9. Della Corte C, Mosca A, Vania A, Alterio A, Iasevoli S, Nobili V. Good adherence to the Mediterranean diet reduces the risk for NASH and diabetes in pediatric patients with obesity: The results of an Italian Study. *Nutrition.* 2017;39-40:8-14.
 10. Galan-Lopez P, Ries F, Gisladdottir T, Domínguez R, Sánchez-Oliver AJ. Healthy Lifestyle: Relationship between Mediterranean Diet, Body Composition and Physical Fitness in 13 to 16-Years Old Icelandic Students. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(2):2632.
 11. Bacopoulou F, Landis G, Rentoumis A, Tsitsika A, Efthymiou V. Mediterranean diet decreases adolescent waist circumference. *Eur J Clin Invest.* 2017;47(6):447-455.
 12. Costarelli V, Koretsi E, Georgitsogianni E. Health-related quality of life of Greek adolescents: the role of the Mediterranean diet. *Qual Life Res.* 2013;22(5):951-956.
 13. Schröder, H, Mendez MA, Ribas-Barba L, Covas MI, Serra-Majem L. Mediterranean diet and waist circumference in a representative national sample of young Spaniards, *Int J Pediatr Obes.* 2010;5(6):516-9.
 14. Kabaran S, Gezer C. Determination of the Mediterranean Diet and the Obesity Status of Children and Adolescents in Turkish Republic of Northern Cyprus. *Turkish J Pediatr Dis.* 2013;7(1):11-20.
 15. Erol E, Ersoy G, Pular A, Özdemir G, Bektaş Y. Evaluation of the Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) in Adolescents in Turkey. *International Journal of Human Sciences.* 2010;7(1):647-664.
 16. Sahingoz SA, Sanlier N. Compliance with Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) and nutrition knowledge levels in adolescents. A case study from Turkey. *Appetite.* 2011;57(1):272-7.
 17. Cömert TK, Çerkez M, Tekin AG, Aydoğan N, Eşsiz Ö. Compliance with Mediterranean Diet Quality Index (KIDMED) and Eating Patterns in School-age Children with Gaziantep, Turkey. *American Journal of Food and Nutrition.* 2015;3(1):28-33.
 18. Baydemir C, Ozgur EG, Balci S. Evaluation of adherence to Mediterranean diet in medical students at Kocaeli University, Turkey. *J Int Med Res.* 2018;46(4):1585-1594.
 19. Ercan I, Kan I. Reliability and Validity in The Scales. *Journal of Uludağ University Medical Faculty.* 2004;30(3):211-216.
 20. World Health Organisation. Waist Circumference and Waist-Hip Ratio Report of a WHO Expert Consultation, Geneva, 2008. Available from: https://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_report_waistcircumference_and_waisthip_ratio/en/ Accessed 15 May, 2016.
 21. Neyzi O, Bundak R, Gökçay G, Günöz H, Furman A, Darendeliler F, et al. Reference Values for Weight, Height, Head Circumference, and Body Mass Index in Turkish Children. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2015;7(4):280–293.
 22. Hatipoglu N, Ozturk A, Mazicioglu MM, Kurtoglu S, Seyhan S, Lokoglu F. Waist circumference percentiles for 7- to 17-year-old Turkish children and adolescents. *Eur J Pediatr.* 2008;167(4):383–389.
 23. Garcia Cabrera S, Herrera Fernandez N, Rodriguez Hernandez C, Nissensohn M, Román-Viñas B, Serra-Majem L. KIDMED test; prevalence of low adherence to the Mediterranean Diet in children and young; a systematic review. *Nutr Hosp.* 2015;32(6):2390-2399.
 24. Taşçı R, Karabak S, Bolat M, Acar O, Şanal T, Pehlivan A, et al. Consumer Preferences in Bread in Ankara. *Journal of Field Crops Central Research Institute.* 2017;26(1):75-85.
 25. Farajian P, Risvas G, Karasouli K, Pounis GD, Kastorini CM, Panagiotakos DB, et al. Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study. *Atherosclerosis.* 2011;217(2):25-30.



Aile Hekimlerinde Korona Virüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi

Examination Of Challenges, Anxiety and Burnout Among Family Physicians Due To Corona Virus Outbreak

Seda TÜRKİLİ^{*1}, Yücel UYSAL², Şenel TOT³, Ertan MERT⁴

ABSTRACT

Objective: The new type of corona virus (SARS-Cov2, COVID-19) pandemic has brought many difficulties that will affect healthcare professionals both physically and mentally all over the world. The aim of this study is to evaluate the difficulties faced by family physicians involved in the COVID-19 pandemic process, anxiety-causing conditions, anxiety, depression and burn out syndrome and related factors and to present a framework for risk factors. **Method:** Our study is an online survey study and was conducted with family physicians working in Mersin city. Sociodemographic data and COVID-19 pandemic experiences questionnaire, Patient Health Questionnaire-4 and Maslach Burnout Inventory Scale were used in the survey. **Results:** 146 family physicians completed the survey. We found that 78.08% (n=114) of the respondents experienced anxiety and 71.23% (n=104) experienced depression. Average scores on burnout subscales were 21.49 (±6.39) for “emotional exhaustion,” 10.86 (±3.72) for “desensitization,” and 16.71 (±5.60) for “personal achievement”. The frequency of contact with COVID-19 patients, living in the same house with individuals over 65 or with chronic diseases, positive test result for COVID-19, problem access to personal protective equipment, lack of support perceived by administrators, lack of social support, stigma and excessive social media use to learn about SARS-Cov2 were found to be risk factors for depression, anxiety and burnout. **Conclusion:** The effective and high quality maintenance of health services during the pandemic process is directly related to the well-being of health workers both physically and spiritually. Early detection and prevention of progression of mental disorders that may arise due to the difficulties of the process in primary care physicians working under high risk with great devotion during this process; it is extremely important to identify risk factors and to implement the necessary interventions at an early stage, in order to continue the effective fight against the pandemic.

Key words: Pandemics, family physicians, primary care, anxiety, depression, burnout.

ÖZET

Amaç: Yeni tip koronavirus (SARS-Cov2, COVID-19) pandemisi tüm dünyada sağlık çalışanlarını gerek fiziksel gerekse ruhsal açıdan etkileyecek birçok zorluğu beraberinde getirmiştir. Bu çalışmada amaç, COVID-19 pandemisi sürecinde görev alan aile hekimlerinin karşılaştıkları zorlukların, kaygı yaratan durumlar ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ve risk faktörleri için bir çerçeve sunulmasıdır. **Metot:** Çalışmamız internet üzerinden uygulanan bir anket çalışması olup, Mersin ilinde görevli aile hekimleri ile yapılmıştır. Ankette sosyodemografik veriler ve COVID-19 pandemisi deneyimleri soru formu, Hasta Sağlık Anketi-4 ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır. **Bulgular:** Yüz kırk altı aile hekimi anketi tamamladı. Ankete katılanların %78,08’inin (n=114) anksiyete, %71,23’ünün (n=104) depresyon yaşadığını saptadık. Tükenmişlik alt ölçeklerinde ortalama puanlar “duygusal tükenme” için 21,49 (±6,39), “duyarsızlaşma” için 10,86 (±3,72) ve “kişisel başarı” için 16,71 (±5,60) idi. COVID-19 hastaları ile temas sıklığı, aynı evde 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan bireylerle yaşamak, SARS-Cov2 için pozitif test sonucu, kişisel koruyucu ekipmanlara erişim sorunu, idareciler tarafından algılanan destek eksikliği, sosyal destek eksikliği, damgalanma ve COVID-19 konusunda bilgi edinmek amaçlı aşırı sosyal medya kullanımının depresyon, anksiyete ve tükenmişlik için risk faktörü olduğu saptanmıştır. **Sonuç:** Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli bir şekilde sürdürülmesi, sağlık çalışanlarının gerek fiziksel gerekse ruhsal açıdan iyi oluş hali ile doğrudan ilişkilidir. Bu süreçte büyük özveri ile yüksek risk altında çalışan birinci basamak hekimlerinde, sürecin zorluklarına bağlı ortaya çıkması olası ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi; risk faktörlerinin tespit edilip gerekli müdahalelerin erken dönemde hayata geçirilebilmesi, pandemi ile mücadelenin etkin bir şekilde sürdürülmesi için son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: Pandemi, aile hekimi, birinci basamak, anksiyete, depresyon, tükenmişlik.

Received / Geliş tarihi: 04.01.2021, **Accepted / Kabul tarihi:** 15.03.2021

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD, Mersin (ORCID: 0000-0002-0079-060X)

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ABD, Mersin (ORCID: 0000-0003-2283-9395)

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD, Mersin (ORCID: 0000-0001-8586-3961)

⁴Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ABD, Mersin (ORCID: 0000-0002-0081-2784)

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD, Mersin, TÜRKİYE

E-mail: sedadeg@gmail.com

Tel: +90 553 306 46 56

Türkili S, Uysal Y, Tot Ş, Mert E. Aile Hekimlerinde Korona Virüs Salgını Nedeniyle Yaşanılan Zorluklar, Kaygı ve Tükenmişlik Durumlarının İncelenmesi. TJFMPC, 2021;15(2): 348-356.

DOI: 10.21763/tjfm.853344

GİRİŞ

Geçtiğimiz yüzyılda teknoloji alanında yaşanan olağanüstü hızlı gelişmeler, ulaşım teknolojisini de etkiledi ve insanların, dünyanın bir noktasından diğerine erişimini son derece kolay hale getirdi. Bu gelişme sosyal ve ekonomik yönden pek çok olumlu sonucu beraberinde getirir de bulaşıcı hastalıkların ilk ortaya çıktıkları yerden kilometrelerce uzaklara, dünyanın çeşitli yerlerine taşınmasına ve bunun sonucunda, patojen mikroorganizmanın özelliklerine de bağlı olarak pandemilere yol açtığını görmekteyiz. Son yüzyılda yaşanan İspanyol Gribi, Asya Gribi, HIV/AIDS, SARS, Domuz Gribi, Ebola, MERS gibi pandemiler ve halen etkisi altında olduğumuz COVID-19 pandemisi, bu tür salgın hastalıkların artık hayatımızın bir gerçeği olduğunu göstermektedir.

İlk olarak 2019 yılı sonlarında Çin'in Hubei Bölgesi'nin başkenti olan Wuhan'da ortaya çıkan ve hızla küresel olarak yayılan COVID-19 enfeksiyonu bu pandemilerin halen devam etmekte olan en güncel örneğidir. Hızla artan vaka sayıları ve yayılımı sınırlamak için alınan önlemler toplumun tüm kesimlerinde fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik zorluklara yol açtı. Bu süreçte, devletlerin tüm birimlerinde farklı yön ve şiddette etkilenmeler olmakla birlikte, bu etkilenmenin en büyüğü şüphesiz sağlık sektörü üzerinde olmuştur. Türkiye'de sağlık sistemlerinin bel kemiğini oluşturan Aile Hekimleri ve Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sağlayıcıları bu mücadelede son derece kritik role sahiptir. Aile hekimleri, yakınmaları ne olursa olsun toplumun kadın, erkek, çocuk, yaşlı, gebe, engelli gibi ayrımları olmaksızın en sık başvurduğu birimlerdir. Mevcut pandemi sürecinde de bu durum değişmemiş, hatta, hastanelerin pandemi hastanesi olarak çalıştığı bu günlerde, hastanede enfeksiyon kapma korkusu ve artan yükü kaldıramayan hastanelerin hasta kabulünü kısıtlaması gibi nedenlerle aile hekimlerine başvurular her geçen gün artmıştır. Ayrıca, enfekte hastaların büyük kısmının asemptomatik olduğu da göz önüne alındığında, farklı pek çok sebeple bu kişilerin aile hekimliği hizmetlerine başvurmaları kaçınılmazdır.

Pandeminin ilk dönemlerinde birinci basamak hizmetlerin önemi ve etkinliği göz ardı edilmiş; her yaştan, her gruptan bireye hizmet veren aile hekimlerinin aldıkları risk gözlerden kaçmış, yeterli koruyucu ekipman sağlanmamıştır. Pandeminin ilerlemesiyle birlikte aile hekimlerine fiyasyon, evde hasta takibi, çeşitli raporların düzenlenmesi, zatürre aşalarının uygulanması gibi görevler tanımlanmıştır. Sonuç olarak, pandeminin her birey için getirdiği zorlanmaların yanı sıra aile hekimleri artan iş yükü, kişisel koruyucu ekipmanlara erişim güçlüğü, görev tanımlarının

belirsizliğinin yanı sıra enfeksiyon etkenine artmış maruziyet, meslektaşlarının hastalanmasına ve vefatına tanık olma, hastalanmaları durumunda ekonomik zorluklarla karşılaşma gibi ilave zorluklarla karşı karşıya kalmışlardır. Tüm bu süreçlerin, aile hekimlerinde biyomedikal birtakım durumların yanı sıra psikolojik açıdan da etkilenmelere neden olması ve tükenmişlik ile sonuçlanması kaçınılmaz hal almıştır.

Literatürde pandemi sürecinde bireylerin ruhsal açıdan etkilenmelerinin araştırıldığı çalışmalara baktığımızda genel popülasyon, enfekte hastalar veya genel olarak sağlık çalışanlarını değerlendiren pek çok çalışma olduğunu; ancak birinci basamakta görev alan hekimlerin ruh sağlığını değerlendiren çalışmaların son derece kısıtlı olduğunu görmekteyiz. Çalışmamızın amacı, tüm dünyayı ve ülkemizi etkisi altına alan COVID-19 pandemisi sürecinin ve bu süreçte enfekte/olası enfekte vakalarla temas riski yüksek olan birinci basamak aile hekimlerinin karşılaştıkları zorlukların, kaygı yaratan durumlar ile anksiyete, depresyon ve tükenmişlik sendromu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin incelenmesidir.

METOT

Çalışmamızda, katılımcıların sosyodemografik özellikleri, COVID-19 ile ilgili bilgi, tutum ve deneyimlerini sorgulayan anket ile ruhsal durum değerlendirmesi için Hasta Sağlık Anketi-4 (PHQ-4) ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi için Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden oluşan 50 soruluk anket uygulanmıştır. Etik kurul onayı 10.06.2020 tarih ve 2020/431 karar sayısı ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Ayrıca Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce oluşturulan COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu Onay Belgesi de alınmıştır. Anket formu, Mersin İlinde görevli aile hekimlerinden oluşan katılımcılara, aile hekimlerinin eğitim ve araştırma etkinliklerinin düzenlendiği çevirim içi platforma yüklenip, hekimlerin e-postalarına iletilmiştir. Ankete 169 aile hekimi erişmiş ancak 23'ünün anketi eksik doldurması nedeni ile 146 katılımcının verileri değerlendirmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Hasta Sağlık Anketi-4

Kroenke ve ark (2009) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlaması 2018 yılında Demirci ve Ekşi tarafından yapılmıştır.^{1,2} Dört sorudan oluşan anket anksiyete ve depresif belirtileri sorgulamaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach ve ark (1981) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe uyarlama çalışması 1993 yılında Ergin tarafından yapılmıştır.^{3,4} Ölçek tükenmişliği “Duygusal tükenme” (DT), “Duyarsızlaşma” (D) ve “Kişisel başarı hissi” (KB) olmak üzere üç alt boyutta değerlendiren 22 sorudan oluşmaktadır. DT ve D alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ile KB alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, tükenmişlik lehine yorumlanır. Alt ölçeklerin Cronbach alfa katsayıları DT için 0,83, KB için 0,72 ve D için 0,65 olarak verilmiştir.⁵

İstatistiksel Metot

Değişkenlerin normal dağılıma uygun olup olmadıkları ShapiroWilk testi ile incelenmiştir. Normal dağılım varsayımı sağlamayan değişkenler medyan[Q1-Q3] şeklinde özetlenmiştir. Kategorik değişkenler ise sayı ve yüzde cinsinden özetlenmiştir. İki grup karşılaştırılmasında

varsayım sağlanmadığından Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında varsayım sağlanmadığından Kruskal Wallis testinden yararlanılmış olup, post hoc test olarak Dunn testi kullanılmıştır. Skor cinsinden değişkenler arasındaki ilişkinin araştırılması amacıyla Spearman korelasyon katsayısından yararlanılmıştır. Analizler Statistica v.13.3.1 programı ile yapılmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmamızı 51’i kadın (%34,9), 95’i erkek (%65,1) toplam 146 aile hekimi tamamlamıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 41,1(±8,76) olarak bulunmuştur. Diğer sosyodemografik ve mesleki özellikleri, COVID-19 sürecinde hastalarla temas sıklığı, test uygulanması, bilgi düzeyi, kişisel koruyucu ekipmana erişim, sosyal destek ve algılanan bulaş riskine dair veriler Tablo-1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Demografik ve mesleki veriler

DEĞİŞKEN	n (%)	DEĞİŞKEN	n (%)
Medeni durum		COVID-19 şüpheli veya kesin tanıli kişilerle temas sıklığı	
Evli	91 (62,3)	0-5/hafta	45 (30,8)
Bekar	55 (37,7)	5-25/hafta	75 (51,4)
		25-100/hafta	25 (17,1)
		100 üzeri/hafta	1 (0,7)
Çocuk sahibi olma		COVID-19 nedeniyle test	
Var	84 (57,5)	Yapılmadı	61 (41,8)
Yok	62 (42,5)	Yapıldı, + çıktı	13 (8,9)
		Yapıldı, – çıktı	72 (49,3)
Sigara kullanımı		COVID-19 bilgilendirme düzeyi	
Var	39 (26,7)	Yeterli	85 (58,2)
Yok	107 (73,3)	Yeterli değil	61 (41,8)
Kronik hastalık		Kurumu tarafından yeterli KKE sağlanıyor mu	
Var	28 (19,2)	Evet	35 (24)
Yok	118 (80,8)	Hayır	111 (76)
Aynı evde 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan bireyle yaşamak		Yaşadığı zorlukların idareciler tarafından anlaşıldığına inanıyor mu	

Evet	25 (17,1)	Evet	4 (2,7)
Hayır	121 (82,9)	Kısmen	57 (39)
		Hayır	85 (58,2)
Psikiyatrik ilaç kullanımı		Sosyal destek	
Evet	3 (2,1)	Evet	74 (50,7)
Hayır	143 (97,9)	Destek var ama evde istenmeme hissi	34 (23,3)
		Destek var ama evden ayrıldım	
		Çok az /hiç yok	15 (10,3)
			23 (15,8)
Meslekte geçen süre (yıl)		Sosyal medya, TV aşırı kullanımı	
0-10	49 (%33,56)	Evet	97 (66,4)
11-20	58 (%39,72)	Hayır	49 (33,5)
21 ve üstü	39 (%26,71)		

KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman

Tablo 2. Ruhsal durum ve tükenmişlik alt ölçekleri ile ilişkili faktörler.

	ANKSİYETE		DEPRESYON		DT		D		KB	
	Medyan	p	Medyan	p	Medyan	p	Medyan	p	Medyan	p
Temas sıklığı *										
<5 hasta/hafta	3,00	0,031	3,00	0,026	20,00	0,018	11,00	0,345	15,00	0,025
5-25hasta/hafta	4,00		4,00		23,00		11,00		16,00	
25-100 hasta/hafta	4,00		4,00		24,00		12,00		21,00	
COVID-19 testi *										
Yapılmadı	4,00	0,095	3,00	0,026	22,00	0,479	11,0	<0,00 1	15,00	0,002
Yapıldı; pozitif	5,00		5,00		24,00		15,0		22,00	
Yapıldı;negatif	4,00		4,00		23,00		11,0		17,00	
65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan bireyle aynı evde yaşama *										
Evet	4,00	0,119	4,00	0,005	26,00	0,008	11,00	0,905	16,00	0,514
Hayır	4,00		4,00		22,00		11,00		16,00	

KKE koruyor mu? *										
Büyük oranda	3,00	0,016	2,00	0,001	25,00	0,959	8,00	0,003	12,00	<0,001
Kısmen	4,00		4,00		23,00		11,00		17,00	
Hiç korumuyor	4,50		4,00		23,00		13,00		22,00	
Sosyal destek *										
Evet	4,00		3,00		21,00		10,00		15,00	
Destek var ama evde istenmeme hissi	4,00	0,050	4,00	0,081	23,00	0,395	13,00	0,010	19,50	0,035
Destek var ama evden ayrıldım	4,00		4,00		24,00		13,00		21,00	
Çok az /hiç yok	4,00		4,00		24,00		12,00		18,00	
	r ^s	p	r ^s	p	r ^s	p	r ^s	p	r ^s	p
Dışlanma-damgalanma**										
Var	0,469	<0,001	0,471	<0,001	0,421	<0,001	0,525	<0,001	0,56	<0,001
Yok										
Bilgi amaçlı TV, sosyal medya aşırı kullanımı**	0,519	<0,001	0,575	<0,001	0,475	<0,001	0,470	<0,001	0,542	<0,001

DT: Duyusal tükenmişlik, D:Duyarsızlaşma; KB: Kişisel Başarı, KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman;*ShapiroWilk, median değeri, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis ve post hoc test olarak Dunn testi kullanılmıştır.**Korelasyon katsayısı (r^s) 0,40'dan büyük olanlar yorumlanmıştır.

Ruhsal durum, tükenmişlik ve ilişkili faktörler

Hasta Sağlık Anketi-4 değerlendirme sonuçlarına göre katılımcıların %78,08'inin (n=114) anksiyete, %71,23'ünün (n=104) depresyon belirtilerine sahip olduğu tespit edilmiştir. Tükenmişlik alt ölçeklerinde ortalama puanlar DT için 21,49 (±6,39), D için 10,86 (±3,72) ve KB için 16,71 (±5,60) idi. Ruhsal durum ve tükenmişlik alt ölçekleri ile ilişkili faktörler Tablo-2'de gösterilmiştir.

Çalışmamızda yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, sigara kullanımı, kronik hastalık varlığı, psikiyatrik ilaç kullanımı, meslekte geçen süre, COVID-19 bilgi düzeyi ve komple teorileri ile depresyon, anksiyete ve tükenmişlik alt

ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Korona virüs ilişkili kaygı faktörleri

Salgın esnasında sağlık çalışanlarını kaygılandıran durumlar sorgulandığında alınan yanıtlar sıklık sırasına göre Şekil-1' de gösterilmiştir.

İstatistiksel analizde, her bir kaygı faktörü için ayrı ayrı incelendiğinde, anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile düşük kişisel başarı algısı varlığı ile söz konusu durumun kaygı yaratması arasında anlamlı ilişki tespit edilmiştir (her bir faktör için p <0.001, r^s>0,40).

1. Korona virüsü ailemden veya arkadaşlarımdan birine bulaştırmak (%74)
2. Korona virüs nedeni ile hayatımı kaybetmek (%73,2)
3. Ekonomik zorluklar yaşamak (%71,9)
4. Korona virüs nedeniyle sağlığımın bozulması (%70,5)
5. Hastalarımı yeterli olamamak, tanıyı atlamak veya doğru yönlendirememek (%67,8)
6. Salgın sonrası geliştirilen davranışsal değişiklikler (aşırı temizlik, aşırı alışveriş, gıda stoklamak, insanlardan kaçınmak gibi) nedeniyle psikiyatrik bozukluk yaşamak (%60,9)

Şekil-1: Korona virüs kaygı faktörleri; yüzde cinsinden özetlenmiştir.

TARTIŞMA

2019 yılı Aralık ayında Çin’de başlayan ve kısa sürede dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi ile küresel mücadele sürmektedir. Bu süreçte sağlık sistemi ve personeller üzerindeki yük her geçen gün artmakta ve çeşitli fiziksel ve ruhsal sonuçlar doğurmaktadır. Aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetleri, yaş, cinsiyet, hastalık gibi ayrımları yapmadan toplumun her kesiminden bireye süreklilik içinde gerek koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayan gerekse ortaya çıkan sağlık sorunlarına müdahale eden hizmetleri ile sağlık sistemlerinin temel taşı olarak çalışmaktadır.⁶ Özellikle pandeminin ilk zamanlarında aile hekimleri mücadelenin dışındaymışçasına kişisel koruyucu ekipmanlar, bilgilendirmeler ve alınması gereken önlemler konusunda göz ardı edilmiştir. Bir yandan aşılama, 15-49 yaş kadın takibi, yeni doğan-çocuk-ergen takibi, gebe ve lohusa izlemi, kronik hastalıkların takibi gibi koruyucu sağlık hizmetlerini sürdürmeye çalışırken bir yandan da bu popülasyonların enfekte vakalarla bir araya gelmemelerini sağlamak için çaba sarf etmişlerdir. Devam eden pandemi sürecinde aile hekimlerine tedavisi evde devam eden enfekte hastalar, temaslılar, yurt dışı seyahat izolasyonlarının takibi, günlük telefon görüşmeleri ile bu hastaların kontrolü ve kayıt altına alması, çeşitli raporlar düzenleme, filyasyon çalışmalarına katılma gibi ek görevlendirmeler tanımlanmıştır. Artan iş yükü, kişisel koruyucu ekipmanlara erişim sıkıntısı, görev tanımlamalarında sıkça yapılan değişiklikler, hastalanmaları durumunda yapılan maaş kesintileri ile bu zorlu süreçte devam eden sağlıkta şiddet olayları birinci basamak sağlık çalışanlarını fiziksel

ve ruhsal açıdan olumsuz etkilemesi kaçınılmaz olmuştur. Çalışmamızın sonuçları, pandemi döneminde görev yapan aile hekimlerinde anksiyete, depresyon ve tükenmişliğin yüksek seviyelerde görüldüğünü ortaya koymuştur.

Çin’de görev yapan pratisyen hekimlerin COVID-19 mücadelesi ile ilgili meslektaşlarına deneyim paylaşımı amacıyla yayınladıkları bir yazıda toplum katılımının sağlanması, viral bulaşmayı önlemeye yönelik bilgilendirme ve izlemeler, tedavi ve tıbbi gözetim ile vaka artışını yavaşlatma ve hastaların ve ailelerinin fiziksel ve ruhsal iyilik halini yakından takip edip destekleyerek normal hayata geçişte rol oynamak gibi salgının her aşamasında etkin bir şekilde önemli roller üstlendiklerini belirtmişlerdir.⁷ Birinci basamak hekimlerinin, pandeminin toplum ruh sağlığı üzerine etkilerine yaklaşımını ele alan bir yazıda da bu süreçte toplumda ruhsal yakınmaların yaygınlaşacağı ve gerek sağlık sistemlerindeki yüklenmeler, gerekse çeşitli kısıtlamalar ve izolasyon önlemleri nedeni ile ruh sağlığı uzmanlarına erişimin zorlaşabileceği belirtilmiş ve yaygın ruhsal sorunlar, psikotrop ilaçlar hakkında bilgi edinme ve tele-tıp yoluyla bir ruh sağlığı uzmanından destek olarak bu kişilere yardımcı olmanın aile hekimleri için uygun bir yaklaşım olabileceği vurgulanmıştır.⁸

COVID-19 pandemisi sürecinde Kolombiya’da 531 pratisyen hekim ile yapılan bir çalışmada, her 10 katılımcıdan dördünde yaygın anksiyete belirtilerinin saptandığı ve kadın cinsiyet, sosyal ayrımcılık, mesleki hayal kırıklığı, stres ve salgın ile ilgili korkuların riski arttırdığı; aksine

işveren tarafından korunma duygusu, bir hekim olarak işinden memnun olma ve hükümet önlem ve bilgilerine güvenmenin ise daha düşük anksiyete belirtileri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir.⁹ İtalya'da COVID-19 pandemisinin pratisyen hekimlerin ruh sağlığına etkilerini araştıran bir çalışmada ise katılımcıların %22,9'unda orta-ağır depresyon tespit edildiği ve çaresizlik hissi, COVID-19 bilgilerini aramak için fazla zaman harcanması, kişisel koruyucu ekipmana erişim endişeleri ile enfekte hastalarla artan temas oranlarının risk faktörü olduğu tespit edilmiştir. Yine aynı çalışmada yüksek depresyon puanlarının, daha yüksek anksiyete ve uykusuzluk şiddeti ve daha düşük fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.¹⁰

2003 yılı SARS salgını ile ilgili sağlık çalışanlarında yapılan bir çalışmada, katılımcıların %29'unda olası emosyonel stres ve tükenmişlik bulguları tespit edilmiştir.¹¹ 2004 yılında Hong-Kong'da SARS salgını sırasında ön cephe sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir diğer çalışmada da, kontrollerine kıyasla yüksek derecede anksiyete ve tükenmişlik düzeylerinin saptandığı ve anksiyete skorları ile tükenmişlik seviyesinin korele olduğu tespit edilmiştir.¹²

Çalışmamızda, COVID-19 hastaları ile temas sıklığı arttıkça anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma oranlarının arttığı saptanmıştır. Literatüre baktığımızda, bu bulgu, ruhsal belirti ve tükenmişlik gelişimi ile ilişkili en tutarlı bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır.¹³⁻¹⁶ COVID-19 nedeniyle test yapılan, sonucu pozitif çıkan aile hekimlerinde depresyon ve duyarsızlaşma düzeylerinin yüksekliği dikkat çekmektedir. Hastalığın bilinmeyen doğası ve henüz etkinliği kanıtlanmış bir tedavinin olmaması ile yüksek mortalite oranları bu grupta ruhsal etkilenmeyi arttıran faktörler olarak sayılabilir.

Pandemi sürecinin en başından bu yana sağlık otoriteleri tarafından yapılan belki de en sık uyarı ve alınan önlemlerin en temel hedefi yaşlı ve kronik hastalığı olan bireylerin hastalığa yakalanma ve mortalite açısından en yüksek risk grubunu oluşturduğu bilgisiydi. Çalışmamızda da bu bağlamda 65 yaş üstü veya kronik hastalığı olan aile bireyleri ile aynı evi paylaşanlarda depresyon ve duygusal tükenmişliğin daha sık olduğunu tespit ettik. Yapılan çeşitli çalışmalarda da gerek kişinin kronik hastalığının olması gerekse riskli bireyler ile aynı hanede yaşamının ruhsal belirti görülme sıklığını artırdığı gösterilmiştir.^{17,18}

Çeşitli viral pandemiler sürecinde sağlık çalışanlarının ruhsal iyiliği için en tutarlı koruyucu faktörün kişisel koruyucu ekipmanlara erişim olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir.^{15,17} Çalışmamızda kurumu tarafından yeterli KKE sağlanmayan çalışanlarda anksiyete, depresyon,

duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma yönünden anlamlı fark tespit edilmemekle birlikte bu kişilerde kişisel başarı algısının daha düşük olduğu saptandı. Bu kişiler kişisel koruyucu ekipmanları kendi imkânlarıyla temin ettiklerini bildirdi. Diğer yandan, kullandığı ekipmanların kendisini yeteri kadar korumadığını düşünenlerde anksiyete, depresyon ve duyarsızlaşma düzeylerinin yüksek olduğu saptandı.

Pandemi dönemlerinde yöneticiler tarafından sağlık çalışanlarına sağlanan desteğin ruhsal açıdan koruyucu olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda gerekli koşullarda sağlık çalışanlarına bakım desteği, aileleri için destek, malpraktis durumlarında koruyuculuk gibi destek unsurlarının sağlık çalışanlarının çabalarının yetkililer tarafından kabul edildiği ve karşılık verildiği algısını oluşturduğu ve bunun da moral ve motivasyonu arttırdığı saptanmıştır.^{19,20} Çalışmamızda, bu süreçte yaşadıkları zorlukların, idareciler tarafından anlaşıldığına inanan kişi sayısı sadece 4 idi. (%2,7). COVID-19 pandemi sürecinde yapılan bir çalışmada, işveren desteğinin daha az olması ile sağlık çalışanlarında daha yüksek depresyon ve anksiyete düzeylerinin ilişkili olduğu saptanmıştır.¹⁶

Pandemi sürecinde sağlık çalışanlarının çevrelerine enfeksiyon etkeni taşıma korkusu izolasyon, evden ayrılma gibi önlemleri beraberinde getirirken, çalışanları sosyal destekten mahrum bırakır. Stresli zamanlarda sosyal desteğin bilinen iyileştirici etkisi pandemi döneminde işlevini yerine getiremez. Salgın dönemlerinde yapılan çalışmalar, aileden izolasyon ve sosyal destek azlığının, sağlık çalışanlarında ruhsal belirti gelişimi açısından risk faktörü olduğunu saptamıştır.^{21,22} Çalışmamızda da sosyal desteği yetersiz olan katılımcıların daha çok depresyon geliştirdiği ve daha düşük kişisel başarı algısına sahip olduğu saptandı.

Salgın hastalık dönemlerinde sağlık çalışanlarında ruhsal etkilenmeyi belirleyen bir diğer önemli faktör sosyal çevreden dışlanma ve damgalanma hissidir. Yapılan çeşitli çalışmalar, bir pandemi sürecinde görev yapan sağlık çalışanlarında damgalanma yaşayanların, daha fazla ruhsal sorun geliştirdiğini göstermiştir.^{17,23} Çalışmamızda da toplumdaki dışlanma ve damgalanma deneyimi olan aile hekimlerinde anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma seviyelerinin daha yüksek olduğu saptandı.

Çalışmamızda katılımcıların büyük kısmı salgın esnasında bilgi edinmek amacıyla sosyal medya ve TV izlemeye ayırdığı zamanın aşırıya kaçtığını bildirmiştir ve bu grupta anksiyete, depresyon, duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarının düşük algılanması sıklığının arttığı gözlenmiştir. 2015'te yaşanan MERS salgınına

ilişkin bir araştırma ise sosyal medyada salgın hastalıklar sırasında korku, panik, telaş gibi olumsuz duygulara yol açan paylaşımların sakinleştirici, olumlu duygular uyandırıcı olanlardan daha fazla ilgi çektiğini, dolayısıyla bu olumsuz duyguların daha çok insana ‘bulaşmasına’ yol açtığını göstermiştir.²⁴ Dünya Sağlık Örgütü Genel Müdürü Dr. Tedros “Coronavirus hakkındaki en bulaşıcı şey, hakkındaki yanlış bilginin yayılımı olabilir” demiş ve salgına ilişkin kafa karıştırıcı verilerin korku ve anksiyeteyi yayacağına vurgu yapmıştır.²⁵ Bu doğrultuda yapılması gereken, sosyal medyada pandemi süresince yapılan paylaşımları denetlemek, hatalı bilginin yayılımına yol açacak yayınlara erişimi engellemek ve doğru bilginin profesyoneller tarafından sağlanacağı, halkın bilinçli hareket etmesine ön ayak olacak paylaşımların mümkün olduğunca fazla kişiye ulaşımını sağlamaktır.

SONUÇ

Güncel COVID-19 pandemisi, sağlık uygulamalarında hastane odaklı yaklaşımdan uzaklaşıp birinci basamak çalışmalarına önem vermemiz gerektiğini göstermektedir. Aile hekimlerinin bilgi paylaşımı ve yeterli eğitim ile sağlanabilecek olan toplum katılımı pandemi ile mücadelede son derece önemlidir. Ayrıca birinci basamak çalışanları bir yandan salgınla mücadelede çeşitli roller üstlenirken, diğer yandan koruyucu sağlık hizmetlerini de sürdürerek, salgın sonrası olması muhtemel komplikasyonları da azaltıp sistem üzerindeki yükü hafifletecektir. Bu süreçte büyük özveri ile yüksek risk altında çalışan birinci basamak aile hekimleri arasında, sürecin zorluklarına bağlı ortaya çıkması olası ruhsal bozuklukların erken dönemde tespiti ve ilerlemesinin önlenmesi; risk faktörlerinin tespit edilip gerekli müdahalelerin erken dönemde hayata geçirilebilmesi son derece önemlidir. Pandemi sürecinde sağlık hizmetlerinin etkin ve kaliteli bir şekilde sağlanması, sağlık çalışanlarının gerek fiziksel gerekse ruhsal açıdan iyi oluş hali ile doğrudan ilişkilidir. Bu bağlamda aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanlarının bedensel ve ruhsal belirtiler açısından takibi, kişisel koruyucu ekipman ve testlere erişim kolaylığı, uygun mesai düzenlemeleri, gerekli hallerde ulaşım, barınma gibi ihtiyaçların sağlanması, idareciler tarafından destek verilmesi ile çalışanlarla doğru ve güncel bilgilerin belirli periyotlarda paylaşımı, ihtiyaç halinde ruhsal destek hizmetlerinden faydalanma konusunda teşvik bu süreçte aile hekimlerini fiziksel ve ruhsal olumsuz sonuçlardan koruyacaktır.

KAYNAKLAR

1. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics* 2009; 50(6): 613-621
2. Demirci, İ, Ekşi H. Don't bother your pretty little head otherwise you can't enjoy life. *ERPA International Congresses on Education* 2018, 28 June -1 July 2018, Istanbul / Turkey. pg. 287-292
3. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 1981; 2: 99-113
4. Ergin C. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, s.143- 153
5. Çapri B. Tükenmişlik ölçeğinin Türkçe uyarlanması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2006; 12: 62-77
6. Kumar R, Naseem S, Jayatissa J, Adhikari CL, Aziz T, Qureshi R et al. A Statement of Solidarity on COVID- 19 Pandemic 2020 by the South Asian Family Physicians. *Journal of Family Medicine and Primary Care*; 2020;9 (4): 1795-97
7. ShanzhuZhu, Donald Li. Sharing experience from Chinese General Practitioners to International colleagues on how to tackle COVID-19. *Journal of Asia Pacific Family Medicine*, 2019; 18;1. <https://doi.org/10.22146/apfm.v18i1.217>
8. Rohilla J, Tak P, Jhanwar S, Hasan S. Primary care physician's approach for mental health impact of COVID-19. *J FamilyMed Prim Care*. 2020 Jul; 9(7): 3189–3194.
9. Monterrosa-Castro A, Redondo-Mendoza V, Mercado-Lara M. Psychosocial factors associated with symptoms of generalized anxiety disorder in general practitioners during the COVID-19 pandemic. *J InvestigMed*2020;68:1228–1234
10. Amerio A, Bianchi D, Santi F, Costantini L, Odone A, Signorelli C et al. Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners. *Acta Biomed* 2020; 91(2): 83-88 DOI: 10.23750/abm.v91i2.9619
11. Lee AM, Wong JG, Mc Alonan GM, Cheung V, Cheung C, Sham PC et al. Stress and psychological distress among SARS survivors 1 year after the outbreak. *Can J Psychiatry*2007; 52: 233-40
12. Wu P, Fang Y, Guan Z, Fan B, Kong J, Yao Z et al. The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: exposure, risk perception, and altruistic

- acceptance of risk. *Can J Psychiatry* 2009; 54:302-11
13. Maunder RG, Lancee WJ, Balderson KE, Bennett JP, Borgundvaag B, Evans S et al. Long-term Psychological and Occupational Effects of Providing Hospital Healthcare during SARS Outbreak. *Emerging Infectious Diseases*; 2006; 12(12); 1924-1932
 14. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors associated with mental health outcomes among healthcare workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*. 2020; 3(3); e203976. Doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976
 15. Morgantini LA, Naha U, Wang H, Francavilla S, Acar O, Flores JM et al. Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During the COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. *medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.17.20101915>. Erişim tarihi: 19.09.2020.*
 16. Elbay RY, Kurtuluş A, Arpacioğlu S, Karadere E. Depression, anxiety, stress levels of physicians and associated factors in Covid-19 pandemics. *Psychiatry Research* 290 (2020) 113130. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113130>
 17. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 369:m1642
 18. Feng Z, Li Q, Zhang Y, Wu Z, Dong X, Ma H et al. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel corona virus diseases (COVID-19)-China. *Chinese Center for Disease Control and Prevention*, 2020; 2: 1-10.
 19. Damery S, Draper H, Wilson S, Greenfield S, Ives J, Parry J et al. Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic. *J Med Ethics* 2010; 36: 12-8
 20. Imai H, Matsuishi K, Ito A, Mouri K, Kitamura N, Akimoto K et al. Factors associated with motivation and hesitation to work among health professionals during a public crisis: a cross sectional study of hospital workers in Japan during the pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health* 2010; 10: 672.
 21. Huremović D. Social distancing, quarantine, and isolation. In *Psychiatry of Pandemics: A Mental Health Response to Infection Outbreak* (ed D Huremović): Springer, 2019 85-94.
 22. Huang JZ, Han MF, Luo TD, Ren AK, Zhou XP. Mental health survey of 230 medical staff in a tertiary infectious disease hospital for COVID-19. *Chinese Journal of Industrial Hygiene and Occupational Diseases*, 2020; 38(3):192-195.
 23. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020; 74(4): 281-282.
 24. Song J, Song TM, Seo DC, Jin DL, Kim JS. Social big data analysis of information spread and perceived infection risk during the 2015 Middle East Respiratory Syndrome outbreak in South Korea. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. 2017;20(1):22-29
 25. Depoux A, Martin S, Karafillakis E, Preet R, Wilder-Smith A, Larson H. The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 2020; 27(3):1-2, <https://doi.org/10.1093/jtm/taaa031>



Experiences of Nurses about Traditional Practices Encountered in Women and Newborns

Hemşirelerin, Kadınlarda ve Yenidoğanlarda Karşılaştıkları Geleneksel Uygulamalara İlişkin Deneyimleri

Nazan Çakırer Çalbayram^{*1}, İlknur Münevver Gönenç², Sebahat Altundağ³

ABSTRACT

Objectives: This study was conducted to determine the experiences of nurses working in the obstetric and neonatal fields regarding the traditional practices and their results they encounter. **Method:** The phenomenological research design, one of the qualitative research methods, was used in the study, and the data were collected by focus group interview method. Four focus group interviews, each of which consisted of about 6-8 participants, a moderator, and an assistant, were held. The data obtained from the interviews were first analyzed in terms of content, and then themes have emerged. **Results:** In the interviews, it was determined that nurses experienced many traditional practices for women and newborns. The findings of the study are grouped under three themes and 14 categories. These themes; "traditional practices and consequences encountered in woman health", "traditional practices for newborn health and the consequences", and "the motivations for the implementation of traditional methods". **Conclusion:** Nurses observed many traditional practices. They have experienced that these traditional practices often have harmful effects on women's and newborn health.

Key words: Traditional practice, women, newborn, nurse

ÖZET

Amaç: Bu çalışma obstetrik ve yenidoğan alanlarında çalışan hemşirelerin bu alanlarda karşılaştıkları geleneksel uygulamalar ve sonuçlarına ilişkin deneyimlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Çalışmada niteliksel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik araştırma deseni kullanılmış, veriler odak grup görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Araştırmada, her biri 6-8'er katılımcıdan, bir moderatör ve bir yardımcıdan oluşan dört odak grup görüşmesi yapılmıştır. Görüşmelerden elde edilen veriler önce içerik bakımından analiz edilmiş ve daha sonra kodlanmıştır. **Bulgular:** Yapılan görüşmelerde hemşirelerin kadınlara ve yenidoğanlara yönelik birçok geleneksel uygulama deneyimledikleri belirlenmiştir. Araştırmanın bulguları üç tema, 14 kategori altında toplanmıştır. Temalar; "kadın sağlığında karşılaşılan geleneksel uygulamalar ve sonuçları", "yenidoğan sağlığında karşılaşılan geleneksel uygulamalar ve sonuçları" ve "geleneksel yöntemlerin uygulanmasına yönelik motivasyonlar". **Sonuç:** Hemşirelerin deneyimledikleri birçok geleneksel uygulama vardır. Hemşireler karşılaştıkları bu geleneksel uygulamaların genellikle kadın ve yenidoğan sağlığını olumsuz etkileri olduğunu deneyimlemişlerdir.

Anahtar kelimeler: Geleneksel uygulamalar, kadın, yenidoğan, hemşire.

This study was presented at the 8th International Conference on Nursing & Midwifery (ICNM) in Rome, Italy, 10-11 June 2017.

Received / Geliş tarihi: 25.09.2021, Accepted / Kabul tarihi: 18.03.2021

¹ Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çanakkale-TÜRKİYE.

² Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Ebelik Bölümü, Ankara-TÜRKİYE.

³ Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Denizli-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Nazan Çakırer Çalbayram, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çanakkale-TÜRKİYE.

E-mail: nazancalbayram@comu.edu.tr

Çakırer Çalbayram N, Gönenç İM, Altundağ S. Experiences of Nurses about Traditional Practices Encountered in Women and Newborns. TJFMPC, 2021;15(2): 357-365.

DOI: 10.21763/tjfmpe.800019

INTRODUCTION

Culture is defined as values, beliefs, attitudes and behaviors, customs, and traditions learned, shared, and transferred from generation to generation by a group of people. Culture is the texture of life, and every human being belongs to a specific culture.¹ Belief and practices about health and diseases are parts of the culture of the society. These are called traditional practices and are carried out to overcome physical and mental health problems, and they are transferred from generation to generation.² Traditional methods are practiced almost everywhere globally, although they can vary from region to region, from family to family, and even from person to person.³

For years, people who have been trying to preserve certain cultural values have also reflected their efforts on their health behaviors and seeking solutions to their health problems in their cultural life.⁴ For this reason, cultural data collection is important to healthcare professionals. Thus, they will be able to understand better the attitudes of individuals towards coping with illness as well as promoting and protecting their health.⁵

The impact of traditional practices on health can be positive. However, they can sometimes lead to life-threatening outcomes.⁶ Harmful health practices prolong the healing period, hinder effective treatment, and even result in death.⁷ The cultural aspects of society affect individuals' health and disease conditions, especially for mothers and children. Maternal and child health services, which cover medical care during pregnancy, delivery, and the post-natal period, have special significance in terms of traditional practices.⁴ Inadequate post-natal care leads individuals to rely mostly on traditional practices during this period. In addition, unless an emergency occurs, mothers often do not seek professional health care. Contributing factors include the pressure from the family elders, perceiving the post-natal health problems as a regular occurrence, the status of women in the society, economic inadequacies, distant health centers, religious beliefs, lack of trust in health personnel, and lack of health insurance.^{4,8} Harmful traditional practices are likely to extend the treatment process and may cause both the mother and the infant to lose their health and subject to late effects in their future life.⁷

Although they can cause critical health problems, traditional practices are still widely used in infant care⁹⁻¹³ and women's health.^{7,8,14,15} Therefore, to provide better healthcare, it is necessary to understand people receiving care without making any judgments about how they perceive and react to disease and health issues.¹⁶ Healthcare workers, especially nurses, should know the traditional health-related methods used in their countries and make use of them in their practice.¹⁷

This study was conducted to determine the experiences of nurses working in the obstetric and neonatal fields regarding the traditional practices they encounter in these areas and their results.

METHODS

Study Design

This qualitative study was carried out in a phenomenological research design.

Phenomenology "defines the common significance of a few people's experiences of a phenomenon or concept" and "intends to reduce individual experiences about a phenomenon to a description of a universal nature."¹⁸⁻¹⁹ In this study, "Traditional Practices" defined as a phenomenon, and the experiences of nurses working in the field of obstetrics and neonatology were examined.

Setting

The data were collected through focus group interviews. The focus group technique is essential in determining specific behaviors of the phenomenon. This method enables a better understanding of the characteristics of the population who will receive nursing services, and service planning can be done according to the obtained data.¹ There were four focus group interviews, each consisting of 6-8 participants, a moderator, and an assistant. The data were transcribed with the help of the moderator and the assistant reporter. Each interview lasted about 80 or 90 minutes. The question-answer technique was used in the interviews. The study data were collected from 30 nurses working in a hospital in Ankara between 20th March and 3rd April 2017. Participants were selected among the volunteered nurses working in the obstetrics and neonatology clinics for at least five years. Maximum sampling diversity was ensured by considering age, education status, and work experience.

Data Collection

Before the interviews began, the researchers introduced themselves to the group. They provided information about the purpose of the study and, how long the interview would take, and how it would be carried out. Participants were also told that the researchers would transcribe the interviews anonymously. Each participant was given one minute to introduce him/herself.

In the focus group discussions, the following three questions were asked to determine the areas of debate.

"Could you share your experiences with traditional practices you have encountered in the field of obstetrics and neonatology during the last five years?"
 effects of traditional practices you have encountered in the field of obstetrics and neonatology on women's and newborn's health?"

"Can you share your experiences on the reasons why individuals apply traditional methods of women's and newborn's health?"

The participants were given the right to speak in turn. At the end of the interview, they were asked if they wanted to add anything.

The researchers transferred the interview recordings to the computer system and transcribed them verbatim. Content analysis technique was used.

"Could you tell us about your experiences regarding the

The main themes associated with the traditional practices and outcomes were coded. Then, categories were formed and analyzed. These procedures helped to determine the conceptual structure of the study. Direct quotations from the participants about the related topic were used to support the data.

Statistical Analysis

As a result of the content analysis, three themes and 14 categories were created. Themes are "Traditional practices and consequences encountered in woman health," "Traditional practices for newborn health and the consequences," and "The motivations for the implementation of traditional methods" (Figure 1).

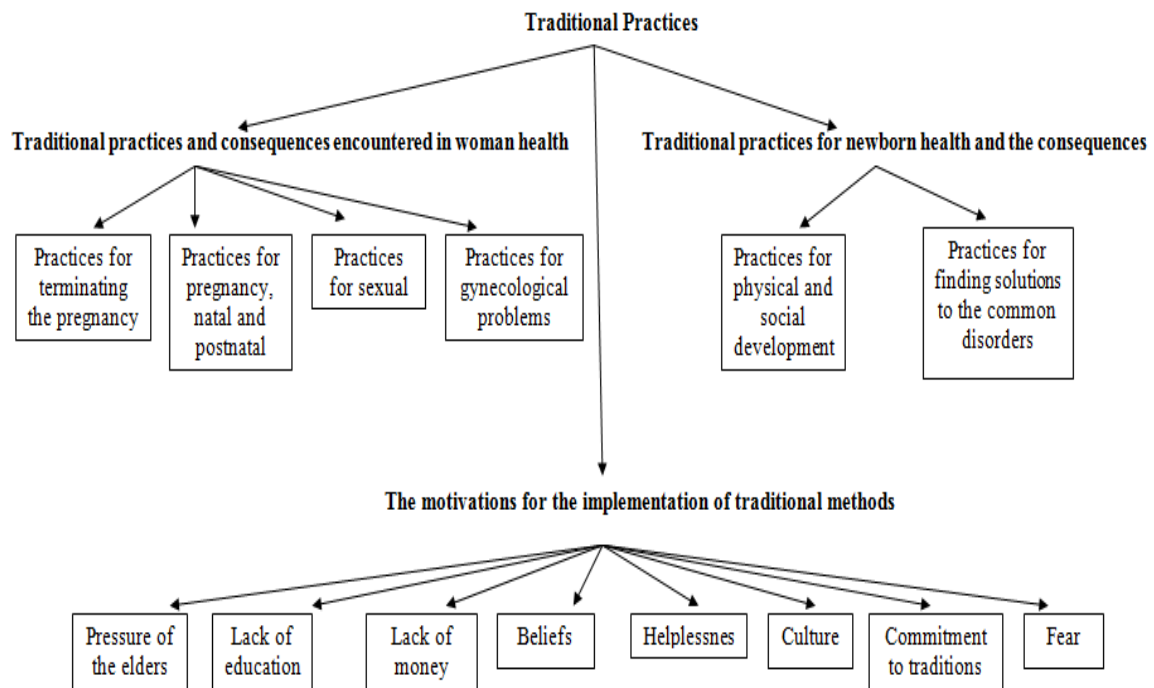


Figure1. Themes and Categories

For the validity of the study, Lincoln and Guba's Evaluative Criteria were utilized. ²¹ To do this, the following procedures were conducted:

Two researchers (an interviewer and an observer) joined the interviews to increase the conformity of the study. The researcher took notes about the interviews. The researchers were given weekly feedback. The findings of the study were shared directly with no comments. An analysis was also carried out for the relationships between themes and categories and

between each theme and the rest to ensure the integrity of the study. The study participants were made sure that the interview data would only be used for scientific

purposes, kept confidential, which helped collect reliable data. Procedures carried out during this study were explained in detail to increase the transferability of the study. Moreover, the content was read to a participant and asked whether the statements accurately reflected the findings, which increased the study's credibility.

Ethical Considerations

Necessary institutional approvals and ethical

RESULTS

The mean age of the nurses who participated in the study was 44.5 (min: 30 - max: 51). The educational level of 13.3% of the participants was high school, 33.3% college, 46.7% undergraduate, and 6.7% postgraduate. Mean work experience was 16.2 years (min 7 - max 40).

It was determined that the participants witnessed many traditional practices regarding woman and newborn health. Three themes were derived from the qualitative data. These were; 1. *Traditional practices and their consequences encountered in woman health*, 2. *Traditional practices and their consequences encountered in newborn health*, and 3. *The motivations for the implementation of traditional methods*.

Traditional practices and their consequences encountered in woman health

Traditional practices observed by nurses in woman health could be grouped under four categories. They were practices to terminate the pregnancy, practices related to pregnancy, practices used in natal and post-natal periods, and practices to handle sexual and gynecological problems. Our participants observed various methods for terminating the pregnancy and the harm of these practices on women's health.

"Women place a soap into their womb to induce a miscarriage. They hope that this will open cervix, and end the pregnancy. It starts bleeding and harms the woman so much." (age, 51; high school graduate; work experience, 29 years).

"They dust off the heavy carpets or jump off a high place to induce a miscarriage. Another frequent practice nowadays is taking aspirin to induce a miscarriage. They come to the hospital with a hemorrhage complaint." (age, 36; undergraduate; work experience, 13 years).

There were also some false beliefs relating to sexual matters, and some traditional practices were exercised in line with these beliefs.

"Before the first coitus, the woman bathes her genitals with sugared water or honey. The husband does not know about this. Women do this to make their husbands loyal. They come to the hospital with cystitis. They develop infection" (age, 49; college; work experience, 30 years).

"We found a hard lid in the vagina during the examination of a woman coming for delivery. We

permissions were obtained in order to conduct the study (20.03.2017-5.97). The study was conducted in full accordance with the Declaration of Helsinki (2013).

asked her why did she do this. She said she had done it to prevent the baby from getting messed with the sperm of her husband. It had caused pain and discomfort. We found out that she usually placed the lid before the coitus and took it out afterward, but she had forgotten it this time." (age, 43; college, work experience, 22 years).

"They frequently have vaginal douche, especially pregnant women. They think that the sperms of the man will reach the fetus. They are especially disturbed more if the baby is a girl. They usually develop a vaginal infection." (age, 40; graduate; work experience, 23 years).

"They place it before sexual intercourse. They place a piece of cotton soaked in lemon and vinegar at the cervix. They do it to prevent pregnancy, as a birth control method. A woman came to the hospital with an infection." (age, 50; college, work experience, 30 years).

A participant reported about the traditional practices relating to pregnancy and the natal and post-natal period,.

"They turn the womb backward to get pregnant. They do it with soap. It's interesting, but they really get pregnant. In another case I met, the woman had been hung herself to the ceiling from her feet. After that, she got pregnant. "

"Women consume pears daily because pear increases the amnion fluid. Because carrot juice and grape molasses prevent the anemia, pregnant women consume them regularly." (age, 34; undergraduate; work experience, 12 years).

"Some women wash their vagina with carbonates to have a boy and with vanilla to have a girl. They develop an infection, and then they come to the hospital." (age, 42; undergraduate; work experience, 24 years).

Another participant reported a traditional practice for removing the chloasma formed during pregnancy: *"They believe that they will remove pregnancy blotches by wiping their face with their sweaty hair at birth."* (age, 39; undergraduate; work experience, 20 years).

"Before coming, they drink herbal tea to facilitate the delivery. It relaxes the muscles. They believe the flower of Maryam (Anastatica hierochuntica) facilitates birth. They soak the herb in water and await it to open. They believe the uterus will open as

soon as the herb opens." (age, 49; college; work experience, 30 years).

In interviews with nurses revealed that women employed several traditional practices for their gynecological problems. One of the participants described this situation as follows.

"Women place an apple in their vagina to prevent prolapsus, to push up the bladder. A woman applied to the hospital with an infection developed due to this practice. Another case I encountered was that a woman who came to the hospital with vaginal infection had washed her vagina with vinegar-added water." (age, 44; undergraduate; work experience, 26 years).

"Which one should I start with? Women with vaginal prolapsus get pregnant to get rid of this problem, even if their complaints were relatively new. But they come to the hospital with more complaints after pregnancy." (age, 41; postgraduate; work experience, 20 years).

Traditional practices for newborn health and their consequences

The traditional practices that nurses encountered in newborn health were classified into two categories: 1. traditional practices related to newborns' physical and social development, and 2. Traditional practices regarding finding solutions to the common disorders in the newborn.

Nurses reported that there were many traditional practices employed relating to the physical and social development of newborns. Some practices employed unwisely to accelerate the baby's development were found to affect the newborn health negatively. The participants described this situation as follows;

"They shaved the child's hair, cut a scar on the head with a knife, and then rubbed it with garlic to help the child to gain weight. The child developed an infection. In another case, they poured lead into the water to remove the evil eye. They spilled the lead on the baby accidentally and burned him." (age, 42; undergraduate; work experience, 22 years).

"They put on mascara on the newborn's eyes and eyebrows, to make its eyes look more beautiful. They end up with an eye infection." (age, 44; college; work experience, 11 years).

"A mother searched on the Internet and said that the child does not respond after vaccination, and she diagnosed autism in her 4-year-old child. Then she started leech therapy for the baby. She believes that the leeches will absorb the dirty blood and treat the disease. The baby was brought to the hospital with

severe bleeding in the neck." (age, 35; undergraduate; work experience, 10 years).

"In order to stop breastfeeding and make the baby feel sickened, they wrapped hair or black tape around the nipple. I think this is traumatic for the baby. But I think we have not been able to provide them adequate information. We tell them how to breastfeed their babies, but we do not tell them how to stop it. They put quince seeds in water to form a gel and wipe the chapped nipples with this gel. Interestingly, I have witnessed that it works. Another interesting event I encountered was that the mother-in-law breastfed the baby to prevent the mother from opening her breast in the crowd. A situation I encountered at the hospital." (age, 44; undergraduate; work experience, 26 years).

"They put Turkish delight in the pacifier and give it to the baby. It makes him/her feel full. Then s/he does not want to suck the breast milk because the milk is tasteless (after the Turkish delight). Because of this, babies can not suck breast milk." (age, 36; college; work experience, 17 years).

Nurses stated that parents apply many traditional methods to treat common disorders seen in newborns and that these practices harm the infant. *"The mother rubs the male newborn's breast due to the swelling of the breast. They came to the hospital with a breast infection. The baby was put in the intensive care unit due to sepsis."* (age, 44; college; work experience, 11 years).

Nasal congestion is a common problem in newborns. One of the participants said;

"The baby has nasal congestion, so the mother mixes some breast milk with olive oil and drips it to baby's nose. They came to the hospital with aspiration pneumonia." (age, 44; college; work experience, 11).

Another participant reported a traditional method related to the infant's sleep problem as follows;

"The baby can't sleep, so they give it poppy oil. The baby can't wake up, so they bath him. Then they bring the baby to the hospital because the baby can't wake up. The infant develops hypoglycemia." (age, 55; high school; work experience, 40 years).

In the interviews, it was found that traditional methods were also practiced for jaundice in newborns. One of the participants reported the following;

"One common practice in newborn jaundice among people is to wrap the baby with yellow cheesecloth. In one case, the infant develops kernicterus. The mother delays visiting the doctor, hoping that it would recover. They put gold on the baby's chest and believe that the baby will not develop jaundice, but they all

end up coming to the hospital with quite high bilirubin levels." (age, 34; postgraduate; work experience, 7 years).

The motivations for the implementation of traditional methods

Participants' thoughts about the motivations for implementing traditional methods were classified under eight categories, including the pressure of the elders, lack of education, beliefs, lack of money, helplessness, culture, commitment to traditions, and fear. The participants explained this situation as follows:

"They practiced traditional methods and benefited from some of them. Due to their financial situation, they would prefer these methods rather than go to the doctor. Also, they do not have adequate information." (age, 55; high school; work experience, 40 years).

"They have learned these practices from their families, and they say that these methods must be true as the elders have been applying them. They never think why." (age, 39; undergraduate; work experience, 20 years).

"Lack of information. They do not know where to find out the truth. They do not spare any thoughts for the reasons. They will change if they receive training, but the training is inadequate." (age, 44; undergraduate; work experience, 26 years).

"There are habitual practices coming from the past. They believe that these methods are useful. Some of them apply the methods because they can't resist their elders. Some women say their mothers-in-law do not give up these practices. In fact, they are helpless, too." (age, 25; undergraduate; work experience, 10 years).

"They keep doing it because of despair and faith. When people are desperate, they resort to anything. You say they can apply a method if it isn't harmful. But these women find everything useful. On the other hand, they say 'it's the destiny' when it's harmful." (age, 43; college; work experience, 22 years).

DISCUSSION

It was determined that the women are practicing some traditional methods to terminate unwanted pregnancies, deal with problems encountered during birth and the post-natal period, and solve sexual and gynecological issues. It seems that there is considerable inaccurate knowledge and beliefs about sex. According to the participants' statements, it was determined that pregnant women were fearful of contaminating the baby with the male's sperms; thus, they practiced methods that can harm their own body and the fetus. Similarly, a participant in another study said that she thought parents should abstain from

coitus as of the fourth month of pregnancy since the fetus can get messed with the father's sperms. Nearly half of the participants reported they refrained from coitus due to such reasons as 'fear of damage to the hymen of the female fetus, and possible consequences on the fetus such as blindness and suffocation.'

Furthermore, another participant reported that "having sexual intercourse after the first three months may cause the sperms to reach the eyes of the fetus and lead to the loss of sight."²² According to the statements of the participants, women usually performed vaginal showers after sexual intercourse. Another common practice, especially among Afro-American and Muslim women, was jetting liquid solution in the vagina for maintaining cleanliness, odor control, or relieving the vaginal itching and irritation.²³ A study found that more than half of the women had vaginal cleaning and that it was usually performed following the coitus (49.7%).¹⁴ Similarly, Çalışkan et al. found that 50.2% of the women were carrying out vaginal douching.¹⁵ According to their study, women believed the benefits of this practice because they thought it provided cleanliness, prevented infections and pregnancy, got rid of sperms, eliminated symptoms like discharge and unwanted odor, and was an Islamic practice.

According to studies conducted so far, women were found to apply several methods to determine the gender of their babies.²³⁻²⁵ For example, they washed their vagina with carbonate and vanilla to determine the gender of the baby. However, these practices hadn't been encountered in the studies reviewed.

In this study, the participants stated that women used "the flower of Maryam" to facilitate birth. Similarly, Yalçın (2012) found that 77.9% of the women in their study used the flower of Maryam' to facilitate the delivery.¹³ In this study, nurses' experiences revealed another method used to promoting delivery was sexual intercourse which was also found to be effective by the participants. A possible alternative for relieving pain during delivery is orgasm and sexual intercourse. This was thought to be a physiological effect due to hormones and genitosensory nerves.²⁶

One of our participants stated that the breast of the male baby was infected due to rubbing; this suggested that the educational need of new mothers. When a baby has just been born, the breast may swell due to hormones passing from the mother.²⁷ Rubbing or squeezing the breast to reduce the swelling can cause irritation or even infection. If the swelling is left untouched, it will great possibly disappear in a few days.⁷

Additionally, the participants in the study stated that mothers gave the baby poppy oil to handle the sleep problem. Herbal products are widely used in

adults and children, and their use is growing. Although there are numerous concerns about their possible harmful effects, they are widely used to treat diseases and improve overall health.²⁸ There is a widespread false belief among people that if something is natural, it is harmless. However, unexpected side effects may develop due to hundreds of components that plants contain.²⁹ This becomes even riskier, especially in newborns and children.

One of the nurses in this study stated that mothers employed traumatic methods to stop breastfeeding and that the health personnel did not provide them with enough information. Dinç et al. (2013) reported that mothers used several ways to stop breastfeeding their babies, such as sticking wool, chicken feather, or hair around the nipple, applying tomato paste, lipstick, vaseline, salt or red pepper on the breast, telling the child that the breast is a poo to disgust the baby, giving supplemental food with feeding bottle, fooling the baby with water or fruit juice, sending the baby to a separate home, and sticking parcel band on the breast or staining the nipple with something black.³⁰

According to the participants' statements, one of the traditional practices frequently encountered in newborns was to put on mascara on the baby's eyes. It was stated that this caused an eye infection in the newborn as a result. Several studies have reported that mothers apply kajal to newborns' eyes.³¹⁻³³ This ancient traditional application is believed to ward off evil in addition to its cosmetic benefits but may cause conjunctivitis and dacryocystitis.³⁴ Long term users are likely to end up with excessive lead storage in their body, which leads to convulsions and anemia.³⁵

One participant in the study talked about some commonly practiced methods used for infant jaundice. She mentioned some methods such as dressing the baby in yellow cheesecloth and putting a golden accessory in the chest. She also reported that mothers were usually applying late to the hospital for treatment. Similarly, Yalçın (2012) determined that to treat jaundice, mothers wrapped the baby in yellow swaddling clothes or yellow scarf, had the baby wear golden accessories and yellow garments, and gave the baby sugared water.¹² Nethra and Udgiri (2018) found that mothers exposed the infant to sunlight when the baby had yellow skin, thinking that the sunlight would help recover. Also, mothers thought giving sugared water to their infant would be a treatment for jaundice.³³

Many traditional practices encountered by participants in the study were found to have harmful effects on women, such as bleeding, infection, pain, and discomfort. On the other hand, methods applied to newborns seemed to cause serious health problems such as infection, hypoglycemia, bleeding, aspiration, and hyperbilirubinemia. Similar to the results of this

study, some studies reported that harmful traditional methods applied to mothers and babies could lead to the development of disorders, cause the development of infection, dehydration, hypothermia, hypoglycemia, anemia, prolong treatment periods, or cause them to have late effects in their future life.^{7,16} According to studies, some of the traditional methods practiced in infants increase the risk of morbidity and mortality.³⁶

According to the participants, the individuals applied traditional methods due to the pressure of the elders, lack of education, beliefs, lack of money, helplessness, culture, loyalty to traditions, and fear. Similarly, in a study of Le et al. (2014), regarding traditional beliefs and practices related to newborn care, individuals resorted to traditional methods due to the reasons such as costs, distance to care, bad weather, poor perception of healthcare, the baby is too young to be taken outside, and lack of transportation.³⁷ Sivri and Karataş (2015) stated that individuals did not choose to go to a health institution due to such reasons as the pressure of family elders, economic inadequacies, or religious beliefs unless they were obliged to; instead, they tried to solve their health problems using traditional methods.⁷

It is crucial to know the traditional beliefs and methods used by societies, reveal the harmful ones, eliminate them, preserve the convenient ones, and maintain cultural values and traditions.⁸

CONCLUSION and RECOMMENDATIONS

As a result of the content analysis, three themes and 14 categories were created. Themes are "Traditional practices and consequences encountered in woman health," "Traditional practices for newborn health and the consequences," and "the motivations for the implementation of traditional methods." Participants stated that they experienced many harmful effects of traditional practices on women and newborn health. They also stated that as a result of these practices, women and newborns went to the hospital late, and the healing process is prolonged, and some procedures cause side effects and complications. The nurses in the study stated that individuals practiced these methods due to ignorance, helplessness, belief, poverty, and cultural reasons. It is essential for nurses and all health professionals to identify and recognize the cultural characteristics underlying individuals' health and sickness-related behaviors. It is recommended to include these practices in the nursing education curriculum to reduce the effects of traditional practices on women and newborns.

Funding

No external or intramural funding was received.

Conflict of interest

None of the authors received any financial support that could be considered a potential conflict of interest regarding the manuscript or its submission.

REFERENCES

1. Ersin, F., Bahar, Z. Odak Grup Görüşmeleri ve Kültürel Bakım Farklılık Evrensellik Teorisi İlişkisi. DEUHYO ED, (2013);6(3), 1165-1168.
2. Şenses, M., Yıldızoğlu, İ. Sekiz Ayrı İldeki Kaynana ve Gelinlerin Loğusalık ve Çocuk Bakımında Geleneksel Uygulamaları. Çocuk Forumu, (2002);5(2), 44-48.
3. Biltekin, Ö., Boran, Ö., Denkli, M., Yalçınkaya, S. Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 Aylık Bebeği Olan Annelerin Doğum Öncesi Dönem ve Bebek Bakımında Geleneksel Uygulamaları. Sted, (2004);13(5), 166-168.
4. Taşçı, S. Sağlık ve hastalığı etkileyen kültürel faktörler, Kültürlerarası Hemşirelik, Editör: Seviğ Ü, Tanrıverdi G, İstanbul Tıp Kitapevi. I. Baskı, (2012). pp:19-44.
5. Cihincioğlu, Z. Sağlık Sosyolojisi. Nobel Kitapevi. Ankara. (2001). pp: 40
6. Gölbaşı, Z., Eğri, G. Doğum Sonu Dönemde Annenin Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar. Cumhuriyet Med J, (2010);32, 276-282.
7. Sivri, BB., Karataş, N. Toplumun Kültürel Yönü: Doğum Sonu Dönemde Anne ve Bebek Bakımına Yönelik Yapılan Geleneksel Uygulamalar ve Dünyadan Örnekler. J Curr Pediatr, (2015);13,183-193. doi:10.4274/jcp.50479
8. Eğri, GB., Konak, A. Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. Journal of Zeitschrift Für Die Welt Der Türken / Journal Of World Of Turks, (2011);3(1),143-155.
9. Çalışkan, Z., Bayat, M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, (2011);14(2), 23-30.
10. Eğri, G., Gölbaşı, Z. 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, (2007);6(5), 313-320.
11. Sis Çelik, A., Çapık, A., Engin, R. Erzurum'da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, (2012);15(4), 262-267.
12. Sülü Uğurlu, E., Başbakkal, Z., Dayılar, H., Çoban, V., Zeynep, A. Ödemiş'te bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, (2013);2(3),342-360.
13. Yalçın, H. Gebelik, doğum, lohusalık ve bebek bakımına ilişkin geleneksel uygulamalar (Karaman örneği). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, (2012);55,19-31.
14. Sunay, D., Kaya, E., Ergun, Y. Vaginal Douching Behavior Of Women And Relationship Among Vaginal Douching And Vaginal Discharge And Demographic Factors. Journal of Turkish Society of Obstetrics and Gynecology, (2011);8 (4), 264-271.
15. Çalışkan, D., Subaşı, N., Sarışen, O. Vaginal douching and associated factors among married women attending a family planning clinic or a gynecology clinic. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol, (2006);127(2),244-51.
16. Aydın, S., Oskay, Ü. Perinatolojide kültürlerarası hemşirelik. Int J Human Science, (2013);10, 1607-1619.
17. Çınar, İÖ., Aslan, GK., Kartal, A., İnci, FH., Koştu, NA. Annelerin 0-1 yaş bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. TAF Prev Med Bull, (2015);14(5), 378-386. doi: 10.5455/pmb.1-1426018987
18. Creswell, JW. Qualitative Inquiry and Research Design (International Student Edition): Choosing Among Five Approaches. Third edition. SAGE Publications Inc. UK: London, (2013). pp:76-82.
19. Çekmez, E., Yıldız, C., Bütüner, SÖ. phenomenographic research method. Necatibey Faculty of Education Electronic Journal of Science and Mathematics Education, (2012);6(2), 77-102.
20. Lincoln, YS., Guba, EG. Naturalistic Inquiry. Newbury Park, CA: Sage Publications. (1985). pp:42.
21. Shojaa, M., Jouybari, LM., Sanagoo, A. Common myths among a group of Iranian women concerning sexual relationships during pregnancy. Arch Med Sci, (2009);5(2), 229-232.
22. Attieh, E., Maalouf, S., Roumieh, D., Abdayem, P., AbiTayeh, G., Kesrouani, A. Feminine hygiene practices among female patients and nurses in Lebanon. Reprod Health, (2016);13(1), 59. doi: 10.1186/s12978-016-0182-4.
23. İpekoğlu, HY., Yılmaz Usta, ND. Isparta ve Çevresinde Cinsiyet Belirlemede Kullanılan Geleneksel İnanma ve Uygulamalara Sembolik Bir Yaklaşım. The Journal Of Academic Social Science Studies, (2016);44,183-192. doi: 10.9761/JASSS3210
24. Sancak, Ş., Alver, M. Cinsiyet tahminine dayalı inanış ve uygulamalara yönelik bir değerlendirme: Alman kültürü ve Türk kültüründe Karadeniz örneği. Karadeniz Araştırmaları, (2011);30,143-155.
25. Işık, MT., Akçınar, M., Kadioğlu, S. Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, (2010);7(1), 63-84.

26. Mayberry, L., Daniel, J. Birthgasm- A Literary Review of Orgasm as an Alternative Mode of Pain Relief in Childbirth. *Journal of Holistic Nursing American Holistic Nurses Association*, (2016);34(4),331-342.
27. Törüner, EK., Büyükgönenç, L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları, 1. Baskı, Cilt 1, Göktuğ Yayıncılık, Ankara. (2011). pp:375-376
28. Çiftçi, SF., Samur, G. Bebek ve Çocuklarda Bitkisel Desteklerin Kullanımı ve Sağlık Üzerine Etkileri. *H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, (2017);4 (2), 30-45.
29. Erdem, S., Ata Eren, P. Tedavi amacıyla kullanılan bitkiler ve bitkisel ürünlerin yan etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, (2009);66 (3), 133-141.
30. Dinç, A., Dombaz, İ., Dinç, D. 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2015);4(3), 125-130. doi:10.5505/bsbd.2015.40316
31. Akkamamba, B., Padmanalini, P., Sunil, S. Impact of health education on the knowledge of mothers on newborn care practices- a study done in a tertiary care center. *J. Evolution Med. Dent. Sci*, (2017);6(82),5778-5782.
32. Kumar, N., Unnikrishnan, B., Rekha, T., Mithra, P., Kulkarni, V., Kumar Papanna, M., Holla, R., Jain, A. Infant feeding and rearing practices adopted by mothers in Coastal South India. *International J Collaborative Research on Internal Med & Public Health*, (2012);4(12), 1988-1999.
33. Nethra, N., Udgiri, R. A study on traditional beliefs and practices in newborn care among mothers in a tertiary health care center in Vijayapura, North Karnataka. *Int J Community Med Public Health*, (2018);5(3),1035-1040. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20180757
34. Chetan, G., Ramar, RS., Narayanan, P., Vishnu Bhat, B., Srinivasan, S. Oil instillation pneumonia - A social evil. *Ind medica*. (2009);13(1),39-42.
35. Hardy, AD., Farrant, AJ., Rollinson, G., Barss, P., Vaishnav, R. A study of the chemical composition of traditional eye cosmetics ("kohls") used in Qatar and Yemen. *J Cosmet Sci*. (2008);59(5), 399-418.
36. Marsh, DR., Darmstadt, GL., Moore, J., Daly, P., Oot, D., Tinker, A. Advancing newborn health and survival in developing countries: a conceptual framework. *J Perinatol*, (2002);22(7), 572-576. doi: 10.1038/sj.jp.7210793
37. Le, LT., Partridge, JC., Tran, BH., Le, VT., Duong, TK., Nguyen, HT., Newman, TB. Care practices and traditional beliefs related to neonatal jaundice in northern Vietnam: a population-based, cross-sectional descriptive study. *BMC Pediatrics*, (2014);14, 264. doi: 10.1186/1471-2431-14-264.



The impact of age and underlying comorbidities on the course of COVID-19 disease; First three months data of pandemic from Antalya, Turkey

COVID-19 hastalığı seyrine yaş ve komorbid durumların etkisi; Antalya'dan pandemi ilk üç ay verileri

Remziye Nur-Eke*¹, Mehmet Özen¹, Seren Taşkın², Özge Abacı Bozyel²

ABSTRACT

Aim: This study aimed to evaluate the demographic characteristics, clinical course, treatment, and outcome data of COVID-19 patients confirmed by laboratory tests in Antalya province according to age and the presence of comorbid diseases. **Methods:** This retrospective, cross-sectional study included 438 patients diagnosed with COVID-19 as confirmed by PCR tests in Antalya between March 16th and June 15th, 2020. The study continued with 311 patients after exclusion of patients under the age of 18 as well as those with incomplete data and those receiving health care at private hospitals. The patients were divided into groups according to being under 65 years of age, with or without underlying comorbidities, with or without intensive care unit (ICU) admission, and were compared in terms of demographic characteristics, clinical course, treatment, and outcomes. **Results:** The study included 311 patients diagnosed with COVID-19 as confirmed by SARS-CoV-2 RT-PCR tests. The mean age was 47.48 ± 18.08 (min: 18, max: 94) years and 252 patients (81%) were under 65, while 52 patients (19%) were 65 and over years of age. Forty-five percent of the patients were women and 55% were men. Comorbidity, namely, hypertension (p<0.001), diabetes mellitus (p=0.010), chronic pulmonary diseases (p=0.001), and cardiovascular diseases (p<0.001) were significantly more common in geriatric patients compared to non-geriatric patients. Patients aged 65 and over, and patients with underlying comorbidities had significantly increased dyspnea, positive chest CT findings, ICU admission, mortality rates and hospitalization time compared to patients under 65 years of age and without comorbidities, respectively. Oseltamivir, favipiravir and levofloxacin were used significantly more in the treatment of geriatric patients and patients with underlying comorbidities. Being 65 and older was determined as a risk factor in univariate and multivariate models for both ICU admission and mortality. **Conclusion:** As a result, the need for intensive care and mortality rates have increased in COVID-19 patients who are older and/or have underlying comorbidities, indicating the necessity to take measures for preventing the spread of SARS-CoV-2, especially to patients who are older and/or have underlying comorbidities.

Key words: Coronavirus, geriatrics, comorbidities

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada; Antalya ilinde laboratuvar testleri ile konfirme edilmiş COVID-19 hastalarının demografik özelliklerinin, klinik seyirlerinin, tedavi ve sonuç verilerinin yaşa ve komorbid hastalıkların varlığına göre değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Retrospektif, tanımlayıcı çalışmaya 16.03.2020 tarihi ile 15.06.2020 tarihleri arasında Antalya ilinde revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile COVID-19 tanısı konan 438 hasta dahil edildi. On sekiz yaş altında olan, eksik verileri olan ve özel hastanelerden hizmet alan hastalar çalışma dışı bırakıldıktan sonra 311 hasta ile çalışmaya devam edildi. Hastalar 65 yaş altı ve 65 yaş ve üzeri, kronik hastalıkları olan ve olmayan, yoğun bakım ünitesine yatırılan ve olmayan şekilde gruplara ayrılarak demografik özellikleri, klinik seyirleri, tedavi ve sonuç çıktıları açısından karşılaştırıldı. **Bulgular:** Çalışmaya SARS-CoV-2 revers transkriptaz polimeraz zincir reaksiyonu yöntemi ile COVID-19 tanısı alan 311 hasta dahil edildi. Yaş ortalaması 47,48±18,08 (min: 18, maks: 94) yılı ve 252 hasta (%81) 65 yaş altında, 52 hasta (%19) 65 yaş ve üzerindedir. Hastaların %45'i kadın, %55'i erkektir. Geriatrik hastalarda non-geriatrik hastalara göre komorbid hastalıklar; hipertansiyon (p<0,001), diabetes mellitus (p=0,010), kronik akciğer hastalıkları (p=0,001) ve kardiyovasküler hastalıklar (p<0,001) anlamlı düzeyde daha sık görülmektedir. Altmış beş ve üzeri yaş hastalar ile komorbiditesi olan hastalarda sırasıyla <65 yaş ve komorbiditesi olmayan hastalara göre dispne, pozitif akciğer bilgisayarlı tomografi bulguları, yoğun bakım ünitesinde yatış, mortalite oranları ve hastanede yatış süreleri anlamlı düzeyde artmıştır. Geriatrik hastalar ile komorbiditesi olan hastaların tedavisinde oseltamivir, favipiravir, levofloksasin anlamlı olarak daha çok kullanılmıştır. Altmış beş ve üzeri yaşta olmak hem yoğun bakım ünitesine yatış hem de mortalite için risk faktörü olarak tespit edildi. **Sonuç:** Sonuç olarak; 65 ve üzeri yaşta ve/veya komorbiditesi olan COVID-19 hastalarında yoğun bakım ihtiyacı ve mortalite artmaktadır. SARS-CoV-2'nin özellikle bu hasta grubuna yayılmasını önlemeye yönelik tedbirlerin alınması gerektiği açıktır.

Anahtar kelimeler: Coronavirüs, geriatric hastalar, komorbiditeler

Received / Geliş tarihi: 10.10.2020, **Accepted / Kabul tarihi:** 18.03.2021

¹University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, Family Medicine Department, Antalya-TURKIYE

²Antalya Provincial Health Directorate, Public Health Presidency, Antalya-TURKIYE

***Address for Correspondence / Yazışma Adresi:** University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital, Family Medicine Department, Muratpaşa, 07100, Antalya-TURKIYE
E-mail: dmureke@gmail.com

Eke R, Özen M, Taşkın S, Bozyel ÖA. The impact of age and underlying comorbidities on the course of COVID-19 disease; First three months data of pandemic from Antalya, Turkey. TJFMPC, 2021;15(2): 366-374.

DOI: 10.21763/tjfm.808648

INTRODUCTION

Spread around the world in about three months after a new beta Coronavirus was announced to have been detected from a patient's throat sample in Wuhan, China in December 2019, the virus was named by the World Health Organization (WHO) as a novel coronavirus-19 (2019-novel coronavirus disease = COVID-19), and regarded as a pandemic.¹⁻⁴ The first case was detected in Antalya on March 16, 2020 though the virus was first isolated in Turkey on March 11, 2020.

COVID-19 is mainly transmitted by droplets, respiratory secretions, and direct contact.^{3,5} Although symptoms occur on an average of 5-6 days after a person is infected with the COVID-19 virus, the incubation period generally varies from 2 to 14 days.^{3,6} Fever, dry cough, and fatigue are the most common symptoms, while sore throat, diarrhea, conjunctivitis, headache, anosmia, and ageusia are less common symptoms.^{5,7} It is recommended that the SARS-CoV-2 (2019-nCoV) viral RNA should be detected in nasopharynx and/or oropharynx swabs by real-time reverse-transcriptase polymerase chain reaction (RT-PCR) method in addition to the chest computed tomographic (CT) scans in symptomatic patients.⁸⁻¹¹

Since the disease has no specific treatment yet, remdesivir, favipiravir, lopinavir-ritonavir, chloroquine/hydroxychloroquine, ivermectin, tocilizumab, and vitamin C are commonly used agents along with the approach of using old antiviral drugs and those approved for other viral infections.¹² With the publication of the 'Science Advisory Board Clinical Guideline for Care of Adult Patients with COVID-19 (SARS-CoV-2 infection) dated 31.07.2020, it is recommended that 5-day hydroxychloroquine and/or favipiravir therapy should be administered in the treatment of all adult patients ranging from being asymptomatic with definite COVID-19 to those with severe pneumonia and possible/definite COVID-19.¹³

WHO reported that most people infected with the COVID-19 virus will experience moderate respiratory illness and may recover without the need for special treatment/hospitalization.⁷ The virus can, however, be quite fatal in older people, especially in those with comorbidity [especially hypertension (HT), cardiovascular disease (CVD), diabetes mellitus (DM), chronic pulmonary diseases and types of cancer], or those with immune dysfunction, due to the onset of symptoms of pneumonia such as high fever, dry cough and shortness of breath/respiratory distress in those.¹⁴⁻¹⁹

This study aimed to evaluate the demographic characteristics, clinical course, treatment and outcome data of COVID-19 patients confirmed by laboratory tests in Antalya province according to age and the presence of comorbid diseases.

MATERIAL AND METHODS

Study Groups

This retrospective and cross-sectional study included 438 patients diagnosed with COVID-19 by SARS-CoV-2 RT-PCR tests in Antalya between March 16th and June 15th, 2020. The study continued with 311 patients after excluding patients under the age of 18 as well as those who had incomplete data and who received health care at private hospitals. Patients under 65 years of age and 65 and over were divided into groups according to being with or without chronic disease [HT, DM, chronic pulmonary diseases, CVD, chronic renal failure and malignant diseases] and being treated with and without intensive care unit (ICU) admission, and were then compared in terms of study parameters.

Data Collection

Demographic characteristics, underlying comorbidities, symptoms, clinical characteristics, chest CT scans, treatment and outcome data of the patients in the study group were obtained from electronic medical records, and patient files prepared by the contact tracing teams were reviewed by physicians.

Laboratory Confirmation

Diagnosis of COVID-19 was made using RT-PCR assay of a nasopharyngeal swab or sputum.

Statistical Analysis

Statistical analysis was made using IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0 (IBM Corp., Armonk, NY). The normality assumptions were controlled by the Shapiro-Wilk test. Descriptive analyses were presented using mean±SD (range), median (range), or n(%), where appropriate. Categorical data were analyzed by Pearson chi-square and Fisher's exact test. Mann-Whitney U test and Student's t test were used for analysis of non-normally and normally distributed numerical data, respectively. Univariate and multivariate logistic regression analysis was used to determine independent risk factors associated with mortality and ICU admission. The variables which showed significant association with mortality and ICU admission in the univariate analyses were further tested in the multivariate models using backward

selection. Odds ratio (OR) with corresponding 95% confidence interval (95% CIs) was reported. A p-value of less than 0.05 was considered statistically significant.

Ethics Statement

Prior to the study, approval was obtained from the Ministry of Health COVID-19 Scientific Research Platform and the Clinical Research Ethics Committee of the University of Health Sciences, Antalya Training and Research Hospital. The study was conducted in accordance with the Helsinki Declaration.

RESULTS

The study included 311 patients diagnosed with COVID-19 using the SARS-CoV-2 RT-PCR tests. The mean age was 47.48 ± 18.08 (min: 18, max:

94) years, and 252 patients (81%) were under 65 years old, whereas 52 patients (19%) were 65 and over years old. Of the patients, 45% were female, while 55% were male. Comorbidity such as HT ($p<0.001$), DM ($p=0.010$), chronic lung diseases ($p=0.001$), and CVD ($p<0.001$) were observed significantly more frequently in geriatric patients compared to non-geriatric patients (Table 1).

Table 1 presented the classification of the patients into two groups as geriatric and non-geriatric, followed by their comparison. Dyspnea, positive chest CT findings, ICU admission, mortality rates and length of hospital stay significantly increased in patients aged 65 and over (all $p<0.001$). Oseltamivir, favipiravir, levofloxacin, moxifloxacin, and ceftriaxone were significantly more preferred in the treatment of patients aged 65 and over (Table 1).

Table 1. Comparison of demographic and clinical characteristics of COVID-19 patients according to age.

Variables	<65 years (n=252) Count (%)	≥65 years (n=59) Count (%)	p value
Gender (male)	136(54)	35(59.3)	0.457 ¹
Underlying comorbidities			
Hypertension	58(23.1)	45(76.3)	<0.001 ¹
Diabetes mellitus	24(9.6)	32(54.2)	<0.001 ¹
Chronic pulmonary diseases	19(7.6)	11(18.6)	0.010 ¹
Cardiovascular disease	18(7.2)	13(22.0)	0.001 ¹
Chronic renal failure	5(2.0)	9(15.3)	<0.001 ²
Chronic renal failure	1(0.4)	1(1.7)	0.345 ²
Malignant diseases	8(3.2)	5(8.5)	0.079 ²
Symptoms			
Fever	111(44.0)	29(49.2)	0.478 ¹
Cough	128(50.8)	31(52.5)	0.809 ¹
Dyspnea	39(15.5)	27(45.8)	<0.001 ¹
Fatigue	73(29.0)	16(27.1)	0.777 ¹
Diarrhea	10(4.0)	1(1.7)	0.697 ²
Anosmia	14(5.6)	1(1.7)	0.319 ²
Ageusia	9(3.6)	3(5.1)	0.705 ²
Positive chest CT findings	100(39.7)	50(84.7)	<0.001
Medicines used in treatment			
Hydroxychloroquine	215(85.3)	46(78.0)	0.166 ¹
Oseltamivir	125(49.6)	44(74.6)	0.001 ¹
Favipiravir	23(9.1)	17(28.8)	<0.001 ¹
Lopinavir/Ritonavir	4(1.6)	3(5.1)	0.129 ²
Levofloxacin	31(12.3)	17(28.8)	0.002 ¹
Moxifloxacin	28(11.1)	13(22.0)	0.026 ¹
Clarithromycin	12(4.8)	4(6.8)	0.516 ²
Ceftriaxone	13(5.2)	9(15.3)	0.019 ²
Azithromycin	99(39.3)	23(39.0)	0.966 ¹
Place of treatment			
Home	41(16.3) ^a	1(1.7) ^b	
Ward only	198(78.6) ^a	37(62.7) ^b	<0.001 ¹
ICU only	2(0.8) ^a	9(15.3) ^b	
Ward + ICU	11(4.4) ^a	12(20.3) ^b	
ICU admission	13(5.2)	21(35.6)	<0.001 ¹
Mortality	2(0.8)	12(20.3)	<0.001 ²

Age (years) mean±SD(min-max)	40.9±12.4(18-64)	75.8±8.6(65-94)	<0.001³
Length of hospital stay (days) median (min-max)	7(1-29)	10.5(1-54)	0.001⁴
Ward only	7(1-27)	9(1-20)	0.088 ⁴
ICU only	12(9-15)	15(4-31)	0.436 ⁴
Ward + ICU	21(10-29)	15.5(7-54)	0.211 ⁴

Data are presented as n(%) or mean±SD (min-max) values. ¹Pearson chi-square test, ²Fisher's exact test, ³Student's t test, ⁴Mann-Whitney-U test.

CT = Computerized tomography, ICU = Intensive care unit

Table 2. Comparison of COVID-19 patients with and without comorbidity.

Variables	Without comorbidity (n=207) Count (%)	With comorbidity (n=103) Count(%)	p value
Gender (male)	118(57)	52(50.5)	0.277 ¹
Symptoms			
Fever	95(45.9)	44(42.7)	0.596 ¹
Cough	97(46.9)	61(59.2)	0.040¹
Dyspnea	30(14.5)	35(34)	<0.001¹
Fatigue	61(29.5)	27(26.2)	0.549 ¹
Diarrhea	8(3.9)	3(2.9)	0.999 ²
Anosmia	13(6.3)	2(1.9)	0.157 ²
Ageusia	8(3.9)	4(3.9)	0.999 ²
Positive chest CT findings	77(37.2)	72(69.9)	<0.001¹
Medicines used in treatment			
Hydroxychloroquine	175(84.5)	85(82.5)	0.649 ¹
Oseltamivir	100(48.3)	68(66.0)	0.003¹
Favipiravir	14(6.8)	25(24.3)	<0.001¹
Lopinavir / Ritonavir	3(1.4)	4(3.9)	0.226 ²
Levofloxacin	19(9.2)	28(27.2)	<0.001¹
Moxifloxacin	26(12.6)	15(14.6)	0.624 ¹
Clarithromycin	9(4.3)	7(6.8)	0.359 ¹
Ceftriaxone	11(5.3)	11(10.7)	0.083 ¹
Azithromycin	79(38.2)	43(41.7)	0.543 ¹
Place of treatment			
Home	36(17.4) ^a	6(5.8) ^b	<0.001¹
Ward only	161(77.8) ^a	74(71.8) ^a	
ICU only	2(1.0) ^a	8(7.8) ^b	
Ward + ICU	8(3.9) ^a	15(14.6) ^b	
ICU admission	10(4.8)	23(22.3)	<0.001¹
Mortality	3(1.4)	11(10.7)	0.001²
Age (years) mean±SD(min-max)	40.4±14.9(18-94)	61.9±15.3(23-92)	<0.001³
Length of hospital stay (days) median(min-max)	7(1-29)	9(1-54)	0.019⁴
Ward only	7(1-27)	8(1-22)	0.506 ⁴
ICU only	10.5(4-17)	15(9-31)	0.533 ⁴
Ward + ICU	18.5(10-29)	19(7-54)	0.925 ⁴

Data are presented as n(%), mean ±SD (min-max) or median (min-max) values. ¹Pearson chi-square test, ²Fisher's exact test, ³Student's t test, ⁴Mann-whitney U test.

CT = Computerized tomography, ICU = Intensive care unit

Table 2 presented the comparison between the patients with and without comorbidity. Cough (p=0.040) and dyspnea (p<0.001) were the most common symptoms in patients with comorbidity. Findings of pulmonary involvement (p<0.001) were more frequently detected on CT imaging in patients with comorbidity, for whom oseltamivir, favipiravir, and levofloxacin were significantly more preferred as the treatment choice. ICU admission (p<0.001) and mortality (p=0.001) rates also significantly increased in patients with comorbidities. One of three patients, who died of

COVID-19 without any chronic disease, was a Hepatitis B carrier while the other had Alzheimer's disease and the third one was a substance addict.

Table 3 showed the comparison between the patients with and without ICU admission. Dyspnea, positive signs on the chest CT, underlying comorbidities, mortality rate, and hospital stay significantly increased in patients treated in ICU (all p<0.001). In addition, the administration of oseltamivir, favipiravir, lopinavir/ritonavir, and levofloxacin was significantly higher in patients treated in ICU.

Table 3. Comparison of COVID-19 patients with and without ICU admission.

Variables	No ICU admission (n=277) Count (%)	ICU admission (n=34) Count (%)	p value
Gender (male)	149(53.8)	22(64.7)	0.227 ¹
Symptoms			
Fever	121(43.7)	19(55.9)	0.177 ¹
Cough	140(50.5)	19(55.9)	0.557 ¹
Dyspnea	42(15.2)	24(70.6)	<0.001 ¹
Fatigue	78(28.2)	11(32.4)	0.610 ¹
Diarrhea	9(3.2)	2(5.9)	0.343 ²
Anosmia	14(5.1)	1(2.9)	0.999 ²
Ageusia	11(4.0)	1(2.9)	0.999 ²
Positive chest CT findings	122(44.0)	28(82.4)	<0.001 ¹
Comorbidity	80(28.9)	23(69.7)	<0.001 ¹
Hypertension	44(15.9)	12(36.4)	0.004 ¹
Diabetes mellitus	25(9.0)	5(15.2)	0.343 ²
Chronic lung diseases	22(7.9)	9(27.3)	0.002 ²
Cardiovascular disease	10(3.6)	4(12.1)	0.049 ²
Chronic renal failure	1(0.4)	1(3.0)	0.202 ²
Malignant diseases	8(2.9)	5(15.2)	0.007 ²
Medicines used in treatment			
Hydroxychloroquine	235(84.8)	26(76.5)	0.210 ¹
Oseltamivir	145(52.3)	24(70.6)	0.044 ¹
Favipiravir	17(6.1)	23(67.6)	<0.001 ²
Lopinavir / Ritonavir	3(1.1)	4(11.8)	0.003 ²
Levofloxacin	37(13.4)	11(32.4)	0.004 ¹
Moxifloxacin	37(13.4)	4(11.8)	0.999 ²
Clarithromycin	13(4.7)	3(8.8)	0.398 ²
Ceftriaxone	18(6.5)	4(11.8)	0.280 ²
Azithromycin	109(39.4)	13(38.2)	0.900 ¹
Mortality	2(0.7)	12(35.3)	<0.001 ²
Age (years) mean±SD(min-max)	45.1±17 (18-92)	67.2±14 (39-94)	<0.001 ¹
Length of hospital stay (days) median (min-max)	7(1-27)	16(4-54)	<0.001 ⁴

Data are presented as n (%), mean ± SD (min-max) or median (min-max) values. ¹Pearson chi-square test, ²Fisher's exact test, ³Student's t test, ⁴Mann-Whitney U test.

CT = Computerized tomography, ICU=Intensive care unit

Table 4. Factors affecting ICU admission.

Variables	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Age ≥65	10.16(4.696-21.981)	<0.001	5.520(2.294-13.283)	<0.001
Hypertension	3.026(1.389-6.594)	0.005	-	-
Chronic lung diseases	4.347(1.801-10.492)	0.001	-	-
Cardiovascular diseases	3.683(1.086-12.489)	0.036	-	-
Malignant diseases	6.004(1.839-19.603)	0.003	-	-
Positive chest CT findings	5.929(2.379-14.775)	<0.001	2.452(0.871-6.908)	0.090
Dyspnea	13.429(5.989-30.11)	<0.001	8.049(3.387-19.129)	<0.001

ICU = Intensive care unit, CT = Computerized tomography

Table 5. Factors affecting mortality.

Variables	Univariate		Multivariate	
	OR (95% CI)	p	OR (95% CI)	p
Age ≥65	31.915(6.917-147.246)	<0.001	43.120(4.926-377.468)	0.001
Hypertension	4.234(1.365-13.134)	0.012	-	-
Chronic lung diseases	4.444(1.283-15.396)	0.019	-	-
Malignant diseases	14.222(3.68-54.96)	<0.001	10.893(1.519-78.105)	0.017
Positive chest CT findings	15.182(1.961-117.548)	0.009	-	-
Dyspnea	16.133(4.354-59.778)	<0.001	5.083(1.173-22.019)	0.030

CT = Computerized tomography

Table 4 showed the evaluation of the factors affecting admission to the intensive care unit through univariate and multivariate logistic regression analysis. In univariate logistic regression analysis, age≥65 (OR: 10.16; %95 CI: 4.696-21.981; p<0.001), HT (OR: 3.026; %95 CI: 1.389-6.594; p=0.005), chronic lung diseases (OR: 4.347; %95 CI: 1.801-10.492; p=0.001), CVD (OR: 3.683; %95 CI: 1.086-12.489; p=0.036), malignant diseases (OR: 6.004; %95 CI: 1.839-19.603; p=0.003), positive chest CT findings (OR: 5.929; %95 CI: 2.379-14.775; p<0.001), and dyspnea (OR: 13.429; %95 CI: 5.989-30.11; p<0.001) were positively associated with ICU admission. In multivariate model, age≥65 (OR: 5.520; %95 CI: 2.294-13.283; p<0.001) and dyspnea (OR: 8.049; %95 CI: 3.387-19.129; p<0.001) were identified as significant risk factors for ICU admission.

Table 5 presented the factors affecting mortality analyzed with univariate and multivariate logistic regression models. In univariate logistic regression analysis, age≥65 (OR: 31.915; %95 CI: 6.917-147.246; p<0.001), HT (OR: 4.234; %95 CI:

1.365-13.134; p=0.012), chronic lung diseases (OR: 4.444; %95 CI: 1.283-15.396; p=0.019), malignant diseases (OR: 14.222; %95 CI: 3.68-54.96; p<0.001), positive chest CT findings (OR: 15.182; %95 CI: 1.961-117.548; p<0.001), and dyspnea (OR: 16.133; %95 CI: 4.354-59.778; p<0.001) were significantly associated with mortality. In multivariate model, age≥65 (OR: 43.120; %95 CI: 4.926-377.468; p=0.001), malignant diseases (OR: 10.893; %95 CI: 1.519-78.105; p=0.017), and dyspnea (OR: 5.083; %95 CI: 1.173-22.019; p=0.030) were identified as significant risk factors for mortality.

DISCUSSION

This study has revealed that dyspnea is a more common symptom and pulmonary involvement significantly increased in chest CT in geriatric patients and patients with underlying comorbidities diagnosed with COVID-19. Oseltamivir, favipiravir, and levofloxacin are used more in the treatment of these patients. It has also been noted that the hospitalization time and the rate of

admission in ICU increase significantly compared to those of non-geriatric patients and patients without underlying comorbidities. Being 65 years of age or older is an independent risk factor that increases both ICU admission and mortality.

The results of our study support the literature in general. In a study evaluating 3032 deaths associated with COVID-19 in Italy, Palmieri et al. revealed that the most common symptoms were fever and dyspnea regardless of age.¹⁷ In another study conducted in China, patients diagnosed with COVID-19 were divided into three groups: 50-64 years, 65-79 years and ≥ 80 years, and the most common symptoms in geriatric patients were reported as fever, cough, dyspnea, and fatigue, respectively.²⁰ In our study, although there was a small change in the ranking in patients who were 65 and older, the most common symptoms were cough (52.5%), fever (49.2%), dyspnea (45.8%), and fatigue (27.1%), respectively. On the other hand, the two most common symptoms in all age groups in our study were again cough and fever, respectively.

In their research with 1482 patients hospitalized with the diagnosis of COVID-19, Garg et al. concluded that the hospitalization rate was the highest in patients over 65 years old and that 54.4% of those hospitalized were male, 89.3% had one or more underlying condition, the most common comorbidity included HT (49.7%), obesity (48.3%), chronic lung disease (34.6%), DM (28.3%), and CVD (27.8%).²¹ In a study by Lee et al. conducted in Korea with 98 patients over 65 years of age, the authors found that 74.5% of the patients had underlying conditions, the most common of which were reported as HT (52%), DM (27%), CVD (16.3%), chronic neurologic disease (14.3%), and malignancy (11.2%).¹⁸ Similar to other studies, underlying conditions were more often observed in the geriatric patient group in our study, and the most common comorbidities in this age group were HT (54.2%), chronic lung disease (22%), DM (18.6%), and CVD (15.3%).

In a study conducted in Wuhan, 98.2% of patients over the age of 65 had bilateral distribution in chest CT and pleural effusion in 23.6%.¹⁶ Likewise, our study found that 84.7% of geriatric patients and 69.9% of patients with underlying conditions presented with typical chest CT findings, which increased statistically significantly compared to patients under 65 years of age and those without comorbid diseases, respectively (all $p < 0.001$).

In their study conducted with only geriatric patients, Lee et al. reported that 76.5% of the patients were given lopinavir/ritonavir or darunavir/ritonavir, whereas 60.2% were given

hydroxychloroquine.¹⁸ In Turkey, Sümer et al. evaluated the COVID-19 patients they followed in a medical faculty hospital, reporting that the most preferred combination for treatment was hydroxychloroquine + oseltamivir + azithromycin.²² Similar to Sümer's study, we found that hydroxychloroquine (78%), oseltamivir (74.6%), azithromycin (39%) and favipiravir (28.8%) were the most preferred choice of treatment in both geriatric and non-geriatric patients. The use of oseltamivir and azithromycin seems to have surpassed the use of favipiravir, since the data of both our study and the study of Sümer et al. were dated before the COVID-19 (SARS-CoV-2) Infection Scientific Advisory Board Guideline was published for the treatment of adult patients with COVID-19 infection on 02.08.2020.

In a review/meta-analysis evaluating 14 retrospective studies, it was reported that the presence of underlying comorbidities (HT, CVD, DM, COPD, and cancer), as well as being male and being ≥ 65 years of age, increased mortality.²³ In another study, DM, chronic lung disease and chronic neurologic disease was found to be significantly associated with mortality.¹⁸ Our study concluded that being over 65 years of age, having underlying comorbidities (HT, chronic lung diseases and malignant diseases), presence of dyspnea, and positive chest CT findings such as ground-glass opacity/patchy shadows were significantly associated with mortality.

The weekly report of the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) COVID-19 Response Team stated that 53% of the patients were admitted to the ICU in the early period of the pandemic, and 80% of the patients who died were ≥ 65 years old.²⁴ In a study conducted in Italy, where the pandemic was severe, Palmieri et al. reported that 66.6% of COVID-19 related deaths were men, and 87.9% were patients over 65 years old.¹⁷ In our study, 60.6% of COVID-19 related ICU admissions included geriatric patients besides 78.6% of deaths being male patients and 85.7% being geriatric patients. In a study with 98 geriatric patients diagnosed with COVID-19, Lee et al. reported that 20 (20.4%) of the patients died during follow-up.¹⁸ Similarly, 20.3% of geriatric patients also died in our study. The fact that the mortality rates of geriatric patients in our study are so close with Lee's study suggests that antiviral agents containing different active substances used in the treatment of patients in our study may not have superiority to each other. In the same study, the median time to death after admission was found as 8 (5-11) days,¹⁸ whereas in Palmieri's study, this period was 6 (3-10) days,¹⁷ and it was calculated as 8 (1-54) days in our study similar to Lee's.

In this study, we did not group our patients as those hospitalized and non-hospitalized, because the data of the study belong to the early pandemic period in our city when the number of cases was relatively low (first three months). In our city, almost all COVID-19 patients were hospitalized and/or treated during this period. This can be indicated as the limitation of our research. Another limitation of our study may be the low number of patients in this age group, thanks to the measures introduced for patients over 65 years of age in our country since the first days of the pandemic (on the other hand, these measures are a very important decision taken by The Ministry of Health and the National Science Committee for the protection of geriatric patients / public health). The fact that no similar study was found in the literature on COVID-19 patients diagnosed in all public hospitals in Antalya province to show the first three months of the pandemic is the strength of our study. In addition, this study can be an important data source in terms of making a comparison with the data to be obtained, especially after the dynamism in the tourism sector intensifies after normalization.

As a result, the need for intensive care and the rate of mortality are increasing in COVID-19 patients who are older and/or those with underlying comorbidities. Despite the ongoing debates about how long the immunity against SARS-CoV-2 will last and whether infected people will become re-infected after a while, as Eraksoy also stated,²⁵ necessary precautions must be taken, especially those regarding vaccination, in order to prevent the spread of the virus to older patients and those with comorbidity.

Acknowledgement: All the authors would like to thank Başak OĞUZ YOLCULAR for all the support provided in the statistical analysis process of this study.

The summary of this research was presented as an oral presentation at the 19th National Family Medicine Congress that was held in Ankara between October 29th and November 1st, 2020.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest during the preparation and publication of this article.

Funding: The authors declare no financial support during the research and authorship process.

REFERENCES

1. Wang L, Wang Y, Ye D, Liu Q. Review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) based on current evidence. *Int J Antimicrob Agents* 2020;55(3):105948.
2. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and coronavirus disease-2019 (COVID-19): The epidemic and the challenges. *Int J Antimicrob Agents* 2020;55(3):105924.
3. Singhal T. A review of coronavirus disease-2019 (COVID-19). *Indian J Pediatr* 2020;87(4):281-6.
4. WHO. Coronavirus-Overview. Available online: www.who.int/healthtopics/coronavirus#tab=tab_1 (accessed on 07 September 2020).
5. Guo YR, Cao QD, Hong ZS, Tan YY, Chen SD, Jin HJ, et al. The origin, transmission and clinical therapies on coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak – an update on the status. *Mil Med Res* 2020;7(1):1-10.
6. Gürsoy C, Doğan E, Togan T. Coronaviruses COVID-19 illness from the perspective of infectious disease. *Ege Klin Tıp Derg* 2020;58(1)Supp:19-23 (Turkish).
7. WHO. Coronavirus - Symptoms. Available online: www.who.int/healthtopics/coronavirus#tab=tab_3 (accessed on 07 September 2020).
8. CDC. Diagnostic tests for COVID-19. Available online: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/testing.html> (accessed on 07 September 2020).
9. Long C, Xu H, Shen Q, Zhang X, Fan B, Wang C, et al. Diagnosis of the coronavirus disease (COVID-19) rRT-PCR or CT? *Eur J Radiol* 2020;126:108961.
10. Mukhtar B, Mukhtar MO, Malik B. Radiological changes observed in Covid-19 pneumonia and utilization of CT scan as a screening tool along with a real-time reverse transcriptase-polymerase chain reaction (rRT-PCR) for effective diagnosis. *Med Sci Discov* 2020;7(8):578-83.
11. Tahamtan A, Ardebili A. Real-time RT-PCR in COVID-19 detection: issues affecting the results. *Expert Rev Mol Diagn* 2020;20(5):453-4.
12. Önal B. Current pharmacological approaches in SARS-CoV-2/ COVID-19. *Ege Klin Tıp Derg* 2020;58(1)Supp:30-4 (Turkish).
13. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Erişkin Hasta Tedavisi. Bilimsel Danışma Kurulu Çalışması. Available online: <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66926/eriskin->

- hasta-tedavisi.html (accessed on 07 September 2020) (Turkish).
14. Mueller AL, McNamara MS, Sinclair DA. Why does COVID-19 disproportionately affect older people? *Aging* (Albany NY) 2020;12(10):9959-81.
 15. Galbadage D, Peterson BM, Awada J, Buck AS, Ramirez DA, Wilson J, et al. Systematic review and meta-analysis of sex-specific COVID-19 clinical outcomes. *Front Med* 2020;7:348.
 16. Chen T, Dai Z, Mo P, Li X, Ma Z, Song S, et al. Clinical characteristics and outcomes of older patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Wuhan, China (2019): a single-centered, retrospective study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2020;75(9):1788-95.
 17. Palmieri L, Vanacore N, Donfrancesco C, Noce CL, Canevelli M, Punzo O, et al. Clinical characteristics of hospitalized individuals dying with COVID-19 by age group in Italy. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2020;75(9), 1796-1800.
 18. Lee JY, Kim HA, Huh K, Hyun M, Rhee JY, Jang S, et al. Risk factors for mortality and respiratory support in elderly patients hospitalized with COVID-19 in Korea. *J Korean Med Sci* 2020;35(23):e223.
 19. Kutlu R. What we have learned about the new coronavirus pandemic, current diagnostic and therapeutic approaches and the situation in Turkey. *TJFMPC*, 2020;14(2):329-44 (Turkish).
 20. Niu S, Tian S, Lou J, Kang X, Zhang L, Lian H, et al. Clinical characteristics of older patients infected with COVID-19: A descriptive study. *Arch Gerontol Geriat* 2020;89:104058.
 21. Garg S, Kim L, Whitaker M, O'Halloran A, Cummings C, Holstein R. Hospitalization rates and characteristics of patients hospitalized with laboratory-confirmed coronavirus disease 2019 – COVID-NET, 14 States, March 1–30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(15):458-64.
 22. Sümer Ş, Ural O, Aktuğ-Demir N, Cifci S, Turkseven B, Kilincer, et al. Clinical and laboratory characteristics of COVID-19 cases followed in Selçuk University Faculty of Medicine. *Klimik Derg* 2020;33(2):122-7 (Turkish).
 23. Parohan M, Yaghoubi S, Seraji A, Javanbakht MH, Sarraf P, Djalali M. Risk factors for mortality in patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19) infection: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Aging Male*, 2020;8:1-9.
 24. CDC COVID-19 Response Team. Severe outcomes among patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) - United States, February 12–March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69(12):343-6. Available online: www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6912e2-H.pdf (accessed on 07 September 2020).
 25. Eraksoy H. How will the COVID-19 pandemic end? *Klimik Derg* 2020;33(2):110 (Turkish).



Original Research / Özgün Araştırma

The Relationship Between The Resilience Level of Fathers and the Level of Participation in Child Care Practices: Adana Example

Babaların psikolojik sağlamlık düzeyleriyle çocuk bakımına katılım düzeyleri arasındaki ilişki: Adana örneği

Merve Bilge¹, Ayşe Avcı¹, Mustafa Kale*²

ABSTRACT

Objective: In this study, the relationship between the psychological resilience levels of fathers with preschool children and their children's participation in care practices was examined. **Method:** The current research is in quantitative design, correlational research, one of the types of relational research, and has been conducted cross-sectionally. Fathers of 240 children attending kindergartens in Adana's Seyhan and Çukurova districts were included in the study. By applying the Father Participation Scale and Adult Psychological Resilience Scale to the fathers participating in the study, the relationship between the psychological resilience of fathers and their participation in child care practices was examined. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS 23.0 program. Number, percentage, mean and standard deviation were used as descriptive statistical methods in the evaluation of the data. **Results:** A significant difference was found between the fathers' participation in the study and their age groups ($p = 0.001$). It was determined that the participation of fathers between the ages of 40-45 in childcare practices was statistically higher than fathers aged 25-30, 31-35, and 45 and over. It was found that there was no significant difference between the psychological resilience levels of the fathers and the age group. Likewise, it was found that there was no significant difference between the psychological resilience levels and education level of fathers ($p = 0.760$). There is a moderately significant positive correlation between the total score of the Father Involvement Scale and the Adult Psychological Resilience Scale ($r = .43$; $p < .01$). **Conclusion:** The findings of the study show that the total score of participation in child care practices and the sub-dimensions of arbitrary engagement, interest and closeness, and psychological resilience scores are positively related significantly. It was concluded that as the psychological resilience levels of the fathers increased, their children's participation in care practices also increased.

Key Words: Psychological resilience, child care, father involvement.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, okul öncesi çağındaki çocuğu olan babaların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile çocuklarının bakım uygulamalarına katılmaları arasındaki ilişki incelenmiştir. **Yöntem:** Mevcut araştırma, nicel araştırma yöntemi ile ele alınmış olup, ilişkisel tarama modelinde kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya, Adana ilinin Seyhan ve Çukurova ilçelerindeki anaokullarında eğitime devam eden 240 çocuğun babaları dahil edilmiştir. Araştırmaya katılan babalara, Baba Katılım Ölçeği ve Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği uygulanarak, babaların psikolojik sağlamlıkları ile çocuk bakım uygulamalarına katılmaları arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Araştırmada elde edilen veriler, SPSS 23.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmada yer alan babaların, baba katılmaları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0,001$). 40-45 yaşları arasındaki babaların, çocuk bakım uygulamalarına katılmalarının 25-30 yaşları, 31-35 yaşları ve 45 ve üzerinde yaşlarındaki babalara göre istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Babaların, psikolojik sağlamlık düzeyleri ile yaş grubu arasında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde, babaların psikolojik sağlamlık düzeyleri ile eğitim düzeyi arasında ($p = 0,760$) anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. "Baba Katılım Ölçeği" toplam puanı ile "Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği" toplam puanı arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .43$; $p < .01$). **Sonuç:** Araştırmada elde edilen bulgular, çocuk bakım uygulamalarına katılım toplam puanı ve keyfi meşguliyet, ilgi ve yakınlık, temel bakım alt boyutları ile psikolojik sağlamlık puanlarının pozitif yönlü anlamlı olarak ilişkili olduğu yönünde bulunmuştur. Babaların, psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça, çocuklarının bakım uygulamalarına katılmalarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Psikolojik sağlamlık, Çocuk Bakımı, Baba Katılımı

Received / Geliş tarihi: 31.12.2020, Accepted / Kabul tarihi: 18.03.2021

¹ Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı

² Çağ Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Çocuk Gelişimi Programı Anabilim Dalı

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mustafa Kale, Çağ Üniversitesi, Meslek Yüksek Okulu, Çocuk Gelişimi Programı Anabilim Dalı, Mersin, TÜRKİYE, E-mail: mustafakale@gmail.com

Bilge M, Avcı A, Kale M. Babaların psikolojik sağlamlık düzeyleriyle çocuk bakımına katılım düzeyleri arasındaki ilişki: Adana örneği. TJFMPC, 2021;15(2): 375-382.

DOI: 10.21763/tjfm.851497

1.GİRİŞ

Babalık rolü, bir erkeğin yaşam sürecinde üstlendiği en önemli rol ve sorumluluklarından birini oluşturmaktadır. Babalık rolü, gebeliğin planlanmasıyla başlayıp, doğum süreci ve devamında çocuğun gelişimi açısından oldukça önemlidir. Baba rolüyle birlikte birey, sosyal ve duygusal açıdan birçok değişiklik yaşar ve bu süreçte özellikle psikolojik açıdan daha hassas olabilir. Bu hassasiyet, baba olarak çocuğun bakımı için yeni beceriler öğrenme, ekonomik kaynakların temini, var olan sosyal ve duygusal ilişkileri yönetmek gibi yeni role adaptasyon sürecinde yaşanan stres faktörlerinden kaynaklanabilmektedir. Babalığa geçiş, babalığa adaptasyon ve devam eden süreçte çocuğun sağlıklı gelişimiyle ilgili stres faktörleri de artabilir. Bu durum, çoğu zaman baba ve çocuk arasında ki etkileşimin en yoğun olduğu zamanlardan biri olarak çocuk bakım uygulamalarına yansiyabilir. Bu açıdan değerlendirildiğinde, babaların psikolojik açıdan sağlamlığı aile içi ilişkiler ve özellikle çocuklarıyla yoğun etkileşim süreci olarak bakım uygulamalarına katılımlarında önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir. Mevcut araştırma da, babaların psikolojik sağlamlıkları düzeyleri ile çocuklarının bakım uygulamalarına katılım düzeyleri arasındaki ilişki olup olmadığı incelenmiştir.

Psikolojik sağlamlık, insanların zor koşullar altında bile olumsuz olayların üstesinden başarıyla gelip, hayata daha hızlı adapte olabilmeleri açısından oldukça önemlidir.¹ Bir diğer ifadeyle, psikolojik sağlamlığı yüksek bireyler, karşılaştıkları zorlukları yönetebilme becerisine sahip olup, onu zorlayan olumsuz koşul ve durumlar esnasında ya da sonrasında toparlama gücüne sahiptirler.² Psikolojik sağlamlık, ebeveynlik açısından değerlendirildiğinde ise ebeveynlik sorumlulukları, çocukların gelişim süreci ve geleceğine ilişkin kaygılar, çocukların ihtiyaçlarının karşılanmasında yaşanan problemler düşünüldüğünde oldukça önemlidir.¹⁻³ Bununla birlikte, ebeveynlerin sosyal ve iş yaşamlarında yer alan stres faktörleri de eklendiğinde psikolojik sağlamlığı aile ve çocuklar için daha da önem teşkil etmektedir. Ebeveynlerin psikolojik açıdan sağlamlıkları, aile işleyişinin ve aile içi ilişkilerinin önemli bir belirleyicisi olarak ele alınmakta olup, ailenin farklı dönemlerde karşılaşılabileceği kriz durumlarında aile direncinin yönetiminde oldukça önemlidir. Özellikle her ailede belirli dönemlerde yaşanabilecek kriz durumlarında, yeni oluşan duruma uyum sağlama, aile ilişkilerini düzenleme ve aile direncinin korunmasında ebeveynlerin psikolojik sağlamlığı öne çıkmaktadır.³ Ebeveynlerin psikolojik açıdan sağlık olma durumları, gebelikten itibaren başlayarak, daha sonra bebeklik ve erken çocukluk

yıllarında etkileriyle çocukların gelişimleri üzerinde önemli rol oynamaktadır. Hatta ebeveynlerin psikolojik sağlamlığının, çocukların gelişimsel çıktılarının önemli bir belirleyicisi olduğu da vurgulanmaktadır.³⁻⁴ Özellikle, bebeklik ve erken çocukluk döneminde, çocukların temel ihtiyaçların eksiksiz ve zamanında karşılanması kadar, ebeveynlerin bu ihtiyaçları karşıladığı süreçte çocuklarıyla olan etkileşimlerinin niteliği öne çıkmaktadır. Ebeveynlerin, bu etkileşim süreçlerinin niteliğini belirlemede ise çocukların ihtiyaçlarını karşılamada yaşadıkları stres faktörleri, çocuklarıyla ilişkilerinde yaşanan çatışmalarla baş etme durumları onların psikolojik sağlamlık düzeyleriyle ilişkilendirilebilir.⁴ Ancak, daha öncede belirtildiği üzere, ebeveynlerin, çocuklarının temel ihtiyaçlarını karşılamada, yaşadıkları mali zorluklar³, aile içi ve diğer sosyal ilişkilerinde yaşanan problemler, çocukların geleceğine ilişkin kaygılar ve diğer birçok faktörler ebeveynler için stres kaynağı olabilmektedir. Ebeveynler için stres faktörleri birden fazla perspektiften kavramsallaştırılmış olsa da, genellikle bakım vermenin günlük zorluklarını ve çocuklara yönelik bakım uygulamalarında ebeveyn ve çocuk etkileşimiyle ilişkilendirilmektedir.¹⁻³⁻⁴ Oysa bu süreçte, ebeveynin psikolojik koşulları nadiren ele alınmakta olup, ebeveynlerin psikolojik sağlamlığı ile ilgili çalışmalar sınırlı kalmıştır. Mevcut çalışmalar ise, ebeveynlerin psikolojik sağlamlığını yoğun olarak bağımlı⁵⁻⁶⁻⁷, depresyonda ya da özel gereksinimli çocuğu olan ebeveynler ele alınmıştır.⁸⁻⁹⁻¹¹⁻¹⁵ Oysa, ebeveyn ve çocuk arasında en yoğun etkileşimin yaşandığı çocuk bakım uygulamalarında ebeveynlerin psikolojik açıdan sağlamlığı, çocukları tipik gelişim gösterip, göstermemesine bakılmaksızın çocukların gelişimleri açısından önemlidir.⁴ Öte yandan, ebeveyn psikolojik sağlamlığı ele alan araştırmalar, ebeveynlik rolünü kadına atfeder bir yaklaşımla anne odaklı ele aldığı görülmektedir.⁷⁻⁹⁻¹⁰

Günümüz koşullarında süregelen sosyal, kültürel ve ekonomik gelişmeler aile içindeki rollerin değişmesine yol açmış ve bu değişimle birlikte çocukların bakım uygulamalarında sorumlu birey sadece anne olmaktan çıkmıştır. Annenin, çalışma hayatına ev dışında başlaması ve çalışma sürelerinde farklılıkların oluşmasıyla beraber, çocuk bakım sorumluluğunun ebeveynler arasında ortak bir paylaşımın gereksinimi olduğu ortaya çıkmıştır.¹² Çalışma yaşamına kadınların katılımındaki artış, doğumundan kısa bir süre sonra çoğu annenin çalışma hayatına geri dönmesi ve kadın-erkek rolündeki eşitliğin artmasıyla beraber, çocuğun yaşamında baba daha aktif bir konuma gelmiştir.¹³⁻¹⁴ Daha önceleri, babanın babalık rolüne dair, sadece çocuğunun ekonomik ihtiyaçlarını karşılayan ve yalnızca onu disipline etmek olarak var olan kalıplar yıkılmaya başlanmıştır. Bununla

birlikte, babaların çocuk bakımına katılımları eskiye nazaran farklılıklar göstermiş olup, babaların çocuk bakımına katılımının da etkili faktörlerin belirlenmesi konusunda daha fazlaya bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır.¹²⁻¹⁴ Mevcut literatür incelendiğinde, doğrudan babaların çocukların gelişimdeki rolü, babalık rolü algısı ve ile ilgili araştırmalar sınırlı sayıda yer alsa da,¹⁵⁻¹⁶ babaların psikolojik sağlık düzeyleri ve çocuk bakım uygulamalarına katılımları arasındaki ilişkiyi ele alan araştırmaya rastlanmamıştır.¹⁵⁻¹⁶ Mevcut araştırmanın, ilgili literatürde yer alan bu boşluğa katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Bu amaçla, mevcut araştırmada, babaların psikolojik sağlık düzeyleri ve çocuk bakım uygulamalarına katılımları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1 Çalışma Dizaynı

Bu araştırma, nicel araştırma yöntemi ile ele alınmış olup, ilişkisel tarama modelinde kesitsel tipte bir çalışmadır. İlişkisel tarama modelleri iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığını ve derecesini belirleyen araştırma desenleridir.¹⁷

2.2 Örneklem

Mevcut araştırmanın evrenini, 2019-2020 eğitim-öğretim yılında Adana ilinde bulunan anaokullarında öğrenim gören çocukların babaları oluşturmaktadır. Araştırmada kolay ulaşılabilirlik ilkesi doğrultusunda, Adana ili Seyhan ve Çukurova ilçeleri örneklem bölgesi olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda, iki bölgede okul öncesi eğitim kurumlarına devam eden 240 çocuğun babasına ulaşılmıştır.

2.3 Veri Toplama Araçları

Araştırmada, veri toplama aracı olarak, babalara uygulanmak üzere bilgi formu, “Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği” ve “Baba Katılım Ölçeği” kullanılmıştır. Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmacılar tarafından hazırlanan demografik bilgi formunda, babaların yaş, eğitim seviyeleri ve çalışma durumu gibi sorular yer almaktadır.

2.3.1 Psikolojik Sağlık Ölçeği

“Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği (YPSÖ)”, Ungar ve Lienberg tarafından geliştirilen ve Arslan (2015) tarafından Türkçe’ye uyarlanan, yetişkinlerin psikolojik sağlık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla, yetişkin formu olarak geliştirilmiştir.¹⁸ Likert tipi ölçek, 21 maddeden oluşmakta olup, “Beni tamamen tanımlıyor (5)” ile

“Hiç tanımlamıyor (1)” arasında derecelendirilmektedir. Puanların yükselmesi, yüksek psikolojik sağlamlığa işaret etmektedir. Ölçek ailesel, ilişkisel, bireysel, kültürel ve bağlamsal kaynaklar olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin yetişkin formunun faktör yapısı incelenmediği için, ilk önce açılımlı faktör analizi ile faktör yapısı belirlenmiştir. Açılımlı faktör analizi sonucunda, ölçeğin toplam varyansın %65’ini açıklayan dört faktörlük bir yapıya sahip olduğu, madde faktör yüklerinin ise .53 ile .83 arasında değişmekte olduğu görülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı .94, test - tekrar test katsayısı .85 bulunmuştur. Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları sonucunda, ölçeğin ülkemizde yetişkinlerde psikolojik sağlamlığı değerlendirmede kullanılabileceği görülmüştür.⁷ Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .96 olarak hesaplanmıştır.

2.3.2 Baba Katılım Ölçeği

“Baba Katılım Ölçeği (BAKÖ)”, Sımsıkı ve Şendil (2014), tarafından 3-6 yaşları arasında çocuğu olan babaların çocuklarının bakım uygulamalarına katılımlarının belirlenmesi amacıyla oluşturulmuştur.¹⁹ Ölçek, 37 maddeden oluşup, beşli likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması; “Her zaman böyledir” seçeneği beş puan, “Çoğunlukla böyledir” dört puan, “Bazen böyledir” seçeneği üç puan, “Nadiren böyledir” iki puan, “Hiçbir zaman böyle değildir” seçeneği ise bir puan şeklindedir. Hem toplam puan hem de her boyut için ayrı puan elde edilmektedir. BAKÖ’nün faktör yapısına bakıldığında madde-toplam korelasyonları .20’nin altında madde olmadığı saptanmıştır. Barlett testi sonucunun ise anlamlı ($p < .001$) olmasından dolayı, faktör analizinin yapılmasının uygun olduğu görülmüştür. BAKÖ’nün alt boyutlarının güvenirliklerini belirlemek amacıyla, iç tutarlılık katsayıları incelenip, her alt boyutun Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarına bakılmıştır. Alt boyutların Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları, Keyfi Meşguliyet boyutu için .89; Temel Bakım boyutu için .83; İlgili ve Yakınlık boyutu için .85 ve BAKÖ Toplam puanı için .92 olarak bulunmuştur.⁸ Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı .95 olarak hesaplanmıştır.

2.4 Veri Toplama Süreci ve Verilerin Analizi

Araştırma verileri, 2020 yılının Şubat-Mart aylarında toplanmış olup, ilk olarak katılımcılara araştırma konusunda bilgi verilmiştir. Daha sonra çalışmaya gönüllü olan katılımcılardan onam alınarak, veri toplama süreci gerçekleştirilmiştir. Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesinde, tanımlayıcı istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılmıştır. Ölçek puanlarının normal

dağılım gösterip göstermediğine ilişkin kullanılan ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri incelenmiştir.

“Baba Katılım Ölçeği” ve alt boyutlarının, “Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği” ve alt boyutlarının p değerleri <0,05 olmasına rağmen çarpıklık değerleri BAKÖ için -,714; KM için -,715; İY için -,707; TM için -,495; YPSÖ için -,495; İK için -,527; BK için -,594; KK için -,336 ve AB için -,418 olduğu ve basıklık değerleri BAKÖ için -,297; KM için -,222; İY için -,223; TM için -,223; YPSÖ için -,754; İK için -,423; BK için -,766; KK için -,849 ve AB için -,719 olduğundan, genel anlamda ise +1 -1 arasında olduğundan ve Q-Q Plot dağılımları normal dağılım üzerinde yığıldığından normal dağılıma uygun olduğu söylenebilmektedir. Bu doğrultuda, normal dağılıma uygun olan değişkenler üzerinde parametrik testler kullanılmıştır. İki den fazla bağımsız grup ortalamaları arasındaki niceliksel sürekli verilerin karşılaştırılmasında, Tek yönlü (Oneway) ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonrasında farklılıkları belirlemek üzere, tamamlayıcı post-hoc analizi olarak “Tukey testi” kullanılmıştır. Araştırmanın, sürekli değişkenleri arasında pearson korelasyon analizi ve regresyon analizi uygulanmıştır.

2.5 Etik Onay

Mevcut araştırma, Çağ Üniversitesi Etik Kurulundan 14.02.2020 tarih ve 2020/02 sayılı onay alınarak gerçekleştirilmiştir. Ayrıca, okul öncesi eğitim kurumlarına çocuğu devam eden babalara ulaşmak amacıyla, Adana İl Milli Eğitim Müdürlüğünden araştırma izni ve katılımcılardan onam belgesi alınmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde, ölçeklerden elde edilen verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgulara ve bulgulara yönelik açıklamalara yer verilmiştir.

Babaların demografik özellikleri Tablo 1.’de verilmiştir. Tablo 1.’de görüldüğü üzere, babaların yaşları incelendiğinde, 47’sinin (%19,6) 25-30 yaşları arasında, 77’sinin (%32,1) 31-35 yaşları arasında, 52’sinin (%21,7) 36-40 yaşları arasında, 47’sinin (%19,6) 41-45 yaşları arasında ve 17’si (%7,1) 45 yaş ve üzeridir. Eğitim düzeylerine bakıldığında 80’inin (%33,3) ilkökul mezunu, 46’sinin (%19,2) ortaokul mezunu, 44’ünün (%18,3) lise mezunu ve 70’inin (%29,2) üniversite mezunu olduğu görülmüştür. Çalışma durumlarına bakıldığında ise 1’inin (%4) çalışmadığı, 239’unun (%99,6) çalıştığı belirlenmiştir.

Tablo 1: Çalışma Grubunun Kişisel Özellikleri

	n	%	
Yaş	25-30	47	19,6
	31-35	77	32,1
	36-40	52	21,7
	41-45	47	19,6
	45 ve üzeri	17	7,1
	Toplam	240	100,0
Eğitim düzeyi	İlkokul	80	33,3
	Ortaokul	46	19,2
	Lise	44	18,3
	Üniversite	70	29,2
	Toplam	240	100,0
Çalışma durumu	Çalışmıyor	1	,4
	Çalışıyor	239	99,6
	Toplam	240	100,0

Babaların Yaş, Eğitim Düzeyleri ile Çocuk Bakım Uygulamalarına Katılımlarına İlişkin Bulgular

Tablo 2.’de görüldüğü üzere, baba katılımları ile yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ($p = 0,001$). 40-45 yaşları arasındaki babaların, çocuk bakım uygulamalarına katılımlarının 25-30 yaşları, 31-35 yaşları ve 45 ve üzerinde yaşlarındaki babalara göre, istatistiksel olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak baba katılımı ($p = 0,086$) ile eğitim düzeyi arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı tespit edilmiştir.

Babaların Yaşları ve Eğitim Düzeyleri İle Psikolojik Sağlık Düzeyleri Arasındaki Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 3.’te de görüldüğü üzere, babaların psikolojik sağlık düzeyleri ile yaş grubu arasında ($p = 0,019$) anlamlı bir farklılık görüldüğü de, bu farklılığın hangi gruplar arasında olduğunun belirlenmesi amacıyla yapılan “Tukey post hoc testi” neticesinde aslında anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir. Aynı şekilde, babaların psikolojik sağlık düzeyleri ile eğitim düzeyi arasında ($p = 0,760$) anlamlı bir farklılığın bulunmadığı tespit edilmiştir.

Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 4.’te görüldüğü üzere “Baba Katılım Ölçeği” toplam puanı ile “Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği” toplam puanı arasında, pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .43$; $p < .01$). Aynı şekilde “Baba Katılım Ölçeğinin” alt boyutlarından Keyfi Meşgulliyet alt boyutu ile “Yetişkin Psikolojik Sağlık Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .43$; $p <$

.01). “Baba Katılım Ölçeğinin” alt boyutlarından İlgı ve Yakınlık alt boyutu ile “Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .41$; $p < .01$). “Baba Katılım

Ölçeğinin” alt boyutlarından Temel Bakım alt boyutu ile “Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği” toplam puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir ($r = .38$; $p < 0.1$).

Tablo 2: Çalışma Grubunun Çocuk Bakım Uygulamalarına Katılımlarının Yaşları ve Eğitim Düzeylerine Göre Farklılaşması

Değişken	Baba Katılım Ölçeği Toplam Puanı		Keyfi Meşgüliyet		İlgı ve Yakınlık		Temel Bakım	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Yaş (N)								
25-30 (47)	130,1	20,7	59,5	10,0	42,29	6,90	28,21	4,33
31-35 (77)	129,8	20,8	59,8	9,54	41,96	6,88	28,05	5,17
35-40 (52)	137,8	19,5	63,6	9,06	44,61	6,60	29,55	4,65
40-45 (47)	144,3	16,1	66,2	7,70	47,25	5,39	30,85	3,84
45 ve Üzeri (17)	124,1	25,2	57,3	12,05	40,52	8,60	26,29	5,19
	$p = .001$		$p = .001$		$p = .001$		$p = .002$	
Eğitim düzeyi								
İlkokul (80)	133,5	21,3	61,1	10,26	43,80	6,64	28,56	5,27
Ortaokul (46)	139,5	17,7	64,8	8,50	44,82	5,96	29,84	4,01
Lise (44)	128,3	23,6	59,2	10,46	41,20	8,21	27,90	5,44
Üniversite (70)	134,5	19,7	61,6	9,12	43,85	6,97	29,07	4,19
	$p = .086$		$p = .052$		$p = .080$		$p = .251$	

Levene homojenlik testi-Tamhane's T2 post hoc testi

Tablo 3: Çalışma Grubunun Psikolojik Sağlamlık Düzeylerinin Yaşları ve Eğitim Düzeylerine Göre Farklılaşması

Değişken	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Toplam Puanı		İlişkisel Kaynaklar		Bireysel Kaynaklar		Kültürel Kaynaklar		Ailesel Kaynaklar	
	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss	Ort.	Ss
Yaş (N)										
25-30 (47)	72,4	15,4	20,4	4,7	17,6	4,2	17,3	3,8	16,9	3,6
31-35 (77)	70,1	16,3	19,5	4,8	17,4	4,5	16,6	3,8	16,4	4,1
35-40 (52)	77,1	13,2	21,7	3,8	19,0	4,0	18,3	3,2	18,1	3,5
40-45 (47)	77,8	14,2	21,7	4,1	19,3	4,0	18,4	3,5	18,2	3,7
45 ve Üzeri (17)	70,0	13,6	19,9	3,4	16,7	4,1	16,7	3,2	16,5	3,6
	$p = .01$		$p = .02$		$p = .04$		$p = .03$		$p = .03$	
Eğitim Düzeyi										
İlkokul (80)	20,2	4,4	18,4	4,3	17,3	3,7	17,1	4,1	73,1	15,4
Ortaokul (46)	21,0	4,6	18,3	4,5	17,6	3,6	17,5	3,9	74,6	15,5
Lise (44)	20,3	4,6	17,3	4,3	17,3	3,5	16,8	3,5	71,8	14,9
Üniversite (70)	21,2	4,3	18,2	4,2	17,0	3,7	17,4	3,8	74,6	15,0
	$p = .49$		$p = .58$		$p = .86$		$p = .83$		$p = .76$	

Tukey post hoc testi

Tablo 4: Korelasyon Analizine İlişkin Bulgular

	BKÖ Toplam	KM	İY	TM	YPS Toplam	İK	BK	KK
BKÖ Toplam	1							
KM	,984*	1						
İY	,965*	,924*	1					
TM	,936*	,893*	,856*	1				
YPS Toplam	,432*	,436*	,418*	,386*	1			
İK	,394*	,397*	,385*	,349*	,939*	1		
BK	,395*	,402*	,386*	,342*	,921*	,804*	1	
KK	,398*	,397*	,377*	,378*	,927*	,834*	,800*	1
AK	,422*	,428*	,408*	,372*	,938*	,846*	,816*	,840*

Korelasyon Analizi- ** $p < 0,001$; BKÖ: Baba Katılım Ölçeği; KM: Keyfi Meşguliyet; İY: İlişi ve Yakınlık; TM: Temel Bakım; YPS: Yetişkin Psikolojik Sağlık; İK: İlişkisel Kaynaklar; BK: Bireysel Kaynaklar; KK: Kültürel Kaynaklar; AK: Ailesel Kaynaklar

4. TARTIŞMA

Araştırmaya katılan babalara uygulanan “Baba Katılım Ölçeği” toplam puanının, babaların yaşlarına göre farklılaşma düzeyi incelendiğinde, babaların yaşları ile baba katılım ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Özellikle, yaşları 40-45 yaş aralığında olan babaların, çocuk bakım uygulamalarına katılımları, diğer yaş aralıklarında ki babalara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu farklılık, baba olma yaşının, babaların ebeveynlik rol ve sorumluluklarına kendilerini daha hazır hissetmeleri ve ebeveynlik doyumunu ile ilişkilendirilebilir. Araştırmanın bu bulgusu, babalarla yapılan diğer araştırmalar tarafından da desteklenmektedir.¹⁵⁻²⁰⁻²¹⁻²²⁻²³ Bir kişinin, çok erken yaşlarda ebeveynlik rolünü üstlenmesi, çoğu zaman planlı bir ebeveynlik olmayabilmektedir. Oysa, evliliğin daha sonra ki yıllarında ya da daha geç yaşlarda ebeveyn olmak, çoğu zaman planlı olarak gerçekleşebilmektedir.²⁰⁻²⁴⁻²⁵ Babaların çocuk bakımına katılımı ile ilgili olarak, farklı bir araştırmada, yine yaş açısından büyük olan babaların, çocuklarının bakımına daha fazla katılım gösterdikleri görülmektedir.²⁶ Benzer şekilde, okul öncesi dönemde çocuğu olan babaların babalık rolleri ile baba katılımları arasındaki ilişkiyi incelediği diğer bir çalışmada, babaların yaşları arttıkça çocuklarının bakım uygulamalarına katılımlarının da arttığı görülmektedir.²⁷ İlgili alanyazın ile araştırma bulgusu arasındaki benzerlik göz önüne alındığında, mevcut bulgunun ilgili alanyazın tarafından desteklendiği söylenebilir.

Mevcut araştırmanın bir diğer bulgusu ise, babaların eğitim düzeyi ile baba katılım ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir farklılık bulunmamasıdır. Araştırmanın bu bulgusu değerlendirildiğinde, ilgili literatürde benzer ve farklı bulgularla karşılaşılabilmektedir. Örneğin, ebeveyn depresyonu, ilişki kalitesi ve baba katılımı

arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışma da babaların eğitim düzeyi ile baba katılımları arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür.²⁸ Öte yandan, beş ve altı yaşında çocuğu olan babaların, babalık rolünü algılamaları ile aile katılım çalışmalarını gerçekleştirmeleri arasındaki ilişkiyi inceledikleri araştırmalarında, babaların eğitim düzeyinin artmasına bağlı olarak, katılımlarının da arttığı görülmüştür.²⁹ Yine, baba katılım ölçeğinin geliştirilmesi çalışmasında da, üniversite ve üstü eğitim düzeyine sahip babaların ilköğretim mezunu olan babalara göre, baba katılımlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.¹⁹ Yapılan çalışmalar genel olarak değerlendirildiğinde, babaların eğitim düzeyi arttıkça, çocuklarının bakım uygulamalarına katılımlarının arttığı görülmektedir. Araştırmanın bu bulgusunun, ilgili literatür tarafından kısmen desteklediği düşünülmektedir.

Araştırmada, yapılan korelasyon analizi doğrultusunda, babaların psikolojik sağlık düzeylerinin çocuk bakım uygulamalarını pozitif yönlü anlamlı düzeyde etkilediği ve aralarında pozitif yönlü orta düzeyde güçlü bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. İlgili alanyazında da benzer araştırma bulgularına rastlanmaktadır. Örneğin, partnerlerin çocuk sahibi olduktan sonra ebeveyn rollerine ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi çalışmasında da, herhangi bir kaygı durumu yaşamayan, özsaygısı yüksek ve iç denetime sahip babaların çocuklarının bakımına katılımlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.³⁰ Benzer şekilde, babalık rollerinin belirlenmesine ilişkin farklı bir çalışmada, erkeklerin çocuk sahibi olduktan sonra kendilerini baba olarak algılaması ve psikolojik olarak babalık rolüne yakın olmalarının, çocuklarının bakımına katılımlarını arttırdığı belirlenmiştir.²² Diğer bir çalışmada ise, tipik gelişim gösteren çocuğu olan ve özel gereksinimli çocuğu olan babaların çocuk bakım süreçleri incelenmiştir. Özel gereksinimli çocuğu olan babaların, günlük ebeveynlik rollerinde tipik gelişim gösteren babalara nazaran

zorlandıkları bildirilmiştir.³¹Özel gereksinimli çocuğu olan babaların, çocukların özel gereksinime bağlı olarak ihtiyaçlarının karşılanmasında sürekli onlara ihtiyaç duymaları ve diğer stres faktörleri düşünüldüğünde, babaların katılımda zorlanmaları doğal bir sonuçtur.³¹ Bu durum, babaların çocuk bakım uygulamalarında koşullara bağlı olarak, psikolojik açıdan sağlıklı olmalarının, çocuk bakım uygulamalarına katılımlarında etkili olduğunu destekler niteliktedir. Mevcut araştırma sonucu ile, ilgili literatür birlikte değerlendirildiğinde, babaların psikolojik sağlamlıklarının, çocuklarının bakım uygulamalarına katılımlarını olumlu yönde etkilediği söylenebilir.

SONUÇ

Araştırmada elde edilen bulgular, çocuk bakım uygulamalarına katılım toplam puanı ve keyfi meşguliyet, ilgi ve yakınlık, temel bakım alt boyutları ile psikolojik sağlamlık puanlarının pozitif yönlü anlamlı olarak ilişkili olduğu yönündedir. Babaların psikolojik sağlamlık düzeyleri arttıkça, çocuklarının bakım uygulamalarına katılımlarının da arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKLAR

1. Öz F., Yılmaz EB. Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2009, 16(3), 82-89.
2. Lamb ME., Tamis-Lemonda CS. The role of the father: An introduction. M. E. Lamb (Ed.). The Role of The Father in Child Development in. Canada: John Wiley and Sons 2014, pp. 1-32.
3. Simon, JB., Murphy, JJ., and Smith, SM. Understanding and Fostering Family Resilience. He Family Journal: Counselling and Therapy For Couples And Families 2005, 13(4); 427-436.
4. Kale M., & Aslan D. The caregiving practices of nomadic Yuruk Turkmen families for their children in terms of developmental well-being: an ecocultural perspective, Early Child Development and Care 2020, 1-17, DOI: [10.1080/03004430.2020.1718123](https://doi.org/10.1080/03004430.2020.1718123)
5. Zucker, RA., Wong, MM., Puttier, LI. & Fitzgerald, HE. Resilience and vulnerability among sons of alcoholics. In S. S. Luthar (Ed.) Resilience and vulnerability Adaptation in the

context of childhood adversities: Cambridge Press 2003; pp. 76-103.

6. Linblad-Goldberg, M., Dukes, JL., Lasley, JH. Stress in Black, low income, single parent families: Normative and dysfunctional patterns. American Journal of Orthopsychiatry 2008;58: 104-120.
7. Luster, T., & McAdoo HP. Factors related to the achievement and adjustment of young Children of African descent. Child Development. 1994 Aug;65(4): 1080-1094.
8. Gavidia-Payne S, Denny B, Davi., K., Francis, A., & Jackson M. Parental resilience: A neglected construct in resilience research, Clinical Psychologist 2015, 19:3, 111-121, DOI: [10.1111/cp.12053](https://doi.org/10.1111/cp.12053)
9. Crnic KA, Booth CL. Mothers' and father's perceptions of daily hassles of parenting across early childhood. Journal of Marriage and Family 1991; 53:1042-1050.
10. Luthar S. Resilience in development: a synthesis of research across 5 decades. In: Cicchetti, D.; Cohen, DJ., editors. Developmental Psychopathology Vol. 3: Risk, Disorder and Adaptation. Vol. 2nd edn.. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc.2007;739-795.
11. Pottie CG, Ingram KM. Daily stress, coping, and well-being in parents of children with autism: a multilevel modeling approach. Journal of family psychology : JFP 2008; journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association, 22(6),855-864. <https://doi.org/10.1037/a0013604>
12. Myers, R. Hayatta Kalan On iki, Erken Çocukluk Eğitimi Programlarının Güçlendirilmesi, (Çev.: R. Ağış Bakay, E. Ünlü).AÇEV 1996. 23-26.
13. Linnenberg, KD. "CinderFella" and first-shift fathers: The effect of work schedule on father involvement, Sociological Focus 2012, 45, 203-220
14. Lee CS. & Doherty WJ. Marital satisfaction and father involvement during the transition to parenthood, Fathering 2007, 5, 75-96.
15. Aksoy AB, Tatlı S. Okul öncesi dönem çocuğu olan babaların çocuklarıyla olan ilişkileri ile babalık rolü algıları arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2019, 10(1), 1-20.
16. Çiçek, NM. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların anne-babalarında psikolojik

- dayanıklılık ve kardeşlerinde duygu düzenlenme becerilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi 2019, Ankara.
17. Karasar, N. Bilimsel araştırma yöntemi: Kavramlar ilkeler teknikler (32. Baskı). Nobel Akademik Yayıncılık 2017, Ankara.
 18. Arslan G. Yetişkin Psikolojik Sağlamlık Ölçeği'nin (YPSÖ) psikometrik özellikleri: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması, Ege Eğitim Dergisi 2015; 16(2): 344-357.
 19. Sımsıkı H, Şendil G. Baba Katılım Ölçeği'nin (BAKÖ) geliştirilmesi, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2014; 13(49): 104-123.
 20. McBride BA, Brown GL, Bost KK, Shin N, Vaughn B, Korth B. Paternal identity, maternal gatekeeping, and father involvement, FRJ 2005; 54:360-372.
 21. McHale SM, Huston TL. Men and women as parents: Sex role orientations, employment and parental roles with infants, Child Development 1984; 55: 1349-1361.
 22. Levy-Shift R, Israelashvili R. Antecedents of fathering. Some further exploration, Developmental Psychology 1988; 24: 434-440.
 23. Marsiglio W. Contemporary scholarship on fatherhood: Culture, identity, and conduct, Journal of Family Issues 1983; 14: 484-509.
 24. Şahin H, Demiriz S. Beş altı yaşında çocuğu olan babaların, babalı rolünü algılamaları ile aile katılım çalışmalarını gerçekleştirmeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2014; 18(1):273-294.
 25. Aksoy AB, Tatlı S. Okul öncesi dönem çocuğu olan babaların çocuklarıyla olan ilişkileri ile babalık rolü algıları arasındaki ilişkinin bazı değişkenler açısından incelenmesi, Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2019; 10(1): 1-20.
 26. Bildirici F. Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Haliç Üniversitesi, 2014; 15-23.
 27. Çiçek NM. Otizm spektrum bozukluğu olan çocukların anne-babalarında psikolojik dayanıklılık ve kardeşlerinde duygu düzenlenme becerilerinin incelenmesi. Yayınlanmamış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi, 2019; 34-45.
 28. Paulson, JF, Dauber, SE. ve Leiferman, JA. Parental depression, relationship quality, and nonresident father involvement with their infants, Journal of Family Issues 2011, 32(4): 528-549.
 29. Tezel Şahin F, Özbey S. Okul öncesi eğitim programlarında uygulanan aile katılım çalışmalarında baba katılımının yeri ve önemi, Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi 2009, 5(17): 30-39.
 30. Cowan C, Cowan P. Who does what when Partners become parents: implications for men, women and marriage, Marriage and Family Review 1988, 3(4):105-131.
 31. Darling CA, Senatore N. & Strachan J. Fathers of children with disabilities: stress and life satisfaction. Stress & Health 2012, 28(4): 269-278



Original Article / Özgün Araştırma

The Relationship Between Primipary Pregnancy Perception of Self-Efficacy and Sleep Quality in The Third Trimester

Üçüncü Trimesterde Primipar Gebelerin Öz Yeterlilik Algısı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki

Habibe BAY*¹, Neriman SOĞUKPINAR²

ABSTRACT

Introduction: The study was planned descriptively to determine the relationship between self-efficacy perception and sleep quality in primipara pregnant women.

Method: The study was carried out with 181 primiparous pregnant women at 28-32 weeks of gestation. Research data were collected using a personal information form, the General Self-Efficacy (GSE) Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI). Number-percentage distributions, Mann-Whitney U test, Kruskal-Wallis and correlation test were used to evaluate the data.

Results: It was determined that the total score average of the General Self-Efficacy Scale of the pregnant women was 30.50 ± 4.16 , and the average score for the total Pittsburgh Sleep Quality Index was 7.59 ± 2.79 . It was determined that 86.7% of the pregnant women had poor sleep quality. There is no significant relationship between general self-efficacy and Pittsburgh Sleep Quality Index total score. However, a significant relationship was found between daytime dysfunction, a sub-dimension of the Pittsburgh Sleep Quality Index, and general self-efficacy total score and ability and confidence from its sub-dimension.

Conclusion: The results obtained from the study show that daytime dysfunction, which develops due to the decrease in sleep quality in pregnant women, negatively affects the self-efficacy of pregnant women. It is thought that interventions to increase the sleep quality of pregnant women will positively affect the health of the mother and child.

Keywords: Pregnancy, self-efficacy, sleep quality

ÖZET

Giriş: Araştırma, primipar gebelerde öz yeterlilik algısı ve uyku kalitesi arasındaki ilişkiyi belirlemek için tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, 28-32. gestasyonel haftalar arasında olan 181 primipar gebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma verileri kişisel bilgi formu, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılarak toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzde dağılımları, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve korelasyon testinden yararlanılmıştır.

Bulgular: Gebelerin Genel Öz Yeterlilik Ölçeği toplam puan ortalamasının 30.50 ± 4.16 , toplam Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi puan ortalamasının 7.59 ± 2.79 olduğu saptanmıştır. Gebelerin %86,7'sinin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir. Genel Öz Yeterlilik ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmazken, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin alt boyutu olan gündüz işlev bozukluğu ile genel öz-yeterlilik toplam puan ve alt boyutundan olan yetenek ve güven arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmadan elde edilen sonuçlar gebelerde uyku kalitesindeki düşüşe bağlı olarak gelişen gündüz işlev bozukluğunun gebelerin öz yeterliliğini olumsuz etkilediğini göstermektedir. Gebelerin uyku kalitesinin arttırmasına yönelik müdahalelerin anne ve çocuk sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

Anahtar kelime: Gebelik, öz yeterlilik, uyku kalitesi

Received / Geliş tarihi: 24.01.2021, Accepted / Kabul tarihi: 18.03.2021

¹ Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

² Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Habibe BAY, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Konya, TÜRKİYE, E-posta: habiberk@hotmail.com

Bay H, Soğukpınar N. Üçüncü Trimesterde Primipar Gebelerin Öz Yeterlilik Algısı ve Uyku Kalitesi Arasındaki İlişki. TJFMPC, 2021;15(2): 383-390.

DOI: 10.21763/tjfm.867195

1. GİRİŞ

Gebelik, annenin hayatında tamamen normal bir aşamadır. Ancak, gebelik sırasında sağlık hizmetlerinden yoksun kalma anne ve doğmamış çocuğu için telafisi imkânsız sonuçlar ortaya koyabilir. Gebelik komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin azaltılması konusunda bilimsel ilerlemeler kaydedilmiş olsa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde anne ölümlerinin en yaygın nedeni, gebelik sırasında bakım eksikliğidir. Gebe kadınlara yönelik sağlık eğitimi programlarının ana hedeflerinden bazıları; mortalite ve morbiditenin azaltılması, gebelerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve gebelik ile ilgili sağlık bakım maliyetlerinin düşmesini sağlayan öz bakım uygulamalarının teşvik edilmesidir. Kişiler arasında ciddi komplikasyonların önlenmesinde en önemli öz bakım faaliyetleri, bireylerin sağlık problemiyle yaşamının etkilerini günlük olarak yönetebilme ve tıbbi tavsiyelere uyma, yapılan işin amacını koruma, aile ve sosyal ilişkileri sürdürme olarak belirtilmektedir.¹

Öz yeterlik, bir bireyin hangi faaliyetleri yapacağı ya da hangisinden vazgeçeceğine kendisinin karar verebilme yeteneğidir.² Ayrıca öz-yeterlilik kendi kendini yönetme ve hastayı yetkilendirmenin önemine odaklanmasından dolayı ebelik ve hemşirelik bakımında temel bir kavram olarak görülmektedir.³ Düşük öz-yeterlilik, bireylerde anksiyetenin artmasına neden olurken³, yüksek öz-yeterlilik seviyesi hedefe ulaşmada ya da zorlukların üstesinden gelmede anahtar bir rol oynamaktadır.⁴ Bu duruma bağlı ortaya çıkan riskler yeterli ölçüde yönetilemediğinde kaçınma davranışlarının sergilenmesi muhtemeldir.³

Gebe kadınların çoğunda uyku sorunları görülmektedir.⁵ Gebelikte uyku düzeni hormonal, duygusal, zihinsel ve fiziksel faktörlerin neden olduğu sistematik varyasyonlardan etkilenir. Gebelik sırasında uyku düzenindeki değişiklikler ilk trimesterde %13'ten 80'e, üçüncü trimesterde ise %66'dan 97'ye yükselebilir. Ulusal Uyku Vakfı'na (2007) göre, gebe kadınların % 79'u uyku bozukluğundan muzdariptir.⁶ Uyku kısıtlılığı, kısa uyku süresi, kötü uyku kalitesi, uykuda düzensiz nefes alma ve parasomniler, gebelikte yaygın uyku sorunları olarak tanımlanmıştır.⁷ Var olan kanıtlar, gebelik sırasında ortaya çıkan uyku bozukluklarının kadınların sağlık durumunun kötü olmasıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.⁸

Öz yeterlik, dış sosyal senaryolardan ve kişilerarası etkileşimlerden etkilenir. Zayıf kişilerarası etkileşim, kötü uyku kalitesine, daha kısa uyku süresine ve hatta uykusuzluğa neden olur. Kötü uyku kalitesine sahip kişiler, kişilerarası etkileşimlerde daha başarısız hale gelirler.² Buna ek

olarak günlük zorluklar ve kronik stres de uyku problemlerinin başlangıcı ve devamlılığında önemli olan başka bir faktördür.⁹ Kötü uyku kalitesi yalnızca nörodavranışsal işlevi ve uyanıklığı azaltmakla kalmaz, aynı zamanda olumlu önemli davranışları ve sosyal etkileşimlerde gerekli olan psikolojik işlevleri de kötüleştirir.² Bu bağlamda gebelikte öz yeterlilik ve uyku kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi önemlidir. Ancak araştırmacıların bildiği kadarıyla gebelikte uyku ve öz yeterlik arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Çalışma, gebelerde uyku özellikleri ve uyku kalitesini belirleyerek bunun öz yeterlik ile ilişkisini tespit etmek amacıyla planlanmıştır.

2. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Bu araştırma, üçüncü trimesterdeki gebelerin genel öz yeterlilik ve uyku kalitesini ve bu iki değişken arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırmadır. Araştırma evreni; ilgili hastanenin gebe okulunda yer alan, çalışmaya dâhil edilme kriterleri taşıyan nullipar gebelerden oluşmuştur. Araştırmanın örneklemini G*Power 3.1.9 programı ile bilinen puanı (10,4±2,3) 4 puanlık sapma içinde %80 güçle 150 gebe olarak hesaplanmıştır.¹⁰ Dâhil edilme kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olan, ilgili hastanenin bulunduğu ilde yaşayan, Türkçe iletişim kurabilen, okuryazar olan, herhangi bir kronik hastalığı olmayan, uyku bozukluğu tanısı almayan, zihinsel engeli olmayan gebeliğin üçüncü trimesterinde olan primipar gebeler olarak belirlenmiştir.

2.1 Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, kişisel bilgi formu, Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) kullanılarak toplanmıştır. Kişisel bilgi formu; gebelerin sosyodemografik özellikleri ve uykuya ilişkin bilgilerinden oluşmaktadır. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ), son bir ayda var olan uyku düzeni ve uyku bozukluklarını ölçen retrospektif bir öz bildirim ölçeğidir. 1989 yılında Buysse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Ağargün ve arkadaşları tarafından 1995 yılında yapılmıştır. 24 sorudan oluşan bu ölçekte 19 soru bireyin kendisi tarafından cevaplanırken, 5 soru ise arkadaşı ya da eşi tarafından yanıtlanır. Bireyin kendisi tarafından cevaplanan 19 soru değerlendirmeye dâhil edilerek 7 bileşen elde edilir. Yedi bileşenin toplamı genel bir puan verir. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 21'dir. PUKİ toplam puanı <5 olan bireyler iyi uyu kalitesi, > 5 puan olanlar ise kötü uyku kalitesi olarak sınıflandırılır.^{11,12} Genel öz yeterlilik ölçeği, Schwarzer ve Jerusalem (1995) tarafından

geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Ayşe Aypay (2010) tarafından yapılmıştır. Toplam 10 madden oluşan 4'lü likert tipi ölçektir. Ölçekteki tüm maddeler pozitifdir. “Çaba ve direnç”, “yetenek ve güven” olmak üzere iki alt boyuta sahiptir. Ölçek maddelerinden alınan yüksek puan, yüksek seviyedeki genel öz yeterlik inancına işaret etmektedir.¹³

2.2 İstatiksel Yöntem

Araştırma verileri SPSS 20.0 istatistik programı ile analiz edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir. Normallik analizinde Shapiro-Wilk testi kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzde dağılımları, Mann-Whitney U testi, Kruskal-Wallis ve korelasyon testinden yararlanılmıştır.

2.3 Etik Onam

Bir üniversitenin Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik izin alınmıştır (karar

no:2018/160). Aynı zamanda araştırma katılım kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü tüm gebe katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır.

3. BULGULAR

Gebelerin sosyodemografik özelliklerine yönelik sonuçlar Tablo 1'de gösterilmiştir. Gebelerin yaş ortalaması 25.96 ± 3.48 olarak belirlenmiştir.

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve genel öz yeterlilikleri arasındaki fark Tablo 1'de verilmiştir. Gebelerin çalışma durumu ile genel öz yeterlilik toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı ($p=0.03$) iken, aile tipi, eğitim durumu, eş çalışma durumu ve eş eğitim durumu ile genel öz yeterlilik toplam puanı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 1).

Tablo 1: Gebelerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Genel Öz Yeterlilik Ölçeği (GÖYÖ) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması						
Değişkenler	Gebeler		GÖYÖ toplam puan		PUKI toplam puan	
	Sayı	%	Ort±SS	Test değeri	Ort±SS	Test değeri
Aile tipi						
Çekirdek aile	166	91.7	30.5±4.01	$p=0.90^*$ $Z=0.11$	7.46±2.72	$p=0.09^*$ $Z=1.67$
Geniş aile	15	8.3	30.2±5.70		8.93±3.32	
Eğitim durumu						
İlköğretim	15	8.3	29.4±5.16	$p=0.42^{**}$ $X^2=1.72$	8.20±2.65	$p=0.41^{**}$ $X^2=1.78$
Ortaöğretim	35	19.3	29.6±4.47		7.74±2.40	
Yükseköğretim	131	72.4	30.84±3.92		7.48±2.91	
Çalışma durumu						
Çalışmıyor	126	69.6	30.0±4.27	$p=0.03^*$ $Z=2.15$	7.48±2.56	$p=0.67^*$ $Z=0.42$
Çalışıyor	55	30.4	31.6±3.67		7.83±3.28	
Eş eğitim durumu						
İlköğretim	15	8.3	29.4±5.16	$p=0.42^{**}$ $X^2=1.72$	8.20±2.65	$p=0.41^{**}$ $X^2=1.78$
Ortaöğretim	35	19.3	29.6±4.47		7.74±2.40	
Yükseköğretim	131	72.4	30.84±3.92		7.48±2.91	
Eş çalışma durumu						
Çalışmıyor	2	1.1	34.5±2.12	$p=0.093^*$ $Z=1.68$	5.50±0.70	$p=0.19^*$ $Z=1.29$
Çalışıyor	179	98.9	30.4±4.15		7.61±2.80	
Toplam	181	100				

Gebelerin uykuya ilişkin özellikleri Tablo 2’de verilmiştir. Araştırmaya katılan gebelerin ortalama gestasyonel haftası 30.27 ± 1.84 ’tür. Son bir haftadaki uyku süreleri değerlendirildiğinde ortalama uyku süresinin 7.46 ± 1.84 saat olduğu belirlenmiştir. Gebelerin büyük çoğunluğunun (%77,9) (n=141) gebelik ve gebelik öncesi dönemde uyku açısından fark yaşadığı saptanmıştır. Gebelerin %36,5’inde (n=66) bu farkın geçmişte daha fazla uyurken şimdi daha az uyuması şeklinde olduğu belirtilmiştir. Gebelerin %61,9’unun (n=112) uyku problemi için herhangi bir önlem almadığı belirlenmiştir. Ayrıca gebelerin %10,5’inde (n=19) horlama, %51,9’unda (n=94)

gün içinde uyma ve %55,8’inde (n=101) uyandığında kendini dinlenmiş hissetmeme durumu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Gebelerin gebelik ve gebelik öncesi dönemde uyku açısından fark yaşanması ($p=0.00$), gün içinde uyuma ($p=0.04$) ve sabah uyandığında kendini dinlenmiş hissetme ($p=0.00$) durumları ile PUKI toplam puanı arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Gebelerin uyku problemi için önlem alma ve horlama durumları ile PUKI toplam puanı arasındaki fark ise anlamlı değildir ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tablo 2: Gebelerin Uykuya İlişkin Özelliklerine Göre Dağılımı ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	Gebeler		Median	Min-Max	PUKI toplam puan	
	Sayı	%			Ort±SS	Test değeri
Gebelik ve gebelik öncesi dönemde uyku açısından fark olma						
Evet	141	77.9	8.00	2.00-18.00	7.89±2.91	p=0.00* Z=-2.75
Hayır	40	22.1	6.00	2.00-11.00	6.52±2.03	
Uyku problemi için önlem alma						
Evet	69	38.1	8.00	2.00-16.00	7.98±2.69	p=0.07* Z=1.78
Hayır	112	61.9	7.00	2.00-18.00	7.34±2.84	
Horlama						
Evet	19	10.5	7.00	3.00-12.00	7.05±2.34	p=0.45* Z=0.74
Hayır	162	89.5	7.50	2.00-18.00	7.65±2.84	
Gün içinde uyuma						
Evet	94	51.9	7.00	3.00-17.00	7.97±2.89	p=0.04* Z=-2.03
Hayır	87	48.1	8.00	2.00-18.00	7.23±2.68	
Sabah uyandığında kendini dinlenmiş hissetme						
Evet	80	44.2	6.00	2.00-12.00	6.57±2.39	p=0.00* Z=-4.35
Hayır	101	55.8	8.00	2.00-18.00	8.39±2.84	
Toplam	181	100				

Araştırmaya katılan gebelerin GÖYÖ ve PUKI toplam puan ortalaması Tablo 3’te görülmektedir. Gebelerin toplam PUKI puan ortalamasının 7.59 ± 2.79 , GÖYÖ toplam puan ortalamasının 30.50 ± 4.16 olduğu saptanmıştır (Tablo 3).

Gebelerin genel öz yeterlilik ve PUKI toplam puan arasındaki ilişki tablo 4’te gösterilmiştir. Genel öz-

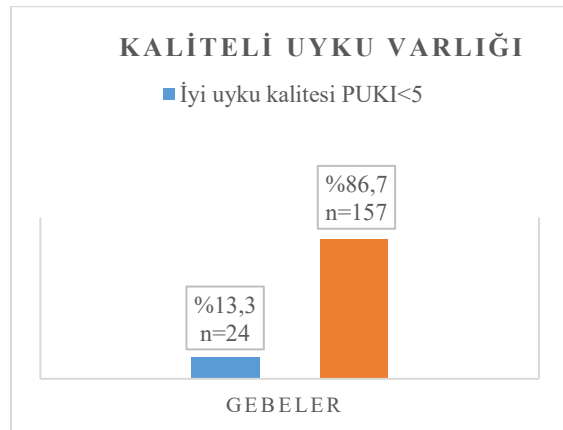
yeterlilik ve alt boyutları ile PUKI toplam puan arasında ($p>0.05$) anlamlı ilişki saptanmazken, PUKI’in alt boyutu olan gündüz işlev bozukluğu ile genel öz-yeterlilik toplam puan ($p=0.006$) ve alt boyutundan olan yetenek ve güven ($p=0.007$) arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 3: Gebelerde Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi Toplam Puanları			
Ölçekler			
PUKI alt boyutları(Ort±SS)		GÖYÖ alt boyutları (Ort±SS)	
Öznel uyku kalitesi	1.35±0.68	Çaba ve direnç	17.98±2.61
Uyku latensi	1.54±0.86	Yetenek ve güven	12.60±1.78
Uyku süresi	0.54±0.83	Toplam GÖYÖ	30.50±4.16
Alışılmış uyku etkinliği	1.00±1.00		
Uyku bozukluğu	1.90±0.56		
Uyku ilacı kullanımı	--- ± ---		
Gündüz işlev bozukluğu	1.21±0.85		
Toplam PUKI	7.59±2.79		

PUKI: Pittsburgh uyku kalitesi indeksi
GÖYÖ: Genel öz yeterlilik ölçeği

Tablo 4: Gebelerin Genel Öz-Yeterlilik Toplam Puan ve Alt Boyutları ile PUKI Toplam Puan ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki			
	GÖYE toplam r/p	Çaba ve direnç r/p	Yetenek ve güven r/p
PUKI toplam r/p	-0.084/0.262	-0.065/0.383	-0.116/0.120
Öznel uyku kalitesi r/p	-0.075/0.317	-0.87/0.243	-0.115/0.122
Uyku latensi r/p	-0.042/0.573	-0.105/0.158	0.009/0.909
Uyku süresi r/p	0.054/0.470	0.064/0.392	0.009/0.906
Alışılmış uyku etkinliği r/p	0.015/0.839	0.061/0.414	-0.011/0.882
Uyku bozukluğu r/p	-0.40/0.597	-0.001/0.992	-0.088/0.237
Gündüz işlev bozukluğu r/p	-0.205/0.006	-0.176/0.018	-0.199/0.007

Grafik 1'de gebelerin kaliteli uyku varlığı gösterilmiştir. Gebelerin %86,7'sinin (n=157) kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (PUKI toplam puan > 5.0).



Grafik 1: Gebelerde Kaliteli Uyku Varlığı

4. TARTIŞMA

Çalışma sonuçları gebelerin uyku kalitesi, öz yeterlilik düzeyi ve bu iki değişken arasındaki ilişki hakkında bilgi vermektedir. Bu çalışmada gebelerin çalışma durumu ile genel öz yeterlilik toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki var iken, diğer sosyodemografik değişkenler ile genel öz yeterlilik toplam puanı arasındaki anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Muz ve Eğlence çalışmasında bireyin gelir durumunun öz yeterliliği etkileyen faktörlerden biri olduğunu bildirmişlerdir.¹⁴ Araştırma bulgumuz Muz ve Eğlence'nin çalışması ile benzerlik göstermektedir. Öte yandan Ölçer ve arkadaşları, eğitim durumu ve çalışma durumu ile öz yeterlilik arasında bir ilişki saptamazken, yaşın öz yeterlilik ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir.¹⁵ Bu farkın çalışan bireylerin kendilerine ait bir gelirinin olması ve kendisine güven duyması ile ilişkili olabileceği tahmin edilmektedir.

Uyku bozukluklarının yaygınlığı ve bu durumun gebelik ve doğum sürecine etkisi göz önüne alındığında, gebeliğin üçüncü trimesterine ilişkin

uyku kalitesi ve sosyo-demografik yordayıcıları belirlemek önemlidir.¹⁶ Araştırmamızda gebelerin sosyodemografik özellikleri ile Pittsburgh Uyku Kalitesi indeksi toplam puan arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Buna karşın çeşitli çalışmalarda içinde bulunduğu gebelik trimesterleri, eğitim düzeyi¹⁷, anne adayının bir işte çalışıp çalışmaması¹⁸, aynı şekilde eşin bir iş sahibi olması¹⁹ gibi uyku kalitesini etkileyen birçok faktör bildirilmiştir. Ortaya çıkan bu farkın, gebelerin farklı kültürel özelliklere sahip olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Uyku kalitesinin değerlendirilmesi, uyku bozukluklarının olumsuz gebelik veya doğum komplikasyonları ile ilişkili olabileceğinden dolayı klinik olarak önemlidir.²⁰ Araştırmamızda gebelerin uyku süresi değerlendirildiğinde son bir haftadaki ortalama sürenin 7.46±1.84 saat olduğu görülmektedir (min:3,max:12). Ayrıca gebelik ve gebe kalmadan önceki periyotta uyku durumu açısından değişikliklerin yaşandığı ve %36,5'inde (n=66) de bu değişikliğin gebelikte daha az uyuma yönünde olduğu tespit edilmiştir. Hutchison ve arkadaşları çalışmalarında gebeliğin sonuna doğru toplam uyku süresinin 7.5 saate kadar indiğini belirtmişlerdir.²¹ Mindell ve arkadaşlarının yapmış olduğu başka bir çalışmada ise gebelik boyunca toplam uyku süresinin 7.61'den 6.85 saate düştüğü belirtilmiştir.²² Toplam uyku süresindeki bu azalmanın gebelikteki fiziksel, mekanik ve hormonal değişikliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Gebe kadınlarda uyku bozukluğunun gerçek insidansı bilinmemekle birlikte, ilk trimesterden başlayıp üçüncü trimesterde maksimum düzeyine ulaştığı bildirilmiştir.¹⁷ Gebelikte uyku kaybı stresin bir sonucu olabileceği gibi stresin etkeni de olabilir, bu nedenle hem hipotalamik-hipofiz-adrenal eksen (muhtemelen fetüsün stres hormonlarına maruz kalması) hem de proinflatuar sistemi etkileyerek olumsuz gebelik sonuçlarına yol açabileceğini varsayılmaktadır.⁷ Gebeliklerinin üçüncü trimesterindeki kadınların %97'sinde uyku bozukluğu vardır. Uyku problemlerinin en aza indirilmesi ve uyku kalitesinin artırılması, sağlıklı bir gebelik geçirilmesinde önemli rol oynar.¹⁷ Çalışmamızda gebelerin %86,7'sinin (n=157) kötü uyku kalitesine sahip olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Taşkiran da çalışmasında gebelerin uyku kalitesini %86 olarak tespit etmiştir.¹⁷ Smyka ve arkadaşları yaptıkları çalışma sonucunda uyku sorunları insidansını, ilk trimesterde %71,8, ikinci trimesterde %73,6 ve üçüncü trimesterde %80,6 olarak tarafından bildirilmiştir.⁵ Mindell ve arkadaşlarının çalışmasında bu oran %76 olarak belirtmiştir.²² Araştırma bulgularımız literatür ile benzerlik göstermektedir. Özellikle son trimester uyku bozukluklarının bu kadar yaygın olması ve bu sorunların maternal-fetal sonuçların üzerine

olumsuz etkisi göz önünde bulundurulduğunda kadınlara sağlığı geliştirici ve uyku kalitesini artırıcı sağlık eğitimlerinin sunulması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmamızda Genel öz-yeterlilik ile Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi toplam puan arasında anlamlı ilişki saptanmazken, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'nin alt boyutu olan gündüz işlev bozukluğu ile genel öz-yeterlilik toplam puan ve alt boyutundan olan yetenek ve güven arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Türkiye'de ya da uluslararası literatür taraması yapıldığında araştırmacıların bildiği kadarıyla gebelik döneminde genel öz yeterlilik ve uyku kalitesini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Buna karşın farklı popülasyon gruplarında yapılan çalışmalar mevcuttur.^{9,23} Genç yetişkinlerde yapılan bir çalışmada planlanan hedefe ulaşmayı sağlayacak öz yeterlik veya öz denetim gibi kaynakların geliştirilmesinin uyku kalitesini iyileştirmeyi amaçlayan programların hazırlanması açısından önemli teşkil ettiği belirlemiştir.²³ Almanya'da üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada öz yeterlik ve uykusuzluk arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirtilmiştir.⁹ Araştırmamız ile yapılan çalışmalar karşılaştırıldığında farklı sonuçların elde edildiği görülmektedir. Bu nedenle gebelik döneminde öz yeterlilik ve uykuya ilişkin çalışmaların artırılmasının daha net sonuçların ortaya çıkmasına yardımcı olacağı düşünülmektedir.

SONUÇ

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar gebelikte PUKI'nin alt boyutu olan gündüz işlev bozukluğu ile GÖYÖ toplam puan ve alt boyutundan olan yetenek ve güven arasında anlamlı ilişki olduğunu, GÖYÖ ile PUKI toplam puan arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığını göstermektedir. Öz yeterliliğin temel sağlık hizmetlerinde önemli bir faktör olduğu, özellikle gebelik dönemi düşünüldüğünde iyi bir sağlık durumunun olması da uyku bozukluklarının ve olumsuz tüm gebelik sonuçlarının önlenmesinde temel faktör olduğu akılda tutulmalıdır. Araştırma bulgularımız bu sonuçları desteklemede yetersiz olsa da daha fazla çalışma yapılması ile bu tür bağlantının sağlanabileceği düşünülmektedir. Ayrıca gebelerin öz yeterlilik algılarını ve uyku kalitesinin arttırmasına yönelik müdahalelerin anne ve çocuk sağlığını olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

TEŞEKKÜRLER

Araştırmamıza katılan tüm gebelere teşekkür ederiz. Bu makale doktora tezinden üretilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Zhianian A, Zareban I, Ansari-Moghaddam A, Rahimi F. Improving self-care behaviours in pregnant women in zahedan: applying self-efficacy theory. *CJHR* 2015;1(1):18-26.
2. Wang PV, Lin PH, Lin CY, Yang SY, Chen KL. Does interpersonal interaction really improve emotion, sleep quality, and self-efficacy among junior college students? *Int J of Environ Res Public Health* 2020;17 (12):2-15.
3. Jaqin N, Syafar M, Hatta M, Nontj W, Chalid M. Increasing of pregnancy education on the self efficacy of pregnant women in groups accompanied by their husbands and groups unaccompanied husband in gowa regency. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)* 2019; 44: 33-42.
4. Vasanthi RM, Manju Bala Dash, Felicia Chitra A. Is prenatal self-efficacy enhancing educational programme effective in improving maternal self efficacy during intrapartum period? *JOJ Pub Health* 2019; 5(3):66-70.
5. Smyka M, Kosińska-Kaczyńska K, Sochacki-Wójcicka N, Zgliczyńska M, Wielgoś M. Sleep problems in pregnancy—a cross-sectional study in over 7000 pregnant women in Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2020; 17(15):5306.
6. National Sleep Foundation. Summary of Findings of the 2007 Sleep in America Poll. 2007.
7. Palagini L, Gemignani A, Banti S, Manconi M, Mauri M, Riemann D. Chronic sleep loss during pregnancy as a determinant of stress: impact on pregnancy outcome. *Sleep Med* 2014; 15; 853–859.
8. Parry BL, Martinez F, Maurer E, Lopez A, Sorenson D, Meliska C. Sleep rhythms and womens mood: part 1. menstrual cycle, pregnancy and postpartum. *Sleep Med Rev* 2006; 10:129–44.
9. Schlarb AA, Kulesa D, Gulewitsch MD. Sleep characteristics, sleep problems, and associations of self-efficacy among German university students. *Nat Sci Sleep* 2012; 4 ;1–7.
10. Sönmez A, Aksoy Derya Y. Effects of sleep hygiene training given to pregnant women with restless leg syndrome on their sleep quality. *Sleep Breath* 2018; 22(2): 527.
11. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh uyku kalitesi indeksi'nin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1996; 7 (2). <https://doi.org/10.1016/j.archger.2007.10.011>
12. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ, Buysse DJ, et al. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989; 28:193–213.
13. Aypay, A. The adaptation study of general self-efficacy (GSE) scale to Turkish. *Inonu University Journal of the Faculty of Education* 2011; 11(2):113–131.
14. Muz G, Eğlence R. Hemodiyaliz uygulanan hastalarda öz bakım gücü ve öz yeterliliğin değerlendirilmesi. *Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 2(1): 15-21.
15. Ölçer Z, Bakır N, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin öz yeterlilik ve sosyal destek algıları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 19(1):25-33.
16. Effati-Daryani F, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Mohammadi A, Zarei S, Mirghafourvand M. Evaluation of sleep quality and its socio-demographic predictors in three trimesters of pregnancy among women referring to health centers in Tabriz, İran: a crosssectional study. *Evidence Based Care Journal* 2019; 9 (1): 69-76.
17. Taskiran N. Pregnancy and sleep quality. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2011; 8(3): 181- 7.
18. Karagozoglu S, Bingöl N. Sleep quality and job satisfaction of Turkish nurses. *Nursing Outlook* 2008; 56(6):298-307.
19. Mirghaforvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Zarei S, Effati-Daryani F, Sarand FS. The relationship between depression and sleep quality in Iranian pregnant women. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 2017; 5(2):147-52.
20. Polo-Kantola P, Aukia L, Karlsson H, Karlsson, Paavonen EJ. Sleep quality during pregnancy: associations with depressive and anxiety symptoms. *AOGS* 2016; 96(2): 198–206.
21. Hutchison BL, Stone PR, McCowan LME, Stewart AW, Thompson JMD, Mitchell E. A postal survey of maternal sleep in late pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12:144.
22. Mindell JA, Cook RA, Nikolovski J. Sleep patterns and sleep disturbances across pregnancy. *Sleep Med* 2015; 16(4), 483–488.
23. Przepiórka A, Błachnio A, Yat-Fan Siu N. The relationships between self-efficacy, self-control, chronotype, procrastination and sleep problems in young adults. *Chronobiol Int* 2019; 36(8): 1025-1035.



Evaluation of Preconceptional Care in the City Centre of Adana

Adana Şehir Merkezinde Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi

Saliha Barutçu^{*1}, Sevgi Özcan², Nafiz Bozdemir²

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate the preconception care related to risk screening and counseling for the pregnant women registered to the family physicians in Adana. **Method:** The study sample consisted of 250 pregnant women who were registered to 48 family physicians at 20 randomly selected family health centers in the central districts of the province of Adana and agreed to participate in the study. A questionnaire form created by the authors was used to evaluate sociodemographic data and preconceptional status. **Results:** The mean age of the pregnant women was 27.8 ±5.6 years. The participants who were 18 or younger (2.8%) and those who were 35 or older (12.8%) were considered as the risk group. Of the participants, 6.8% declared that they had close-kin marriage, 8.4% had a chronic disease, 10.8% smoked, 4.8% had prescription medication, and 3.6% used non-prescription medication. Of the pregnant women, 5.2% had a history of preterm birth, 2.4% had more than three miscarriages, and 3.2% had a history of a disease that could endanger pregnancy in previous pregnancies. Pregnancy was not planned for 10.8% of the pregnant women; the inter-pregnancy interval was shorter than 24 months in 8.9% and longer than 60 months in 27.4%. Of those who indicated that they had received counseling services before getting pregnant, 35.4% were counseled by a family physician, 29.5% by an obstetrician/gynecologist, 27.5% by a nurse/midwife, 7.6% by other healthcare personnel. The subjects about which they had received counseling were nutrition (22.0%), vitamin use (20%), medication use (13.4%), vaccination (12.6%), exercise (9.5%), consanguineous marriage (6.3%), smoking, alcohol, or substance use (6%), chronic diseases (5.6%), genetic diseases (2.4%), and other issues (2.2%). **Conclusion:** Only one-tenth of pregnancies were not planned even though participating pregnant women had risk factors such as age, obstetric history, chronic disease, and medication use. Most of them had received counselling on different topics from a family physician, obstetrician/gynecologist, or nurse/midwife before pregnancy.

Key words: Family medicine, pre-pregnancy, preconception care, counselling, screening

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, Adana'daki aile hekimlerine kayıtlı gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının risk taraması ve danışmanlık boyutları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Örneklemi Adana ili merkez ilçelerinden rastgele seçilen 20 aile sağlığı merkezinden çalışmaya katılmaya onay veren 48 aile hekimine kayıtlı gebelerden çalışmayı kabul edenler (n=250) oluşturdu. Araştırmada sosyodemografik verileri ve prekonsepsiyonel durumu değerlendiren tarafımızca oluşturulan bir anket formu kullanıldı. **Bulgular:** Çalışmaya katılan gebelerin yaş ortalaması 27,8±5,6 yıldır. Gebelerin %2,8'i 18 yaş ve altı, %12,8'i 35 yaş ve üzeri olup riskli gruba girmekteydi. Katılımcıların % 6,8'i birinci dereceden akraba evliliği olduğunu, % 8,4'ü kronik bir hastalığının olduğunu % 10,8'i sigara kullandığını, % 4,8'i sürekli kullandığı ilaçlar olduğunu, % 3,6'sı reçetesiz ilaç kullandığını bildirdi. Gebelerin % 5,2'sinin erken doğum, % 2,4'ünün üçten fazla düşük, % 3,2'sinin önceki gebeliklerinde gebeliğini tehlikeye sokacak hastalık öyküsü bulunmaktaydı. Gebelerin %10,8'sinin gebeliği planlı değildi ve % 8,9'unun gebelik aralığı 24 aydan kısa, % 27,4'ünün gebelik aralığı 60 aydan uzundu. Gebe kalmadan önce danışmanlık hizmeti aldığını belirten gebelerden; %35,4'ü aile hekiminden, %29,5'i kadın doğum uzmanından, % 27,5'i ebeden/ hemşireden, % 7,6'sı da diğer sağlık çalışanlarından danışmanlık aldığını belirtmişti. Danışmanlık alınan konular sırasıyla beslenme (%22,0), vitamin kullanımı (%20), ilaç kullanımı (%13,4), aşılamaya (%12,6), egzersiz (%9,5), akraba evliliği (%6,3), sigara, alkol, madde kullanımı (%6), kronik hastalıklar (%5,6), genetik hastalıklar (%2,4), diğer (%2,2) şeklinde belirlenmiştir. **Sonuç:** Katılımcıların yaş, obstetrik öykü, kronik hastalık, ilaç kullanımı gibi konularda riskleri bulunmakla birlikte sadece onda birinin gebeliği planlı değildir. Çoğu, gebelik öncesinde aile hekimlerinden, kadın doğum uzmanlarından ve ebe/hemşirelerden farklı konularda danışmanlık almışlardır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, gebelik öncesi, prekonsepsiyonel bakım, danışmanlık, tarama

Received / Geliş tarihi: 04.02.2021, Accepted / Kabul tarihi: 18.03.2021

¹ Çukurova İlçe Sağlık Müdürlüğü, Adana, TÜRKİYE.

² Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana, TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Saliha Barutçu, Çukurova İlçe Sağlık Müdürlüğü, Adana, TÜRKİYE.

E-mail: salihaarslan_09@hotmail.com

Barutçu S, Özcan S, Bozdemir N. Adana Şehir Merkezinde Gebelerin Prekonsepsiyonel Bakım Durumlarının Değerlendirilmesi. TJFMPC, 2021;15(2): 390-397.

DOI: 10.21763/tjfm.874061

GİRİŞ

Gebelik öncesi (prekonsepsiyonel) bakım, anne ve fetus için risk oluşturan fiziksel, tıbbi ve psikososyal durumları gebelikten önce saptayarak uygun şekilde çözmek veya yönlendirmek esasına dayanan koruyucu bir hizmettir.¹ Doğurgan çağdaki tüm kadınlara ve eşlerine (çocuk sahibi olmayı düşünsünler ya da düşünmesinler) bu konuda sağlık mesajları vermeyi amaçlayan bu bakım çoğunlukla gebelik planlayanlara daha yoğun biçimde ulaştırılan fiziksel değerlendirme ile başlayıp risk taramasıyla devam eden ve içerisinde danışmanlığı da barındıran bir süreçtir.² Fiziksel değerlendirme ile (boy ve kilo ölçümü, tansiyon ölçümü, meme muayenesi ve pelvik muayene) kişinin gebelik durumunda karşılaşılabileceği birçok risk (obezite, hipertansiyon vb.) ortaya konabilmektedir. Risk taraması ile çevresel toksin ve teratojenler, beslenme ve folik asit, genetik, madde kullanımı (tütün ve alkol kullanımı dahil), tıbbi durumlar ve ilaç kullanımı, enfeksiyöz hastalıklar ve aşılar, psikososyal kaygılar sorgulanmakta, var olan riskler ortaya konularak farkındalık artırılmakta, bu konularda bireye/çifte danışmanlık verilebilmekte ve dolayısıyla gebelik öncesi gerekli önlemler alınabilmektedir.²

Aile hekimleri kadınlarla ilgili sağlık sorunlarını belirleme dolayısıyla prekonsepsiyonel bakım hizmeti verme konusunda çok sayıda fırsata sahiptir.³⁻⁵ Gebelik öncesi bakım hizmetinin verileceği, daha da önemlisi başlayacağı ilk nokta birinci basamak olmasına karşın bu konuda ülkemizde ulusal düzeyde standart bir yaklaşım bulunmamaktadır. Bu çalışmada sahada görev yapmakta olan aile hekimlerine kayıtlı gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının risk taraması ve danışmanlık boyutları açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma öncesi Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan (03.04.2015-41/5) ve

Adana İl Halk Sağlığı Müdürlüğü aracılığıyla Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığından izin alındı.

Araştırma evrenini, Adana İli Merkez İlçelerinde görev yapan aile hekimlerine (n=450) kayıtlı gebeler oluşturdu. Merkezde bulunan 125 Aile Sağlığı Merkezi'nden rastgele yöntemle belirlenen 20'sinde çalışan toplam 80 aile hekimine ulaşıldı. Aile hekimlerine araştırma hakkında bilgi verilerek 1 Ocak-31 Mart 2016 kendilerine kayıtlı en az beş gebe ile görüşüleceği söylendi. Örneklemi çalışmaya onay veren 48 aile hekimine kayıtlı gebelerden çalışmayı kabul edenler (n=250) oluşturdu.

Araştırmada tarafımızca oluşturulan, sosyodemografik verileri ve prekonsepsiyonel durumlarını risk taraması ve danışmanlık boyutları açısından sorgulayan bir anket kullanıldı. Anketler gebelerin yazılı ve sözel onamları olarak yüz yüze uygulandı.

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 20.0 programı kullanıldı. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 250 gebenin yaş ortalaması 27,8±5,6 (16 - 43) yıl idi. Gebelerin %2,8'i 18 yaş ve altında, %12,8'i 35 yaş ve üzerinde olup riskli gruba girmekteydi. Katılımcıların % 99,6'sı evliydi ve evli olanların % 6,8'inin birinci dereceden % 4,8'inin ikinci dereceden akraba evliliği vardı. Eğitim yılı ortalaması 9,02 ±3,9 (0-15) yıl olan katılımcıların % 2,4'ü okula hiç gitmemişti. Katılımcıların % 82,4'ü çalışmıyordu; %65,2'sinin çocuğu vardı (Tablo 1). Katılımcıların % 8,9'unun gebelik aralığı 24 aydan kısa, % 27,4'ünün gebelik aralığı 60 aydan uzun olup toplamda % 36,3'ü riskli gruba girmekteydi.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

Sosyodemografik özellikler		n	%
Yaş grupları	18 yaş ve altı	7	2,8
	19-34	211	84,4
	35 yaş ve üzeri	32	12,8
Eğitim düzeyi (N=244)	İlkokulu bitirmemiş	11	4,4
	İlkokul mezunu	71	28,4
	Ortaokul mezunu	38	15,2
	Lise mezunu	82	32,8
	Üniversite mezunu	42	16,8
Çalışma durumu	Çalışmıyor	206	82,4
	Çalışıyor	44	17,6
Medeni durum	Evli	249	99,6
	Bekar	1	0,4
Akraba evliliği	Yok	221	88,4
	Var 1. Derece	17	6,8
	Var 2. Derece	12	4,8
Çocuk	Var	163	65,2
	Yok	87	34,8
Çocuk sayısı (N=157)*	1	91	58,0
	2	52	33,1
	3	13	8,3
	4	1	0,6

*Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.

Katılımcıların % 45,6'sı sağlık durumunu çok iyi, % 52'si orta, % 2,4'ü kötü olarak tanımladı. Gebelerin % 10,8'i halen sigara içtiğini % 2,4'ü sigarayı bıraktığını belirtti. Gebelerin % 8,4'ünün kronik hastalığı bulunmaktaydı (Tablo 2). % 4,8'inin sürekli kullandığı ilacı vardı, % 3,6'sı da zaman zaman reçetesiz ilaç kullandığını bildirdi. Gebelerin

%2'si işyerinde, %4,8'i ise evde sağlığa ve gebeliğe zararlı maddelere maruz kaldığını, %39,6'sı pasif sigara içiciliğine maruz kaldığını, %7,6'sı evde hayvan beslediğini, %3,2'si gebelikten önceki bir ay içinde röntgen/nükleer tıpta tetkik yaptırıldığını, %3,2'si gebelikten önceki üç ay içinde aşı olduğunu bildirdi.

Tablo 2. Katılımcıların sağlık durumu ve sağlık durum algıları

		n	%
Vücut kitle indeksi (N=229)*	18.49 ve altı	6	2,4
	18.5-24.99	90	36,0
	25.0-29.99	85	34,0
	30.0-39.99	43	17,2
	40.0 ve üzeri	5	2,0
Sağlık durumu algısı (N=250)	Çok iyi	114	45,6
	Orta	130	52,0
	Kötü	6	2,4
	Çok kötü	0	0,0
Sigara kullanımı (N=250)	Halen içiyor	27	10,8
	Hiç içmiyor	217	86,8
	Gebelik dolayısı ile bırakmış	6	2,4
Kronik hastalık varlığı (N=250)	Evet	21	8,4
	Hayır	229	91,6
Gebelikten önceki 1 ay içinde radyasyon maruziyeti	Evet	8	3,2
	Hayır	242	96,8
Gebelikten önceki 3 ay içinde aşı olma durumu	Evet	8	3,2
	Hayır	242	96,8

* Toplam sayı değerinin farklı olması ilgili soruların boş bırakılmasından kaynaklanmaktadır.

Çalışmaya katılan gebelerin % 5,2'sinin erken doğum öyküsü; % 2,4'ünün üçten fazla düşük öyküsü; % 3,2'sinin önceki gebeliklerinde

gebeliğini tehlikeye sokacak hastalık öyküsü; % 38'inin sezaryen öyküsü vardı. Gebelerin % 10,8'inin gebeliği planlı değildi (Tablo 3).

		n	%
Erken doğum öyküsü	Evet	13	5,2
	Hayır	237	94,8
Üçten fazla düşük öyküsü	Evet	6	2,4
	Hayır	244	97,6
Önceki gebeliklerde gebeliği tehlikeye sokacak hastalık öyküsü	Evet	8	3,2
	Hayır	242	96,8
Sezaryen öyküsü	Evet	95	38,0
	Hayır	155	62,0
Gebeliği planlı mıydı?	Evet	223	89,2
	Hayır	27	10,8

Gebe kalmadan önce danışmanlık hizmeti aldığını belirten gebelerden % 35,4'ü aile hekiminden, % 29,5'i kadın doğum uzmanından, % 18,5'i ebeden, % 9'u hemşireden, % 7,6'sı da diğer sağlık

çalışanlarından danışmanlık aldığını belirtti. En yüksek oranlarda beslenme ve vitamin takviyesi konularında danışmanlık alındığı saptandı (Tablo 4).

Konular	n	%
Beslenme	152	22,0
Vitamin takviyesi	139	20,0
İlaç kullanımı	93	13,4
Aşılama	87	12,6
Egzersiz	66	9,5
Akraba evliliği	44	6,3
Sigara/alkol/madde kullanımı	41	6,0
Kronik hastalık	39	5,6
Genetik geçişli hastalıklar	17	2,4
Diğer	15	2,2
Toplam	693*	100,0

* Katılımcılar birden fazla seçeneği işaretleyebildiğinden toplam sayı katılımcı sayısından fazladır.

TARTIŞMA

Çalışmamızda Adana ili merkez ilçelerinde sahada görev yapmakta olan aile hekimlerinin takibindeki gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumları risk faktörleri ve danışmanlık boyutlarıyla değerlendirilmiştir.

Adölesan gebeliklerde anemi, intrauterin gelişme geriliği, preterm eylem, bebek ölüm risklerinin,35 yaş üzeri gebeliklerde ise gestasyonel diyabetes mellitus, hipertansif hastalıklar, preterm eylem, intrauterin gelişme geriliği, fetal anöploidi risklerinin arttığı bilinmektedir.⁶ Çalışmamızdaki gebelerin yaş ortalaması Türkiye ortalaması ile uyumludur.⁷ Ancak çalışmamıza katılan gebelerin

yaklaşık %16'sı yaşları nedeniyle riskli gruba girmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu 2019 verilerine göre Türkiye'de akraba evliliği oranı % 8,5 olup çalışmamızda bu oran düşük kalmıştır.⁸ Yapılan çalışmalarda akraba evliliği yapan popülasyonda genetik hastalık riski genel topluma göre daha yüksektir. Akraba evliliği genel popülasyonda var olan %2-5'lik anomalili bebek doğurma riskini yaklaşık olarak iki kat artırır.⁹

Diğer bir risk düşük eğitim ve çalışmama durumudur. Eğitim yılı ortalaması 9,02 ±3,9 yıl olan katılımcıların %82,4'ü çalışmıyordu. Yapılan

çalışmalarda ileri yaş, daha fazla gebelik ve çocuk sayısı, düşük eğitim durumu, herhangi bir işte çalışmama ve kırsal kesimde yaşama daha fazla plansız gebelik oranıyla ilişkili bulunmuştur.¹⁰⁻¹²

Gebelik aralığı açısından katılımcıların % 36,3'ü riskli gruba girmekteydi. Kısa gebelik aralığı olanlarda, perinatal ve infant mortalitesinin yüksek olduğu, hatta 12 aydan kısa olanlarda perinatal mortalitenin 3-4 misli, infant mortalitesinin ise 2 misli arttığı bildirilmiştir.¹³⁻¹⁹ Süre iki yıldan kısa olduğunda annede anemi, erken doğum, perinatal ve infant mortalitesinde artış, gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlıklı infant doğurma gibi riskler; süre beş yılı geçtiğinde ise konjenital anomali riskinde artış, düşük doğum ağırlığı, otizm, ölü doğum, neonatal ölüm gibi bazı riskler artmaktadır.²⁰ 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasına (TNSA) göre; Türkiye'de doğum aralıklarının uzun ve ortanca doğum aralığının 44 ay olduğunu göstermektedir. İlk doğum dışında kalan doğumların yaklaşık üçte ikisi, bir önceki doğumdan en az 3 yıl sonra meydana gelirken, yaklaşık % 19'u ise bir önceki doğumdan 24-35 ay sonra gerçekleşmiştir. Doğumların % 18'i bir önceki doğumdan kısa bir süre sonra yani 24 aydan daha az bir süre sonra gerçekleşmiştir. TNSA 2013 ve TNSA 2018 değerleri karşılaştırıldığında ortanca doğum aralığının aynı oranda kaldığı görülmüştür. Genel olarak genç kadınların doğum aralıklarının yaşlı kadınlara göre daha kısa olduğu görülmüş olup doğum aralığı 24 aydan kısa olan kadınların oranı 20-29 yaş aralığında % 24 iken 30-39 yaş aralığında % 14 olarak bulunmuştur. Yine TNSA 2018 verilerine göre doğum aralığının kısa olması ile yerleşim yeri, bölge, eğitim ve refah durumu arasında tutarlı bir ilişki bulunmuştur. Toplam doğurganlık hızının yüksek olduğu bölgelerde doğum aralıklarını daha kısa, hızın düşük olduğu yerlerde doğum aralıklarının daha uzun olduğu görülmüştür.²¹ Çalışmamız ile Türkiye verileri karşılaştırıldığında çalışmamızda kısa aralıklı doğum oranı Türkiye verilerine göre düşüktür.

Kronik hastalığının bulunması gebelik öncesi iyi yönetilmesi gereken bir durumdur. Diabetes mellitus, kronik hipertansiyon, depresyon, anksiyete bozuklukları ve diğer teratojenik ilaç kullanımı gerektiren hastalıklar belirlenmeli ve danışmanlık verilmelidir.²² Çalışmamızda gebelerin %8,4'ünün kronik hastalığı bulunmaktaydı. Yapılan çalışmalar, kan şekeri kontrol altında olmayan diyabet hastası kadınların (HbA1C % 7'nin üzerinde) ilk trimesterde spontan abortus ve major konjenital malformasyon riskinin arttığını göstermektedir (major kardiyak anomaliler, sakral agenezi, spina bifida, anensefali vb.). Bu malformasyonlar için kritik dönem son adet tarihinden itibaren 5-8. haftalardır.²³ Gebelik sırasında da preeklampsi, preterm doğum, makrozomi, doğum yaralanmalarına sebep

olabilmektedir.²³ Prekonsepsiyonel dönemde glisemik kontrol bu açıdan çok önemlidir. Hipertansiyonun da gebelik sırasında birçok komplikasyona yol açtığı bilinmektedir. Bunlar; eklampsi, preeklampsi, santral sinir sistemi kanamaları, kardiyak dekompanzasyon ve renal fonksiyon bozukluğu gibi problemlerdir.^{22,24} Aynı zamanda erken doğum, intrauterin gelişme geriliği, plasental ablasyon gibi sorunlara da yol açabilmektedir. Farkındalık, gebelik öncesi bakımın en önemli parçalarındandır. Tutum kazanma ve farkındalık, aile hekimliği tıp disiplinin 'hastanın güçlendirilmesini teşvik eder' ilkesiyle birebir örtüşmektedir. Kişiye bir konu hakkında ayrıntılı bilgi verip, becerisini arttırmak, tutum kazanmasını sağlamak ve bu tutumu uygulaması amaçlanır. Kişinin prekonsepsiyonel kan şekeri kontrolü konusunda bilgi ve beceri kazanması buna en iyi örnektir.

Hastalıklar kendi başına birtakım riskleri arttırdığı gibi, tedavisinde kullanılan ilaçlar da aynı şekilde etkileyebilmektedir.²⁵ Çalışmamızda gebelerin % 4,8'inin sürekli kullandığı ilacı bulunurken, % 3,6'sının zaman zaman reçetesiz ilaç kullandığı saptanmıştır. Günümüzde gebelerin % 90'dan fazlasının en az bir reçeteli veya tezgah üstü satılan ilaç kullandıkları ve bu kullanımının yaklaşık % 80'inin organogenez periyodunun da içinde bulunduğu ilk trimester içinde gerçekleştiği saptanmıştır. Gebelikte herhangi bir zamanda kullanılan ilaç çeşidi 1976-1978 yıllarında ortalama 2,5 iken, 2006-2008 yıllarında bu oran % 68'lik bir artış ile 4,2 olmuştur.²⁶ Manisa Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi ve Trabzon Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde 2012 yılında yapılan bir çalışmaya göre gebelikte en sık kullanılan ilaçlar antidepressanlar, antibiyotikler ve anti epileptikler olarak saptanmıştır.²⁵ Gebelik öncesi bakım kavramı içeriği dolayısıyla öncelikli olarak bir risk taramasıdır. Bireye, ailesine ve içinde yaşadığı topluma yönelik yapılacak kişi merkezli bakım ile en iyi risk taramasını yapacak kişi aile hekimidir. Yapılan yalnızca sorgulama dahi kişinin gebeliğinde karşılaşılabileceği birçok tıbbi sorun için öngörü oluşturacaktır. Bu durum kullandığı ilaçların düzenlenmesi, kronik hastalıklarının yönetimi açısından son derece önemlidir.

Gebelerin % 10,8'i halen sigara içmekte iken, % 2,4'ü sigarayı bıraktığını belirtmiştir. Ancak sigarayı bırakanların gebeliği öğrendikten sonra bıraktığı bilindiğinden gebeliğini öğrenene kadarki süre boyunca embriyonun sigaraya maruz kaldığı söylenebilir. Sigara kullanımı; düşük, düşük doğum ağırlığı, perinatal mortalite risklerini arttırmaktadır. Anne günde bir paketten daha az sigara içiyorsa, düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski % 50 artıyorken bir paketten fazla içiyorsa % 130

artmaktadır. ²⁷⁻³⁰ Hollanda'da 259 katılımcı ile gerçekleştirilen prospektif kohort bir çalışmada gebe kalmayı planlayan kadınlarda aile hekimi ziyaretinde öneri ile sigara kullanımının azaldığı saptanmıştır. ³¹ Aile hekimleri kişilerle ilk tıbbi temas noktası olup tekrarlayan ziyaret olanağı bulması açısından, prekonsepsiyonel bakım dahilinde olan değiştirilebilecek risk faktörlerinin değiştirilebileceği en önemli basamaktır. Hastalarla sürekli ilişki halinde olmak bu konuda önemli avantaj sağlamaktadır.

Gebelikte işyerinde, evde sağlığa ve gebeliğe zararlı maddelere maruz kalınması, pasif sigara içiciliğine maruz kalınması, evde hayvan beslenmesi, gebelikten önceki bir ay içinde röntgen/nükleer tıpta tetkik yaptırılması, gebelikten önceki üç ay içinde canlı aşı olunması embriyonun veya fetusun, çevresel toksinlere erişkinlerden daha fazla duyarlı olması nedeniyle önemlidir. Çeşitli ilaç veya kimyasallara maruz kalma % 3-6 oranında anomaliye sebep olmaktadır. Kimyasala maruziyetin zamanlaması çok önemlidir. Fetal yaşam için öldürücü dahi olabilmektedir. Genellikle; 17-56. günler arası toksin maruziyeti yapısal anomalilere sebep olabilirken, 56. günden sonraki maruziyet, fonksiyonel bozulmaya sebep olur. ³² Çalışmamıza katılan gebelerin çevresel toksinlerden en fazla pasif sigara içiciliğine maruz kaldığı görülmüştür. Aktif sigara içimi kadar pasif sigara içimi de yenidoğanın doğum ağırlığını etkilemektedir. ^{33,34} Aktif olarak sigara içen annelerin bebeklerinde görülebilen her türlü olumsuz etki, daha hafif olmak kaydıyla pasif sigara dumanına maruz kalan anne ve bebeğinde de görülebilmektedir. Düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski ani bebek ölüm sendromu riski pasif sigara içiciliğinde de artmaktadır. ^{35,36} Dr. Lütfi Kırdar Eğitim Araştırma Hastanesi gebe polikliniğinde 290 gebe ile yapılan bir çalışmada gebelerin %50,3'ünün pasif sigara dumanına maruz kaldığı saptanmıştır. Bunun %83'ü ev, %12,4'ünün de sosyal ortamlarda dumana maruz kaldığı belirlenmiştir. ³⁷ Bu durum sigara kullanımının getirdiği toplumsal sorunu da göstermektedir. Sigara bıraktırmada anahtar rol üstlenen aile hekimlerinin sigara kullanımını sorgulamaları ve bu konuda girişimde bulunmaları toplum sağlığı açısından da önem arz etmektedir.

Önceki doğumlarından birinde erken doğum yapmış birinin sonraki gebeliğinde de aynı riski taşıması, üçten fazla düşük yapan bir kadının tekrardan düşük yapma riskinin diğer gebelere göre daha yüksek olması veya önceki gebeliğinde gebeliğe bağlı hastalık geçirmiş birinde hastalığın tekrarlama riskinin olması açısından obstetrik öykü önemlidir. ³⁸ Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndaki verilerine göre, sezaryen doğumların hastane doğumları içindeki oranı % 56 olup primer

sezaryenlerin hastane doğumlarına oranı % 26,9'a yükselmiştir. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun verilerine göre sezaryen doğumların tüm doğumlara oranı 2002 yılında % 21 iken 2015'te % 56 olmuştur. Tüm dünyada ise sezaryen oranı % 17'dir. ³⁹ Çalışmamızda da sezaryen oranı Türkiye ortalamasına göre düşük, dünya ortalamasına göre yüksek bulunmuş olup bu durum; ülkemizde sezaryen ile doğumun normal doğuma alternatif olarak düşünülmesi açısından endişe vericidir.

Çalışmamızda katılımcıların aile hekiminden ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanından danışmanlık hizmeti alma oranları benzerdir. Ancak Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2018 yılında kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerle yapılan bir tez çalışmasında %58'i kadın hastalıkları ve doğum uzmanından %38,2'si aile hekiminden danışmanlık almak istediğini belirtmiştir. ⁴⁰ Bu farklılık çalışmanın yapıldığı yerin üçüncü basamak olmasından kaynaklanıyor olabilir. İstanbul'da 2016 yılında bir eğitim araştırma hastanesinde 446 kadının katıldığı bir çalışmada kadınların %79,6'sı danışmanlık ihtiyacı olduğunu ve bunların %81,6'sı bu danışmanlığı gebelik öncesi dönemde almak istediğini bildirmiştir. Danışmanlığı çalışmamızla uyumlu olarak gebelikteki risk faktörleri, beslenme, ilaçlar ve aşılarda almak istemişlerdir. ⁴¹

Sonuç olarak, aile hekimlerinin takibindeki gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının risk faktörleri ve danışmanlık boyutlarıyla değerlendirildiği çalışmamıza katılan gebelerin yaş, obstetrik öykü, kronik hastalık, ilaç kullanımı gibi konularda bazı riskleri olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte on gebelikten dokuzunun planlı olması ve katılımcıların genel olarak gebelik öncesinde aile hekimlerinden, kadın doğum uzmanlarından ve ebe/hemşirelerden farklı konularda danışmanlık aldıklarını bildirmeleri bu konulardaki farkındalığın arttığını göstermesi açısından sevindiricidir. Ancak değiştirilebilir risk faktörlerinin bazılarının hala devam ediyor olması bu konularda verilen danışmanlıkların ve prekonsepsiyonel bakımın etkinliği konusunda ileri çalışmalara gereksinim olduğunu göstermektedir.

Teşekkür

Bu çalışma için destek veren (TTU-2015-4811) Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Birimine teşekkür ederiz.

KAYNAKLAR

- 1 Johnson K, Posner SF, Biermann J, Cordero JF, Atrash HK, Parker CS, Boulet S, Curtis MG. A Report of the CDC/ATSDR Preconceptional

- care work group and the select panel on preconception care.2006; 55(RR06) 1-23.
- 2 TC Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Aile Sağlığı Hizmetlerinde Kadın ve Üreme Sağlığı İzlem ve Danışmanlığı, Ankara,2017; 22-31
 - 3 Ferrer, R.L., Pursuing equity: contact with primary care and specialist clinicians by demographics, insurance, and health status. *Ann Fam Med*, 2007. 5(6): 492-502.
 - 4 Cohen, D. Coco A. Do physicians address other medical problems during preventive gynecologic visits? *J Am Board Fam Med*, 2014. 27(1): 13-18.
 - 5 Frayne D. Addressing maternal behavioral risks during the interconception period to improve birth outcomes. North American Primary Care Research Group Annual Meeting; 2014.
 - 6 Yakışan RŞ, Set T. Birinci basamakta gebelik öncesi bakım. *TIPMED* 2012; 16(2)23-27.
 - 7 Türkiye İstatistik Kurumu, Doğum İstatistikleri, 2016.
 - 8 Türkiye İstatistik Kurumu, Kadın İstatistikleri, 2018.
 - 9 Koç TE. Düzce ilinde akraba evliliği sonuçları. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008.
 - 10 Yurtsever C, Set T. Gebelik öncesi bakım alma ve gebeliklerin planlı olma durumunun folik asit ve sigara ile ilişkisi: Kesitsel bir araştırma, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2018;12(1): 43-48
 - 11 Tezel A, Gönenç İ, Akgün Ş, Öztaş Karataş D, Altuntaş Yıldız T. Kadınların aile planlamasına yönelik tutumları ve etkileyen faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*. 2015;18(3):181-188.
 - 12 Gözükkara F, Kabalacıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa İlinde Kadınların aile planlamasına ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. 2015;12(1):9-16
 - 13 Delgado HL, Martorell R, Klein RE: Nutrition, Lactation and in terval component in rural Guatemala, *Am J Clin Nutr*. 1982; 35: 1465-1476
 - 14 Bodur S, Eröktem E, Demireli O. Konya bölgesinde annenin gcstasyonel özellikleriyle bebek ve çocuk ölümleri arasındaki ilişkinin araştırılması. *S. Ü. Tıp Fak Dergisi*. 1992; 8: 187-192
 - 15 Akadlı B, Tunçbilek E. An evaluation on the relation between birth spacing and infant mortality in turkey, *Nüfusbilim Dergisi*. 1987;9: 27-38
 - 16 Ulusoy M. Türkiye'de çocuk ölümlerini etkileyen faktörlerin regresyon analizi ile irdelenmesi, *Nüfusbilim Dergisi*. 1988; 10: 5-20
 - 17 Bilir Ş, Mağden D, Güneysu S, San NP, Artan İ. Bursa il merkezinde taranan bebek ve çocuk ölümlerinin anneye ilişkin özellikler açısından incelenmesi, *Sağlık Dergisi*. 1990; 60: 69-78,
 - 18 Spiers P, Wang L. Short pregnancy interval, low birth weight, and sudden infant death syndrome, *Am J Epidemiol*. 1981; 104: 15-19
 - 19 Fedrick J, Adelstein P. Influence of pregnancy spacing on outco me of pregnancy, *Br Med J*. 1973; 4: 753-756
 - 20 Report of a WHO technical consultation on birth spacing. 2005, Erişim: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/birth_spacing.pdf?ua=1 , Erişim Tarihi: 10.06.2016
 - 21 TC Sağlık Bakanlığı, TC Kalkınma Bakanlığı, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2018
 - 22 Dunlop AL, Jack BW, Bottalico JN, Lu MC, James A, Shellhaas CS, Hallstrom LHK, Solomon BD, Feero WG, Menard MK, Prasad MR. The clinical content of preconception care: women with chronic medical conditions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2008; 310-317.
 - 23 Mahmud M, Mazza D. Preconception care of women with diabetes: a review of current guideline recommendations. *BMC Women's Health*. 2010; 10:5
 - 24 Türkiye Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği, Türk Hipertansiyon Prevelans Çalışması. 2012.
 - 25 Göker A, Kadioğlu Duman M, Gürpınar T, Muci E, Yıldırım Y, Erköseoğlu İ, Dikayak Ş, Koyuncu M. Gebelikte ilaç kullanımı nedeni ile başvuran hastaların değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2012; 22(2):90-4.
 - 26 Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM. National birth defects prevention study. medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205: 51.
 - 27 Armstrong BG, McDonald AD, Sloan M. Cigarette, alcohol, and coffee consumption and spontaneous abortion. *Am J Public Health*. 1992; 82(1):85-7.
 - 28 Dominguez-Rojas V, de Juanes-Pardo JR, Astasio-Arbiza P. Spontaneous abortion in a hospital population: are tobacco and coffee intake risk factors. *Eur J Epidemiol*. 1994; 10(6):665-668.
 - 29 DiFranza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract*. 1995; 40(4):385-394.
 - 30 Himmelberger DU, Brown BW Jr, Cohen EN. Cigarette smoking during pregnancy and the occurrence of spontaneous abortion and

- congenital abnormality. *Am J Epidemiol.* 1978; 108(6):470-9.
- 31 Sijpkens MK, van Voorst SF, Rosman AN, de Jong-Potjer LC, Denктаş S, Koch BCP, Bertens LCM, Steegers EAP. Change in Lifestyle Behaviors After Preconception Care: A Prospective Cohort Study. *Am J Health Promot.* 2021 Jan;35(1):116-120.
- 32 Brundage SC. Preconception health care. *American Family Physician* 2002; 65(12) 2507-2514.
- 33 Windham GC, Hopkins B, Fenster L, Swan SH. Prenatal active or passive tobacco smoke exposure and the risk of preterm delivery or low birth weight. *Epidemiology.* 2000; 11(4):427-33.
- 34 Jedrychowski W, Flak E. Impact of active and passive smoking during pregnancy on birth weight of the newborn. *Pol Merkuriusz Lek.* 1996; 1(6):379-82.
- 35 Goel P, Radotra A, Singh I. Effects of passive smoking on outcome in pregnancy. *J Postgrad Med.* 2004; 50(1):12-6.
- 36 Hofhuis W, Merkus PJ, de Jongste JC. Negative effects of passive smoking on the (unborn) child. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2002; 146(8):356-9.
- 37 Danagöz AP, Öner C., Çetin H., Şimşek EE. Sigara içmeyen gebelerde pasif sigara içicilik düzeyleri ve risk faktörleri. *Journal of Dependence.* 2020;21(4):265-274.
- 38 Stubbfield PG, Coonrod DV, Reddy U.M. The clinical content of preconception care: reproductive history. *American journal of Obstetrics and Gynecology.* 2008; 373-383
- 39 TC Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Ankara, 2018.
- 40 Demirci S. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran gebelerin prekonsepsiyonel bakım durumlarının değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi. Karadeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2018.
- 41 Koyucu RG, Tosun Y, Katran B. Üreme çağındaki kadınlarda prekonsepsiyonel danışmanlık gereksinimleri. *JAREN* 2017;3(3):116-121.



Anxiety Level of Family Physicians and Family Health Workers in COVID-19 Pandemic

COVID-19 Pandemisinde Aile Hekimleri ve Aile Sağlığı Elemanlarında Anksiyete Düzeyi

Hümeyra Aslaner¹, Ali Ramazan Benli², Serkan Yıldız², Taner Şahin¹, Mebrure Beyza Gökçek², Selçuk Mıstık³

ABSTRACT

Introduction: It has been observed that outbreaks experienced throughout history have caused anxiety by profoundly affecting societies. COVID-19 pandemic soon affected the entire world and caused the deaths of thousands of people. Frequently encountering COVID-19 patients increase the anxiety levels of healthcare workers during the pandemic. This study aimed to determine the anxiety levels of healthcare workers of family health centers in Kayseri during the pandemic. **Materials and Methods:** A total of 214 physicians and family health workers between the ages of 20 and 65 and actively working in Family Health Centers in Kayseri participated in the study. The Beck Anxiety Inventory (BAI) was used to determine the level of anxiety. **Results:** Of 214 people who participated in the study, 71.0% were female, 82.7% were married, 52.8% were physicians and 47.2% were family health workers. Their mean age was 38.85. Median employment duration was 14 (min-max: 1-34) years and the median Beck Anxiety Inventory Score was 17 (min-max: 0-63). Of the participants, 53.7% stated that they attended a training program on COVID-19 while 84.1% stated that the outbreak had psychologically affected them. **Conclusion:** The pandemic has increased the anxiety level of healthcare workers. Mental health of healthcare workers in family health centers affects the quality of the service they provide in the primary care. Therefore, psychosocial support teams should be built up in our country and around the world, and health workers should be supported psychologically as well as patients.

Keywords: COVID-19, family physician, family health worker, anxiety

ÖZET

Giriş: Tarih boyunca yaşanan salgınların toplumları derinden etkileyerek anksiyete oluşturduğu görülmüştür. COVID-19 salgını kısa sürede tüm dünyada etkisini göstermiş ve binlerce kişinin COVID-19 nedeniyle öldüğü bildirilmiştir. Salgın döneminde sağlık çalışanlarının COVID-19 hastaları ile sık karşılaşmaları anksiyete düzeylerini artırmaktadır. Bu çalışmanın amacı Kayseri’de hizmet veren aile sağlığı merkezlerinde çalışanların salgın dönemindeki anksiyete düzeylerini belirlemektir. **Yöntem:** Çalışmaya telefonla ulaşılan 20 ile 65 yaş arası Kayseri’de bulunan aile sağlığı merkezlerinde aktif olarak çalışan 214 doktor ve aile sağlığı elemanı katılmıştır. Anksiyete düzeyini belirlemek için Beck Anksiyete Indexi (BAI) kullanılmıştır. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 214 kişinin %71’i kadın, %82,7’si evli, %52,8’i doktor, %47,2’si aile sağlığı elemanıydı. Yaş ortalaması 38,85 idi. Görev süresi ortancası 14 (min-max:1-34) yıl ve Beck Anksiyete Skor ortancası 17 (min-max: 0-63) idi. Katılımcıların %53,7’si COVID-19 hakkında eğitim aldığını, %84,1’i salgının kendilerini ruhsal olarak etkilediğini belirtmiştir. **Sonuç:** Pandemi sağlık çalışanlarının anksiyete düzeyini artırmıştır. Aile sağlığı merkezlerindeki sağlık çalışanlarının ruhsal sağlığının iyi olması birinci basamakta verdikleri hizmetin kalitesini etkilemektedir. Bunun için ülkemizde ve dünyada psikososyal destek ekipleri kurulmalı ve hastalar ile birlikte sağlık çalışanları da psikolojik olarak desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, aile hekimi, aile sağlığı çalışanı, anksiyete

Received / Geliş tarihi: 22.08.2020, Accepted / Kabul tarihi: 29.03.2021

¹ Kayseri City Hospital, Family Medicine, Kayseri, Turkey

² Health Directorate of Kayseri, Kayseri, Turkey

³ Department of Family Practice, Faculty of Medicine, Erciyes University, Kayseri, Turkey

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Hümeyra Aslaner, Kayseri City Hospital, Family Medicine, Kayseri – TURKEY, E-mail: drhumeyra@hotmail.com

Aslaner H, Benli AR, Yıldız S, Şahin T, Gökçek MB, Mıstık S. Anxiety Level of Family Physicians and Family Health Workers in COVID-19 Pandemic. TJFMPC, 2021;15(2): 398-403.

DOI: 10.21763/tjfm.783532

INTRODUCTION

Anxiety can be defined as an abnormal and causeless uneasiness and condition of fear accompanied by somatic symptoms.¹ Anxiety can also be defined as apprehension or mope.² It has been observed that outbreaks experienced throughout history have caused anxiety by profoundly affecting societies.³ The World Health Organization (WHO) declared a new coronavirus outbreak a global pandemic on 11th of March, 2020.⁴ This new coronavirus was called SARS-CoV-2, and the disease it caused was called Coronavirus Disease-19 (COVID-19). It is known that SARS-CoV-2 is transmitted from human to human via respiratory droplets or direct contact. Incubation period of the infection is estimated to be between 2-14 days and its main reproduction coefficient between 2.24-3.58.⁵

The outbreak affected the whole world within a short time and caused deaths of thousands of people.⁶ All of these resulted in high anxiety and worry in the society. Anxiety levels of healthcare workers increase due to conditions such as frequently encountering COVID-19 patients during pandemic, increased workload, fear of being infected or contaminating their parents, and inadequate personal protective equipment.^{7,8} This study aimed to determine anxiety levels of healthcare workers in Kayseri during the pandemic.

MATERIALS AND METHODS

Study Design

This study was designed as web-based research and performed with a multiple-choice survey technique. Family physicians and family health workers working in family health centers of Kayseri were called and the questionnaire in Turkish was sent to them via text message or e-mail with its link. The participants were asked to complete Beck Anxiety Inventory to determine their anxiety levels. Besides, demographic data and employment durations of the participants and how many times they washed their hands within a day were questioned. Presence of a chronic disease or psychiatric disease, regular medication use or psychiatric medication use, alcohol and smoking habits, whether they had children or not, whether they lived with someone older than 65, their family structures, and their opinions about protective equipment were questioned. Our study was a cross-sectional descriptive study.

Sample Size

Population of the study consisted of family physicians and family health workers between the ages of 20 and 65 who worked in family health

centers in Kayseri City Center. Family health centers were selected randomly. Randomization was made to be a family health center from each county. Healthcare workers who were actively working as physicians and family health workers in family health centers in Kayseri and who gave consent to participate in the study were included. Four out of 218 people who did not accept to give consent were excluded from the study and as a result, 214 people who gave consent formed the sample. They were asked to complete an online questionnaire form between 25th-30th May, 2020.

G*power 3.1 analysis program was used for power analysis in this study for determination of the sample size. The minimum number of the participants to include in the study was determined as 197 (α -value:0.05, β -value:0.80). Beck Anxiety Inventory (BAI) was used to determine the anxiety level. These are multiple-choice inventories and get scores according to the point of each item.

Beck Anxiety Inventory (BAI): Beck, Epstein, Brown and Steer developed it in 1988. The objective of the inventory is to determine the frequency and severity of anxiety symptoms the individuals have.⁹ Validity and reliability test of the inventory in Turkey was performed by Ulusoy, Şahin and Erkman.^{10,11} It consists of 21 questions with 4-point Likert type (0: Not at all, 1: Mildly- It did not bother me much, 2: Moderately- It was very unpleasant, but I could stand it, and 3: Severely- I could barely stand it. According to BAI, total point the individuals get is between a minimum of 0 and a maximum of 63. BAI score between 8 points and 15 points is accepted as mild level of anxiety, the score between 16 points and 25 points as moderate level of anxiety, and the score between 25-63 as increased anxiety level. Basic epidemiological information was questioned in addition to this scale.

Ethical Considerations

Our study was performed with the approval (105; 06/2020) of ethics committee of Kayseri City Training and Research Hospital. Consents of the participants were obtained.

Statistical Analysis

Mean, standard deviation, median, minimum and maximum values were calculated for continuous variables and descriptive statistics were calculated as numbers and percentiles for categorical variables. Chi-Square test was used in determination of the relationship between the groups and categorical variables. Whether numerical data of the variables were normally distributed or not was determined with one-sample Kolmogorov Smirnov test. Student t-test was used in comparison of parametric two-

groups and Mann Whitney U test was used in comparison of nonparametric two-groups. SPSS version 22.0 (IBM Corp. Armonk, NY, USA) was used for statistical analysis. $p < 0.05$ was accepted as the statistically significant value.

RESULTS

Of 214 participants in the study, 71.0% were female, 82.7% were married, 52.8% were physicians, and 47.2% were family health workers. Median age of the participants was 40 (20-62). Of the participants, 7.5% used alcohol, 28.5% used cigarettes, 24.8% had a chronic disease and 8.9% had a psychiatric disease. Of the participants, 5.1% stated that they lived alone and 78.5% stated that they had children. Median employment duration was 14 (min-max: 1-34) and median Beck Anxiety Inventory Score was 17 (min-max: 0-63) (Table 1)

Characteristics	Number (n) (%)
Gender	
Female	152 (71.0)
Male	62 (29.0)
Marital Status	
Single	37 (17.3)
Married	177 (82.7)
Profession	
Physician	113 (52.8)
Family Health Worker	101 (47.2)
Do you smoke?	
Yes	61 (28.5)
No	153 (71.5)
Do you use alcohol?	
Yes	16 (7.5)
No	198 (92.5)
Do you have a chronic disease?	
Yes	53 (24.8)
No	161 (75.2)
Is there a drug that you regularly use? (Except for psychiatric drugs)	
Yes	53 (24.8)
No	161 (75.2)
How is your family type?	
Single	11 (5.1)
Nuclear Family	174 (81.3)
Extended Family	26 (12.1)
Other	3 (1.4)
Do you have any children?	
Yes	168 (78.5)
No	46 (21.5)
Do you have any psychiatric disease?	
Yes	19 (8.9)
No	195 (91.1)
Do you use a psychiatric disease?	
Yes	53 (24.8)
No	161 (75.2)

Of the participants, 53.7% stated that they attended a training program on COVID-19, 84.1% stated that the outbreak psychologically affected them, 74.8% stated that protective equipment and disinfectants were inadequate in the family health center and 87.4% stated that they were afraid of being infected with COVID-19. Of the participants, 23.4% lived with an elderly or an individual with a chronic disease (Table 2).

Questions	Number (n) (%)
Have you attended a training program on COVID-19 infection?	
Yes	115 (53.7)
No	99 (46.3)
Do you think COVID-19 pandemic psychologically affects you?	
Yes	180 (84.1)
No	20 (9.3)
Not sure	14 (6.5)
Do you think personal protective equipment and disinfectant agents in the family health center are adequate?	
Yes	54 (25.2)
No	160 (74.8)
Do you believe protective equipment such as mask, medical gown and medical safety glasses protect you?	
Yes	42 (19.6)
No	172 (80.4)
Are you afraid of being infected with COVID-19?	
Yes	187 (87.4)
No	27 (12.6)
Do you live with an individual older than 65 years old or an individual with a chronic disease?	
Yes	50 (23.4)
No	164 (76.6)

According to severity of the anxiety in terms of gender, anxiety level of women was higher (84.2%) ($p=0.003$). According to severity of the anxiety, there was no difference between the groups in terms of professions ($p=0.129$). There was no difference in Beck Anxiety Inventory Score between participants with and without chronic disease ($p=0.111$). However, anxiety level was proportionally higher among family health workers (83.2%) (Table 3-4).

	Anxiety Level				P value
	None Number (%)	Mild Number (%)	Moderate Number(%)	Severe Number (%)	
Physician	30 (26.5)	31 (27.4)	31 (27.4)	21 (18.6)	0.129
Family Health Worker	17 (16.8)	25 (24.8)	28 (27.7)	31 (30.7)	
Men (62)	23 (22.0)	17 (26.2)	12 (27.6)	10 (24.3)	0.003
Women (152)	24 (15.8)	39 (25.7)	47 (30.9)	42 (27.6)	
Total	47 (22.0)	56 (26.2)	59 (27.6)	52 (24.3)	

Chi-square test was used

Characteristics(N)		Anxiety Score Median (min-max)	n	P
Profession	Family Health Worker (101)	18 (0-63)	4652	0.020
	Physician (113)	15 (0-55)		
Gender	Female (152)	18 (0-59)	3234	< 0.001
	Male (62)	9.5 (0-63)		
Training on COVID-19	Yes (115)	18 (0-59)	5032	0.144
	No (99)	15 (0-63)		
Status of Finding Protective Equipment Adequate	Yes (54)	15 (0-43)	3654	0.090
	No (160)	17 (0-63)		
Status of Living with an Individual Older than 65 or with a chronic disease	Yes (50)	20.5 (1-63)	3256	0.028
	No (164)	15 (0-59)		
Employment Duration	Less than 10 years (58)	16 (0-56)	4405	0.768
	10 years or more (156)	17 (0-63)		
Status of Having a Psychiatric Disease	Yes (19)	20 (1-63)	1307	0.034
	No (195)	16 (0-56)		

Mann Whitney U test was used.

DISCUSSION

Severe level of anxiety was detected in 24.3% of the participants in this study. In comparison of anxiety scores, the anxiety level was higher in family health workers than in physicians, in women, and in those who lived with an individual older than 65 years old. The rate of those stating that current events about COVID-19 psychologically affected them was 84.1%.

Anxiety disorder is a psychiatric disorder common in society. According to the data of national research in which the prevalence of psychological diseases was investigated in the USA, the prevalence rates were 30.5% in women and 19.2% in men within a lifetime.¹² It is known that prevalence rates of anxiety subtypes are higher in women than in men.¹³ In this study, anxiety score of female healthcare workers working in the family health center was higher than that of male healthcare workers. While the rate of those who did not show any anxiety symptoms were 15.8% in women and 22.0% in men.

In a study performed with Generalized Anxiety Disorder 7-item (GAD-7) scale among healthcare workers in Wuhan, anxiety symptoms were detected in 24.1% of healthcare workers. In this

study, 24.3% had severe anxiety symptoms. In the study in Wuhan, employment duration longer than 10 years, female gender and presence of psychiatric disease were found to be risk factors for increased stress.¹³

In a study performed on primary healthcare workers including 79 physicians and 86 nurses in Gansu, China with self-rating anxiety scale (SAS), self-rating depression scale (SDS) and simplified coping style questionnaire (SCSQ), while the prevalence rates of anxiety and depression symptoms in physicians were 11.4% and 45.6% respectively the prevalence rates of anxiety and depression symptoms in nurses were 27.9% and 43.0% respectively.¹⁴

The Impact of Event Scale aims to measure the stress of individuals experiencing trauma during they complete the scale.¹⁵ A study performed with the Impact of Event Scale during SARS outbreak in Taiwan in 2003 found that scores of the Impact of Event Scale decreased as the employment duration extended.¹⁶ In this study, anxiety levels were higher in female healthcare workers in family health centers than in male healthcare workers and in those with a psychiatric disease than in those without a psychiatric disease. No statistically significant difference was found between anxiety levels of those

whose employment duration was longer than 10 years and those whose employment duration was shorter than 10 years.

In a study performed with a 9-item Patient Health Questionnaire, 7-item Generalized Anxiety Disorder scale, 7-item Insomnia Severity Index, and 22-item Impact of Event Scale in January-February 2020 during COVID-19 pandemic in China, 50.4% of healthcare workers had depression, 44.6% had anxiety and 34.0% had insomnia.¹⁷ It was reported in a study in Taiwan that 77.4% of healthcare workers had anxiety symptoms and 74.2% had depression symptoms during SARS outbreak.¹⁶ In a study performed to measure social mental health burden of COVID-19 by Huang et al. in China, anxiety level, presence of depressive symptoms and sleep quality of general population were questioned. The prevalence of anxiety disorder was 35.1% in general population and 35.6% among healthcare workers. The difference was not statistically significant.¹⁸ In this study, the total rate of family health center healthcare workers with mild, moderate and severe anxiety levels were 78.0%.

It is known that providing adequate protective equipment for healthcare workers in family health centers decreases their stress.⁷ In this study, median anxiety scores of those who stated that personal protective equipment provided for them were inadequate were compared with the scores of those who stated that theirs were adequate and no statistically significant difference was found out. However, the rate of individuals who stated that personal protective equipment provided for them was inadequate was 74.8% in this study and providing personal protective equipment was quite important for healthcare workers to protect themselves from the pandemic. In the study of Taş et al., 90% of family physicians stated that they were not provided with adequate protective equipment or insufficiently provided. The anxiety experienced by the whole society at the beginning of the pandemic caused the demand for excess products. However, the measures taken and the distribution of protective equipment, especially the distribution of masks, were determined by the rules in a short time, which solved this problem.¹⁹

Liu et al. used the Self-Rating Anxiety Scale (SAS) in their study in which the factors affecting anxiety in healthcare workers in China were investigated and found that prevalence of anxiety was 12.5% in healthcare workers.²⁰

A large number of studies asserting that the course of COVID-19 infection is more mortal in patients with advanced age have been published.^{21,22,23} Higher rate of mortality in advanced age may cause anxiety to transmit the

disease in those who live with individuals with advanced age. In this study, 23.4% stated that they lived with an individual older than 65 years old. Anxiety score of those living with an individual older than 65 years old was found to be statistically higher than the anxiety score of those who did not live with such an individual.

Study Limitations

The limitation of our study is that it could not be interviewed face to face with the participants due to the pandemic and that it was done online.

Conclusions

During the pandemic, most of the hospitals were announced as pandemic hospitals and almost all the physicians working in the hospital served in these services. This has increased the appeal to family medicine healthcare centers. Having family doctors to work in this way has increased their workload.¹⁹ Besides, they are afraid of transmitting the infection to their family members. Many healthcare workers died during the pandemic. Primary care physicians are the first point of contact with patients. Family physicians are maintaining the outpatient clinic services, which secondary and tertiary healthcare services are struggling to sustain during the pandemic. For sure, the quality of service that healthcare workers in family health centers provide is affected by their mental health. Therefore, psychosocial support teams should be built up in our country and around the world and health workers should be supported psychologically as well as patients.

Conflict of Interest: The authors have no conflict of interest to declare.

Financial Disclosure: The authors declare that this study has received no financial support.

REFERENCES

1. Bal U, Çakmak S, Uğuz Ş. Anksiyete bozukluklarında cinsiyete göre semptom farklılıkları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2013;22(4):441-459.
2. Karamustafaloğlu O, Yumrukçal H. Depresyon ve anksiyete bozuklukları. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*. 2011;45(2):65-74.
3. Ekiz T, İlman E, Dönmez E. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle COVID-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2020;6(1):139-154.
4. Cucinotta D, Vanelli M. WHO declares COVID-19 a pandemic. *Acta bio-medica: Atenei Parmensis*. 2020;91(1):157-160.

5. Lai CC, Shih TP, Ko WC, Tang HJ, Hsueh PR. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and corona virus disease-2019 (COVID-19): the epidemic and the challenges. *International journal of antimicrobial agents*. 2020;105924.
6. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): situation report. 2020;129.
7. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;369.
8. Gold Jessica A. Covid-19: adverse mental health outcomes for healthcare workers. *BMJ* 2020; 369 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.m1815>
9. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach burnout inventory manual*. Palo Alto Calif Consult Psychol Press Inc. 1996.
10. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893.
11. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. The Beck anxiety inventory: psychometric properties. *J Cogn Psychother*. 1998;12(2):163-72.
12. Regier DA, Narrow WE, Rae DS. The epidemiology of anxiety disorders: The epidemiologic catchment area (ECA) experience. *Journal of psychiatric research*. 1990;24:3-14.
13. Zhu Z, Xu S, Wang H, Liu Z, Wu J, Li G et al. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers. *MedRxiv* 2020.
14. Zhu J, Sun L, Zhang L, Wang H, Fan A, Yang B et al. Prevalence and Influencing Factors of Anxiety and Depression Symptoms in the First-Line Medical Staff Fighting Against COVID-19 in Gansu. *Front. Psychiatry* 2020; 11.
15. Corapcıoglu A Yargıcı İ, Geyran P, Kocabasoglu N. Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R) Türkçe Versiyonunun Gecerlilik ve Güvenilirliği. *Yeni Symposium*. 2006. p. 14-22.
16. Chong MY, Wang WC, Hsieh WC, Lee CY, Chiu NM, Yeh WC et al. Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *Br J Psychiatry*. 2004;185(2):127-33.
17. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA network open*, 3(3), e203976-e203976.
18. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Research*. 2020; 112954.
19. Taş BG, Özceylan G, Öztürk GZ ve Toprak D. (2020). COVID-19 Pandemi Döneminde Aile Hekimlerinin İş Yüklerinin Değerlendirilmesi-Türkiye Örneği. *Toplum sağlığı dergisi* , 1-9.
20. Liu CY, Yang YZ, Zhang XM, Xu X, Dou QL, Zhang WW et al. The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: a cross-sectional survey. *Epidemiology & Infection*. 2020;1-17.
21. Dowd JB, Andriano L, Brazel DM, Rotondi V, Block P, Ding X et al. Demographic science aids in understanding the spread and fatality rates of COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2020;117(18):9696-9698.
22. Russell TW, Hellewell J, Jarvis CI, Van Zandvoort K, Abbott S, Ratnayake R et al. Estimating the infection and case fatality ratio for coronavirus disease (COVID-19) using age-adjusted data from the outbreak on the Diamond Princess cruise ship, February 2020. *Eurosurveillance*. 2020;25(12):2000256.
23. Porcheddu R, Serra C, Kelvin D, Kelvin N, Rubino S. Similarity in case fatality rates (CFR) of COVID-19/SARS-COV-2 in Italy and China. *The Journal of Infection in Developing Countries* 2020; 14(02):125-128.



Review Article / Derleme

Supporting Disease Management of Type 1 Diabetic Children with Social Cognitive Theory-Based Education

Sosyal Bilişsel Kuram Temelli Eğitimle Tip 1 Diyabetli Çocukların Hastalık Yönetiminin Desteklenmesi

Leyla Delibaş¹, Behice Erci²

ABSTRACT

Type 1 diabetes seen in childhood; It is a chronic metabolic disease characterized by insulin deficiency and hyperglycemia, which occurs when the beta cells of the pancreas are affected by autoimmune or non-autoimmune causes. When diabetes is managed deffectively, complications due to diabetes can be delayed and even prevented. Education of the person with diabetes; to support the individual in using the power of self-care. Diabetes education plays a key role in the management of the disease, the individual characteristics and learning skills of the children must be taken in to consideration in the education to be given to children. Education of children with diabetes should not only aim to improve children's skills, but also target behavioral change. In order for people to implement a behavior, not only must they have knowledge about the behavior, but also the perception of self-efficacy associated with the behavior must be strong. Bandura's Social Cognitive Learning Theory sheds light on the question of how to deliver education more effectively. The theory-based education program guides the selection of the right education methods, thus increasing the effectiveness of the support given by facilitating learning.

Keywords: Type 1 diabetes, diabetes education, nurse, social cognitive theory

ÖZET

Çocukluk dönemlerinde görülen Tip 1 diyabet; pankreasın beta hücrelerinin otoimmün veya otoimmün olmayan sebeplerle etkilenmesiyle ortaya çıkan insülin eksikliği ve hiperglisemiyle karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Diyabet etkili yönetildiğinde, diyabete bağlı komplikasyonlar geciktirilebilmekte ve hatta önlenmektedir. Diyabetli bireyin eğitimi; kendi kendine bakma gücünü kullanması konusunda bireyi desteklemektir. Diyabet eğitimi hastalığın yönetiminde anahtar rol oynamaktadır. Çocuklara verilecek eğitimlerde çocukların bireysel özellikleri ve öğrenme becerileri mutlaka göz önüne alınmalıdır. Diyabetli çocukların eğitimi sadece çocukların becerilerini geliştirmeye yönelik olmamalı, davranış değişikliğini de hedeflemelidir. Kişilerin bir davranışı uygulayabilmeleri için yalnızca davranış hakkında bilgiye sahip olmaları değil, davranışla ilişkili öz yeterlilik algısının da güçlü olması gerekir. Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı, eğitimin nasıl daha etkin verilebileceği sorusuna ışık tutar. Kuram temelli eğitim programı, doğru eğitim yöntemlerinin seçilmesine yön verir, böylece öğrenmeyi kolaylaştırarak verilen desteğin etkinliğini artırır.

Anahtar kelimeler: Tip 1 diyabet, diyabet eğitimi, hemşire, sosyal bilişsel kuram

Received / Geliş tarihi: 07.10.2020, Accepted / Kabul tarihi: 30.01.2021

¹ Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu

² İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Leyla Delibaş, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, Gaziantep -TÜRKİYE, E-mail: leyla.delibas@hku.edu.tr

Delibaş L, Erci B. Sosyal Bilişsel Kuram Temelli Eğitimle Tip 1 Diyabetli Çocukların Hastalık Yönetiminin Desteklenmesi. TJFMPC, 2021;15(2): 404-413.

DOI: 10.21763/tjfm.806751

GİRİŞ

Tip 1 diyabet, pankreasın beta hücrelerinin otoimmün veya otoimmün olmayan sebeplerle etkilenmesiyle ortaya çıkan insülin eksikliği ve hiperglisemiyle karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Bütün yaş gruplarında görülmekle beraber 7–15 yaş arasında sık görülmektedir.^{1,2} Yaygın olarak görülen Tip 1 diyabet dünya genelinde 15 yaş altı yaklaşık 593 bin çocuğu etkilemektedir. Her yıl 86 bin çocukta Tip 1 diyabet ortaya çıkmakta ve küresel olarak bir önceki yıla göre %3 artış göstermektedir.³ Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF), 2017 yılında Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerin sayısını 1 milyon 106 bin 500 olarak açıklamıştır. Yüksek gelirli ülkelerde, diyabetli tüm kişilerin yaklaşık %7 ila %12'sinin Tip 1 diyabete sahip olduğu tahmin edilmektedir. 15 yaşın altındaki 96 binden fazla çocuk ve ergenin, her yıl Tip 1 diyabet tanısı aldığı ve yaş aralığının 20 yıla uzandığında 132 bin 600'den fazla olacağı tahmin edilmektedir. 2017 yılı IDF verilerine göre çocuk ve ergenlerde Tip 1 diyabet için küresel tahminlere baktığımızda; 15 yaş altı nüfus 1.94 milyar, Tip 1 diyabetli çocuk ve adolesan sayısı 586 bin ve yıllık yeni vakalarının sayısı 96 bin 100'dür.⁴⁻⁶ Ülkemizde okul çağında yaklaşık 15 bin diyabetli çocuk olduğu ve her yıl bin 500 ile bin 700 civarında çocuğun Tip 1 Diyabet tanısı aldığı gözlenmektedir.^{7,8} Türkiye'de Tip 1 diyabet prevalansının 9.5/1000 oranında olduğu görülmektedir. Dünyada genel sağlık harcamalarının %12'si (673 milyon dolar) diyabete harcanmaktadır.³

Tip 1 diyabet, artışı ve ortaya çıkardığı sorunlar sebebi ile dünyada önemi her geçen gün artan bir sağlık problemidir. Tip 1 diyabet tüm dünyada artmaktadır, fakat dünyanın bazı bölgelerinde diğerlerine göre çok daha yüksek insidansa sahiptir ve ülkelere göre büyük farklılıklar gösterir. Bunun nedenleri belirsizdir, ancak genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimlerden şüphelenilmektedir. Tip 1 diyabetli çocukların ve ergenlerin sayısı bölgelere ve uluslara göre büyük farklılıklar göstermektedir. Kuzey Amerika, Avrupa ve Karayip bölgelerinde, 20 yaş altı Tip 1 diyabetli çocuk ve ergen sayısı oldukça fazladır. Tip 1 diyabetli çocuk ve ergenlerin dörtte birinden fazlası (%28.4) Avrupa'da yaşamakta, beşte birinden fazlası (%21.5) Karayipler ve Kuzey Amerika'da yaşamaktadır. Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri ve Brezilya, 20 yaş altındaki yaş gruplarında Tip 1 diyabetli çocuk sayısı bakımından en büyük insidans ve prevalansına sahiptir.^{3,5,9}

Tip 1 Diyabet, etkili yönetildiğinde, karşılaşılabilecek komplikasyonlar geciktirilmekte ve hatta önlenabilmektedir. Diyabetli çocukların çoğu, bireysel özellikleri sebebi ile diyabet yönetimine uyum sağlayamamaktadır.¹⁰ Tedavinin

amacı metabolik dengeyi kurarak kısa dönemde (hipoglisemi, diyabetik ketoasidoz) ve uzun dönemde görülebilecek komplikasyonları (nöropati, retinopati, nefropati vs.) en alt düzeye indirmek ve stabil kan şekeri düzeyini korumaktır.^{11,12}

Eğitim, diyabetin önemli bir kısmıdır ve dünyada diyabet eğitimi sayesinde kan şekerinin kontrol altında tutulduğu, hastane yatışlarının sayısında azalma olduğu ve komplikasyonların geciktirilip/engellendiği kabul edilmektedir. Araştırmalar da eğitimin, diyabet yönetiminde etkin olduğunu ve metabolik kontrolü düzenlediğini kanıtlamıştır.^{12,13}

Tip 1 diyabet tedavisinin temelini insülin tedavisi, beslenme ve egzersiz oluşturmaktadır. İnsülin tedavisinin şekli hastanın en iyi metabolik kontrolünü sağlayacak ve psikososyal gelişimini bozmayacak şekilde, bireyselleştirilmelidir.^{14,15}

Diyabetli çocukların eğitimi sadece çocukların becerilerini geliştirmeye yönelik olmamalı, davranış değişikliğini de hedeflemelidir.¹⁶ Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı'nın kavramları dikkate alınarak hazırlanan bir hemşirelik desteği eğitim programı, eğitimin etkinliğini artırarak verilen desteğin etkinliğini artırabilir. Bandura'nın Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı eğitimin nasıl daha etkin verilebileceği sorusuna ışık tutar. Kuram temelli eğitim programı, eğitim yöntemlerinin seçilmesine yön verir, böylece öğrenmeyi kolaylaştırarak verilen desteğin etkinliğini artırır.¹⁷ Kuram temelli bir eğitim ile hemşire, diyabetli çocukların yaşam kalitesinin yükselmesini ve sağlıklı yaşam davranışları geliştirmesini sağlayabilir.

Tip 1 Diyabet

Tip 1 diyabetes mellitus (Tip 1 DM), çocukluk çağında pankreasın beta hücrelerinin otoimmün veya otoimmün olmayan sebeplerle etkilenmesiyle oluşan insülin eksikliği ve hiperglisemiyle karakterize kronik metabolizma sendromudur. Bu yıkıcı sürecin sebepleri kesin olarak belirlenememiştir, fakat viral enfeksiyon, genetik yatkınlık ve toksinler ya da bazı diyet faktörleri gibi çevresel tetikleyicilerin bir kombinasyonu ile ortaya çıkmıştır. Tip 1 DM'li hastalar, kalıcı insülin yetersizliğinden dolayı hayatlarını devam ettirmek için insülini dışardan almak zorundadırlar.¹⁸⁻²⁰

İnsülin Tedavisi

Tip 1 diyabet tedavisinde vücutta insülin üretimi olmadığından dışarıdan insülin enjeksiyonuna ihtiyaç vardır. Sağlıklı bireylerde insülin salgılanması, sabit bazal bir salıma ek olarak epizotlar şeklinde gerçekleşir. Diyabetin

tedavisindeki temel amaç, bu fizyolojik mekanizmaya benzer bir mekanizma oluşturmaktır. Fakat diyabetli kişi ve tedaviyle ilişkili sebeplerden dolayı bu çok da kolay değildir. İyi bir glisemik kontrol ile diyabetin mikro ve makrovasküler komplikasyonları önlenabilir ve azaltılabilir.^{8,20} Günlük insülin dozu, fiziksel aktivite, beslenme ve kan glikoz düzeyine bağlı olarak çocuktan çocuğa farklılıklar gösterir. İnsülin gereksinimi puberte, hastalık, enfeksiyon, travma ve ameliyat döneminde artar. Çocuğun kendi insülin enjeksiyonunu yapması, hastalığı üzerinde kontrol kazanmasını ve benlik saygısının artmasını sağlar.²¹

Tıbbi Beslenme Tedavisi

Tip 1 diyabet tedavisinde tıbbi beslenme tedavisi (TBT), insülin tedavisi kadar önemlidir. Diyabetli çocuklar, diyabeti olmayan yaşlıları ile aynı besin gereksinimlerini duyarlar. Diyabette alınan besinler, önerilen insülin ve fiziksel aktiviteyle dengelenir. TBT'nin amacı çocuğun;

- Yaşı, cinsiyeti, ağırlığı, aktivitesi, beslenme alışkanlıklarına uygun bir beslenme planıyla büyüme ve gelişmesini sürdürmek,
- Sağlıklı besin seçimi ve fiziksel aktivite ile sağlığını iyileştirmek,
- Kan glikoz düzeylerinin normale yakın sınırlar içerisinde olmasını sağlamak,
- Kan lipid düzeylerini normal sınırlar içerisinde tutmak,
- Yaşına uygun vücut ağırlığını koruyarak, kilo kaybı ve obeziteyi önlemek,
- Diyabetin akut metabolik komplikasyonlarını ve kronik komplikasyonlarını önlemek,
- Yaşam kalitesini yükseltmektir.^{21,22}

Diyet düzenlenirken ilk olarak günlük enerji gereksinimi saptanmalıdır. Enerji gereksinimi, hastanın yaşı, boyu, ağırlığı ve günlük fiziksel hareketine göre hesaplanır. Diyabetik diyet, Tip 1 diyabetin yönetiminde anahtar gibidir. İyi bir diyet, besleyici, ailenin sosyoekonomik ve kültürel durumuna uygun, insülin ve aktivite ile birlikte metabolik kontrolü sürdürebilecek bir diyettir. Diyet, çocuğun büyüme ve gelişme ihtiyacına göre hazırlanmalı ve yaşına uygun olmalı, aldığı kaloriye uygun insülin tedavisi verilmelidir. Ailenin, çocuğun diyetini kontrol edebilmesi için beslenme programının amacını, besin değişimlerini, karbonhidrat sayımını, öğünlerin sıklığını ve zamanını anlaması önemlidir. Diyabetli çocuklarda tıbbi beslenme tedavisi iyi metabolik kontrolü sağlar, ideal büyüme ve gelişmeyi destekler, diyabetle ilişkili komplikasyonların görülmesini ya da geciktirilmesini direk olarak etkiler.^{14,23}

Egzersiz

Egzersiz, çocukların sağlıklı büyüyüp gelişmesine destek olur. İleride oluşabilecek kronik hastalıkların engellenmesi, var olan hastalıklara destek sağlaması ve yaşam kalitesinin artırılmasına yardımcı olur. Diyabet tedavisi için insülin ve diyetin yanı sıra fiziksel aktivite de metabolik kontrolün desteklenmesinde önemli bir faktördür. Diyabetli bir çocukta düzenli egzersiz, insülin direncinin azalmasına ve kullanılan insülinin etkisinin artmasına sebep olur, bunun sonucunda daha az dozda insülin gerekir. Ayrıca kilo kontrolünü ve kas gücü artışını sağlar. Diyabetli çocukların, egzersizden önce ve egzersizden sonra kan glikoz değerinin takip edilmesi gereklidir. Egzersize vücudun verdiği tepki yapılan egzersizin süresi, şiddeti ve sıklığı ile ilgilidir. Egzersiz hafiften başlamalı ve şiddeti giderek artırılmalıdır. Çocukların sevdiği egzersizleri yapması onların sosyalleşmelerine de destek olacaktır.^{20,24}

Kendi Kendine İzlem

Diyabet tedavisinde kendi kendine izlemin amacı, diyabetli birey-ailesinin tedaviye aktif olarak katılmaları ve tedavi hedeflerine ulaşılmayı sağlamaktır. Kendi kendine izlem hem maliyeti düşük hem de hipoglisemi, hiperglisemi gibi durumlarla karşılaşıldığında uygun ve erken tedbir almayı kolaylaştırıcı bir yöntemdir. Bu şekilde komplikasyonların erken dönemlerde fark edilmesi, gelişmesinin geciktirilmesi ya da önlenmesi sağlanabilir. Diyabetli birey kendi kendine izlem ile esnek bir yaşam sürdürebilir, hastaneye yatış sıklığı azalır. Güvenli diyabet yaşamı çocuğu psikolojik olarak rahatlatır.^{8,20,25} Diyabetin tedavisinde başarının temeli diyabetli kişilerin hastalıklarını kontrol edebilmek için öz bakım becerilerini geliştirmeleridir.^{1,2,26}

Diyabet Eğitimi ve Hemşirenin Rolü

Diyabetli bireyin eğitiminin amacı, kendi kendine bakma gücünü kullanması konusunda bireyi desteklemektir. Diyabetlilere ve onların bakımını üstlenen aile üyelerine, diyabette bakımı ve diyabetin yönetimini öğretmek diyabette tedavi planının temelidir. Dünyada diyabet eğitimiyle kan glikoz düzeyinin kontrolünün sağlandığı, hastane yatış sayılarında azalma olduğu ve komplikasyonların geciktirildiği hatta önlenildiği kabul edilmektedir. Diyabette eğitimin amacı, diyabetli kişilerin tedavilerinde aktif olarak rol almalarını sağlamak, gelişebilecek komplikasyonları engellemek, tedavide gereken bilgiyi ve beceriyi kazanmalarını sağlamak, tedavinin maliyetini azaltmak, yaşam kalitelerini arttırmaktır.^{22,27}

Eğitim programı diyabetli kişilerin özellikleri ve öz-bakım gereksinimlerine göre, kişiye özel ve hedeflenen bilgi ve beceriyi kazandırmak için planlanmalıdır. Diyabette eğitim planlaması yapılırken, bireyin yaşı, göz önünde bulundurulması gereken en önemli hususlardan birisidir. Çocuklar için diyabet eğitim planı yapılırken; yaş, büyüme, gelişme ve zihinsel gelişim dikkate alınmalıdır. Küçük çocukların eğitiminde, görsel-işitsel materyallerin kullanılması, eğitimin inandırıcı ve etkileyici olmasını sağlayabilir.^{26,28} Çocuklarda periyodik olarak yapılan diyabet eğitimi ile akut komplikasyonlar sonucu hastaneye yatış sayısında azalma ve HbA1c değerlerinde önemli düzeylerde iyileşmeler sağlanmıştır.²⁹ T.C. Sağlık Bakanlığı Hemşirelik Yönetmeliği'ne göre, diyabet eğitim hemşiresi, diyabetli hasta ve yakınlarına bakım eğitimi ve danışmanlık hizmetlerinin etkin olarak gerçekleştirilmesinden sorumlu özel dal hemşiresidir.³⁰ Diyabet hemşiresi bütüncül bakım süreci yaparak diyabetli bireyi fiziksel ve psikososyal yönlerden her yönüyle ele alır; hastanın ve hastanın bakımından sorumlu aile üyelerinin yalnızca psikomotor becerileri değil, bilgiyi davranışa çevirmelerini sağlayacak yöntemleri ve becerileri öğrenmelerine de yardımcı olur. Öğretim süreci, hemşirelik süreci ile paralel giden bir süreçtir. Öğretim sürecinde diyabet hemşiresi diyabetli çocuğun öğrenme konusunda ihtiyaçlarını belirleyerek öncelik sırasına koymalı ve çocuğun aktif katılımını sağlamalıdır. Diyabet hemşiresinin diyabetli çocuğa yapacağı öğretimin başlıca amaçları, sağlığın devamını sağlamak ve etkin bir diyabet yönetimini öğretmek olmalıdır.³⁰ Diyabetli çocuklarda eğitim, hastalığın yönetiminde anahtar rol oynamaktadır.²⁶

Sosyal Bilişsel Öğrenme Kuramı

Sosyal Bilişsel Öğrenme Teorisi, sosyal psikolojinin bir dalıdır. Teoride, başkalarının davranışlarının gözlenmesine dayalı bir dolaylı öğrenmeden ve birey, davranış, çevre etkileşiminden söz edilmektedir. Teoriye göre öğrenme, tepki sonuçları ve model alma yoluyla gerçekleşmektedir.¹⁷

Kurama göre;

- Başkalarının davranışları, gözlem yoluyla öğrenilebilir.
- Öğrenme, davranış değişikliğine yol açan ya da açmayan içsel bir süreçtir.
- Davranış amaca yöneliktir.
- İnsanlar kendi davranışlarında öz düzenleme yapabilir. Davranışlarını kontrol etmeyi ve sorumluluğunu almayı öğrenebilir.
- Ödül ve ceza, davranışı doğrudan olduğu kadar dolaylı olarak da etkiler. Davranış, önceki deneyimlerden alınan ödül veya pekiştireçlerden daha fazla etkilendir.^{17,31}

Sosyal bilişsel kuram, hem davranışçı yaklaşımın davranışa aracı olan uyarıcı-tepki fikrini destekler hem de davranışın önceden gelen bilişsel süreçlerle önemli ölçüde şekillendiğini savunur. Bu sebeple, tepki sonucunda ortaya çıkan davranış, davranışsal sonuçların beklentilerini şekillendirmektedir. Sosyal bilişsel kurama göre, kişiler motivasyonlarını ve davranışlarını, karşılıklı etkiler ilişkisi şeklinde geliştirmede aracı rolü üstlenir.^{1,17,31} Kurama göre bireyler, ne içgüdüleriyle ne de çevresel uyarıcılarla yönlendirilmektedir. Bireyin psikolojik alanında ortaya çıkan değişimler, kişisel ve çevresel belirleyicilerin devamlı olarak etkileşim halinde olmasıyla gerçekleşmektedir. Çevrenin insan davranışlarında değişiklik oluşturduğu fakat sosyal çevreyi de insanların oluşturduğu göz önüne alındığında, kişilerin hem sosyal çevreyi oluşturdukları hem de ondan etkilendikleri kabul edilmektedir.^{32,33}

Sosyal Bilişsel Öğrenme Süreçleri

- **Dikkat Etme;** Öğrenmede dikkat önemli bir yer tutar. Kişi ilk önce modele dikkat etmeli, eğer modele dikkat edip, dikkatini yoğunlaştırmazsa, doğru şekilde algılamazsa, gözlem yoluyla öğrenme gerçekleşmez.^{31,34}
- **Hatırda Tutma;** Gözlem yolu ile öğrenilen bilgilerden faydalanabilmek için, modelin davranışlarının hatırlanması gereklidir. Gözlemlenen bilgi, sembolleştirilip kodlanır ve hafızada saklanır. Hatırda tutmayı artırmanın en iyi yolu tekrarlama tekniğidir.^{32,33}
- **Davranışı Meydana Getirme;** Bu aşama modelin sergilediği davranışı tekrarlayabilme yeteneği yani öğrenilenlerin, performans dönüştürülmesidir. Fakat bilişsel olarak öğrenilenlerin, davranışa dönüştürülebilmesi, kişinin fiziksel ve psiko-motor özelliklerinin uygun olmasına bağlıdır. Kişi gözlediği davranışı gelişimsel olarak tekrarlayabilecek durumda değilse problem yaşayabilir.^{17,35}
- **Güdülenme Süreci;** Bireyler, farklı davranışları ya da becerileri, gözleme ile kazanabilirler, fakat onu gerçekleştirmeye motive oluncaya kadar ya da ihtiyaç duyuncaya kadar performans olarak sergilemeyebilirler. Öğrendiklerini uygulamaya, göstermeye istekli oldukları zaman davranışı sergilerler.^{17,32}

Öğrenmeyi Sağlayan İlkeler

- **Dolaylı Pekiştirme;** Kişilerin diğer insanların davranışlarının ödüllendirildiğini veya cezalandırıldığını gözlemlemesi, kişide o davranışların dolaylı olarak pekiştirilmesiyle sonuçlanır. Dolaylı pekiştirme, modeli

gözlemleyen kişilerin, modelin davranışını sık sık ve kısa sürede taklit ettiklerini ifade eder.^{33,35}

- **Dolaylı Ceza;** Model olan kişinin herhangi bir olumsuz davranışı sebebiyle cezalandırılması, gözlemleyen o davranışı ve benzer davranışları yapma eğilimini azaltmaktadır. Bu durum, toplumdaki kişilerin kurallara uymalarını sağlamak ve istenmeyen davranışlarını engellemek için etkin rol oynar.^{32,34}
- **Dolaylı Güdülenme;** Öğrenme belirli bir çevrede meydana gelen belirli durumlarla sınırlı değildir. Birbirine benzeyen durumlarda anlamsal bağlantılar ve duygularla ilgili genellemeler yapılabilir. Gözlemlenen davranış, bireyi bilgilendirmenin yanı sıra, onu elde etmeye de motive eder. Gözlemlenen davranış, olumlu şekilde sonuçlanırsa, gözleyen kişi de o davranışı gerçekleştirme konusunda istek duyar. Gözlemci davranışı gerçekleştirebileceğine inanmalıdır.^{17,32,35}
- **Dolaylı Duygu;** Başka bir kişinin davranışını gözlemlerken oluşan empati durumu, gözlemlenen kişide ortaya çıkan davranışsal koşullanmayı temel alan, duygusal bir koşullanmaya sebep olur. Birçok duygu gözlem yoluyla kazanılır.^{33,34}
- **Model Özellikleri;** Modelin davranışlarının yanı sıra modelin özellikleri de model alma sürecini önemli ölçüde etkiler. Modelin özellikleri ile gözlemcinin özellikleri ne kadar çok birbirine benzer olursa, gözleyen kişi, modelin davranışına o kadar benzer davranışlar sergiler.^{31,32,34}

Sosyal Bilişsel Kuramın İlkeleri

- **Karşılıklı Belirleyicilik;** Kuram, öğrenmeyi; çevre, kişisel faktörler ve davranışın üç yönlü, dinamik ve karşılıklı etkileşimiyle açıklar. Bu etkileşimler kişilerin sonraki davranışlarının temelini oluşmasına neden olur. Davranış çevreyi, çevre ise davranışı değiştirme potansiyeline sahiptir. Bunun yanında karşılıklı etkileşim, bütün etki alanlarının eşit oranda davranışa etki ettiğini belirtmez. Bu kurama göre kimi etki alanları diğerlerinden daha güçlüdür ve daima birlikte oluşmazlar. Sonuçta, bu faktörler arası etkileşim kişiye, sergilenen belirli bir davranışa ve davranışın ortaya çıkardığı özel duruma göre değişiklik gösterir.^{32,34,35}
- **Sembolleştirme Kapasitesi;** Sosyal öğrenme kuramı birçok dışsal etkinin davranışı, bilişsel süreçler aracılığı ile etkilediğini savunur.

Bandura “sembol”lerin düşünceyi oluşturmada bir mekanizma olarak çalıştığını savunur. Zihinsel resimler ya da kelimeler gibi sembollerini kullanarak, kişiler hayatlarına anlam, şekil ve süreklilik verirler. Sembolleştirme yeteneği kişilere gelecek hayatlarında kullanılmak üzere hafızalarında bilgi depolama olanağı sağlar. Bu süreç sayesinde insanlar gözledikleri davranışı modelleyebilirler.^{34,35}

- **Öngörü Kapasitesi;** İnsanların davranışları amaca yöneliktir ve öngörüyle düzenlenir. Öngörü, bir insanın kendini motive edebilme ve hareketlerine önceden rehberlik edebilme yeteneğidir. Öngörü kapasitesi, geleceğe dair planlar yapabileme kapasitesi olarak ifade edilir çünkü önceki yaşantılar, davranış gerçekleştirilmeden, o davranışın sonucu ile ilgili tahminler oluşturulmasını sağlar.^{17,34,35}
- **Dolaylı Öğrenme Kapasitesi;** Dolaylı öğrenme kapasitesi, kişilerin direkt yaşantı yoluyla öğrenmenin yanı sıra, çoğunlukla diğer kişilerin davranışlarını ve davranışlarının sonuçlarını gözleyerek öğrenmesidir. Kişiler, özellikle de çocuklar başkalarının davranışlarını ya da davranışlarının sonuçlarını gözleyerek öğrenme içinde bulunabilmektedirler. Gözlem yoluyla öğrenme kişiye, denemeden yeni davranışları nasıl geliştirebileceği hakkında bilgi verir.^{32,34}
- **Öz Düzenleme;** Öz düzenleme, dışardaki faktörleri gözleyerek amaçlı bir davranış oluşturmak için temel oluştur. Bireyin kendi davranışlarını inceleyip, kendi kriterleri ile karşılaştırarak, kendi düşünceleri, duyguları, motivasyonları ve hareketleri üzerinde hükme varması ve gerektiği durumlarda, davranışlarını kriterlerine göre şekillendirmesidir.^{17,34,35}
- **Öz Yeterlilik Kapasitesi;** Öz-yeterlilik kişinin, yaşamlarını etkileyen olaylar ve kendi yapacağı işlerin kontrolü ile ilişkili inanış düzeyidir. Kişinin yapması gereken performansla kendi kapasitesini karşılaştırıp var olan duruma göre hareket etmesidir. Kişilerin karşılaştığı sorunlarla nasıl baş edebileceği ile ilgili kendisi hakkındaki inancıdır. Güçlü bir öz-yeterlilik duygusu kişilerin başarılarını ve kişisel tatminlerini birçok yoldan artırır. Öz yeteneği yüksek olan insanlar, karşılaştıkları zor durumları kaçınılması gereken tehdit olarak görmek yerine, başa çıkılması gereken bir durum gözüyle bakmaktadırlar. Bunun yanında, öz-yeterlilikleri konusunda şüpheleri olan insanlar kişisel tehdit olarak gördükleri zor durumlarda kaçmakta ve gerçekleştirmeyi istedikleri hedeflere karşı az istek ve daha düşük azim göstermektedirler.^{32,35}

KURAMIN DİYABET EĞİTİMİNDE UYGULANMASI

1. İNSÜLİN KULLANIMI

Sosyal Bilişsel Öğrenme Süreçlerinin Eğitimde Kullanımı

Dikkat Etme:

Öğrenmede dikkat önemli bir yer tutar. Kişi ilk önce modele dikkat etmeli, eğer modele dikkat edip, dikkatini yoğunlaştırmazsa, doğru şekilde algılamazsa, gözlem yoluyla öğrenme gerçekleşemez.^{31,34} İnsülin kullanımında ise İnsülin nedir? Neden bizim için gereklidir? Soruları sorulur. İnsülin uygulaması için gerekli malzemeler (enjektörler, kalemler, insülin flakonları vb.) ve glukagon gösterilir ve bunların kullanımı uygulamalı olarak anlatılır.

- **Hatırda Tutma:** Akıllarında şemalaştırmalarını kolaylaştırmak için sunumlarda dikkatlerini çekecek görseller kullanılır, görseller üzerinde gereken açıklamalar yapılır. Mankenler üzerinde insülin ve glukagon uygulamaları yapılır ve enjeksiyon bölgelerini hatırd tutmaları sağlanmaya çalışılır.
- **Davranışı Meydana Getirme:** Enjeksiyon uygulaması konusunda gerekli bilgiler verildikten sonra çocuklara uygulamalar yaptırılır, doğru uygulama şeklini öğrenen çocuk kendisine enjeksiyon yapması gerektiğinde doğru davranışı meydana getirebilir.
- **Güdülenme Süreci:** Doğru ilaç uygulamaları ile kan glikoz düzeyini kontrol altında tutabileceği ve hatalı enjeksiyon uygulamaları ile yaşayabileceği problemleri öğrendiğinde, doğru uygulamalar konusunda güdülenebilir.

Öğrenmeyi Sağlayan İlkelerin Eğitimde Kullanımı

- **Dolaylı Pekiştirme:** Doğru uygulama yapan çocuklara olumlu geri bildirimde bulunulur ve bu davranışın diğer çocuklar içinde örnek olması sağlanmaya çalışılır.
- **Dolaylı Ceza:** Yanlış uygulamalar ile karşılaşabileceği problemleri gördüğü zaman (örneğin hatalı enjeksiyon uygulaması ile lipoatrofi oluştuğunu öğrenen çocuk) hatalı davranıştan kaçınabilir.
- **Dolaylı Güdülenme:** Dolaylı pekiştirmeyi algılayan çocuk doğru davranış konusunda güdülenebilir.

- **Dolaylı Duygu:** Çocuklara enjeksiyonlar uygulanır ve doğru uygulama yapan çocuklara pozitif geri bildirim yapılır, diğer çocuklarda doğru uygulama yapma konusunda desteklenir. Doğru uygulama yapan çocuklar geri bildirimle başarı duygusunu hisseder ve bu şekilde diğer çocuklarda da doğru uygulama yapma konusunda dolaylı bir duygu oluşturulabilir.

- **Model Özellikleri:** Tanınmış ve çocukların kendini yakın hissedebileceği kişilerden doğru insülin uygulamaları yapan kişiler örnek olarak gösterilebilir.

Sosyal Bilişsel Kuramın İlkelerin Eğitimde Kullanımı

- **Karşılıklı Belirleyicilik:** Çevre, birey ve davranış devamlı etkileşim içindedir. Doğru enjeksiyon uygulaması ile kan şekerinin kontrolünün sağlandığını öğrenen çocuk insülin uygulaması konusunda daha duyarlı olabilir. Grup içerisindeki kişilerin birbiri ile insülin enjeksiyonu uygulaması konusunda deneyimlerini paylaşmaları istenir, dışarıda ve okulda insülin uygulaması ile ilgili yaşadıkları zorlukları ve buldukları çözüm yollarını paylaşmaları istenir. Ev ortamı dışında insülin uygulama ile ilgili negatif algılarının yok olması konusunda grup üyeleri desteklenir, insülin uygulamanın çevre tarafından negatif algılandığını düşünen bireylerin bu durumdan duydukları rahatsızlığı paylaşmaları istenir ve bu algının değişmesi konusunda hasta desteklenir.
- **Sembolleştirme Kapasitesi:** Verilen bilginin artması akılda kodlanmasını kolaylaştırır, eğitim sunumu içinde görsellere yer verilerek zihinsel süreçleri etkilemek hedeflenir.
- **Öngörü Kapasitesi:** Doğru insülin uygulamaları ile diğer çocuklar gibi normal hayatını sürdürebileceğini öğrenen çocuk kan şekeri konusunda daha duyarlı olabilir, yanlış uygulamalarda başına gelebilecek sıkıntıları öngörebilir.
- **Dolaylı Öğrenme Kapasitesi:** Çocuğun diğer çocukların davranışlarından etkilenecek doğru bir bakış açısı geliştirebilmesi hedeflenmektedir. Diğer çocukları enjeksiyon yaparken izler ve gördüklerinden bir şeyler öğrenebilir, ayrıca çocukların insülin uygulama ile ilgili yaşadıkları zorlukları ve buldukları çözüm yollarını grup üyeleri hep birlikte konuşur ve bu deneyimler üzerinden dolaylı olarak öğrenme sağlanabilir.

- **Öz Düzenleme:** Çocuk eğitim sonrası insülin enjeksiyonu için doğru tekniği öğrenebilir ve kendine göre bir plan yapabilir, örneğin insülin uygulama rotasyon bölgelerini kendisi üzerinde belirleyebilir ve kendi planını oluşturabilir.
- **Öz Yeterlilik Kapasitesi:** Çocuğun diyabette doğru insülin uygulamasının etkinliğine inanması öz yeterliliğinin yüksek olmasına bağlıdır. Öz yeterliliği yüksek olan çocuk enjeksiyon uygulamasında kendisine güvenerek daha başarılı olabilir.

2. EĞİTİM: SAĞLIKLI BESLENME

Sosyal Bilişsel Öğrenme Süreçlerinin Eğitimde Kullanımı

- **Dikkat Etme:** Beslenmenin kan şekeri üzerindeki önemi anlatılır. Örnek olarak getirilen besin malzemelerinin karbonhidrat değerleri söylenir.
- **Hatırda Tutma:** Akıllarında şemalaştırmalarını kolaylaştırmak için sunumlarda dikkatlerini çekecek görseller kullanılır, görseller üzerinde gereken açıklamalar yapılır. Getirilen yeme içme malzemeleri ile örnek menü hazırlanır.
- **Davranışı Meydana Getirme:** Konu anlatımından sonra çocuklardan örnek menüler (ana öğün, ara öğün) hazırlamaları istenir. Besin etiketleri hesaplamaları yaptırılır.
- **Güdülenme Süreci:** Doğru beslenmenin hastalığının kontrolü üzerinde etkisini öğrenen çocuk doğru beslenme konusunda güdülenebilir.

Öğrenmeyi Sağlayan İlkelerin Eğitimde Kullanımı

- **Dolaylı Pekiştirme:** Doğru bir örnek menü hazırlayan çocuklara pozitif geri bildirimde bulunulur ve bu davranışın diğer çocuklar içinde örnek olması hedeflenir.
- **Dolaylı Ceza:** Yanlış bir beslenme ile komplikasyonlar yaşayabileceğini ve hastaneye yatabileceğini bilen çocuk daha dikkatli davranış sergileyebilir.
- **Dolaylı Güdülenme:** Dolaylı pekiştirmeyi algılayan çocuk doğru davranış konusunda güdülenebilir.
- **Dolaylı Duygu:** Doğru bir örnek menü hazırlayan çocuklara pozitif geri bildirimde bulunulur, doğru menü hazırlayabilen çocuklar geri bildirimle başarı duygusunu hisseder ve bu

şekilde diğer çocuklarda da doğru uygulama yapma konusunda dolaylı bir duygu oluşturulabilir.

- **Model Özellikleri:** Doğru beslenen kişilerin kan glikoz düzeyleri normal aralıkta seyreder.

Sosyal Bilişsel Kuramın İlkelerinin Eğitimde Kullanımı

- **Karşılıklı Belirleyicilik:** Çocuk içinde yaşadığı çevreden, insanlardan etkilenir. Beslenme konusunda içinde yaşadığı aile ve toplum çok önemlidir. Karşılaşabileceği gıdalardan ne kadar ve nasıl yemesi gerektiğini bilen bir hasta kan şekeri kontrolü konusunda sıkıntı yaşamayabilir.
- **Sembolleştirme Kapasitesi:** Verilen bilginin artması akılda kodlanmasını kolaylaştırır, eğitim sunumu içinde görsellere yer verilerek zihinsel süreçleri etkilemek hedeflenmektedir.
- **Öngörü Kapasitesi:** Çocuklar doğru bir beslenme ile kan şekerini kontrol altında tutabileceğini öğrenebilir, karbonhidrat sayım yöntemini öğrenen hasta şekerinin ortalama ne kadar yükselebileceğini tahmin edebilir ve buna göre ihtiyacı olan insülin dozunu hesaplayabilir. Bu durumda kan şekeri kontrolü konusunda öngörü oluşturabilir.
- **Dolaylı Öğrenme Kapasitesi:** Başkalarının davranışlarından etkilenerek doğru bir bakış açısı geliştirebilmek hedeflenmektedir. Çocuklara karbonhidrat sayımı ile ilgili örnekler anlatılır ve daha sonra çocuklardan kendi karbonhidrat insülin oranlarını ve insülin duyarlılık faktörlerini bulmaları istenir.
- **Öz Düzenleme:** Beslenme ve kan şekeri kontrolü konusunda bilgisi artan çocuk yedikleri konusunda daha dikkatli davranır ve gereken durumlarda ek doz insülin hesaplamalarını yapabilir.
- **Öz Yeterlilik Kapasitesi:** Öz yeterliliği yüksek olan çocuk beslenme konusunda daha bilinçli davranabilir.

3. EĞİTİM: EGZERSİZ

Sosyal Bilişsel Öğrenme Süreçlerinin Eğitimde Kullanımı

- **Dikkat Etme:** Egzersiz ve diyabet arasındaki ilişki, egzersizin kan şekeri üzerindeki etkisi anlatılır, çocuklara devamlı egzersiz yapıp yapmadıkları sorulur. Spor ile uğraşan çocuklardan deneyimlerini anlatmaları istenir.

- **Hatırda Tutma:** Akıllarında şemalaştırmalarını kolaylaştırmak için sunumlarda dikkatlerini çekecek görseller kullanılır, görseller üzerinde gereken açıklamalar yapılır. Tip 1 diyabetli sporcu bir çocuk deneyimlerini paylaşır.
- **Davranışı Meydana Getirme:** Düzenli egzersizin hastalık üzerinde olumlu etkilerinin anlatılması ve bu hastalıkla birlikte diğer çocuklar gibi spor yapabileceklerini bilmeleri, davranışı oluşturmada tetikleyici olabilir. Gerekli önlemleri aldığında istediği tüm egzersizleri yapabileceğini öğrenen çocuk uygun ortam olduğunda davranışı gösterebilir.
- **Güdülenme Süreci:** Kendi yaş grubunda, Tip 1 diyabet hastası bir çocuğun sporcu olabilmesi çocukta spor yapma konusunda güdülenme sağlayabilir.

Öğrenmeyi Sağlayan İlkelerin Eğitimde Kullanımı

- **Dolaylı Pekiştirme:** Egzersizsin faydalarını bilme, egzersiz yapabileceğini bilme ve bunu kendisi gibi diyabetli bir çocuğun başarabildiğini görmesi spor yapma konusunda pekiştirme sağlayabilir.
- **Dolaylı Ceza:** Egzersiz öncesi, sırası ve sonrasında yapması gerekenleri yapmayan kişiler çeşitli sebeplerle rahatsızlanacaklarını ve bazen hastaneye yatmalarını gerektiren müdahalelere maruz kalacaklarını öğrenir. Bu durumu yaşamamak için dikkat etmesi gereken konulara özen gösterebilirler.
- **Dolaylı Güdülenme:** Dolaylı pekiştirmeyi algılayan çocuk doğru davranış konusunda güdülenebilir.
- **Dolaylı Duygu:** Kendileri gibi diyabetli bir bireyin sporcu olması ve onun başarılı oluşu çocuklarda bende yapabilirim, buna engelim yok duygusu oluşturabilir.
- **Model Özellikleri:** Çocuklarla aynı yaş grubunda, onlar gibi Tip 1 diyabet hastası, sporcu bir çocuk örnek olarak gösterilebilir veya Tip 1 diyabetli profesyonel sporcular tanıtılabilir.

Sosyal Bilişsel Kuramın İlkelerinin Eğitimde Kullanımı

- **Karşılıklı Belirleyicilik:** Çevre, birey ve davranış devamlı etkileşim içindedir. Çocuğun yaşadığı ortam, zaman geçirdiği insanlar egzersiz konusunda çocuğun davranışlarını etkileyebilir. Örneğin, çevrede bisiklet

sürebileceği bir ortam olması ve çocuğun bisikletle gezen arkadaşlarının olması onu da bisiklet sürme konusunda tetikleyebilir. Grup içerisinde çocukların birbirlerine yaptıkları egzersizleri anlatmaları ve karşılaştıkları olumlu, olumsuz deneyimlerini paylaşmaları istenir.

- **Sembolleştirme Kapasitesi:** Verilen bilginin artması akılda kodlanmasını kolaylaştırır, eğitim sunumu içinde görsellere yer verilerek zihinsel süreçleri etkilemek hedeflenmektedir.
- **Öngörü Kapasitesi:** Çocuklar egzersiz ile ilgili önlemleri aldığında gelişebilecek riskleri en aza indirebilirler. Egzersiz sırasında kan şekerinin düşebileceğini öngörebilir ve böyle bir durumla karşılaştığında müdahale için hazırlıklı olabilirler.
- **Dolaylı Öğrenme Kapasitesi:** Başkalarının davranışlarından etkilenecek doğru bir bakış açısı geliştirebilmek hedeflenmektedir. Sporcu egzersiz öncesi neler yaptığını, ne gibi önlemler aldığını anlatır, bunu duyan çocuk kendisinin de egzersiz öncesi dikkat etmesi gerekenleri dolaylı olarak öğrenebilir.
- **Öz Düzenleme:** Çocuk kendi egzersiz yapacağı saatleri belirleyebilir, öncesi hazırlıklarını kendisi yapabilir, egzersiz sırasında bir sıkıntı olursa kullanabileceği malzemeleri hazır bulunduracak şekilde bir planlama yapabilir.
- **Öz Yeterlilik Kapasitesi:** Öz yeterliliği yüksek çocuk egzersizin hastalığın iyi yönetimine sağladığı desteği anlar, gerekli önlemleri alarak, sıkıntı yaşamadan istediği sporu yapabilir.

SONUÇ

Diyabet eğitiminde, hemşirelik uygulamalarının sistematize edilmesinde, kuram/modellerden yararlanılması hem çocukların öğrenmesini kolaylaştıracak hem de hemşirelerin daha etkin bir eğitim vermesine olanak sağlayacaktır. Hemşire, karar verme ve kritik düşünmede kuramsal bilgiyi rehber olarak kullandığında mesleki gücünü artırabilir. Kuram/modeller eğitim ve bakımda kullanıldığında hızlı ve etkin çözüm getirici yaklaşım sağlayarak hemşirelik uygulamalarının kalitesini artırabilir.

KAYNAKLAR

1. American Diabetes Association (ADA). Introduction: standards of medical care in diabetes-2018. Diabetes Care 2018;41(Suppl. 1),1-2.

2. Türk Diyabet Vakfı. Diyabet 2020 vizyon ve hedefler. http://www.nefroloji.org.tr/folders/file/Turkiye_de_Diyabet_Profil.pdf.
3. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas 2015. (<http://www.diabetesatlas.org/key-messages.html>, https://kids.idf.org/downloads/Kids-advocacy-leaflet_2015-update1911.pdf) erişim tarihi; 02/02/2018.
4. Holman N, Young B, Gadsby R. Current prevalence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in the UK. *DiabetMed* 2015;32: 1119-20.
5. Maahs DM, West NA, Lawrence JM. Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinol MetabClin North Am* 2010;39: 481–97.
6. Diamond Project Group. Incidence and trends of childhood type 1 diabetes world wide 1990-1999. *Diabet Med* 2006;23: 857–66.
7. Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet Derneği Diyabet Çalışma Grubu. Okullarda diyabet eğitimi programı 2010. <http://okuldadiyabet.com/uploads/content/5cef96932c43d-1559205523.pdf> Erişim: 16 Eylül 2020.
8. You WP, Henneberg M. Type 1 diabetes prevalence increasing globally and regionally: the role of natural selection and life expectancy at birth. *BMJ open DiabResCare* 2016;4(1):161.
9. Amsberg S, et al. A cognitive behavior therapy-based intervention among poorly controlled adult type 1 diabetes patients—A randomized controlled trial. *Patient Educ. Couns.* 2009;77(1): 72-80.
10. Mendoza, JA et al. Food insecurity is associated with high risk glycemic control and higher health care utilization among youth and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* 2018;138, 128-137. doi: 10.1016/j.diabres.2018.01.035.
11. Hilliard ME, et al. Screening and support for emotional burdens of youth with type 1 diabetes: Strategies for diabetes care providers. *Pediatric Diabetes* 2018;19(3), 534–543. <https://doi.org/10.1111/pedi.12575>.
12. Pierce JS, et al. Type 1 diabetes in very young children: A model of parent and child influences on management and outcomes. *Pediatric Diabetes* 2017;18(1), 17–25. <https://doi.org/10.1111/pedi.12351>.
13. Lawton J, et al. Challenges of optimizing glycaemic control in children with Type 1 diabetes: A qualitative study of parents' experiences and views. *Diabetic Medicine*;2015, 32(8), 1.
14. Lindström C, et al. “Mission impossible”; the mothering of a child with type 1 diabetes— from the perspective of mother experiencing burnout. *Journal of Pediatric Nursing* 2017;36, 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.06.002>
15. Golay A, et al. Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes/Metabolism Research And Reviews* 2008;24: 192–196.
16. Bandura A. Self-Efficacy and Health. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.). *International Encyclopedia of The Social and Behavioral Sciences* 2001;20:13815- 13820.
17. Weng J, et al. T1D China Study Group, Incidence of type 1 diabetes in China, 2010-13: population based study. *BMJ* 2018;360:j5295. doi:10.1136/bmj.j5295.
18. Cousino M, Hazen R. Parenting Stress Among Care givers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *Journal Of Pediatric Psychology* 2013;38(8), 809828.
19. Türkiye Diyabet Vakfı. Ulusal Diyabet Konsensus Grubu. Diyabet Tanı ve Tedavi Rehberi 2018;14-60. https://www.turkdiab.org/admin/PICS/files/Diyabet_Tani_ve_Tedavi_Rehberi_2018.pdf Erişim: 16 Eylül 2020.
20. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grupları. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu 2014. http://www.ktu.edu.tr/dosyalar/17_02_15_2b178.pdf.
21. Çavuşoğlu H. Çocuk Sağlığı Hemşireliği, 9. Baskı. Ankara, Sistem Ofset Basımevi, 2011; 148-174.
22. Yiğit R, Esenay FI. Çocuklarda Endokrin Sistem Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. İçinde: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz Bal H, Bolışık B (editörler). *Pediatric Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi;2013. Sf:486- 503.
23. Özel HG. Tip 1 Diabetes Mellitus ve Beslenme. *Mised* 2010;23: 20-26. http://e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/mised/mised_may10/5.pdf. 14 Mart 2018.
24. Türkiye Endokrinoloji Ve Metabolizma Derneği (TEMĐ). Diabetes mellitus çalışma ve eğitim grupları. Diabetes mellitus ve komplikasyonlarının tanı, tedavi ve izlem klavuzu 2018. http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/2018tbl_kilavuz6c373c6010.pdf Erişim: 18 Eylül 2020.
25. Pihoker C, et al. The delivery of ambulatory diabetes care to children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes* 2014;15(20): 86–101.
26. Abolfotouh MA, et al. Quality of life and glycemic control in adolescents with type 1 diabetes and the impact of an education

- intervention. International Journal of General Medicine, 2011;4: 141-152.
27. Erdoğan S. Diyabet Eğitimi ve Danışmanlık. İçinde: Erdoğan S (editör). Diyabet Hemşireliği Temel Bilgiler. İstanbul, Yüce Reklam Dağıtım;2002. Sf:163-82.
 28. International Society For Pediatric And Adolescent Diabetes (ISPAD). ISPAD Consensus Guidelines for the Management of Type 1 Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. <https://www.ispad.org/page/Guidelines2018Chapter2> Erişim: 18 Eylül 2020.
 29. Silverstein J. Care of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes, Diabetes Care, 2005;28(1);186-212.
 30. T.C. Resmi Gazete (2011) Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. 19 Nisan 2011. Sayı: 27910. Başbakanlık Basımevi. Ankara. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> 01.04.2018.
 31. Bandura A. Human agency in social Cognitive theory. American Psychologist 1989; 44(9):1175-84.
 32. Demirbaş M, Yağbasan R. Fen bilgisi öğretiminde sosyal öğrenme teorisine dayalı öğretim etkinliklerinin, öğrencilerin bilimsel tutumlarına olan etkisinin incelenmesi. Milli Eğitim Dergisi 2006;170: 320-38.
 33. Çuhadar C, Yücel M. Yabancı dil öğretmeni adaylarının bilgi ve iletişim teknolojilerinin öğretim amaçlı kullanımına yönelik öz yeterlik algıları. PauJournal of Education 2010;27: 199-210.
 34. Bayrakçı M. Sosyal öğrenme kuramı ve eğitimde uygulanması. SUJEF 2007;14: 198-209.
 35. Bandura A. Guide for constructing Self-Efficacy Scales. İn: Pajares F, Urdan T (eds). Self-Efficacy Beliefs of Adolescents, 5th. Greenwich, CT, Information Age Publishing, 2006:307-37.



Case Report / Olgu Sunumu

A Rare Case in Family Medicine: Acetamiprid Poisoning

Aile Hekimliğinde Nadir Görülen Bir Olgu: Acetamiprid Zehirlenmesi

Meryem Çakır^{*1}, Deniz Almak¹, Kurtuluş Öngel¹

ABSTRACT

Neonicotinoids are a new insecticide group; It is widely used especially for crop protection. In family medicine practices, poisoning due to insecticides such as acetamiprid may rarely be encountered. It is important to recognize acetamiprid poisoning, whose symptoms can be confused with many diseases, by primary care physicians. With this case report, it is aimed to present the clinical approach to a 40-year-old male patient who developed clinical symptoms after exposure to 20% acetamiprid via skin and inhalation.

Key words: Family medicine, acetamiprid, toxicity.

ÖZET

Neonikotinoidler, yeni bir insektisid grubu olup, özellikle mahsullerin korunmasında yaygın olarak kullanılmaktadır. Aile Hekimliği uygulamalarında, acetamiprid gibi insektisitlere bağlı zehirlenmeler ile nadiren de olsa karşılaşılabilir. Semptomları, pek çok hastalık ile karışabilen acetamiprid zehirlenmesinin birinci basamak hekimlerince tanınabilmesi önemlidir. Bu vaka takdimi ile, %20 acetamipride deri ve inhalasyon yolu ile maruziyet sonrası, klinik semptom gelişen 40 yaşında bir erkek hastaya klinik yaklaşımın sunulması amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, acetamiprid, toksisite.

Received / Geliş tarihi: 27.10.2020, Accepted / Kabul tarihi: 15.02.2021

¹ İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir-TÜRKİYE.

*Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Meryem Çakır, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir-TÜRKİYE.

E-mail: obgndrmeryem@hotmail.com

Çakır M, Almak D, Öngel K. Aile Hekimliğinde Nadir Görülen Bir Olgu: Acetamiprid Zehirlenmesi. TJFMPC, 2021;15(2): 414-417.

DOI: 10.21763/tjfm.816913

GİRİŞ

Yeni bir insektisit grubu olan neonikotinoidler, mahsul koruma ve pire kontrolü gibi nedenler ile oldukça yaygın kullanılmaktadırlar¹. İnsektisitler, nikotinic asetilkolin reseptörlerinde agonist olarak hareket eder ve böceklerde felç ve ölüme neden olurlar^{1,2}. Böceklerdeki reseptörler için yüksek özgüllüğe sahip olan neonikotinoidler, bu özellikleri sayesinde böceklere karşı seçici toksisite gösterirler ve memeliler üzerinde zararlı etki oluşturma ihtimalleri düşüktür. Bu nedenle, son yıllardaki en popüler böcek öldürücü ajanlar haline gelmişlerdir^{1,3}. Neonikotinoid sınıfında imidakloprid, acetamiprid, klothianidin, thiakloprid, dinotefuran, nitenpiram ve thiamethoxam olmak üzere toplamda yedi üye mevcuttur⁴. Acetamiprid, nikotinic asetilkolin reseptörleri ile reaksiyona giren bir nikotinic agonisttir⁵. Bu reseptörler, beyin, omurilik, ganglionlar ve kas kavşaklarındaki tüm nöronların postsinaptik dendritlerinde bulunmaktadırlar⁵.

Acetamiprid maruziyeti sonrası insanlarda klinik bulgu ya da zehirlenme oldukça nadir görülmektedir^{4,5}. Neonikotinoid zehirlenmelerinin mortalite oranları, diğer insektisit zehirlenmelerine göre çok daha düşüktür. Fakat, yine de maruziyetleri sonrası şiddetli zehirlenme ve hatta ölümler rapor edilmektedir^{4,5}. Tüm hastalar ve rahatsızlıklar için ilk temas noktası olan birinci basamak hekimlerinin, klinikte karşılaşılabilecekleri düşünüldüğünden, insektisit zehirlenmelerini tanıyabilmesi, tedavi edebilmesi ve gerektiğinde sevk edebilmesi oldukça önemlidir.

Bu vaka takdimi ile, %20 acetamipride deri ve inhalasyon yolu ile maruziyet sonrası klinik semptom gelişen ve Aile Hekimliği polikliniğimize başvuran, 40 yaşında bir erkek hastaya klinik yaklaşımımızın sunulması amaçlanmıştır.

VAKA

40 yaşında erkek hasta Aile Hekimliği polikliniğine, bulantı, kusma, disfaji, güçsüzlük, terleme, iştahsızlık ve ara, ara baş dönmesi şikayetleri ile başvurmuştur. Hasta başvurusunda, 7 gün önce acil servise bulantı şikayeti ile başvurduğunu ve hiyosin-N-butil bromür ampül ve ranitidin ampül tedavisi aldığını belirtmiştir. Hastanın bilinen kronik hastalığı bulunmamaktadır. Özgeçmişinde, 5 yıl önce mide kanaması öyküsü mevcut olup, 50 mg pinaveryum tablet ve 15 mg lansoprazol tableti sürekli kullanmaktadır. Hastanın, Aile Hekimliği polikliniğine ilk başvurusu olup, pek çok şikayeti aynı anda dile getirmesi nedeni ile, aile hekimlerinin çok sık karşılaştığı ayrışmamış hasta ve organize olmamış rahatsızlık özelliklerini taşımaktadır. Hastanın anamnezi detaylandırıldığında;

mesleğinin çiftçilik olduğu, 7 gün önce tarlasında %20 acetamiprid içeren suda çözünen toz formunda bir insektisitle ilaçlama işlemi yaptığı ve deri ve inhalasyon yolu ile ilaca maruz kaldığı öğrenilmiştir.

Yapılan fizik muayenede, inspeksiyonda diyaferez ve ağız kuruluğu olduğu görülmüştür. Batında, epigastrium bölgesinde abdominal ağrı ve hassasiyet olduğu saptanmıştır. Hastanın ajitasyonu olduğu gözlenmiştir. Üst ekstremitte ekstansör yüzde ve alt ekstremitte proksimalinde kas güçsüzlüğü olduğunu belirtmiş, fakat nörolojik ve kas iskelet sistemi muayeneleri normal bulunmuştur. Hastanın diğer sistem muayeneleri normalve ateşi 37 °C olarak ölçülmüştür. Her ne kadar acetamiprid maruziyeti nedeni ile semptomların oluşması daha mümkün görünse de, hastanın geçmeyen epigastrik şikayetleri olduğundan, öncelikle acil durumlar göz önünde bulundurulmuştur. Nadir bir prezentasyon alanı olsa epigastriumda ağrıya neden olabilen akut koroner sendrom dışlanmak istenmiştir ve hastanın daha önce mide kanaması geçirdiği göz önüne alınarak kanamasının tekrarlamış olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca hastanın, güçsüzlük, terleme, iştahsızlık gibi şikayetleri olması nedeni ile viral üst solunum yolu enfeksiyonu veya atipik idrar yolu enfeksiyonu geçiriyor olabileceği de düşünülmüştür.

Tüm ayırıcı tanılar göz önüne alınarak, hastadan hemogram, biyokimya, elektrokardiyogram ve tam idrar tetkikleri istenmiştir. Laboratuvar sonuçlarında, eosinofil ve lenfosit artışı saptanmış ve diğer tetkik sonuçları normal olarak değerlendirilmiştir. Hastadan, gastroenteroloji ve klinik farmakoloji konsültasyonları istenmiştir. Hastanın gastroenterolojik değerlendirmesi sonucunda mide kanaması öyküsü de göz önünde bulundurulurken, endoskopi planlanıp, proton pompa inhibitörü kullanımına devam etmesi önerilmiştir. Klinik farmakoloji değerlendirilmesinde, acetamiprid maruziyetine bağlı toksisite verisinin literatürde az olması, maruziyet üzerinden 7 gün geçmiş olması nedeniyle, ilacın/metabolitin sistemik düzeyinin daha da azalmış olabileceği, fakat acetamipridin immun sisteme potansiyel zararı olabileceği ve mevcut eozinofili ve lenfositoz tablosunun bu şekilde açıklanabileceği belirtilmiştir⁶. Hastanın anamnezi, klinik bulguları ve laboratuvar sonuçları göz önüne alınarak, hastada acetamiprid maruziyetine bağlı hafif toksisite geliştiği düşünülmüştür.

Acetamipridin antidotu mevcut değildir. Toksikitesinde, tekrarlayan kontaminasyonları önlemek, semptomları gidermek, gerekli durumlarda solunumsal ve hemodinamik destek

vermek gibi destekleyici tedaviler önerilmektedir⁶. Mevcut durumda, hastaya bulantı şikayeti devam ettiği için metaklopramid tablet önerilmiştir. Yine pinaveryum ve lansoprazol tedavilerine devam etmesi, istirahat etmesi ve bol sıvı tüketmesi önerilmiştir. 1 hafta sonra kontrol muayenesinde, hastanın semptomlarının gerilediği görülmüş ve hasta ile tekrarlayan acetamiprid kontaminasyonunu önleme konusunda detaylı olarak konuşularak, tekrar ilaçlama işlemi yapacağı zaman daha sıkı güvenlik önlemi alması konusunda tavsiyede bulunulmuştur

TARTIŞMA

Bir neonikotinoid olan acetamiprid, Ege bölgesinde zeytin, üzüm gibi gıda ürünlerinin ilaçlaması esnasında oldukça sık kullanılmaktadır. Bu vaka sunumunda, acetamiprid maruziyeti sonrası klinik şikayetleri gelişen 40 yaşında bir hastaya klinik yaklaşım sunulmuştur. 7 gün önce, bulantı şikayeti ile acil servise başvuran ve verilen tedavi ile semptomları gerilemeyen hasta Aile Hekimliği polikliniğine başvurmuştur. Hasta ile kurulan iletişim ve alınan detaylı anamnez sayesinde, acetamiprid maruziyeti sonrası semptomların başladığı anlaşılmıştır. Hastanın alınan anamnezi, yapılan fizik muayenesi, istenen klinik ve laboratuvar tetkikleri ile gastroenteroloji ve klinik farmakoloji konsültasyonları sonucunda, hastada acetamiprid toksisitesi geliştiği düşünülmüştür.

Memelilerde, şimdiye kadar acetamipride bağlı kronik toksisite veya biyoaktivasyon bildirilmemiştir^{4,6}. Bunun sebebi, hastaların insektisit maruziyetlerini doktorları ile paylaşmamaları ve klinisyenlerin insektisit maruziyetini sorgulayan detaylı anamnez almamaları olduğu düşünülmektedir. Sunulan vakada da 7 gün önce hasta acil servise başvurduğunda, ilaçlama işlemi yaptığından bahsetmemiş ve acil servis hekimi insektisit zehirlenmesini sorgulamamıştır. Acetamiprid maruziyeti sonucu oluşan kliniğin, pek çok hastalık ve zehirlenme ile benzer olmasının da klinisyenler tarafından sorgulanmasına engel olabileceği düşünülebilmektedir. Birinci basamak hekimi ise, Aile hekimliğinin 6 çekirdek yeterliliğinden biri olan özgün problem çözme becerisi ile, ayrışmamış hastalıklara yaklaşım konusunda donanımlı olduğundan, acil ve ciddi durumları dışladıktan sonra; bekleme, gözden geçirme, tedaviden taniya gitme gibi seçenekleri kullanarak, hastası ile aldığı ortak kararlar doğrultusunda hareket etmektedir⁷. Birinci basamakta anamnez ve fizik muayenenin karmaşık tanı yöntemlerinden daha değerli olduğu unutulmamalıdır.

Literatürde, suisidal acetamiprid maruziyeti olan bazı vaka raporları mevcuttur^{4,8}.

Aceramiprid zehirlenmesinde, semptomlar kısmen akut organofosfat intoksikasyonuna benzemektedir⁹. Suisidal amaçlı yüksek doz maruziyetlerde, taşikardi, hipotansiyon, nöbet geçirme ve komaya varan klinik prezentasyon görülebilirken, tesadüfi ve hafif zehirlenmelerde genelde bulantı, kusma, diyaferez gibi daha hafif klinik seyir bildirilmiştir^{4,6,9}. Bizim hastamızda, tarla ilaçlaması sırasında kasıtlı olmayan acetamiprid maruziyeti söz konusuydu ve bulantı, kusma, diyaferez ve kas güçsüzlüğü şikayetleri ön plandaydı. Hastada ayırıcı tanı olarak akut koroner sendrom, mide kanaması, viral enfeksiyonlar, atipik idrar yolu enfeksiyonu düşünülse de, hastanın kliniği şiddetli olmayan acetamiprid intoksikasyonu ile daha çok uyumlu olduğu görülmüştür.

Neonikotinoidler, böceklerdeki reseptörlere daha duyarlı olmakla birlikte, nadiren de olsa insanlarda postsinaptik (ağırlıklı olarak alfa 4 ve beta 2) nikotinic asetilkolin reseptörleri aracılığıyla toksik etki oluşturmaktadır^{1,5}. Neonikotinoidlere bağlı ağır zehirlenmelerin nikotinic over stimülasyon ile meydana gelebileceği bildirilmektedir^{4,9}. Neonikotinoidlere bağlı zehirlenmelerin antidotu bulunmamaktadır ve destekleyici tedaviler önerilmektedir^{6,9}. Bu nedenle astamıza destekleyici tedavi amaçlı metaklopramid tablet kullanması, istirahat etmesi ve bol sıvı tüketmesi önerilmiştir. Ayrıca, acetamiprid kontaminasyonuna tekrar maruz kalmaması için uyarılarda bulunulmuştur.

SONUÇ

Aile Hekimliği uygulamalarında, acetamiprid gibi insektisitlere bağlı zehirlenmeler ile karşılaşılabilir¹⁰. Bu tür rahatsızlıklarda, tanı koyabilmek için öncelikle şüphe duyulması ve hastalardan detaylı anamnez alınması gerekmektedir. Aile Hekimliği uygulamasında, hastanın semptomları kadar yaşam koşulları, çevre ile ilişkisi, aile yapısı, sağlık inanç ve tutumları gibi psikososyal etmenlerin de çok önemli olduğu bilinmekte ve hastalara biyopsikososyal olarak yaklaşılması önerilmektedir¹¹. Kişi merkezli bakım ilkesini, klinik pratikte kullanan Aile Hekimleri, hastalarının yalnızca mevcut patolojileri ile değil, kişi özelinde ve onun yaşadığı ortamda oluşan sorunlarıyla da ilgilenmesi gerektiği düşünülmektedir.

REFERANSLAR

1. Tomizawa M, Casida JE. Neonicotinoid insecticide toxicology: mechanisms of selective action. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* 2005;45:247-68.

2. Nauen R, Denholm I. Resistance of insectpests to neonicotinoid insecticides: current status and future prospects. *Arch Insect Biochem Physiol* 2005;58:200–15.
3. Elbert A, Haas M, Springer B, Thielert W, Nauen R. Applied aspects of neonicotinoid uses in crop protection. *Pest Manag Sci* 2008;64:1099–105.
4. Lin PC, Lin HJ, Liao YY, Guo HR, Chen KT. Acute Poisoning with Neonicotinoid Insecticides: A Case Report and Literature Review. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology* 2013;112:282–6.
5. Kimura-Kuroda, J, Komuta Y, Kuroda Y, Hayashi M, Kawano H. Nicotine-Like Effects of the Neonicotinoid Insecticides Acetamiprid and Imidacloprid on Cerebellar Neurons from Neonatal Rats. *PLoS ONE* 2012;7(2):e32432.
6. Harada KH, Tanaka K, Sakamoto H, Imanaka M, Niisoe T, Hitomi, T et al. Biological Monitoring of Human Exposure to Neonicotinoids Using Urine Samples, and Neonicotinoid Excretion Kinetics. *PLOS ONE* 2016;11(1):e0146335.
7. Allen J. *The European Definition of General Practice / Family Medicine*, Wonca Europe, Barcelona, 2005.
8. Imamura T, Yanagawa Y, Nishikawa K, Matsumoto N, Sakamoto T. Two cases of acute poisoning with acetamiprid in humans. *Clin Toxicol (Phila)*. 2010 Oct;48(8):851-3.
9. Yang Y, Ma S, Liu F, Wang Q, Wang X, Hou C. Acute and chronic toxicity of acetamiprid, carbaryl, cypermethrin and deltamethrin to *Apis mellifera* larvae reared in vitro. *Pest Manag Sci*. 2020 Mar;76(3):978-85.
10. Fidancı İ, Öztürk O. Asitresin kullanımına bağlı hipertrigliseridemi olgusu. *Smyrna Tıp Dergisi* 2018;8(3):44-6.
11. Ateş E, Set T. Biyopsikosozyal Yaklaşım. *Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics*. 2017;8(2):93-5.

Correction Table

Vol	Number	Page number	Error	Correction
15	1	56	Çevik A, Alan S. The Relationship Between Oxytocin Level and Postpartum Depression. TJFMPC, 2021;15(1): 56-62.	Kaya Şenol D, Polat F, Doğan M. Gynecological Cancer Awareness: Reproductive Age and Postmenopausal Women.. TJFMPC, 2021;15(1): 56-62.
15	1	85	Akbas M, Celikkanat S, Surucu Gokyıldız S. Identification of Distress Levels in Pregnant Women: A Descriptive and Cross-Sectional Study. TJFMPC, 2021;15(1): 85-92	İnel Manav A,Atik D, Çoşkun E,Bozkurt A. Mindful Attention Awareness, Coping Attitudes and Personal Well-Being of the Olders in COVID-19 Pandemic.. TJFMPC, 2021;15(1): 85-92.