

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Destçe'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION



TEMMUZ | JULY
AĞUSTOS | AUGUST
2024 | 2024
CİLT 33 | VOLUME 33
SAYI 4 | ISSUE 4

4



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Füsün Sayek, Dr.

Şükrü Hatun, Prof. Dr.

Editör/ Editor

Orhan Odabaşı, Prof. Dr.

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Aylin Sena Beliner, Dr. (MSc, PhD)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Alican Bahadır, Uzm. Dr.

Alpaslan Türkkın, Prof. Dr.

Alper Büyükkakuş, Dr.

Ayşegül Ateş Tarla, Uzm. Dr.

Burcu Tokuş, Prof. Dr.

Emrah Kırımlı, Uzm. Dr.

Güzide Elitez, Dr.

İlkem Duman Kıymık, Uzm Dr.

Mehmet Şerif Demir, Dr.

Murat Erkan, Uzm. Dr.

Münevver Kaynak Türkmen, Prof. Dr.

Onur Naci Karahancı, Dr. Öğr. Üyesi

Pınar Okyay, Prof. Dr.

Rana Savlu, Dr.

Bilimsel Danışma Kurulu / Scientific Advisory Board

Adile Öñiz Özgören, Prof. Dr.

Alis Özçakır, Prof. Dr.

Alp Ergör, Prof. Dr.

Alper İskit, Prof. Dr.

Arif Onan, Doç. Dr.

Bahar Gökler, Prof. Dr.

Berna Arda , Prof. Dr.

Cem Terzi , Prof. Dr.

Çetin Turgan , Prof. Dr.

Deniz Çalışkan , Prof. Dr.

Dilek Aslan , Prof. Dr.

Erdal Akalın , Prof. Dr.

Fatih Şua Tapar, Dr.

Figen Şahin , Prof. Dr.

Hakan Şen, Dr.

Hülya Çakmur, Prof. Dr.

Hüsniye Çalışır, Prof. Dr.

İrem Yıldız, Dr. Öğr. Üyesi

İskender Sayek, Prof. Dr.

Mehmet Özen, Doç. Dr.

Mehmet Raşit Tükel, Prof. Dr.

Mehmet Zencir, Prof. Dr.

Mustafa Güler, Av.

Mustafa Sülkü, Dr.

Murat Akova, Prof. Dr.

Muzaffer Eskiocak, Prof. Dr.

Müge Demir, Dr. Öğr. Üyesi

Nalan Çelebi, Prof. Dr.

Naki Bulut, Uzm. Dr.

Nüket Örnek Büken, Prof. Dr.

Orhan Yılmaz, Prof. Dr.

Özen Aşut, Prof. Dr.

Özden Şener, Prof. Dr.

Özlem Sarıkaya, Prof. Dr.

Remzi Karşı, Dr. Öğr. Üyesi

S. Songül Yalçın, Prof. Dr.

Semih Başkan, Prof. Dr.

Serdar Kula, Prof. Dr.

Serhat Ünal, Prof. Dr.

Sibel Sakarya, Prof. Dr.

Sinan Adıyaman, Prof. Dr.

Süleyman Ayhan Çalışkan, Doç. Dr.

Şevkat Bahar Özvarış, Prof. Dr.

Şükrü Hatun, Prof. Dr.

Ufuk Beyazova, Prof. Dr.

Yeşim Gökçe Kutsal, Prof. Dr.

Yeşim Uncu, Prof. Dr.

Yılmaz Yıldız, Doç. Dr.

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Alpay Azap, Prof. Dr.

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Mert S. Kaplan

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database. İvasdam nonera nostium te publina, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius

İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok.
No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara

Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx)

Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53

Web: <http://www.ttb.org.tr/STED/>

E-posta: sted@ttb.org.tr

Merhaba,

Neslihan Yılmaz Sezer ve arkadaşları “**Gebe Kadınların Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutumları, Cinsel Yaşamdan Memnuniyetleri ve Cinsel Yaşam Kaliteleri**” isimli çalışmalarında, gebelik sırasında cinselliğe yönelik tutumlar ile cinsel yaşam kalitesi ve cinsel yaşamdan memnuniyetin artması arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişler. Yazarlar, hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının doğum öncesi dönemde gebelerin cinselliğe ilişkin tutumlarını değerlendirerek, cinsel yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırmaya yönelik olumlu bakış açılarını geliştirecek müdahalelerde bulunmalarını önermektedirler.

Merlinda Aluş Tokat ve arkadaşları “**Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Yaşama Durumuna Kültürel Duyarlılık ve Farklılıkların Etkisi**” isimli çalışmalarında kültürlerarası duyarlılık ile PMS arasında ilişki bulunmuş, kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri ve şişkinliğin şiddeti artmıştır. Yazarlar bu nedenle kültürel etkileşim ortamı olan üniversitelerdeki öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörlerin PMS yönetiminde göz önünde bulundurulmasının gerekliliğini vurgulamaktadırlar.

Ahmet Şahin “**Sağlık Çalışanlarının Hepatit B, Hepatit C ve HIV/AIDS Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Analizi: Kesitsel Bir Klinik Çalışma**” isimli çalışmasında sağlık çalışanlarının HBV, HCV ve HIV hakkındaki bilgi düzeylerinin periyodik olarak hizmet içi eğitimler düzenlenerek artırılması gerektiğini belirtmektedir. Yazar, bu eğitimlerin, enfeksiyon kontrolünün sağlanmasına da katkı sunacağını ileri sürülmektedir.

Befrin Cin ve Fadime Bayrı Bingöl “**Doğum Sonrası Algılanan Sosyal Desteğin Travmatik Stres ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkisi**” isimli çalışmalarında yazarlar sağlık çalışanlarının, kadınların doğum sonrası sosyal desteğinin artırılmasını desteklemesini ve ruh sağlığı açısından riskli kadınların daha sık izlenmesini önermektedirler.

Zeynep Kılıç ve arkadaşları “**Bir Grup Yaşlı Bireyin COVID-19 Pandemisi Sürecindeki Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi**” isimli çalışmalarında yaşlıların uyku kalitesinin iyileştirilmesi gerektiği, SF-36'nın alt boyutlarından aldıkları puanların 70 yaş üstü katılımcılarda, kadınlarda, ilköğretim eğitimine sahip olanlarda ve kronik hastalığı bulunanlarda daha düşük saptandığı tespitile; bu grup yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması için müdahalelere gereksinim duyulduğunu belirlemişlerdir.

Semra Eyi ve arkadaşları “**Üniversite Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi**” isimli çalışmalarında farkındalığın artırılmasının meme kanseri taramasına ilişkin sağlık inançlarını artırabileceği saptanmış. Öğrencilerin sağlık inançlarının ikamet edilen coğrafi bölge, öğrenim görülen fakülte, ailede kanser öyküsü, meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma, kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı, yapma ve yapmama nedenleri gibi değişkenlere bağlı olduğu sonucuna varılmış. Yazarlar, meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi farkındalığı konusunda yoğun ve kapsamlı bir eğitime gereksinim olduğunu eğitim programına demografik değişkenlerin ve bireysel deneyim özelliklerinin eklenmesini önermektedirler.

Nurten Elkin ve Ayşe Mücella Soydan “**Halk Sağlığı Perspektifinden Çocuklarda Teknoloji Bağımlılığı ve Ekran Maruziyeti**” isimli çalışmalarında yazarlar, teknoloji cihazlarının yaşamımızı birçok alanda kolaylaştırıyor olmalarına karşın yanlış ve/veya aşırı kullanımları ile birlikte de birçok olumsuzluklara neden olabildiklerini belirtiyorlar. Literatür çalışmaları incelendiğinde; erken çocukluk döneminde ekrana aşırı maruz kalmanın, pek çok gelişimsel ve davranışsal sağlık riski oluşturduğu görülmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarının ekran kullanım süresinin artmasıyla birlikte normal gelişim özelliklerinden sapmalar olduğu ve gelişimsel tarama testlerinde performans düşüşü olduğu gözlenmektedir. Çalışmada çocuklarda ekran maruziyetinin etkilerini ve önemini vurgulamak; son yıllarda sayıları gittikçe artan ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan teknoloji bağımlılığının önlenmesi ve erken müdahale programlarının geliştirilmesi, ailelerin bilinçlendirilmesi ve bu konulardaki farkındalıklarının artırılması açısından önemli olacağı ileri sürülmektedir.

Ahmet Turla ve Berna Aydın “**Hasta – Hekim İlişikisine Hukuksal Bir Bakış**” isimli çalışmalarında yazarlar Türk Hukukunda bugün için hekimlerin yetkilerini ve sorumluluklarını düzenleyen özel bir yasal düzenlemenin olmadığını belirtmektedirler. Özel hukuk ya da ticaret hukukunda yer alan maddelerin hiçbirisi hasta-hekim ilişkisini tam olarak karşılamamaktadır. Yargıtay hasta-hekim ilişkisini genellikle “vekalet ilişkisi” olarak nitelendirmektedir. Her zaman “vekalet ilişkisi” niteliğinde olmayan bu ilişki, birçok faktöre göre de değişiklik gösterebilmektedir. Hekimlik uygulamaları vekalet ilişkisi dışında, “vekaletsiz iş görme”, “eser sözleşmesi” veya “haksız fiil” kapsamına da girebilmektedir. Bu çalışmada; hasta-hekim, hasta-hastane ilişkisine hukuksal yorumlar ışığında bakılarak, hekimlerin mesleki uygulamalarının güncel hukuki metinlerde nasıl görüldüğü anlatılmaktadır.

Bilimsel ve dostça kalın.

Araştırma / Research

- Attitude Towards Sexuality During Pregnancy, Sexual Satisfaction and Sexual Quality of Life of Pregnant Women 243
Gebe Kadınların Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutumları, Cinsel Yaşamdan Memnuniyetleri ve Cinsel Yaşam Kaliteleri
Neslihan Yılmaz Sezer, Menekşe Nazlı Aker, İlknur Münevver Gönenç
- Hemşirelik Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Yaşama Durumuna Kültürel Duyarlılık ve Farklılıkların Etkisi 253
The Effect of Cultural Sensitivity and Differences on Premenstrual Syndrome in Nursing Students
Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk, Efsun Derin, Cansu Demirdağ Durgaç, Sıla Göksoy
- Analysis of Health Care Professionals' Knowledge, Attitudes and Behaviours about Hepatitis B, Hepatitis C and HIV/AIDS: A Cross-sectional Clinical Study 263
Sağlık Çalışanlarının Hepatit B, Hepatit C ve HIV/AIDS Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Analizi: Kesitsel Bir Klinik Çalışma
Ahmet Şahin
- Doğum Sonrası Algılanan Sosyal Desteğin Travmatik Stres ve Depresyon Düzeyi Üzerindeki Etkisi 271
The Effect of Postpartum Perceived Social Support on Traumatic Stress and Depression Level
Befrin Cin, Fadime Bayrı Bingöl
- Bir Grup Yaşlı Bireyin COVID-19 Pandemisi Sürecindeki Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 282
Evaluation of Sleep and Quality of Life of a Group of Elderly Individuals During the COVID-19 Pandemic Period
Zeynep Kılıç, Nazan Bedir, Meltem Pınar Karabel, Elif Köse, Neşe Aşıcı, Hasan Çetin Ekerbiçer, Gülgün Durat
- Investigation of Beliefs and Practices of University Students Regarding Breast Self-Examination 290
Üniversite Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi
Semra Eyi, Aylin Can, Melike Pehlivan

Derleme / Review Article

- Halk Sağlığı Perspektifinden Çocuklarda Teknoloji Bağımlılığı ve Ekran Maruziyeti 307
Technology Addiction and Screen Exposure in Children from a Public Health Perspective
Nurten Elkin, Ayşe Mücella Soydan
- Hasta – Hekim İlişkinine Hukuksal Bir Bakış 316
A Legal Perspective on the Patient-Physician Relationship
Ahmet Turla, Berna Aydın

Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Fotoğraf:
Dr. İsmail Ertin
"Mazide Kalan"

STED
Fotoğraf Yarışması
albümünden

Attitude Towards Sexuality During Pregnancy, Sexual Satisfaction and Sexual Quality of Life of Pregnant Women

Gebe Kadınların Gebelikte Cinselliğe Yönelik Tutumları, Cinsel Yaşamdan Memnuniyetleri ve Cinsel Yaşam Kaliteleri



Neslihan Yılmaz Sezer¹, Menekşe Nazlı Aker², İlnur Münewer Gönenç³

DOI: 10.17942/sted.1348504

Geliş/Received: 23.08.2023
Kabul/Accepted: 06.12.2024

Abstract

Objective: The aim of this study is to evaluate the impact of attitudes towards sexuality during pregnancy and satisfaction with sexual life on sexual quality of life.

Method: The sample of this descriptive study consisted of 489 pregnant women. Data collection tools included a "personal information form", "the Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy (ASTsDP)", "the Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQLQ-F)", and "the Visual Analog Scale (VAS)".

Results: Participants' mean score was 122.96±20.12 on the "ASTsDP", 69.77±17.02 on the SQLQ-F, and 5.78±2.48 on the VAS sexual satisfaction. The attitude of 72.8% of the participants toward sexuality during pregnancy was positive. A weak, significant positive, and correlation was found between "ASTsDP", "Anxiety", and "Beliefs and Values" scores and SQLQ-F and VAS sexual satisfaction scores ($p<0.001$). It was observed that marital duration, number of pregnancies, number of living children, experience of miscarriage, continuing sexual activity during pregnancy, VAS sexual satisfaction score, Beliefs and Values, and Approval were significant predictors of pregnant women's sexual quality of life scores ($p<0.05$).

Conclusions: The findings of this study demonstrated a positive correlation between attitudes towards sexuality during pregnancy and the enhancement of sexual life quality and sexual satisfaction. Therefore, it is recommended that nurses and other healthcare professionals assess pregnant women's attitudes towards sexuality during the antenatal period and implement interventions to cultivate positive attitudes, ultimately aiming to improve the quality of sexual life and sexual satisfaction.

Keywords: pregnancy, sexuality; attitude; satisfaction

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı gebelikte cinselliğe yönelik tutum ve cinsel yaşamdan memnuniyetin cinsel yaşam kalitesi üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu araştırma 489 gebe kadın ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri kişisel bilgi formu, Gebelikte Cinselliğe Karşı Tutum Ölçeği (GCKTÖ), Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYK-K) ve Görsel Analog Ölçeği (VAS) ile toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların ortalama puanı GCKTÖ için 122,96±20,12, CYK-K için 69,77±17,02 ve VAS cinsel memnuniyet için 5,78±2,48 olarak saptandı. Katılımcıların %72,8'inin gebelikte cinselliğe yönelik tutumu olumlu olduğu belirlendi. GCKTÖ, Kaygı, İnanç ve Değerler puanları ile CYK-K ve VAS cinsel memnuniyet puanları arasında zayıf, anlamlı, pozitif ve doğrusal bir korelasyon bulundu ($p<,001$). Katılımcıların evlilik süresi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, düşük deneyimi, gebelik döneminde cinsel aktiviteyi sürdürme durumu, VAS cinsel memnuniyet skoru, İnanç ve Değerler, Onaylama faktörlerinin gebelerin cinsel yaşam kalitesi puanları üzerinde anlamlı yordayıcıları olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmanın bulguları, gebelik sırasında cinselliğe yönelik tutumlar ile cinsel yaşam kalitesi ve cinsel yaşamdan memnuniyetin artması arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermiştir. Bu nedenle hemşirelerin ve sağlık çalışanlarının doğum öncesi dönemde gebelerin cinselliğe ilişkin tutumlarını değerlendirerek, cinsel yaşam kalitesini ve memnuniyetini artırmaya yönelik olumlu bakış açılarını geliştirecek müdahalelerde bulunmaları önerilmektedir.

Anahtar Sözcükler: gebelik, cinsellik, tutum, memnuniyet

¹ Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Orcid no: 0000-0003-4612-7034)

² Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Orcid no: 0000-0002-7087-9220)

³ Doç. Dr., Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Orcid no: 0000-0001-6834-1010)

Introduction

Pregnancy is a transformative period that brings about significant changes in sexual life. Many scientific studies have consistently shown the adverse influence of pregnancy on sexual functions (1-3), resulting in a reduction in the frequency of sexual intercourse (4-6). The literature on the sexual quality of life in pregnant women is limited, but the consistent findings from available studies indicate a decrease in sexual satisfaction during pregnancy (7-9). The reported changes in sexual functions and sexual quality of life during pregnancy are linked to a decrease in sexual satisfaction (1,10-11). Notably, Staruch et al. found that nearly half of the pregnant women in their study experienced decreased sexual satisfaction compared to the pre-pregnancy period (12). A comparable study indicates that only 13% of women conveyed being entirely satisfied with their sexual life during pregnancy, while 25% expressed feelings of dissatisfaction (2).

Beliefs and attitudes towards sexuality during pregnancy play a significant role in shaping the changes experienced in sexual life, alongside the anatomical, physiological, and spiritual transformations encountered by women. Attitude refers to an individual's readiness to exhibit a positive or negative response towards objects and symbols, and it is recognized as a determinant influencing one's behavior (13,14). A less positive attitude towards sexuality during pregnancy can influence the couple's decision regarding engaging in sexual intercourse during this period (15). Attitudes regarding sexuality during pregnancy frequently involve apprehensions about potential harm to the pregnancy, primarily grounded in the belief that vaginal intercourse may lead to unfavorable obstetric complications or endanger the well-being of the fetus or the pregnant partner (16). While couples may choose to postpone sexual activity due to concerns about potential harm to the baby, they also face the dilemma of maintaining a healthy marital relationship that necessitates a fulfilling sexual life (17). In reality, for most couples without specific medical conditions, sexual activities, including vaginal penetration, do not pose significant risks to the pregnancy (18).

Understanding the attitudes towards sexuality during pregnancy and their impact on sexual life can provide valuable insights for the provision of sexual counseling services during this period. The objective of this study is to evaluate the impact of attitudes towards sexuality during pregnancy and satisfaction with sexual life on sexual quality of life.

Materials And Methods

Research Type

The current research was of descriptive type.

Sample and Recruitment

The population of this study consisted of pregnant women who applied to the obstetrics and gynecology clinic at a university hospital. The sample consisted of eligible volunteers who visited the clinic between April and September 2021. The inclusion criteria for the sample were as follows: being literate, not having any restrictions on sexual intercourse, being a volunteer, being over the age of 18, and having no history of psychiatric disorders. During the specified period, a total of 15,473 pregnant women presented to the clinic. The sample size for the study was determined using the Raosoft Sample Size Calculator, an online tool (<http://www.raosoft.com/samplesize.html>). Based on a statistical power of 97% and a margin of error of 0.05, the minimum required sample size was calculated as 458 individuals. Taking into account potential data loss, a total of 550 pregnant women were invited to the study. Of these, 22 did not meet the inclusion criteria, 21 declined to participate, and 18 pregnant women did not complete the data collection forms adequately. In the end, the study included a total of 489 pregnant women.

Data Collection

Measurements

The data collection instruments utilized in this study consisted of a descriptive form, the Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy, the Sexual Quality of Life Questionnaire-Female, and the Visual Analog Scale (VAS).

The Descriptive Form: This form consists of questions about descriptive characteristics (such as age, family type, economic status), pregnancy characteristics (such as the number of

pregnancies, the status of pregnancy planning), and sexuality during pregnancy (such as getting information about sexuality and continuing sexual activity).

The Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy (AStSdP): "AStSdP" was developed by Yılmaz Sezer and Şentürk Erenel to determine the attitudes sexuality during pregnancy. The scale consists of three sub-dimensions and 34 items. It is a five-point Likert-type scale. High scores on the total "AStSdP" indicate that the attitudes toward sexuality during pregnancy are positive. The attitudes of people with a total "AStSdP" score of ≥ 111.5 are interpreted as positive. The Cronbach's alpha value was found to be 0.90 in the original study and 0.92 in this study (19).

The Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQLQ-F): "SQLQ-F" developed by Symonds et al., is a Likert-type scale consisting of 18 items. The possible scores on the scale range from 18 to 108. A higher score indicates a better quality of sexual life (20). The Turkish validity and reliability study of the scale was conducted by Tuğut and Gölbaşı in 2010. The Cronbach's alpha value for the Turkish version was found to be 0.83 and 0.86 in this study (21).

The Visual Analog Scale (VAS): VAS is a measurement tool employed to assess pain, emotional states, and other subjective experiences, as well as to gauge satisfaction. It consists of a 10 cm long scale, with the left end labeled as "no satisfaction at all" and the right end labeled as "the highest possible satisfaction". In this study, the level of sexual satisfaction during pregnancy was determined by recording the value indicated by pregnant women on the scale.

Data Analysis

Data analysis employed SPSS 20.0 software. The normality of the data set was tested via descriptive statistics. This method uses skewness and kurtosis values obtained from the data set to analyze normality. In the study, skewness and kurtosis values were determined to range between ± 2 , which showed the evidence that the data set had normal distribution (22). Therefore, parametric tests were utilized to answer the first and second sub-research

questions. Along with descriptive statistics in the analyses, independent samples t-test was used to compare two independent groups, and Pearson correlation analysis was utilized to compare two quantitative data. Multiple regression analysis was applied to determine the factors affecting the SQLQ-F scores. The statistical significance level was considered as $p < 0.05$.

Ethical Consideration

The research was conducted following the approval of the Ankara University Ethics Committee of (Approval Date: 30.10.2020, Approval Number: 16/226). All pregnant women participating in the study were provided with detailed information regarding the aim of the research, the procedures involved, and the confidentiality of their data. It was emphasized that participation was voluntary and that they had the right to withdraw from the study at any time without any negative consequences. Written informed consent was obtained from all participants who willingly agreed to take part in the study. No conflicts of interest were present in the research.

Results

The mean age of the participants was 27.8 ± 4.8 years, and the mean duration of marriage was 5.1 ± 4.1 years, 39.1% of the participants had a university or above graduates, 84.0% lived in a nuclear family, the longest place of residence of 70.1% was a province. 75.3% did not work in an income-generating job, and 63.6% had a medium income level. 44.6% of the participants had a second pregnancy and 43.0% had a living child. The mean number of participants' pregnancies was 2.0 ± 1.1 , and the mean number of living children was 0.9 ± 0.8 . Moreover, 78.9% of the participants had a planned pregnancy, 68.9% reported that they continued sexual activity during pregnancy (Table 1).

The mean "AStSdP" score was 122.96 ± 20.12 . The mean score on the total SQLQ-F was 69.77 ± 17.02 , and the mean VAS sexual satisfaction score was 5.78 ± 2.48 (Table 2). 72.8% of the participants had a positive attitude toward sexuality during pregnancy. SQLQ-F and VAS sexual satisfaction scores of pregnant women with negative attitudes

Table 1. Distribution of descriptive and obstetric characteristics of pregnant women (n=489).

Variables	Mean±SD
Age	27.8±4.8
Duration of marriage	5.1±4.1
	n (%)
Education status	
Elementary school	25 (5.1)
Middle school	82 (16.8)
High school	191 (39.1)
University and above	191 (39.1)
Family type	
Core	411 (84.0)
Extended	78 (16.0)
Paid employment	
Yes	121 (24.7)
No	368 (75.3)
Monthly income	
Low	112 (22.9)
Medium	311 (63.6)
High	66 (13.5)
	Mean±SD
Number of pregnancies	2.0±1.1
Number of living children	0.9±0.8
	n (%)
Status of planning the pregnancy	
Planned	386 (78.9)
Unplanned	75 (15.3)
Unwanted	28 (5.7)

Experience of miscarriage	
Yes	100 (20.4)
No	389 (79.6)
Continuing sexual activity during pregnancy	
Yes	337 (68.9)
No	152 (31.1)

towards sexuality during pregnancy were lower than those with positive attitudes ($p<0.001$) (Table 3). The ASTsDP, SQLQ-F, and VAS sexual satisfaction scores of pregnant women who received information about sexuality during pregnancy were higher than those who did not ($p<0.005$) (Table 4).

It was determined that there was a weak, significant positive, and linear correlation between the mean "ASTsDP", "Anxiety", and "Beliefs and Values" scores and the mean SQLQ-F and VAS sexual satisfaction scores ($p<0.001$) (Table 5).

To determine whether the level of sexual satisfaction during pregnancy and attitudes toward sexuality during pregnancy have an effect on pregnant women's SQLQ-F scores, multiple linear regression analysis was conducted. The established model was found to be significant, indicating that the variables included in the model collectively serve as statistically significant predictors of pregnant women's SQLQ-F scores ($R=0.422$, $R^2=0.178$, $F=5.065$, $p<0.001$). These variables together explained 17.8% of the variance in pregnant women's SQLQ-F scores. Upon examining the significance of regression coefficients and their order of importance, it was observed that marital duration ($\beta=0.158$),

Table 2. Scale scores of pregnant women (n=489).

	Min	Max	Mean	Std. Deviation
ASTsDP	46	164	122.96	20.12
Anxiety	9	45	32.90	7.34
Beliefs and Values	12	50	41.46	7.02
Approval	16	72	48.61	9.56
SQLQ-F	16	100	69.77	17.02
VAS sexual satisfaction score	0	10	5.78	2.48

Abbreviations: ASTsDP, The Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy; Anxiety, Anxiety about Sexual Intercourse during Pregnancy; Beliefs and Values, Dysfunctional Beliefs and Values about Sexuality during Pregnancy; Approval, Approving Sexuality during Pregnancy; SQLQ-F, Sexual Quality of Life Questionnaire-Female; VAS, Visual Analog Scale

Table 3. SQLQ-F and VAS sexual satisfaction scores according to participants' getting information about sexuality during pregnancy (n=489).

		SQLQ-F	VAS sexual satisfaction score
Variables	n (%)	Mean±SD	Mean±SD
Attitude towards sexuality during pregnancy (according to AStSdP)			
Negative	133 (27.2)	62.85±16.21	4.81±2.53
Positive	356 (72.8)	72.35±16.61	6.15±2.37
Analysist		t=-5.437 p<0.001*	t=-5.666 p<0.001*

Abbreviations: AStSdP, The Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy; SQLQ-F, Sexual Quality of Life Questionnaire-Female; VAS, Visual Analog Scale †Independent t Test; *p<0.001

Table 4. AStSdP, SQLQ-F and VAS sexual satisfaction scores according to participants' sexual attitudes (n=489).

		AStSdP	SQLQ-F	VAS sexual satisfaction score
Variables	n (%)	Mean±SD	Mean±SD	Mean±SD
Getting information about sexuality during pregnancy				
Yes	247 (50.5)	126.71±20.29	71.79±16.54	6.17±2.44
No	242 (49.5)	119.13±19.24	67.70±17.29	5.38±2.47
Analysist		t=4.240 p<0.001*	t=2.674 p=0.008	t=3.557 p<0.001*

Abbreviations: AStSdP, The Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy; SQLQ-F, Sexual Quality of Life Questionnaire-Female; VAS, Visual Analog Scale †Independent t Test; *p<0.001

Table 5. The correlations between participant's scores on the AStSdP, SQLQ-F, VAS sexual satisfaction scores

	AStSdP	Anxiety	Beliefs and Values	Approval	SQLQ-F	VAS sexual satisfaction score
AStSdP	1	.859**	.841**	.826**	.205**	.351**
Anxiety		1	.728**	.505**	.230**	.305**
Beliefs and Values			1	.477**	.270**	.273**
Approval				1	.056	.305**
SQLQ-F					1	.245**
VAS sexual satisfaction score						1

Abbreviations: AStSdP, The Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy; Anxiety, Anxiety about Sexual Intercourse during Pregnancy; Beliefs and Values, Dysfunctional Beliefs and Values about Sexuality during Pregnancy; Approval, Approving Sexuality during Pregnancy; SQLQ-F, Sexual Quality of Life Questionnaire-Female; VAS, Visual Analog Scale

**p<0.001 (Pearson correlation analyses).

number of pregnancies ($\beta=0.241$), number of living children ($\beta=-0.211$), experience of miscarriage ($\beta=-0.131$), continuing sexual activity during pregnancy ($\beta=-0.137$), VAS sexual satisfaction score ($\beta=0.227$), Beliefs and

Values ($\beta=0.210$), and Approval ($\beta=-0.102$) were significant predictors of pregnant women's SQLQ-F scores ($p<0.05$). However, no significant contributions of other variables were found in the established model ($p>0.05$) (Table 6)

Table 6. Factors Affecting Sexual Quality of Life: Multiple Linear Regression							
Variables	Coefficients				p	95.0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	β	t		Lower Bound	Upper Bound
(Constant)	39.063	8.067		4.842	<.001	23.211	54.916
Age	-.357	.207	-.101	-1.724	.085	-.764	.050
Duration of marriage	.656	.291	.158	2.256	.025	.085	1.228
Education status							
Elementary School (1)	-1.020	3.665	-.013	-.278	.781	-8.223	6.183
Middle school (2)	.224	2.391	.005	.094	.925	-4.473	4.922
High school (3)	.814	1.821	.023	.447	.655	-2.764	4.391
Family type	1.657	2.037	.036	.814	.416	-2.346	5.661
Paid employment	1.084	1.808	.028	.600	.549	-2.469	4.636
Monthly income							
Low (1)	2.752	2.580	.068	1.067	.287	-2.317	7.822
Medium (2)	3.522	2.254	.100	1.563	.119	-.906	7.951
Number of pregnancies	3.744	1.598	.241	2.343	.020	.604	6.884
Number of living children	-4.380	1.859	-.211	-2.357	.019	-8.033	-.728
Status of planning the pregnancy							
Planned (1)	2.410	3.192	.058	.755	.451	-3.863	8.683
Unplanned (2)	4.092	3.577	.087	1.144	.253	-2.938	11.122
Experience of miscarriage	-5.503	2.388	-.131	-2.305	.022	-10.195	-.811
Continuing sexual activity during pregnancy	-5.041	1.760	-.137	-2.864	.004	-8.500	-1.583
Getting information about sexuality during pregnancy	1.813	1.508	.053	1.202	.230	-1.150	4.777
VAS sexual satisfaction score	1.554	.320	.227	4.850	<.001	.924	2.184
Anxiety	.261	.153	.113	1.702	.089	-.040	.562
Beliefs and Values	.510	.155	.210	3.293	.001	.206	.814
Approval	-.182	.093	-.102	-1.954	.050	-.366	.001
R=0.422, R ² =0.178, A. R ² =.143; F=5.065 p<0.001; Durbin-Watson=1.576							
Abbreviations: Anxiety, Anxiety about Sexual Intercourse during Pregnancy; Beliefs and Values, Dysfunctional Beliefs and Values about Sexuality during Pregnancy; Approval, Approving Sexuality during Pregnancy; VAS, Visual Analog Scale							

Discussion

This study investigated effects of pregnant women's attitudes toward sexuality on their sexual quality of life and sexual satisfaction during pregnancy were examined.

The mean score on the ASStDp for the

participants was found to be 122.96 ± 20.12 , indicating that the majority of pregnant women (7 out of 10) held a positive attitude toward sexuality during pregnancy. This finding aligns with the study by Igbana et al., where a significant proportion of women (83%) exhibited

a positive attitude toward sexual behaviors during pregnancy (23). Similar findings were also reported by Anzaku et al., indicating that many individuals hold positive attitudes toward sexuality during pregnancy (24). However, negative attitudes toward sexual intercourse during pregnancy are also prevalent, often associated with negative beliefs (15). Cultural beliefs and unfounded fears regarding potential risks such as preterm delivery, miscarriage, infection, bleeding, or harm to the fetus contribute to these negative attitudes (15,25). Attitudes toward sexual intercourse during pregnancy have a significant influence on sexual behaviors (25). Consequently, it is crucial for nurses and other healthcare professionals to assist couples in maintaining positive attitudes toward sexual activity during pregnancy and provide appropriate interventions for pregnant women who hold negative attitudes.

The participants' mean score on the SQLQ-F was found to be 69.77 ± 17.02 . In a previous study conducted with 300 pregnant women in our country, Çavuş and Beyazıt reported mean scores on the SQLQ-F as 55.5 (44.4-80.0) in the first trimester, 64.4 (52.2-88.8) in the second trimester, and 64.9 (57.7-92.2) in the third trimester (8). Similarly, Kısa et al. and Alan Dikmen et al. found the median score on the SQLQ-F to be 35.5 (9,26). Furthermore, a study conducted in Iran indicated a significant decline in sexual quality of life during pregnancy (7). These findings collectively suggest that scores on the quality of sexual life during pregnancy are generally low. In light of these findings, it is crucial for nurses and healthcare practitioners to evaluate the sexual quality of life of pregnant women throughout their entire pregnancy duration and offer requisite interventions. By addressing the specific needs and concerns of pregnant women regarding their sexual well-being, healthcare providers can contribute to improving their overall sexual quality of life.

The mean sexual satisfaction score of the participants in the study was found to be 5.78 ± 2.48 . Previous research has consistently associated pregnancy with decreased sexual satisfaction. For instance, Pauleta et al. reported that approximately one out of every three pregnant women experienced a decline in sexual

satisfaction compared to the pre-pregnancy period (27). Similarly, Staruch et al. found that 54% of pregnant women reported reduced sexual satisfaction when compared to their pre-pregnancy levels (12). In another study conducted by Ilska et al. involving 68 women with low-risk pregnancies and 63 women with high-risk pregnancies, it was determined that approximately a quarter of women in both groups experienced low sexual satisfaction (11). These findings highlight the importance of evaluating factors that influence sexual satisfaction during pregnancy and providing counseling services to enhance satisfaction levels. By identifying and addressing the factors that contribute to decreased sexual satisfaction during pregnancy, healthcare professionals can offer valuable support and guidance to pregnant women. Providing comprehensive and personalized counseling services can help promote a positive and fulfilling sexual experience during this unique period of a woman's life.

The pregnant women who had received information about sexuality during pregnancy had more positive attitudes towards sexuality during pregnancy and that their sexual life quality and satisfaction were higher than those of women who had not. In the literature, it is stated that having knowledge about sexual life during pregnancy affects attitudes toward sexuality (25,28) and that individuals who receive information have a more positive attitude. Igbana et al. found that the level of knowledge that women had and their sources of information about sexual behaviors affected sexual behavior during pregnancy and that the correlation between them was significant (23). Also, Pakray et al. stated that sexual education and counseling given to pregnant women were effective in creating a positive attitude towards sexuality (29). Similarly, Avcıbay and Gökyıldız Sürücü showed that receiving sexual counseling was an effective predictor of the decrease in negative attitudes and beliefs towards sexuality during pregnancy (30). The knowledge of pregnant women about sexuality affects their attitudes and behaviors toward sexuality during pregnancy. To improve sexual health and solve problems in the early period, sexual health counseling should be considered an important component of prenatal care, and every pregnant woman should be given

information and counseling about sexuality, regardless of the existence of a problem.

In our study, it was found that marital duration, the number of pregnancies, and the number of living children influence pregnant women's sexual quality of life. Ahmadi et al. reported a significant correlation between participants' duration of marriage and their sexual satisfaction during pregnancy (31). Duration of marriage, the number of pregnancies, and the number of living children affect changes in sexual life during pregnancy.

Furthermore, in this study, it was found that the experience of miscarriage affects pregnant women's sexual quality of life. Tuğut et al. examined changes in sexual life among women with experience of miscarriage and other high-risk pregnancies. They determined that more than half of women diagnosed with high-risk pregnancies experienced negative changes in their sexual lives. Additionally, complaints such as sexual dissatisfaction, lack of sexual desire, and pain during sexual intercourse were observed in high-risk pregnancies (32). These results suggest that the presence of risk factors such as a history of miscarriage during pregnancy negatively affects sexuality, which in turn leads to a decline in sexual quality of life.

The participants' attitudes toward sexuality during pregnancy and sexual satisfaction have been found to significantly influence their sexual quality of life. Participants with a positive attitude toward sexuality during pregnancy had higher scores in terms of sexual quality of life and sexual satisfaction compared to those with a negative attitude. In addition the positive attitude towards sexuality during pregnancy increased, the quality of sexual life and sexual satisfaction increased, as well. No existing studies were found in the literature that specifically examined the effects of attitudes toward sexuality during pregnancy on sexual quality of life. However, limited research suggests that attitudes toward sexuality do impact sexual satisfaction. For instance, Jawed-Wessel et al. found that more positive attitudes about sexual intercourse during pregnancy were associated with higher levels of sexual satisfaction (33). Similarly, Cybulski et al. identified a positive relationship between attitudes toward sexuality and sexual satisfaction in women aged 60 and

above (34). It is postulated that maintaining a favorable attitude about sexuality during pregnancy plays a crucial role in promoting the persistence of sexual behaviors throughout the gestational period, which, in turn, leads to heightened levels of sexual satisfaction (33,35). Consequently, enhancing attitudes toward sexuality during pregnancy holds the potential to augment both sexual satisfaction and the overall quality of sexual life.

Conclusion

The present study revealed that the majority of participating pregnant women exhibited a positive attitude toward sexuality during pregnancy. This research provided evidence of the impact of attitudes toward sexuality during pregnancy on both sexual quality of life and sexual satisfaction. Notably, participants with positive attitudes displayed higher levels of sexual quality of life and sexual satisfaction compared to those with negative attitudes. Furthermore, an increase in positive attitude toward sexuality during pregnancy was associated with a concurrent improvement in the quality of sexual life and sexual satisfaction. These findings underscore the significance of incorporating sexuality as an integral component of antenatal care. It is postulated that healthcare professionals, particularly nurses, should assess the attitudes of pregnant women toward sexuality during the antenatal period and devise appropriate interventions aimed at fostering positive attitudes. Such interventions have the potential to positively influence the quality of sexual life and sexual satisfaction experienced by pregnant women.

Disclosure Statement

There was no conflict of interest.

Contact: Neslihan Yılmaz Sezer
E-Mail: nyilmaz@ankara.edu.tr

References

1. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *The journal of Sexual Medicine*. 2015;12(2):445-54.
2. Huras H, Ossowski P, Wójtowicz A, Reroń A, Jach R. The evaluation of pregnancy effect

- on a woman's sexual activity. *Ginekol Położ.* 2013;8:31-43.
3. Yeniel A, Petri E. Pregnancy, childbirth, and sexual function: Perceptions and facts. *International Urogynecology Journal.* 2014;25(1):5-14.
 4. Fok WY, Chan LY-S, Yuen PM. Sexual behavior and activity in Chinese pregnant women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica.* 2005;84(10):934-8.
 5. Gerda T, Josef H, Uwe L, Edgar P. Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology.* 2006;46(4):282-7.
 6. Yanikkerem E, Goker A, Ustgorul S, Karakus A. Evaluation of sexual functions and marital adjustment of pregnant women in Turkey. *International Journal of Impotence Research.* 2016;28(5):176-83.
 7. Aj N, Samiee RF, Kalhor M, Hasanpour K, Alipour M, Montazeri A. Sexual quality of life in pregnant women: A cross sectional study. *Payesh.* 2018;17(4):421-9.
 8. Çavuş E, Beyazıt F. Evaluation of factors affecting sexual activity and sexuality-related quality of life in different stages of pregnancy. *Istanbul Medical Journal.* 2019;20(3):234.
 9. Kisa S, Zeyneloğlu S, Yılmaz D, Güner T. Quality of sexual life and its effect on marital adjustment of Turkish women in pregnancy. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2014;40(4):309-22.
 10. Branecka-Woźniak D, Wójcik A, Błażejewska-Jaškowiak J, Kurzawa R. Sexual and life satisfaction of pregnant women. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020;17(16):5894.
 11. Ilska M, AEF HP-B, Ilski A, Cnota W. Sexual activity and sexual satisfaction of women in low-risk and high-risk pregnancy. *Gynecology and Obstetrics Medical Project.* 2018;2(48):9-16.
 12. Staruch M, Kucharczyk A, Zawadzka K, Wielgos M, Szymusik I. Sexual activity during pregnancy. *Neuroendocrinol Lett.* 2016;37(1):53-8.
 13. Çöllü EF, Öztürk YE. Beliefs-attitudes in organizations: Measuring methods of attitudes and application examples evaluation of these methods *Journal of Selçuk University Social Sciences Vocational School.* 2006;9(1-2):373-404.
 14. Mıdık Ö. Measurement and Assessment of Attitude. In: Balkan A, editor. *Measurement and Assessment in Medical Education.* Turkey: Türkiye Klinikleri; 2018. p.19-26.
 15. Tavares IM, Barros T, Rosen NO, Heiman JR, Nobre PJ. Is expectant couples' similarity in attitudes to sex during pregnancy linked to their sexual well-being? A dyadic study with response surface analysis. *The Journal of Sex Research.* 2022;59(2):160-72.
 16. Jawed-Wessel S, Herbenick D, Schick V, Fortenberry JD, Cattelona GA, Reece M. Development and validation of the maternal and partner sex during pregnancy scales. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2016;42(8):681-701.
 17. Arica SG, Alkan S, Bali S, Mansuroğlu YE, Özer C. The effect of pregnancy over sexual life. *Turkish Family Physician.* 2012;2(3):19-24.
 18. Jones C, Chan C, Farine D. Sex in pregnancy. *Cmaj.* 2011;183(7):815-8.
 19. Yılmaz Sezer N, Şentürk Erenel A. Development of an Attitude Scale toward Sexuality during Pregnancy. *J Sex Marital Ther.* 2021;47(5):492-507.
 20. Symonds T, Boolell M, Quirk F. Development of a questionnaire on sexual quality of life in women. *Journal of Sex & Marital Therapy.* 2005;31(5):385-97.
 21. Tuğut N, Gölbaşı Z. A validity and reliability study of Turkish version of the Sexual Quality of Life Questionnaire-Female. *Cumhuriyet Medical Journal.* 2010;32(2):172-80.
 22. George D, Mallery P. *SPSS for windows step by step: A simple guide and reference.* USA: Allyn & Bacon, Inc.; 2010.
 23. Igbana EA, Titiloye MA, Ajuwon AJ. Knowledge of benefits, attitude to, and sexual activities during pregnancy among women in a community in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Biomedical Research.* 2021;24(3):355-61.
 24. Anzaku A, Okoye F, Bulus A, Edet B. Frequency, perceptions and complications of sexual activity during pregnancy among a group of Nigerian women *Artigo em Inglês.* 2015;2(6):54-63.
 25. Navidian A, Rigi SN, Soltani P. Effects of group sexual counseling on the traditional perceptions and attitudes of Iranian pregnant women. *International Journal of Women's Health.* 2016;8:203.

26. Alan Dikmen H, Gönenç İ, Şanlı Y. Effects of progressive muscle relaxation exercises on sexual quality of life in women during pregnancy. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(3):452-60.
27. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *The Journal of Sexual Medicine*. 2010;7(1):136-42.
28. Riazı H, Banoo ZS, Moghim BA, Amini L. The effect of sexual health education on sexual function during pregnancy. *Payesh*. 2013;12(4):367-74.
29. Pakray A, Ahmadi A, Jahani Y, Ghazanfarpour M. Effect of educational counseling on knowledge and attitude of pregnant women towards sex during pregnancy. *Disease and Diagnosis*. 2020;9(2):52-8.
30. Avcıbay B, Gökyıldız Sürücü Ş. Examining predictive factors of the student midwives' attitudes and beliefs about sexuality during pregnancy within the framework of sexual counseling ESTUDAM *Public Health Journal*. 2021;6(2):93-104.
31. Ahmadi Z, Malekzadegan A, Hosseini AF. Sexual satisfaction and its related factors in primigravidas. *Iran Journal of Nursing*. 2011;24(71):54-62.
32. Tugut N, Golbasi Z, Bulbul T. Quality of sexual life and changes occurring in sexual life of women with high-risk pregnancy. *J Sex Marital Ther*. 2017;43(2):132-41.
33. Jawed-Wessel S, Santo J, Irwin J. Sexual activity and attitudes as predictors of sexual satisfaction during pregnancy: A multi-level model describing the sexuality of couples in the first 12 weeks. *Archives of Sexual Behavior*. 2019;48(3):843-54.
34. Cybulski M, Cybulski L, Krajewska-Kulak E, Orzechowska M, Cwalina U, Jasinski M. Sexual quality of life, sexual knowledge, and attitudes of older adults on the example of inhabitants over 60s of Bialystok, Poland. *Frontiers in Psychology*. 2018;9:483.
35. Soltani F, Azizi R, Sourinegad H, Shayan A, Mohammadi Y, Khodakarami B. Sexual knowledge and attitude as predictors of female sexual satisfaction. *Biomedical Research and Therapy*. 2017;4(12):1874-84.

Merlinda Aluş Tokat¹, Hülya Özberk², Efsun Derin³, Cansu Demirdağ Durgacı⁴, Sila Göksoy⁵

DOI: 10.17942/sted.1402042

Geliş/Received: 08.12.2023
Kabul/Accepted: 06.12.2024

Özet

Amaç: Bu araştırma hemşirelik lisans öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık ile premenstrual sendrom (PMS) arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Bu araştırma 01 Haziran- 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında bir hemşirelik fakültesinde kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır. Araştırmaya toplam 437 hemşirelik öğrencisi dahil edilmiştir. Araştırma verileri Tanımlayıcı Özellikler Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği, Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Kültürel Özellikler Değerlendirme Formu kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Öğrencilerin yaş ortalaması $20,8 \pm 1,6$ 'dır ve %30,4'ü 22-24 yaş aralığındadır. Öğrencilerin kendisinde PMS varlığı algısı %82,2 oranındadır. Öğrencilerin PMS'ye yönelik geleneksel yöntem kullanma durumu %47,6'dır. Öğrencilerden farklı kültürlerden insanlarla iletişime geçince mutlu olanlarda, farklı kültürden insanlarla iletişime geçmeye çekinmeyenlerde ve sadece kendi kültüründen insanlarla tanışmak istemeyenlerde kültürlerarası duyarlılık daha yüksek bulunmuştur. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılığı en yüksek olanlar şiddetli düzeyde PMS yaşayan öğrencilerdir. Üçüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından uyku değişiklikleri ve şişkinlik artmaktadır. Dördüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete ve iştah değişiklikleri artmaktadır. Öğrencilerin toplamı için kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete, depresif düşünceler ve uyku değişiklikleri artmaktadır.

Sonuç: Bu çalışmada kültürlerarası duyarlılık ile PMS arasında ilişki bulunmuş, kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri ve şişkinliğin şiddeti artmıştır. Bu nedenle kültürel etkileşim ortamı olan üniversitelerdeki öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörlerin PMS yönetiminde göz önünde bulundurulması önerilir.

Anahtar Sözcükler: hemşirelik; kültürlerarası duyarlılık; premenstrual sendrom

Abstract

Objective: This study was conducted to determine the relationship between intercultural sensitivity and premenstrual syndrome (PMS) in female undergraduate nursing students.

Methods: This study was conducted as a cross-sectional and descriptive study in a nursing faculty between June 1 and August 31, 2021. A total of 437 female nursing students were included in the study. The data were obtained using the Descriptive Characteristics Form, Scale for Premenstrual Syndrome, Intercultural Sensitivity Scale, and Cultural Characteristics Assessment Form.

Results: The mean age of the students was 20.8 ± 1.6 years and 30.4% were between 22-24 years old. The students' perception of the presence of PMS in themselves was 82.2%. Students' use of traditional methods for PMS was 47.6%. Intercultural sensitivity was found to be higher in students who were happy when communicating with people from different cultures, who did not hesitate to communicate with people from different cultures and who did not want to meet only people from their own culture. Among third and fourth year students, those with the highest intercultural sensitivity were those who experienced severe PMS. As intercultural sensitivity decreased in third year students, sleep changes and bloating increased among PMS symptoms. As intercultural sensitivity decreased in fourth year students, anxiety and appetite changes among PMS symptoms increased. For the students as a whole, as intercultural sensitivity decreased, PMS symptoms such as anxiety, depressive thoughts and sleep changes increased.

Conclusion: In this study, intercultural sensitivity was found to be associated with PMS, and the severity of PMS symptoms such as anxiety, depressive thoughts, appetite changes, sleep changes and bloating increased as intercultural sensitivity decreased. Therefore, it is recommended that the level of intercultural sensitivity and the factors affecting it should be taken into consideration in the management of PMS in female students in universities where there is an environment of cultural interaction.

Keywords: nursing; intercultural sensitivity; premenstrual syndrome

¹ Prof. Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-5899-0524)

² Dr. Öğr. Üyesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-0902-7037)

³ Arş. Gör., Kırklareli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Ana Bilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-7287-3164)

⁴ Uzm. Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-7260-8766)

⁵ Uzm. Hemşire, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-4040-8719)

Giriş

Premenstrual sendrom (PMS), menstrual döngünün luteal fazında ortaya çıkan, menstruasyonun başlamasıyla birlikte gerileyerek azalan; fiziksel, davranışsal ve psikolojik semptomların yaşandığı bir sağlık sorunudur. Ortalama her on kadından dördü PMS belirtilerine maruz kalmaktadır (1). Türkiye'deki üniversite öğrencilerinde PMS prevalansına bakıldığında ise sonuçların %36,4 ile %70,2 arasında değiştiği görülmektedir (2-4). Yüksek prevalans oranları beraberinde konsantrasyon kaybı, enerji eksikliği, iş ve okul performansında azalma, sosyal izolasyon, depresyon gibi fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal açıdan istenmedik etkilere sebep olarak yaşam kalitesini düşürmekte ve kadın sağlığı açısından sorun oluşturabilmektedir (5,6).

Çevresel, genetik faktörler ve yaşam tarzı faktörleri PMS görülmesine ve belirtilerine yönelik olumsuz bir etkiye sahip olabilmektedir (7,8). Bununla birlikte yeterince irdelenmeyen fakat PMS yaşamayı etkileyebilecek bir başka önemli etmen de kültürdür. Kültürle ilgili yapılan bir çalışmada içinde bulunulan popüler kültürdeki yaygın inanış ve etiketlemelerin kadınların PMS ile ilgili hissettiklerini etkilediği bulunmuştur (9). Kültürlerarası duyarlılık açısından bakıldığında Amerika kıtasının kuzeydoğu ve güneydoğusundaki kültürlerarası farklılıkların karşılaştırıldığı bir çalışmada reproduktif dönemin farklı aşamalarında olan kadınlara yönelik tutumlar incelenmiş ve Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) kuzeydoğusundakilerin premenstrual dönemdeki kadınlara karşı güneydoğusundaki Meksikalılardan daha negatif tutum bildirdiği ve PMS'li kadınları 'gergin', 'değişken' gibi daha olumsuz sıfatlarla değerlendirdikleri saptanmıştır (10).

Türkiye de kültürel çeşitliliğin olduğu çok kültürlü bir yapıdadır (11). Türkiye'de en çok konuşulan diller Türkçe, Kürtçe ve Arapça olmakla birlikte; din bakımından da Müslüman, Hristiyan, Yahudi gibi ayrımlar mevcuttur (12). Aynı zamanda son yıllarda düzenli göç açısından önde gelen ülkelerden biri haline gelmiş ve ülkedeki Suriyeli mültecilerin sayısı milyonları aşmıştır (13). Sonuçta yapılmış olan araştırmalarda da görüldüğü üzere kültürel farklılıklar ile PMS arasında bir ilişki bulunmaktadır. Bu doğrultuda kültürlerarası etkileşim ortamı olan üniversitelerde

eğitim gören öğrencilerin PMS yaşama durumlarında kültürlerarası duyarlılığın rolünü değerlendirmek önemli olabilmektedir.

Gereç ve Yöntemler

Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu araştırma hemşirelik lisans öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık ile PMS arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini 2020-2021 bahar döneminde hemşirelik fakültesindeki tüm öğrenciler (691 öğrenci) oluşturmuştur. Örnekleme, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 437 öğrenci dahil edilmiştir. Araştırmaya alınma kriterleri; hemşirelik fakültesi öğrencisi olma, araştırmaya katılmaya gönüllü olma ve düzenli (21-35 gün) menstrual döngüye sahip olmadır. Araştırma dışlama kriteri, araştırma verilerini tamamlamadan çalışmadan ayrılmadır. Araştırma 01 Haziran- 31 Ağustos 2021 tarihleri arasında yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmanın verileri; Tanımlayıcı Özellikler Formu, Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ), Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Kültürel Özellikler Değerlendirme Formu kullanılarak elde edilmiştir.

Tanımlayıcı Özellikler Formu: Tanımlayıcı özelliklerin (yaş, aile tipi vb.) belirlenmesi için oluşturulmuş üç tane açık uçlu, on tane kapalı uçlu olmak üzere on üç sorudan oluşmaktadır.

Premenstrual Sendrom Ölçeği (PMSÖ): Gençdoğan tarafından 2006 yılında geliştirilmiştir. Beşli likert tipindeki PMSÖ, 44 madde ve dokuz alt boyuttan (depresif duygulanım, anksiyete, yorgunluk, sinirlilik, depresif düşünceler, ağrı, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri, şişkinlik) oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 44, en yüksek puan 220'dir. Alt boyut skorları bu boyutlarda yer alan maddelerin toplanmasıyla elde edilmekte ve PMSÖ toplam puanı da alt boyut skorlarının toplamı ile bulunmaktadır. PMSÖ toplam puanı %50'den fazla olanlar PMS pozitif olarak sınıflandırılmaktadır. Yüksek PMSÖ puanı daha şiddetli premenstrual semptomları göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,75'dir (14). Bu çalışmada Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,93 olarak hesaplanmıştır.

Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği: Chen ve Starosta (2000) tarafından geliştirilmiş (15), Bulduk ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek kültürlerarası duyarlı olmak için gerekli "iletişimde sorumluluk boyutu, kültürel farklılıklara saygı boyutu, iletişimde kendine güvenme boyutu, iletişimde hoşlanma boyutu ve iletişimde dikkatli olma boyutu" olmak üzere beş duygusal boyutu içermektedir. Ölçek, likert tipi 5 kategoride "(1) kesinlikle katılmıyorum, (2) katılmıyorum, (3) kararsızım, (4) katılıyorum ve (5) kesinlikle katılıyorum" değerlendirilmektedir. Ölçek 24 maddeden oluşmakta ve bazı maddeleri "2, 4, 7, 9, 12, 15, 18, 20 ve 22. maddeleri" ters olarak kodlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 24, en yüksek toplam puan 120'dir. Ölçeğin belirtilen bir kesme puanı yoktur ve ölçekten alınan toplam puanın artması kültürler arası duyarlılık düzeyinin arttığını göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,72'dir (16). Bu çalışmada Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,69 olarak hesaplanmıştır.

Kültürel Özellikler Değerlendirme Formu: Araştırmacılar tarafından literatür (17-20) doğrultusunda öğrencilerin kültürel özelliklerini belirlemek için oluşturulmuş, toplam on beş soruluk değerlendirme formudur.

Verilerin Toplanması

Veriler araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşme ortalama 15-20 dakika sürmüştür. Araştırmacılar tarafından öğrencilere araştırmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiştir.

İstatistiksel Analiz

Bu çalışmada veri analizleri IBM SPSS Statistics for Windows 22.0 yazılım programı kullanılarak yapılmıştır. Çalışma verilerinin normallik dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile incelenmiş ve verilerin normal dağılmadığı saptanmıştır. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri ve PMS'ye ilişkin değerlendirmeleri sayı ve yüzde değerleri ile verilmiştir. Öğrencilerin PMSÖ puan ortalamalarına göre tanımlayıcı özellikleri ve sağlığa yönelik uygulamaları, öğrencilerin kültürel özellikleri değerlendirmeleri ve öğrencilerin PMS düzeyleri ile kültürlerarası duyarlılıkları arasındaki fark Mann-Whitney U test/Kruskal-Wallis H test ile değerlendirilmiştir. Öğrencilerin kültürlerarası duyarlılıkları ile PMS yaşama durumları arasındaki

ilişki Spearman Korelasyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Etik İzin

Araştırma için hemşirelik fakültesinden kurum izni ve Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (tarih: 30.05.2021, no: 2021/20-38) etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmaya katılan tüm öğrencilerden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Araştırma Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak yürütülmüştür.

Bulgular

Öğrencilerin yaş ortalaması $20,8 \pm 1,6$ 'dır ve %30,4'ü 22-24 yaş aralığındadır. Çoğunluğunun; aile tipi çekirdek aile (%85,6), geliri giderine denk (%48,3), yerleşim yeri il merkezi (%43,0) ve kardeş sayısı 1-3 (%66,0) arasındadır. Öğrencilerin %25,9'u son sınıfta, %25,6'sı ikinci sınıfta üniversite eğitimi almaktadır. Öğrencilerin %67,8'i yalnızca hasta olduğunda sağlık kuruluşuna başvurmaktadır. %23,3'ü sağlık sorunlarında geleneksel yöntemler kullanmaktadır. Üniversite eğitimi nedeniyle yerleşim yeri değişikliğine bağlı kültürel farklılık yaşama durumları orta (%27,9) ve yüksek (%24,7) düzeydedir. Öğrencilerden, geliri giderinden az olanlarda, son sınıf olanlarda, sağlık sorunlarında geleneksel yöntem kullananlarda ve üniversite eğitimi nedeniyle yerleşim yeri değişikliğine bağlı kültürel farklılık yaşama durumları yüksek düzeyde olanlarda PMS düzeyi daha şiddetlidir ($p < 0,005$). Sağlık sorunlarında kullanılan geleneksel yöntemler arasında bitki çayı tüketme (n: 42), besin takviyesi kullanma (n: 35), masaj (n: 17), hacamat yaptıрма (n: 6) ve sülük tedavisi (n: 2) yer almaktadır (Tablo 1).

Tablo 2'de öğrencilerin PMS'ye ilişkin değerlendirmeleri yer almaktadır. Öğrencilerin kendisinde PMS varlığı algısı %82,2 oranındadır. PMS yaşadığını düşündüğü için doktora başvurma oranı %16,5'tir. Öğrencilerin PMS'ye yönelik geleneksel yöntem kullanma durumu %47,6'dır. PMS'ye yönelik kullanılan geleneksel yöntem arasında besin takviyesi (n: 67), bitki çayı tüketme (n: 58), egzersiz (n: 34), masaj (n: 25), sıcak uygulama teknikleri (n: 14) ve müzik dinleme (n: 10) yer almaktadır. Öğrencilerin üniversite eğitimi nedeniyle şehir değişikliğinde PMS yaşama durumu %51,9'dur ve bunların %35,9'unu emosyonel değişimler oluşturmaktadır.

Tablo 1. Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Ölçeği Puan Ortalamalarına Göre Tanımlayıcı Özellikleri ve Sağlığa Yönelik Uygulamaları (n: 437)

	n	%	$\bar{x} \pm SS$	U/KW*	P
Yaş					
18-19 yaş	92	21,1	137,51±37,58	4,445	0,217
20 yaş	109	24,9	133,61±37,78		
21 yaş	103	23,6	140,30±39,38		
22-24 yaş	133	30,4	143,33±37,66		
Aile Tipi					
Çekirdek aile	374	85,6	139,45±37,57	10360,500	0,126
Geniş aile	63	14,4	132,06±38,67		
Gelir Durumu					
Gelir giderden az	44	10,1	144,37±37,78**	9,739	0,008
Gelir gidere denk	211	48,3	135,93±37,84		
Gelir giderden fazla	182	41,6	125,43±42,36		
Yerleşim Yeri					
Köy-Kasaba	72	16,5	135,41±34,39	1,729	0,421
İlçe	177	40,5	141,74±36,88		
İl merkezi	188	43,0	136,39±39,74		
Kardeş Sayısı					
Tek çocuk	25	5,7	138,74±35,41	2,025	0,567
1-3 kardeş	288	66,0	136,83±38,31		
4-5 kardeş	81	18,5	143,70±37,19		
6 ve üzeri kardeş	43	9,8	140,25±34,04		
Üniversitedeki Sınıfı					
1. sınıf	107	24,5	134,36±35,68	11,091	0,011
2. sınıf	112	25,6	135,49±42,97		
3. sınıf	105	24,0	141,39±37,78		
4. sınıf	113	25,9	149,52±35,57*		
Sağlık Kuruluşuna Başvurma Sebebi					
Yalnızca hasta olduğunda	296	67,8	138,51±38,69	4,094	0,129
Sağlık kontrolleri	102	23,3	134,13±35,55		
Sağlıkla ilgili konularda bilgi alma	39	8,9	141,58±35,13		
Sağlık Sorunlarında Geleneksel Yöntem Kullanma Durumu					
Evet	102	23,3	144,96±33,91	3,065	0,002
Hayır	335	76,7	132,04±36,45		
Üniversite Eğitimi Nedeniyle Yerleşim Yeri Değişikliğine Bağlı Kültürel Farklılık Yaşama Durumu					
Hafif	207	47,4	135,63±37,21	3,518	0,030
Orta	122	27,9	137,70±36,90		
Yüksek	108	24,7	146,71±38,94*		
*Mann-Whitney U test/Kruskal-Wallis H tests. **Farkı yaratan gruplar.					

Tablo 2. PMS'ye İlişkin Değerlendirmeleri (n: 437)		
	n	%
Kendisinde PMS Varlığı Algısı		
Evet	359	82,2
Hayır	78	17,8
PMS Yaşadığını Düşündüğü İçin Doktora Başvurma Durumu		
Evet	72	16,5
Hayır	365	83,5
PMS'ye yönelik geleneksel yöntem kullanma durumu		
Evet	208	47,6
Hayır	229	52,4
Şehir Değişikliğinde PMS Yaşama Durumu		
Evet	227	51,9
Hayır	210	48,1
Şehir Değişikliğinde PMS Yaşama Durumundaki Semptomlar		
Emosyonel değişim	80	35,9
Siklus döngü süresinin bozulması	68	30,5
Karın ağrısı	34	15,2
Ödem	19	8,5
Mide bulantısı ve kusma	14	6,3
İştahta değişiklik	8	3,6

Tablo 3. Öğrencilerin Kültürel Özellikleri Değerlendirmeleri (n: 437)					
	Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Puan Ortalaması				
	n	%	$\bar{x} \pm SS$	U/KW	P
"Kültür" kelimesinin anlamını bilme					
Katılıyorum	397	90,8	80,1±5,75	4,364	0,000
Katılmıyorum	40	9,2	75,9±6,62		
Farklı kültürden oluşan bir ortamda kendini daha az özgüvende hissetme					
Katılıyorum	74	17,0	78,6±6,66	12,638	0,000
Kararsızım	140	32,0	78,2±5,73		
Katılmıyorum	223	51,0	81,0±5,54*		
Çeşitli kültürleri öğrenip, farklı kültürlerden insanlarla iletişime geçince mutlu olma					
Kararsızım	62	14,2	75,1±6,65	6,842	0,000
Katılıyorum	375	85,8	80,4±5,49		
Farklı kültürden insanlarla iletişime geçmeye çekinme					
Katılıyorum	36	8,2	73,4±5,21	40,952	0,000
Kararsızım	115	26,4	77,9±4,85		
Katılmıyorum	286	65,4	81,2±5,74*		
Sadece kendi kültüründen insanlarla tanışmak isteme					
Katılıyorum	48	11,0	76,9±6,87	32,703	0,000
Kararsızım	46	10,5	74,7±5,49		
Katılmıyorum	172	39,4	79,1±4,80		
Kesinlikle katılmıyorum	171	39,1	82,4±5,47*		

*Farkı yaratan gruplar.

Tablo 3'te öğrencilerin kültürel özellikleri değerlendirmeleri yer almaktadır. Öğrencilerin %90,8'i "kültür" kelimesinin anlamını bilmektedir. Öğrencilerin %51,0'ı farklı kültürden oluşan bir ortamda kendini daha az özgüvende hissetmemektedir. %85,8'i çeşitli kültürleri öğrenip, farklı kültürlerden insanlarla iletişime geçince mutlu olmaktadır. %65,4'ü farklı kültürden insanlarla iletişime geçmeye çekinmemektedir ve %39,4'ü sadece kendi kültüründen insanlarla tanışmak istemektedir. Öğrencilerden "kültür" kelimesinin anlamını bilenlerde, farklı kültürden oluşan bir ortamda kendini daha az özgüvende hissetmeyenlerde,

çeşitli kültürleri öğrenip, farklı kültürlerden insanlarla iletişime geçince mutlu olanlarda, farklı kültürden insanlarla iletişime geçmeye çekinmeyenlerde ve sadece kendi kültüründen insanlarla tanışmak istemeyenlerde kültürlerarası duyarlılık daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,005$).

Tablo 4'te öğrencilerin PMS düzeyleri ile kültürlerarası duyarlılıkları arasındaki ilişki yer almaktadır. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılıkları arttıkça PMS şiddeti artmaktadır. Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılığı en yüksek olanlar şiddetli düzeyde PMS yaşayan öğrencilerdir (sırasıyla $p = 0,029$, $p = 0,008$).

Tablo 4. Öğrencilerin Premenstrual Sendrom Düzeyleri ile Kültürlerarası Duyarlılıkları Arasındaki Fark (n: 437)					
	Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Puan Ortalaması				
	n	%	$\bar{x} \pm SS$	KW*	P
Birinci Sınıf					
PMS yok	-	-	-		
Hafif düzeyde	22	20,6	78,63±6,48	0,001	0,980
Orta düzeyde	64	59,8	79,50±6,77		
Şiddetli düzeyde	21	19,6	76,23±7,67		
İkinci Sınıf					
PMS yok	-	-	-		
Hafif düzeyde	22	19,6	80,68±7,27	0,290	0,590
Orta düzeyde	63	56,3	81,23±4,28		
Şiddetli düzeyde	27	24,1	79,92±6,98		
Üçüncü Sınıf					
PMS yok	-	-	-		
Hafif düzeyde	11	10,4	74,72±7,01	6,224	0,029
Orta düzeyde	51	48,6	77,27±5,94		
Şiddetli düzeyde	43	41,0	79,23±6,50**		
Dördüncü Sınıf					
PMS yok	-	-	-		
Hafif düzeyde	22	19,5	79,82±4,13	6,976	0,008
Orta düzeyde	73	64,6	82,34±6,12		
Şiddetli düzeyde	18	15,9	83,96±4,17**		
Toplam					
PMS yok	-	-	-		
Hafif düzeyde	77	17,6	79,93±6,70	0,938	0,392
Orta düzeyde	251	57,4	79,97±5,49		
Şiddetli düzeyde	109	25,0	79,74±5,96		

*KW: Kruskal-Wallis, **Farkı yaratan gruplar.

Tablo 5'te öğrencilerin kültürlerarası duyarlılıkları ile premenstrual sendrom yaşama durumları arasındaki ilişki yer almaktadır. Üçüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılık ile PMS semptomlarından uyku değişiklikleri arasında negatif yönde orta düzeyde ($r = -0,352$, $p = 0,000$), şişkinlik arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0,254$, $p = 0,009$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Üçüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından uyku değişiklikleri ve şişkinlik artmaktadır. Dördüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılık ile PMS semptomlarından anksiyete arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0,128$, $p = 0,027$), iştah değişiklikleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0,126$, $p = 0,039$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Dördüncü sınıf öğrencilerde kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete ve iştah değişiklikleri artmaktadır. Öğrencilerin toplamı için kültürlerarası duyarlılık ile PMS semptomlarından anksiyete arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0,124$, $p = 0,010$), depresif düşünceler arasında negatif yönde

düşük düzeyde ($r = -0,098$, $p = 0,041$) ve uyku değişiklikleri arasında negatif yönde düşük düzeyde ($r = -0,198$, $p = 0,000$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Öğrencilerin toplamı için kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete, depresif düşünceler ve uyku değişiklikleri artmaktadır.

Tartışma

Bu çalışma, erişilen bilgilere göre kültürlerarası duyarlılık ile PMS arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan ilk çalışmadır. Geliri giderinden az olan, son sınıfta olan, PMS'ye yönelik geleneksel yöntem kullanan ve üniversite eğitimi nedeniyle yerleşim yeri değişikliğine bağlı yüksek düzeyde kültürel farklılık yaşayan öğrencilerde PMS daha şiddetlidir. Düşük gelir düzeyiyle birlikte temel kaynaklara erişimde zorluklar, ekonomik sorunların ortaya çıkması ve yaşam kalitesinin düşmesi stres ve anksiyeteyi artırarak PMS semptomlarını şiddetlendiriyor olabilir. Son sınıfta olan öğrencilerin de bitirme projeleri, intörlük uygulamaları gibi önemli sınavları olması, iş bulma kaygısı gibi mezuniyet sonrası geleceğe yönelik artan sorumluluk baskısı yoğun PMS semptomlarını açıklayabilir. PMS'ye yönelik

Tablo 5. Öğrencilerin Kültürlerarası Duyarlılıkları ile Premenstrual Sendrom Yaşama Durumları Arasındaki İlişki (n: 437)

Premenstrual Sendrom Ölçeği	Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği Puan Ortalaması									
	1. sınıf		2. sınıf		3. sınıf		4. sınıf		Toplam	
	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p	r*	p
Depresif duygulanım	-0,132	0,176	-0,060	0,533	0,125	0,202	-0,081	0,394	-0,070	0,145
Anksiyete	0,084	0,392	-0,142	0,136	0,053	0,595	-0,128	0,027	-0,124	0,010
Yorgunluk	-0,110	0,261	0,056	0,561	0,107	0,279	0,007	0,941	-0,012	0,806
Sinirlilik	-0,118	0,224	0,005	0,961	0,102	0,301	-0,011	0,906	0,033	0,497
Depresif düşünceler	0,159	0,102	-0,072	0,454	0,018	0,857	-0,098	0,302	-0,098	0,041
Ağrı	0,111	0,256	0,018	0,853	0,088	0,371	0,058	0,540	-0,007	0,880
İştah değişiklikleri	0,023	0,815	0,135	0,155	0,170	0,083	-0,126	0,039	0,085	0,077
Uyku değişiklikleri	-0,164	0,094	-0,087	0,359	-0,352	0,000	-0,074	0,439	-0,198	0,000
Şişkinlik	-0,023	0,814	0,081	0,396	-0,254	0,009	0,046	0,631	0,085	0,076
Total	-0,158	0,105	-0,029	0,761	0,075	0,449	0,049	-0,609	-0,063	0,189

*Pearson Korelasyon Testi.

geleneksel yöntem kullananlarda, modern yöntemlere erişimin sınırlı olması, geleneksel yöntemlerin kültürle de şekillenebilmesi sebebiyle toplumsal cinsiyet rolleri eşitsizliği, kadına ve menstrual döneme yüklenen anlam ve sonuçta sosyokültürel bağlam stres seviyelerini artırarak da PMS'i şiddetlendirebilir. Ayrıca üniversiteye başlama sürecinde yerleşim yeri değişikliğiyle birlikte farklı bir sosyal, kültürel çevre ve yaşam tarzıyla karşılaşmak olası adaptasyon sorunları ve hissedilen sosyal destek sistemlerinin azalması ile sonuçlanarak psikolojik ve davranışsal PMS semptomlarını şiddetlendirebilir. Bu sonuçlar diğer uluslararası çalışmalarla çoğunlukla benzerdir (21-23).

Öğrencilerden "kültür" kelimesinin anlamını bilenlerde kültürlerarası duyarlılık daha yüksektir. Kültür ve ilişkili faktörleri anlayabilme becerisi farklı kültürlerle yönelik farkındalığın yüksek olması ve dolayısıyla kültürlerarası duyarlılığın da yüksek olmasıyla açıklanabilir. Öz güveni yüksek öğrenciler, farklı kültürlerdeki bireylerle etkileşim ve iletişimde daha rahat hissedebilir. Bu nedenle kültürlerarası duyarlılıkları da yüksek olabilir. Farklı kültürlerden insanlarla iletişime kurmaya olumlu bakan öğrenciler, birçok yaşam tarzı ve kültürel zenginlikle karşılaşarak diğer insanlara karşı ön yargıdan uzaklaşmaktadır. Bu şekilde gösterdikleri öz denetim, açık fikirlilik, etkileşime katılım ve empati sonucunda kültürlerarası duyarlılık puanları artmış olabilir. Sonuçlar literatürle uyumlu olup farklı kültürden insanlarla etkileşim içinde olmanın, ayrıca onlara bakım vermenin kültürlerarası duyarlılığı artırdığı görülmektedir (24-26).

Üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılıkları arttıkça yaşadıkları PMS şiddeti artmaktadır. Hemşirelik öğrencilerinin klinik stajları sırasında farklı kültürden hastalara bakım vermiş olmaları, onların kültürel inanç ve uygulamalarına maruz kalmaları, farklı kültürleri deneyimlemeleri empati düzey ve becerilerini geliştirerek kültürlerarası duyarlılıklarını artırmış olabilir. Üniversite ortamının çok kültürlü yapıya sahip olması da öğrencilerin bakış açılarını geliştirerek kültürel farklılıkları anlamaları ve duyarlılık göstermelerini etkileyebilir. Tüm bunların yanı sıra üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası iş bulma ve ekonomik kaygı yaşamaları, COVID-19

pandemisinde hemşirelik eğitimini online eğitimle almış, klinik uygulamalardan uzak kalmış olmaları gibi belirsizlik ve endişe yaratan durumlar stres seviyelerini artırarak yaşadıkları PMS'i de şiddetlendirmiş olabilir. Kültürlerarası duyarlılık arttıkça PMS şiddetinin artması beklenmedik bir sonuç gibi görünse de bu sonuç örneklem grubunun içinde bulunduğu olumsuz koşullarla açıklanabilmektedir.

Kültürlerarası duyarlılık düzeyi düşük olan kadınlarda, PMS semptomlarından anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri ve şişkinliğin şiddeti artmaktadır. Düşük kültürlerarası duyarlılığa sahip kişiler farklı kültürlerle karşılaşma, etkileşim ve iletişim içinde bulunma, farklı norm ve değerlere uyum sağlamada zorluk yaşayabilirler. Ayrıca farklı kültürel ortamda özgüven eksikliği yaşamak kendilerini dışlanmış hissetmeye, benlik saygısının azalmasına ve depresif düşüncelerin ortaya çıkmasına yol açabilir. Yemek de bir kültür bileşeni olduğundan düşük kültürlerarası duyarlılığa sahip kişiler beslenme alışkanlıklarını etkileyecek yeni bir çevreye uyum sağlamada zorlanabilir ve sonuçta PMS semptomlarından iştah değişiklikleri ve şişkinliği şiddetli düzeyde deneyimleyebilirler. Bu olası sebepler yazarlar tarafından kültürlerarası duyarlılık düzeyi düşük olan kadınlarda PMS semptomlarının şiddetinin artmasını açıklamaktadır. Bu açıdan literatür incelendiğinde dolaylı şekilde Alkhatib ve ark. (2022) da Çin'de okuyan uluslararası öğrencilerde kültürleşme sürecinde karşılaştıkları menstrual semptomları incelemişlerdir. Yazarlar özellikle abdominal kramp, baş ve karın ağrısı, yorgunluk ve sinirlilik olmak üzere öğrencilerde PMS şiddetinde artış olduğunu belirlemişlerdir. Düşük kültürel adaptasyon ve uyku kalitesi ile yüksek düzeyde algılanan stresin semptomların şiddetini artırdığını belirtmişlerdir (27). Yaelim ve ark. (2017) ise kültürleşme stresi ve PMS semptomları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ABD'de okuyan Koreli öğrenci ve Güney Kore'de okuyan Koreli yerli öğrenciler ile bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada PMS bulguları açısından ABD'de okuyan Koreli öğrencilerle, Kore'de okuyan öğrenciler karşılaştırıldığında; ABD'de okuyan Koreli öğrencilerde kültürel stres ile PMS belirtilerinin şiddeti anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur (28). Bu bulgular kültürün PMS semptomlarının şiddetini etkilemede önemli olduğunu göstermektedir.

Sınırlılıklar

Araştırma tek bir fakültede ve belli tarihler arasında ulaşılan öğrenciler ile yapılması nedeniyle araştırma sürecinde elde edilen sonuçlar tüm öğrencilere genellenememektedir. Araştırmamızın diğer bir sınırlılığı öğrencilerin eski ve mevcut PMS'ye ilişkin bilgileri hatırlamalarını gerektirmesidir.

Sonuç

Günümüze kadar yapılan çeşitli çalışmalarda kültür, kültürel farklılıklar, kültürleşme ile PMS arasındaki patern araştırılmış ancak uyum sağlamada da kolaylaştırıcı faktör olan kültürlerarası duyarlılık göz ardı edilmiştir. Bu çalışmada kültürlerarası duyarlılık ile PMS arasında ilişki bulunmuş, kültürlerarası duyarlılık azaldıkça PMS semptomlarından anksiyete, depresif düşünceler, iştah değişiklikleri, uyku değişiklikleri ve şişkinliğin şiddeti artmıştır. Bu nedenle kültürel etkileşim ortamı olan üniversitelerdeki öğrencilerin, kültürlerarası duyarlılık düzeyleri ve etkileyen faktörlerin saptanması, PMS yönetiminde etkili bir yöntem olarak önerilebilir. Dolayısıyla çalışmamız sonuçları kapsamında PMS ile ilgili önceki çalışmalarda uygulanandan daha farklı ortak değişkeni literatüre dahil etmeyi hedefliyoruz. Son olarak ilgili araştırmacıların özellikle son sınıfa gelindiğinde yükselen kültürlerarası duyarlılıkları ile artan PMS şiddetini etkileyen faktörlerin gücü ve yönünü ortaya koyacak bir çalışma yürütmeleri önerilir.

Finansal Kaynak

Bu çalışma için herhangi bir kişi ve kurumdan destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Yazarlar bu makalenin araştırması, yazarlığı ve/veya yayını ile ilgili olarak herhangi bir potansiyel çıkar çatışması beyan etmemişlerdir.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk, Efsun Derin, Cansu Demirdağ Durgaç, Sıla Göksoy. Tasarım: Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk. Denetleme/Danışmanlık: Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk. Veri Toplama ve/veya İşleme: Hülya Özberk, Efsun Derin, Cansu Demirdağ Durgaç, Sıla Göksoy. Analiz ve/veya Yorum: Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk, Efsun Derin. Kaynak Taraması: Cansu Demirdağ Durgaç, Sıla Göksoy. Makalenin Yazımı: Merlinda

Aluş Tokat, Hülya Özberk, Efsun Derin, Cansu Demirdağ Durgaç, Sıla Göksoy. Eleştirel İnceleme: Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk. Kaynaklar ve Fon Sağlama: Merlinda Aluş Tokat, Hülya Özberk, Efsun Derin, Cansu Demirdağ Durgaç, Sıla Göksoy.

İletişim: Hülya Özberk

E-Posta: hulyaozberk1@gmail.com

Kaynaklar

1. Green LJ, O'brien PMS, Panay N, Craig M. Management of premenstrual syndrome. *BJOG*. 2017;124(3):e73-e105.
2. Aşçı Ö, Kahyaoğlu Süt H, Gökdemir F. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom prevalansı ve risk faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2016;9(3):79-87.
3. Uzuner LA, Koçak DY. Üniversite öğrencilerinde premenstrual sendrom ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ilişkisi. *Nobel Medicus*, 2019;15(3):24-32.
4. Yaşar Ö, Karaca PP, Aksu SÇ. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom ve etkileyen değişkenler. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019;8(3):147-152.
5. Epperson CN, Steiner M, Hartlage SA, Eriksson E, Schmidt PJ, Jones I, Yonkers KA. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *American Journal of Psychiatry*, 2012;169(5):465-475.
6. Panay N. Guidelines on Premenstrual Syndrome, The National Association for Premenstrual Syndrome (NAPS). Available at: <http://www.pms.org.uk/> Accessed January 19, 2018
7. Cheng SH, Shih CC, Yang YK, Chen KT, Chang YH, Yang YC. Factors associated with premenstrual syndrome—A survey of new female university students. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 2013;29(2):100-105.
8. Yoshimi K, Shiina M, Takeda T. Lifestyle factors associated with premenstrual syndrome: a cross-sectional study of Japanese high school students. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 2019;32(6):590-595.
9. Chrisler JC, Caplan P. The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: How PMS became

- a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annual Review of Sex Research*, 2002;13(1):274-306.
10. Chrisler JC, Gorman JA, Marván ML, Johnston-Robledo I. Ambivalent sexism and attitudes toward women in different stages of reproductive life: A semantic, cross-cultural approach. *Health Care for Women International*, 2014;35(6):634-657.
 11. Çelik H. Çokkültürlülük ve Türkiye'deki görünümü. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2008;9(15):319-332.
 12. Nayir F, Sarıdaş G. Çokkültürlü eğitim, kültürlerarası eğitim ve kültürel değerlere duyarlı eğitime ilişkin kavramsal bir inceleme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 2020;13(70):769-779.
 13. Ekmekci PE. Syrian refugees, health and migration legislation in Turkey. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2017;19(6):1434-1441.
 14. Gençdoğan B. Premenstrual Sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatri* 2006; 8(2):81-87.
 15. Chen GM, Starosta WJ. The development and validation of the Intercultural Sensitivity Scale. *Human Communication*, 2000;3(1):2-14.
 16. Bulduk S, Tosun H, Ardıç E. Türkçe kültürler arası duyarlılık ölçeğinin hemşirelik öğrencilerinde ölçümsel özellikleri. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 2011;19(1):25-31.
 17. Aba YA, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S. Genç Kadınlarda Premenstrual Sendrom, Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)*, 2018;4(2):75-82.
 18. Ögüt N, Olkun OM. Üniversite öğrencilerinin kültürlerarası duyarlılık düzeyi: Selçuk Üniversitesi örneği. *Selçuk İletişim*, 2018;11(2):54-73.
 19. Sarı Çetin H, Erbil N. Premenstrual sendromda ağrı yönetimi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*, 2020;3(2):202-210.
 20. Şahin S. Geleneksel, tamamlayıcı, alternatif tıp uygulamalarına genel bir bakış. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2017;21(4):159-162.
 21. Farahmand M, Ramezani Tehrani F, Khalili D, Amin G, Negarandeh R. Factors associated with the severity of premenstrual syndrome among Iranian college students. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 2017;43(11):1726-1731.
 22. Shehadeh JH, Hamdan-Mansour AM. Prevalence and association of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder with academic performance among female university students. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2018;54(2):176-184.
 23. Nageeb H, Mohamed RA, Amasha H. Prevalence of premenstrual syndrome: complementary & alternative therapy among nursing students. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2015;4(2):7-15.
 24. Beser A, Kerman KT, Ersin F, Arkan G. The effects of ethnocentrism and some features on intercultural sensitivity in nursing students: A comparative descriptive study. *Nurse Education in Practice*, 2021;56:103180.
 25. Guner S, Ocak Akturk S, Oner Aydın S, Karaca Saydam B. Investigation of intercultural sensitivity and ethnocentrism levels of midwife candidates in Turkey sample: A cross-sectional study. *Journal of Transcultural Nursing*, 2022;33(2):208-218.
 26. Meydanlioglu A, Arıkan F, Gozum S. Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Advances in Health Sciences Education*, 2015;20:1195-1204.
 27. Alkhatib A, Zhou Q, Bajinka O, Pakwan Suwal R, Wiley J, Li X. Prevalence of menstrual symptoms change and influencing factors among international female students studying in china during acculturation period. *BMC Women's Health*, 2022;22(1):1-11.
 28. Lee Y, Im EO. Stress and premenstrual symptoms among Korean women studying in the US and South Korea: A longitudinal web-based study. *Women & Health*, 2017;57(6):665-684.

Analysis of Health Care Professionals' Knowledge, Attitudes and Behaviours about Hepatitis B, Hepatitis C and HIV/AIDS: A Cross-sectional Clinical Study



Sağlık Çalışanlarının Hepatit B, Hepatit C ve HIV/AIDS Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Analizi: Kesitsel Bir Klinik Çalışma

Ahmet Şahin¹

DOI: 10.17942/sted.1362032

Geliş/Received: 18.09.2023
Kabul/Accepted: 06.12.2024

Abstract

Objective: The aim of this study was to determine the level of knowledge about hepatitis B virus (HBV), hepatitis C virus (HCV) and Human Immunodeficiency Virus (HIV), their approaches to patients and the deficiencies that need to be corrected among health care workers including physicians and nurses in a training and research hospital.

Methods: Healthcare professionals were surveyed on 30.07.2023 for this cross-sectional clinical study. Questions were asked to the respondents about HBV, HCV, and HIV/AIDS (transmission routes, perspectives on the disease, prevention methods, prophylaxis, etc.) via Google Forms. A chi-square test was performed for statistical analysis of the obtained data.

Results: A total of 165 healthcare professionals, 77 (46.7%) physicians and 88 (53.3%) nurses, filled out the questionnaire and participated in the study. 89 (53.9%) of them were women. Based on the results of this study, the lack of knowledge about HBV, HCV and HIV/AIDS was less in physicians than in nurses. In addition, as the years of work in the profession increased, the level of knowledge increased with the experience. The majority of the respondents correctly stated that all three viruses were transmitted through blood. However, the percentage of correct answers was low in questions about breastfeeding, vertical transmission, and post-exposure prophylaxis. The most common measure to prevent transmission from infected patients was the "use of gloves" (70.9%).

Conclusion: It is necessary to increase the knowledge level of health workers about HBV, HCV, and HIV by periodically organizing in-service trainings. This will help ensure effective infection control.

Keywords: healthcare workers; hepatitis; HIV

Özet

Amaç: Bir eğitim ve araştırma hastanesindeki hekim ve hemşirelerden oluşan sağlık çalışanlarının hepatit B virüsü (HBV), hepatit C virüsü (HCV) ve İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (HIV) hakkındaki bilgi düzeylerini, hastalara yaklaşımlarını ve düzeltilmesi gereken eksiklikleri belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu kesitsel klinik çalışma için sağlık çalışanlarına 30.07.2023 tarihinde anket uygulanmıştır. Katılımcılara HBV, HCV ve HIV/AIDS hakkında (bulaşma yolları, hastalığa bakış açıları, korunma yöntemleri, profilaksi vb.) Google Formlar aracılığı ile sorular sorulmuştur. Elde edilen verilerin istatistiksel analizi için ki-kare testi yapılmıştır.

Bulgular: 77'si (%46,7) hekim ve 88'i (%53,3) hemşire olmak üzere toplam 165 sağlık çalışanı anketi doldurarak çalışmaya katıldı. Bunların 89'u (%53,9) kadın idi. Bu çalışmanın sonuçlarına göre, HBV, HCV ve HIV/AIDS hakkındaki bilgi eksikliği hekimlerde hemşirelere göre daha az oranda tespit edildi. Ayrıca meslekte çalışma yılı arttıkça deneyimle birlikte bilgi düzeyinin de arttığı görüldü. Katılımcıların çoğunluğu her üç virüsün de kan yoluyla bulaştığını doğru olarak ifade etmiştir. Ancak emzirme, vertikal bulaş ve temas sonrası profilaksi ile ilgili sorularda doğru cevap yüzdesi düşüktü. Enfekte hastalardan bulaşmayı önlemek için en yaygın önlem "eldiven kullanımı" idi (%70,9).

Sonuç: Sağlık çalışanlarının HBV, HCV ve HIV hakkındaki bilgi düzeylerinin periyodik olarak hizmet içi eğitimler düzenlenerek artırılması gerekmektedir. Bu durum, enfeksiyon kontrolünün sağlanmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Sözcükler: sağlık çalışanları; hepatit; HIV

¹ Doç. Dr., Gaziantep İslam Bilim ve Teknoloji Üniversitesi, Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği (Orcid no: 0000-0002-8377-8293)

Introduction

Hepatitis B virus (HBV) and hepatitis C virus (HCV) represent a global public health problem, causing chronic infection in approximately 257 million and 71 million people worldwide, respectively (1). Human Immunodeficiency Virus (HIV) affects an estimated more than 37 million people and can lead to Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) when left untreated (2). Untreated HBV, HCV, and HIV infections pose a risk to both society and healthcare workers. There are common transmission routes, such as unprotected sexual intercourse, intravenous drug use, medical procedures (surgery, dialysis, etc.), percutaneous injury, and maternal transmission. In case of contact with an infected patient's blood, there is a risk of transmission of approximately 30%, 0.5% and 0.3%, respectively (3, 4). In a study from Somalia, it was found that the prevalence of sharps and needlestick injuries in healthcare workers was 8.6% (5). In a review from Asia, the seroprevalence of HBV and HCV infection in healthcare workers was 14.4% and 1.4%, respectively. The highest prevalence was among dentists, dialysis unit staff, nurses, laboratory staff, and other physicians, in that order (6). Some studies in our country and abroad have shown that healthcare professionals have insufficient knowledge about infection control principles, precautions, and transmission routes (3, 7, 8).

This study aims to share the results of a questionnaire to evaluate the knowledge, attitudes and behaviours of physicians and nurses working in our hospital about HBV, HCV, and HIV/AIDS.

Methods

Healthcare workers in a training and research hospital were surveyed on 30.07.2023 for this cross-sectional clinical study. Questions were asked to the respondents about HBV, HCV, and HIV/AIDS (views on the disease, transmission routes, prevention methods, etc.). They were prompted to answer some of the questions in the questionnaire as "yes", "no", or "I don't know". Answers to 29 questions include attitudes and behaviors. The accuracy of the answers to the questions was analyzed.

An online questionnaire was sent to all 280

healthcare professionals in our hospital and the entire sample was reached. The data of 165 physicians and nurses who agreed to participate in the study were analyzed.

Approval for this study was obtained from the Ethics Committee of Gaziantep Islam Science and Technology University on 20.07.2023 with decision number 290.27.21.

Data Collection Form

Data were collected using an online questionnaire (Google Forms) to allow faster data collection. Questionnaires were sent to physicians and nurses working in the same center via WhatsApp. The questionnaire form was prepared based on the literature information, by modifying as necessary. The questionnaire asked questions about the approach to an infected patient, standard precautions, isolation measures, preventive measures, ways of protection, transmission routes, and what to do in case of contact with an infected patient. The answers to the questions were recorded and analysed.

Statistical Analysis

As descriptive statistical methods in the evaluation of data, mean \pm standard deviation was used for normally distributed continuous data, median (minimum and maximum) for variables with non-normally distributed continuous data, and number and percentage (%) for categorical data. The fit of the data to normal distribution was examined with the Shapiro-Wilk test. The chi-square (χ^2) test was used for ratio comparisons and correlation analysis between categorical variables. Opinions of the respondents were analysed by grouping them by occupational group (physician/nurse) and years of experience in the profession (≤ 10 years and above). Statistical analysis was performed using IBM SPSS 20.0 version (IBM SPSS, Chicago, IL, USA). A significance level of $p < 0.05$ was adopted.

Results

Of the respondents, 89 (53.9%) were female, and 76 (46.1%) were male. 165 physicians and nurses with a mean age of 35.27 ± 8.95 years participated. 62.3% were married, and 37.7% were single. 99 (60%) had ≤ 10 years, and 66 (40%) had > 10 years of experience. 77 (46.7%) were physicians, and 88 (53.3%) were nurses.

In your practice, do you treat each patient as if they have an infectious disease agent such as HBV, HCV, or HIV?			Yes	No	I don't know	p value
	Occupation	Physician		65 (84.4%)	12 (15.6%)	0 (0%)
Nurse			81 (92.0%)	7 (8.0%)	0 (0%)	
Years of experience	≤ 10		88 (88.8%)	11 (11.2%)	0 (0%)	0.515
	> 10		58 (87.9%)	8 (12.1%)	0 (0%)	

If you have to care for a patient infected with HBV, HCV, or HIV, will there be any changes in your behaviour and attitudes towards the patient?			Yes	No	I don't know	p value
	Occupation	Physician		23 (29.9%)	44 (57.1%)	10 (13.0%)
Nurse			14 (15.9%)	65 (73.9%)	9 (10.2%)	
Years of experience	≤ 10		23 (23.2%)	62 (62.6%)	12 (12.2%)	0.893
	> 10		14 (21.2%)	45 (68.2%)	7 (10.6%)	

Are there any preventive treatments for the baby in HBV, HCV, or HIV-infected pregnant women?			Yes	No	I don't know	p value
	Occupation	Physician		48 (62.3%)	7 (9.1%)	22 (28.6%)
Nurse			32 (36.4%)	3 (3.4%)	53 (60.2%)	
Years of experience	≤ 10		44 (44.4%)	7 (7.1%)	48 (48.5%)	0.417
	> 10		36 (54.6%)	3 (4.5%)	27 (40.9%)	

52.1% worked in internal medicine, 42.4% in surgery and 5.5% in basic sciences units.

When asked, "In your practice, do you treat each patient as if they have an infectious diseases agent such as HBV, HCV or HIV?", the majority of the respondents answered "yes". No significant difference was found in the answers by occupation and years of experience ($p=0.099$, $p=0.515$, respectively) (Table 1). To the question, "If you have to care for a patient infected with HBV, HCV or HIV, will there be any changes in your behaviour and attitudes towards the patient?", more nurses answered "no" than physicians. More respondents with >10 years of professional experience answered "no" than those with fewer years of experience. However, no significant difference was found by occupation and years of experience ($p=0.061$, $p=0.893$) (Table 2).

Significantly more physicians, at 62.3%, answered "yes" to the question, "Are there any preventive treatments for the baby in HBV, HCV, or HIV-infected pregnant women?" ($p=0.001$). A higher proportion of respondents with >10 years of experience answered "Yes" ($p=0.417$) (Table 3). When asked, "What kind of precautions do you

take when intervening, treating or providing care to patients infected with HBV, HCV or HIV?", 70.9% responded as "I use gloves", and 56.9% as "I wear a mask". Those who answered "I wear goggles" were at the lowest rate (37.6%) (Table 4). To the question, "Is there any prophylaxis in case of contact with an HIV/AIDS patient?", more physicians gave the "yes" answer. On the other hand, nurses were more likely to answer "I don't know" than physicians. The percentage of those who answered correctly in those with >10 years of experience was 93.9%. For those who worked for ≤10 years, the proportion of those answering "I don't know" was 21.2%. There was a statistically significant difference in the answers by occupation and years of experience ($p=0.001$

	n (%)
I use gloves	117 (70.9%)
I wear an apron	79 (47.9%)
I wear a mask	94 (56.9%)
I wear goggles	62 (37.6%)

and $p=0.008$) (Table 5).

To the question, "What do you do when you have contact with blood and body fluids from someone infected with HBV, HCV or HIV?", 81.2% of respondents answered, "I wash the injured/contact area with plenty of water and soap". None of the respondents said, "I do nothing" (Table 6).

As the answer to the question about the ways of transmission, "sexual transmission" was given for

HIV, HBV, and HCV infections by 94.6%, 58.8% and 47.9%, respectively. 84.2%, 93.3% and 90.3%, respectively, answered, "contamination by blood". "Transmission through breastfeeding" was selected by 35.2%, 27.3% and 26%. Around 20% chose the option "Contaminated by mosquito and insect bites" for all three infections (Table 7).

To the questions about the ways of protection from HBV, HCV or HIV, "Avoiding contact with blood and body fluids" and "Washing hands"

Table 5. Antiviral prophylaxis

Is there any prophylaxis in case of contact with an HIV/AIDS patient?			Yes	No	I don't know	p value
	Occupation	Physician		75(97.4%)	0(0%)	2(2.6%)
Nurse			62(70.4%)	3(3.4%)	23(26.2%)	
Years of experience	≤ 10		75(75.8%)	3(3%)	21(21.2%)	0.008
	>10		62(93.9%)	0(0%)	4(6.1%)	

Table 6. What do you do when you have contact with blood and body fluids from someone infected with HBV, HCV, or HIV?

	n (%)
I bleed the injured/contact area	5 (3%)
I wash the injured/contact area with plenty of soap and water	134 (81.2%)
I wash the injured/contact area with an antiseptic	80 (48.5%)
I follow the work accident procedures of the institution	99 (60%)
I get vaccinated immediately (in case of contact with HIV)	16 (9.7%)
I take prophylaxis after contact with an HIV-infected individual	32 (19.4%)
I do nothing	0 (0%)

Table 7. What are the transmission routes of HBV, HCV, or HIV?

Transmission routes	HIV	HBV	HCV
Sexually	156 (94.6%)	97 (58.8%)	79 (47.9%)
Contact with body fluids (saliva, tears, sweat)	86 (52.1%)	97 (58.8%)	90 (54.5%)
Via blood	139 (84.2%)	154 (93.3%)	149 (90.3%)
Handshake-kiss	22 (13.3%)	24 (14.5%)	15 (9.1%)
Coughing-sneezing	20 (12.1%)	32 (19.4%)	25 (15.2%)
Shared use of cups, plates, spoons, forks	36 (21.8%)	57 (34.5%)	48 (29%)
Swimming in the same pool and using the same toilet	29 (17.6%)	33 (0.6%)	23 (13.9%)
Mosquito and insect bites	30 (18.2%)	36 (21.8%)	35 (21.2%)
Percutaneous injury	84 (50.9%)	90 (54.5%)	81 (49%)
From mother to baby through the umbilical cord	119 (71.2%)	105 (63.6%)	92 (55.8%)
Breastfeeding	58 (35.2%)	45 (27.3%)	43 (26%)

	n (%)
Separating personal items	109 (66%)
Getting vaccinated (for HBV)	147 (89%)
Avoiding contact with blood and body fluids	157 (95.2%)
Washing hands	150 (90.9%)
Using condoms	137 (83%)
Not bending or recapping used needles	148 (89.7%)
Not touching the infected patient	51 (30.9%)

	n (%)
Contact	92 (55.8%)
Droplet	29 (17.6%)
Respiratory	7 (4.2%)
None (I just apply standard precautions)	58 (35.2%)

were the answers that were given with the highest rates (95.2% and 90.9%). 30.9% of the respondents chose the option "Avoiding contact with the infected patient" (Table 8). To the question, "Which isolation measures are used when providing care for an HIV/AIDS patient?", 55.8% answered as "contact isolation" and 35.2% as "I only apply standard precautions" (Table 9).

Discussion

Standard precautions play the most crucial role in preventing the transmission of HBV, HCV, HIV etc., in health institutions. The management of healthcare personnel exposed to contact with infected patients is critical for preventing and controlling infection (9, 10). The results of this study showed that the level of knowledge about HBV, HCV and HIV in our hospital and the behaviour and approaches of healthcare professionals should be improved.

In this study, the percentage of those who thought that hepatitis and HIV could be transmitted through handshaking-kissing, coughing-sneezing was 9-15%. Those who believed they would be infected after shared use of goggles, plates, spoons, and forks were between 21-34%. Some respondents gave unacceptable numbers of wrong answers. Because, as is known, the above are not risky situations for HIV transmission. Some studies in

the literature show that some people think these diseases can be transmitted in these ways (11, 12). In this study, almost all the respondents stated that HIV was transmitted sexually. In other studies, high rates of correct answers were given for sexual transmission. In a study involving 317 medical students in Syria, the correct answer percentage was 87.4% (13). In a study in which 46 healthcare workers working in the intensive care unit in our country were included, all gave correct answers (14). The results of this study and similar data in the literature suggest that people associate HIV infection with sexual intercourse. The possibility of sexual transmission of HCV infection is low, however the risk increases in those with risky sexual behaviour and men who have sex with men (15). In this study, almost half of the respondents thought HCV could be transmitted sexually. There is widespread misinformation about the transmission of HBV/HCV/HIV by mosquito bites. In a study involving 194 healthcare workers in Sub-Saharan Africa, 91.1% of the respondents thought mosquito bites could cause HIV transmission (16). In another study conducted in India involving 400 medical students, this rate was only 1.1% (17). In a study conducted in the United Arab Emirates involving 2294 university students, this rate varied between 20.3-26.6% (18). The differences in the literature may be related to the occupation and duration of employment, number of

respondents, level of knowledge and experience.

It is recommended that mothers with hepatitis B or C breastfeed their babies. In addition, there are treatments that can be used during pregnancy to treat both chronic hepatitis B and chronic hepatitis C. Hepatitis B immunoglobulin and hepatitis B vaccine should be given to the baby born to a mother with chronic hepatitis B within the first 12 hours after birth (19, 20). However, 1 in 4 of the respondents in this study think that viral hepatitis can be transmitted through the mother's milk. Breastfeeding is not recommended for HIV-infected mothers, regardless of maternal viral load and antiretroviral therapy (ART) status (21). However, breastfeeding can be recommended for pregnant women living in low-income countries, taking into account 1-2% of perinatal transmission under ART (22). In the study of Akdoğan et al. in our country, 77.8% of nurses and 54.5% of physicians think that HIV can be transmitted through breastfeeding (23). In this study, however, the rate was found to be lower. Considering the literature data, it is necessary to increase the knowledge level of our hospital staff about breastfeeding and vertical transition.

In this study, the rate of those who knew that standard precautions were sufficient to prevent the disease during the follow-up of HBV, HCV or HIV-infected patients was found to be only 35.2%. The use of gloves is an essential protective method to prevent cross-contamination. This rate was 48.5% in the study of Sağlam et al., 80.2% in the study of Hosoglu et al., and 88.6% in the study of Parmeggiani et al (24-26). In this study, the most common precaution taken when approaching an infected patient was hand washing (90.9%). Correct answers for other standard measures were 70.9% for gloves, 47.9% for gowns, and 37.6% for goggles/face protection. In a study of 130 people in India, adherence to standard measures was poor, with 54.7%, 62.4%, 56.2% and 22.5%, respectively (10). The reasons why standard precautions could not be applied correctly may be due to the workload of healthcare professionals, lack of time, lack of knowledge, difficulty in wearing equipment, and incomplete understanding of infection control measures.

According to the study results, there are those who think they should have a vaccine against HIV in

case of contact with HIV-infected individuals. In addition to this false information, the low rate of those who know they should take post-exposure prophylaxis indicates a lack of knowledge. For a long time, ART has been used for healthcare workers after contact with an HIV-positive individual due to occupational exposure. It is recommended to start ART for 28 days as soon as possible (first 72 hours) (27). A study that included 160 nurses in Africa showed that half of the respondents had insufficient knowledge about post-exposure prophylaxis with HIV (28). In Ince's study, which included 180 physicians, 47.2% of the respondents stated that they were aware of post-exposure prophylaxis (29). In a cross-sectional survey of 311 healthcare workers in Ethiopia, 22.4% of the respondents knew they should receive post-exposure prophylaxis, and 43.4% had a negative attitude towards prophylaxis (30). Unfortunately, this rate is below 20% in this study. Lack of knowledge/incorrect information on post-exposure prophylaxis for our hospital staff is another issue that needs to be corrected.

In this study, "hand washing" and "use of antiseptics" responses to questions about infection precautions in case of injury/contact were 81.2% and 48.5%, respectively. In another study, these rates were 84.6% and 67.7%, respectively (10). The level of knowledge on what to do in case of contact with an injured/contact patient should be increased.

Limitations

The major limitation of this study was that it was from a single center. The results of more data could be analyzed by adding participants from primary and secondary health institutions to the study.

Conclusion

A regular and planned training program should be organized to address the lack of knowledge, preventive methods, preventive measures and problems in approaching the patient. The results of this study also showed that as the experience increases, the level of education and the accuracy of information increase. Increasing the level of knowledge of all healthcare workers should be the main aim for effective infection control. Although this study was conducted in a tertiary health care institution, it may guide primary health care workers.

Contact: Ahmet Şahin
E-Mail: ahmet27sahin@hotmail.com

References

1. Mysore KR, Leung DH. Hepatitis B and C. *Clin Liver Dis.* 2018;22(4):703-22.
2. Maharaj Z, Pietrzak JRT, Sikhauli N, van de Jagt D, Mokete L. The seroprevalence of HIV in patients undergoing lower limb Total Joint Arthroplasty (TJA) in South Africa. *Sicot j.* 2020;6:3.
3. AlJohani A, Karuppiyah K, Al Mutairi A, Al Mutair A. Narrative Review of Infection Control Knowledge and Attitude among Healthcare Workers. *J Epidemiol Glob Health.* 2021;11(1):20-5.
4. Rantala M, van de Laar MJ. Surveillance and epidemiology of hepatitis B and C in Europe - a review. *Euro Surveill.* 2008;13(21).
5. Mohamud RYH, Mohamed NA, Doğan A, Hilowle FM, Isse SA, Hassan MY, et al. Needlestick and Sharps Injuries Among Healthcare Workers at a Tertiary Care Hospital: A Retrospective Single-Center Study. *Risk Manag Healthc Policy.* 2023;16:2281-9.
6. Kashyap B, Tiwari U, Prakash A. Hepatitis B virus transmission and health care workers: Epidemiology, pathogenesis and diagnosis. *Indian Journal of Medical Specialities.* 2018;9(1):30-5.
7. Akdemir Kalkan İ, Usturalı Mut AN, Darakci SM, Demir Y, Aktar F, Çelen MK. Knowledge and Prejudice about HIV/AIDS among Physicians and Nurses at a University Hospital. *Van Med J.* 2021;28(1):91-9.
8. Bayrak B, Keten S, Fincancı M. Sağlık Çalışanlarının HIV/AIDS Olgularına Yaklaşımları. *Klimik Journal/Klimik Dergisi.* 2014;27(3).
9. Smith DK, Grohskopf LA, Black RJ, Auerbach JD, Veronese F, Struble KA, et al. Antiretroviral postexposure prophylaxis after sexual, injection-drug use, or other nonoccupational exposure to HIV in the United States: recommendations from the U.S. Department of Health and Human Services. *MMWR Recomm Rep.* 2005;54(Rr-2):1-20.
10. Mukherjee S, Bhattacharyya A, Goswami DN, Ghosh S, Samanta A. Knowledge and Practice of Standard Precautions and Awareness Regarding Post-Exposure Prophylaxis for HIV among Interns of a Medical College in West Bengal, India. *Oman Med J.* 2013;28(2):141-5.
11. İnci A, Altan Y, Bicer İG, Derbent A, Salihoğlu Z. Knowledge Level About HIV/AIDS among Health Care Workers at Intensive Care Unit/ Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personelinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyi. *KLİMİK Journal.* 2018;31(2):110-5.
12. Hatipoğlu Ç, Bulut C, Çelik A, Yıldız F, Kınıklı S, Demiröz A. Bir eğitim hastanesinde sağlık personelinin HIV/AIDS konusundaki bilgi düzeyleri. *Türk HIV/AIDS Dergisi.* 2005;8(2):56-60.
13. Mohsen F, Shibani M, Ibrahim N, Alhourani G, Melhem S, Alzabibi MA, et al. Knowledge, Attitude, and Practice Regarding HIV, HBV, and HCV Among Medical Students of Syrian Private University, Damascus, Syria. *Community Health Equity Res Policy.* 2023;43(2):161-70.
14. İnci A, Altan Y, Biçer İG, Derbent A, Salihoğlu Z, editors. Yoğun Bakım Ünitesinde Çalışan Sağlık Personelinin HIV/AIDS Konusundaki Bilgi Düzeyi. Presented at the 21st International Intensive Care Symposium; 2017.
15. Nijmeijer BM, Koopsen J, Schinkel J, Prins M, Geijtenbeek TB. Sexually transmitted hepatitis C virus infections: current trends, and recent advances in understanding the spread in men who have sex with men. *J Int AIDS Soc.* 2019;22 Suppl 6(Suppl Suppl 6):e25348.
16. Mtengezo J, Lee H, Ngoma J, Kim S, Aronowitz T, DeMarco R, et al. Knowledge and Attitudes toward HIV, Hepatitis B Virus, and Hepatitis C Virus Infection among Health-care Workers in Malawi. *Asia Pac J Oncol Nurs.* 2016;3(4):344-51.
17. Biradar SM, Kamble VS, Reddy S. Study to assess awareness about HIV/AIDS among medical students. *International Journal Of Community Medicine And Public Health.* 2017;3(1):62-4.
18. Haroun D, El Saleh O, Wood L, Mechli R, Al Marzouqi N, Anouti S. Assessing Knowledge of, and Attitudes to, HIV/AIDS among University Students in the United Arab Emirates. *PLoS One.* 2016;11(2):e0149920.
19. Dionne-Odom J, Cozzi GD, Franco RA, Njei B, Tita ATN. Treatment and prevention of viral hepatitis in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(3):335-46.
20. Belopolskaya M, Avrutin V, Kalina O,

- Dmitriev A, Gusev D. Chronic hepatitis B in pregnant women: Current trends and approaches. *World J Gastroenterol*. 2021;27(23):3279-89.
21. Infant feeding and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. *Pediatrics*. 2013;131(2):391-6.
22. Organization WH. Guideline: updates on HIV and infant feeding: the duration of breastfeeding, and support from health services to improve feeding practices among mothers living with HIV. 2016.
23. Akdoğan Ö, Yapar D, Demir E, Tunçel-Öztürk P, Kocagül-Çelikbaş A, Baykam N. HIV/AIDS Hastalarını Takip Etmeye Hazır mıyız? *Klimik Journal/Klimik Dergisi*. 2022;35(1).
24. Sağlam AM, Sarıkaya N. Evaluation of infection-control practices by orthodontists in Turkey. *Quintessence Int*. 2004;35(1):61-6.
25. Hosoglu S, Akalin S, Sunbul M, Otkun M, Ozturk R. Healthcare workers' compliance with universal precautions in Turkey. *Med Hypotheses*. 2011;77(6):1079-82.
26. Parmeggiani C, Abbate R, Marinelli P, Angelillo IF. Healthcare workers and health care-associated infections: knowledge, attitudes, and behavior in emergency departments in Italy. *BMC Infect Dis*. 2010;10:35.
27. Elliott T, Sanders EJ, Doherty M, Ndung'u T, Cohen M, Patel P, et al. Challenges of HIV diagnosis and management in the context of pre-exposure prophylaxis (PrEP), post-exposure prophylaxis (PEP), test and start and acute HIV infection: a scoping review. *J Int AIDS Soc*. 2019;22(12):e25419.
28. Kabotho KT, Chivese T. Occupational exposure to HIV among nurses at a major tertiary hospital: Reporting and utilization of post-exposure prophylaxis; A cross-sectional study in the Western Cape, South Africa. *PLoS One*. 2020;15(4):e0230075.
29. Nevin İ. Diş Hekimlerinin HIV/AIDS ve Oral Lezyonlar Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*. 11(2):202-7.
30. Eticha EM, Gameda AB. Knowledge, Attitude, and Practice of Postexposure Prophylaxis against HIV Infection among Healthcare Workers in Hiwot Fana Specialized University Hospital, Eastern Ethiopia. *AIDS Res Treat*. 2019;2019:7947086.

Befrin Cin¹, Fadime Bayrı Bingöl²

DOI: 10.17942/sted.1399157

Geliş/Received: 01.12.2023
Kabul/Accepted: 09.12.2024

Özet

Amaç: Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem, anne ve bebeği için yaşamlarındaki en kırılgan dönemdir. Doğum sonrası dönem, bir kadının yaşamında desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemlerden biridir. Araştırma doğum sonrası primipar kadınlarda sosyal desteğin, travmatik stres ve depresyon düzeyine etkisini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında Diyarbakır/Silvan'da 302 kadınla yürütülmüştür. Veriler Tanıtıcı Bilgi Formu, City Doğum Travma Ölçeği (CityDTÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ile toplanmıştır. Verileri analizinde Statistical Package for Social Sciences" (SPSS) istatistik programı kullanılmıştır.

Bulgular: Kadınların yaş ortalamasının 25,4±4,1 (18-44) olduğu, bebeklerinin yaş ortalamasının 8,3±2,2 (6-12 ay), evlenme yaşı ortalamasının 22,6±3,8 (15-35) ve eğitim yılı ortalamasının 11,3±3,9 (1-18) yıl olduğu saptandı. CityDTÖ'ne göre % 15,3 (n=46) kadının Travmatik Stres Bozukluğu tüm tanı kriterlerini karşıladığı ve % 10,3'ünün (n=31) depresif belirtilerinin olduğu belirlendi. Bu çalışmada, doğum sonrası sosyal desteği iyi olan kadınların travmatik stres ve depresyon düzeyinin daha düşük olduğu, ayrıca kadınların travmatik stres düzeyi arttıkça depresif belirti sıklığının arttığı görülmüştür ($p < 0,05$). Gebelik döneminde izlemelerine düzenli giden, doğum esnasında kendisine bakım veren özel bir ebesi olan, doğum esnasında kendisine saygı duyulan ve mahremiyetine dikkat edilen kadınların travmatik stres ve depresyon düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi.

Sonuç: Sağlık çalışanları, kadınların doğum sonrası sosyal desteğinin artırılmasını desteklemeli ve ruh sağlığı açısından riskli kadınlar daha sık izlenmelidir.

Anahtar Sözcükler: doğum sonrası; sosyal destek; travmatik stres; depresyon

Abstract

Objective: Pregnancy, childbirth and the postpartum period is the most vulnerable time in the life of a mother and her baby. The postpartum period is one of the periods in a woman's life when she needs support the most. This study was conducted to determine the effect of social support on the level of traumatic stress and depression in postpartum primiparous women.

Method: This descriptive study was conducted with 302 women in Diyarbakır/Silvan between February and May 2022. Data were collected with the Information Form, City Birth Trauma Scale (CityBiTS), Edinburgh Postnatal Depression Scale and Multidimensional Perceived Social Support Scale.

Results: The mean age of the women was 25.4±4.1 years (18-44), the mean age of their babies was 8.3±2.2 (6-12 months), the mean age of marriage was 22.6±3.8 (15-35), and the mean years of education was 11.3±3.9 (1-18). According to the CityBiTS, 15.3% (n=46) women met all diagnostic criteria for Traumatic Stress Disorder and 10.3% (n=31) had depressive symptoms. In this study, it was found that women with good postnatal social support had lower levels of traumatic stress and depression, and the frequency of depressive symptoms increased as the level of traumatic stress increased ($p < 0.05$). It was determined that the level of traumatic stress and depression was lower in women who had regular follow-up visits during pregnancy, who had a private midwife who cared for them during labour, who were respected during labour and whose privacy was taken into consideration.

Conclusion: In this direction, healthcare professionals should support increasing the social support of women after birth and women at risk in terms of mental health should be monitored more frequently.

Keywords: postpartum; social support; traumatic stress; depression

¹ Uzman Ebe, Silvan İlçe Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0001-8661-174X)

² Doç.Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-0304-6165)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (2023), dünya genelinde kadınların gebelik döneminde yaklaşık %10'u ve doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde annelerin %13'ünün en az bir ruhsal bozukluk yaşadığını, gelişmekte olan ülkelerde bu oranların daha yüksek olduğunu (gebelikte %15,6 ve doğum sonrası %19,8) bildirmektedir. Dünya çapında her yıl yaklaşık 130.000.000 kadın doğum yapmasına rağmen ruh sağlığı sorunu olan annelerin büyük çoğunluğu tanılanmamakta ve tedavi edilmemektedir. Bu durum hem anneler hem de bebeklerdeki kötü biyopsikososyal sonuçlar açısından ciddi bir halk sağlığı sorunudur (1).

Anne olmak, kimi zaman zor ama çoğunlukla keyifli de bir yolculuktur. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönem, anne ve bebeği için yaşamlarındaki en kırılgan ve en mucizevi süreçtir. Doğum sonrası dönem, mutluluk, sevinç gibi olumlu duyguların ağırlıklı olarak yaşandığı, aile bağlarının güçlendiği bir dönem olabildiği gibi bu dönemde uyum sağlamak zorlayıcı da olabilmektedir. Doğum sonrası dönem bir kadının yaşamında desteğe en çok ihtiyaç duyduğu dönemdir (2). Sosyal destek, bireyin karşılaşmış olduğu fiziksel ve psikolojik sorunlara karşı bir tampon görevi görür (3). Sosyal destek yetersizliğinde, annenin ruh sağlığı olumsuz etkilenir ve anne-bebek bağlanması kötüleşir (4,5). Yeni rollere uyum sağlamanın başarılı olabilmesinde sosyal desteğin yeterli olması oldukça önemli bir yere sahiptir. Annenin, annelik rolüne uyum sağlayabilmesi için çevresinden olumlu yönde destek alması bu role uyum sağlanmasında büyük etki sağlar. Sosyal desteğin varlığında, ruh sağlığı olumlu yönde etkilenir (4,6). Doğum sonrası dönemde sosyal desteğin yetersiz olmasının travmatik stresle ilişkili olduğu bildirilmektedir (7).

Doğum sonrası dönemde kadınlar doğuma ilişkin mutluluk, şaşkınlık, heyecan, minnettarlık gibi duygular hissederken, travmatik doğum deneyimi olan kadınlar ise doğumu korku, çaresizlik ve dehşet anı olarak tanımlanmaktadır. Doğum sonrasında kabuslar, flashback, irritabilite ve suçluluk hisleri gibi belirtiler varsa ya da travay ve doğumu hatırlamaktan ve konuşmaktan kaçınmaya çalışma gibi belirtiler gözlemlendiğinde kadınlar Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB)

açısından değerlendirilmelidirler (8-10). Gebelik dönemi ve öncesinde psikolojik sorunlar; doğum sırasında yetersiz destek, obstetrik müdahaleler, bebeklerini kaybetme korkusu, annede ya da yenidoğanda komplikasyon gelişmesi gibi yaşamı tehdit eden olayların meydana gelmesinin, TSSB ve Postpartum Depresyon (PPD)'u tetiklediği bildirilmektedir (6,11). Ayrıca Türkiye'de yürütülen bir çalışmada, doğum sonrası kadınların %8,5'inin TSSB için tüm tanı kriterlerini karşıladığı ve tüm TSSB kriterlerini karşılayan kadınların depresif olma riskinin 9,7 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir (12).

Literatürde sosyal desteğin hem PPD hem de TSSB belirtilerini azalttığına yönelik yayınlar olmasına rağmen, doğum sonrası dönemde algılanan sosyal desteğin travmatik stres ve depresyon düzeyine etkisini inceleyen bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda bu çalışma kadınların doğum sonrası algıladıkları sosyal desteğin travmatik stres ve depresyon düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi: Araştırma kadınların doğum sonrası algıladıkları sosyal desteğin travmatik stres ve depresyon düzeyine etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir araştırma olarak yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde Diyarbakır Silvan'da, Aile Sağlığı Merkezlerine kayıtlı 6-12 aylık bebeği olan 1.950 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem sayısı OpenEpi programı kullanılarak elde edilmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün postpartum depresyon evrensel görülme sıklığını %13 olarak bildirim kabul edilerek, tasarım etkisi 1,0 ve güven aralığı %95 oranında ulaşılması hedeflenen örneklem büyüklüğü 160 olarak belirlenmiştir. Örneklem seçimine gidilmeyerek, araştırmanın yürütüldüğü tarihlerde araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan 302 kadın araştırma örneklemi oluşturmuştur. 18-45 yaş arasında, doğum sonrası 6-12 ay arasında, primipar, Türkçe okur-yazarlığı olan, gebelik ve doğum sonrası dönemde herhangi bir psikiyatrik tedavi almayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlar araştırma kapsamına alınmıştır. Aile Sağlığı Merkezlerinde, Sağlık Bakanlığınca

belirlenen görev tanımları kapsamında gebe izlem, çocuk izlem, bağışıklama, obezite izlem, aile planlaması ve üreme sağlığı danışmanlığı ve diğer hizmetler sunulmaktadır. Araştırmamızın verileri araştırmacı tarafından Silvan'da bulunan aile sağlığı merkezlerine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden annelerle yapılan yüz yüze görüşme yöntemi ile Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplamak için Silvan'da dokuz Aile Sağlığı Merkezinde, bebeğinin rutin aşı uygulaması ve rutin kontrolü için başvuran kadınlar araştırmaya davet edilmiştir. Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlarla, Aile Sağlığı merkezlerinde boş bir odada, kadınların mahremiyeti sağlanarak, birebir görüşmelerle veriler toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Veriler, Tanıtıcı Bilgi Formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, City Doğum Travması Ölçeği ve Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği kullanılarak toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Araştırmacıların literatür (2-4,12) incelemesi sonucunda oluşturulan, katılımcıların; sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu), gebelik dönemi (gebelik haftası, sağlık sorunu varlığı vb.) doğum süreci ve doğum sonrası süreci ile ilgili 38 soruyu içeren bir kişisel bilgi formudur.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ): Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik-güvenirliği Eker ve Arkar tarafından (1995) yapılan ölçek 12 maddeden oluşan 7'li Likert yapıda bir ölçektir. Ölçekteki yanıtlar 1 kesinlikle hayır, 7 kesinlikle evet olarak değerlendirilmekte olup ölçekten alınacak en düşük puan 12 en yüksek puan 84'tür. Ölçek "aile", "arkadaş" ve "özel insan" desteği olmak üzere 3 alt boyuttan meydana gelmektedir. Bu çalışmada Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,90 bulunmuştur.

City Doğum Travması Ölçeği (CityDTÖ): Susan Ayers ve arkadaşları tarafından (2018) geliştirilen ve Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Bingöl ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan ölçek 29 maddeli, Likert tipte kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçekte amaç; doğumda yaşanan psikolojik travmayı ölçmektir. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel

El Kitabı DSM-V ile tutarlı olacak şekilde geliştirilmiştir. Ölçek beş alt grup üzerinden değerlendirilmektedir. Ölçeğin; "semptomları yeniden yaşama", "kaçınma", "olumsuz bilişler ve duygudurum" "aşırı uyarılma" ve "dissosiyatif semptomlar" için alt ölçekleri vardır. Ölçek uygulandıktan sonrası alınan puanların sonucunda, psikoterapist ya da psikiyatri uzmanına yönlendirme işlevi taşımaktadır. "3-7." sorular doğumu yeniden yaşama belirtilerini, "8. ve 9." sorular kaçınma belirtilerini, "10-16." sorular negatif bilişlerini ve duygudurumunu, "17-22." sorular aşırı uyarılma belirtilerini değerlendirmektedir. "3-22" arası toplam puan aralığı 0-60'dır. Ölçek sonrası puanların fazla olması, TSSB semptomlarının daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada City Doğum Travması Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,91 bulunmuştur.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ): Cox ve arkadaşlarının (1987) tarafından geliştirilen ve Türkçe geçerlik-güvenirliği Engindeniz ve ark. (1996) tarafından yapılan ölçek 10 maddeden oluşan, Likert tipte kendini değerlendirme ölçeğidir. Toplam puan 0-30 arasında değişmekte olup, toplam puanın yüksekliği depresyonun şiddetini gösterir. Bu ölçekte amaç kadınların depresyon düzeyini, depresyonun şiddetini ve depresyonun risk düzeyini belirlemektir. Bu çalışmada Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeğinin Cronbach Alpha değeri 0,78 bulunmuştur.

Verilerin Analizi: Statistical Package for Social Sciences (SPSS) istatistik programı çalışma da verileri analizi için kullanılmıştır. Katılımcıların bireysel özellikleri ve doğum süreci özelliklerini belirten değişkenler kategorize edilerek sayı ve yüzde dağılımları verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunlukları test edilmiştir. City Doğum Travması Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla Sperman Brown Sıra Farkları Korelasyon katsayısı analizi yapılmıştır. Gerçekleştirilen fark analizlerinde anlamlı düzeyde farklılaşma durumunu belirlemek için anlamlılık düzeyi 0,5 olarak kabul edilmiştir. Korelasyon analizinde korelasyon katsayısı, ,20'nin altında ise "düşük", ,20-,39 "zayıf", ,40-,59 "orta", ,60-,79 "yüksek" ve ,80-1,00 "çok

yüksek” düzeyde ilişkiyi belirtmektedir.

Araştırmanın Etik Boyutu: Yapılan bu çalışmada “Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi” kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (18.10.2021, 110). Etik kurulunun ardından araştırmanın yürütüldüğü Diyarbakır/Silvan İlçe Sağlık Müdürlüğü’nden de izin alınmıştır (E-49654233-604.02.02). Ayrıca araştırma kapsamında kullanılan ölçüm araçlarının geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yürütenlerden de e-posta yoluyla izin alınmıştır. Araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan kadınlara araştırmanın amacı, yöntemi ve katkıları açıklanarak onamları alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Bildirgesi’nde yer alan ilkeler gözetilerek araştırma yürütülmüştür.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan kadınların yaş ortalamasının $25,4 \pm 4,1$ (18-44) olduğu, bebeklerinin yaş ortalamasının $8,3 \pm 2,3$ (6-12), evlenme yaşı ortalamasının $22,6 \pm 3,8$ (15-35) ve eğitim yılı ortalamasının $11,3 \pm 3,9$ (1-18) yıl olduğu saptandı. Kadınların %95,0’i (n=287) doğal gebelik yaşadığını, %77,1’i (n=233) gebeliklerinde hiçbir sağlık sorunu yaşamadığını ve %93,0’i (n=281) gebelik döneminde sağlık kontrollerine düzenli gittiğini bildirdi. Araştırma kapsamına alınan kadınlardan; doğum süresince %45,4 (n=137)’üne indüksiyon, %48,7’sine (n=147) epizyotomi, %32,8’ine (n=99) fundal bası, %18,9’una (n=57) lavman, %54,0’ına (n=163) üriner kateter, %32,4’üne (n=98) amniyotomi ve %95,0’ına (n=287) sürekli olarak NST uygulandığı belirlendi. CityDTÖ’ne göre %15,3 (n=46) kadının TSSB’nin tüm tanı kriterlerini karşıladığı ve %10,3’ünün (n=31) depresif belirtilerinin olduğu belirlendi. Bu çalışmada CityDTÖ puan ortalaması $9,19 \pm 8,87$; Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği puan ortalaması $5,98 \pm 4,81$; Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği puan ortalaması $58,94 \pm 16,00$ bulundu. Kadınların diğer özellikleri Tablo 1’de sunuldu.

Kadınların bireysel özellikleri ile algılanan sosyal destek düzeyi karşılaştırıldığında; evlilik yaşı ileri olan, düzenli bir işte çalışan ve doğum sonrası işe geri dönen, gebelik izlemlerine düzenli

giden, doğumu dilediği gibi gerçekleşen, travay ve doğum süresince özel ebe desteği olan, kendisine saygılı davranılan ve mahremiyetine önem verilen kadınların algıladıkları sosyal destek düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < ,05$). Kadınların bireysel özellikleri ile travmatik stres düzeyi karşılaştırıldığında; düzenli bir işte çalışan ve doğum sonrası işe geri dönenlerin, gebelik izlemlerine düzenli giden, doğumunu istediği gibi yapan, doğum sonrası bebeğiyle erken ten tene temas yapabilen, travay ve doğum süresince özel ebe desteği olan, kendisine saygılı davranılan ve mahremiyetine önem verilen kadınların travmatik stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p < ,05$) saptanmıştır. Kadınların bireysel özellikleri ile travmatik stres düzeyi karşılaştırıldığında; gebelik izlemlerine düzenli giden, doğumu dilediği gibi geçen, doğum sonrası işe geri dönen, travay ve doğum süresince özel ebe desteği olan, kendisine saygılı davranılan ve mahremiyetine önem verilen kadınların travmatik stres düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu ($p < ,05$) saptanmıştır (Tablo 2). Doğum esnasında yapılan girişimlerin, bebeklerinin beslenme şeklinin, doğumda komplikasyon gelişiminin ölçek puanlarını etkilemediği görülmüştür.

Doğum sonu dönemde eşinden destek alan kadınların, travmatik stres ve depresyon düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < ,05$). Doğum sonu dönemde istatistiksel olarak anlamlı düzeyde eşinin annesinden destek alan kadınların depresif puanlarının daha düşük olduğu ve hiç kimseden destek almayan kadınların travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p < ,05$) (Tablo 3).

Araştırmaya katılan kadınların ÇBASDÖ, CityDTÖ, EDSDÖ ölçekleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymak amacıyla yapılan Spearman Brown Sıra Farkları Korelasyon analizi sonucunda kadınların sosyal desteği arttıkça, travmatik stres düzeyinin azaldığı ($r = -,590$; $p < ,01$) ve depresif belirti düzeyinin azaldığı ($r = -,567$; $p < ,01$) saptanmıştır. Ayrıca travmatik stres düzeyi arttıkça depresif belirti düzeyinin de arttığı ($r = ,624$; $p < ,01$) görülmüştür.

Tablo 1. Araştırma Kapsamına Alınan Kadınların Özellikleri (n=302)

Demografik özellik		Sayı (n)	Yüzde (%)
Aile yapısı	Çekirdek aile	222	73,5
	Geniş aile	80	26,5
Gelir durumu	Gelirim giderimden az	223	73,8
	Gelirim giderime denk	79	26,2
Evlilik yılı	10-14 yıl	4	1,3
	5-9 yıl	23	7,6
	1-4 yıl	275	91,1
Düzenli bir işte çalışma durumu	Çalışıyor	52	17,2
	Çalışmıyor	250	82,8
Doğum sonrası işe devam etme durumu	Evet	28	9,3
	Hayır	274	90,7
Gebelikte sağlık sorunu yaşama	Evet	69	22,8
	Hayır	233	77,1
Gebelik izlemlerine düzenli gitme durumu	Evet	281	93,0
	Hayır	21	6,9
Planlı gebelik	Evet	273	90,4
	Hayır	29	9,6
Doğumunun dilediği gibi olup olmadığı	Evet	193	63,9
	Hayır	109	36,1
Doğum şekli	Normal Doğum	153	50,7
	Acil Sezaryen	105	34,8
	Planlı Sezaryen	44	14,6
Doğum sonrası ten tene temas	Evet	122	40,4
	Hayır	180	59,6
Doğumda özel ebe varlığı	Evet	267	88,4
	Hayır	35	11,6
Doğumda saygı görme	Evet	257	85,1
	Hayır	45	14,9
Doğumda mahremiyete özen gösterilmesi	Evet	263	87,1
	Hayır	39	12,9
CityDTÖ	En az 1 ve daha fazla belirtisi olanlar	281	93,0
	DSM-V tüm kriterleri karşılıyor	46	15,2
EPDS	0-12 puan	271	89,7
	13-30	31	10,3

Tablo 2. Kadınların Bireysel Özellikleri ile Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=302)

Sosyo-Demografik Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)	CityDTÖ Ortanca	ÇBASDÖ Ortanca	EDSDÖ Ortanca
Aile yapısı					
Çekirdek Aile	222	73,5	,350	5,000	,500
Geniş Aile	80	26,5	,450	5,000	,500
Test İstatistiği, z; p			-2,155; ,031*	-,034; ,973	-1,053; ,293
Evlenme yaşı					
18 yaş ve altı	48	15,9	,575	4,333	,600
19 – 24 yaş arası	158	53,3	,350	5,000	,500
24 – 29 yaş arası	82	27,1	,250	5,000	,450
30 yaş ve üzeri	14	4,6	,375	6,000	,400
Test İstatistiği x2; p			11,356; ,010*	16,111; ,001*	6,761; ,080
Düzenli bir işte çalışma durumu					
Çalışıyor	52	17,2	,200	5,333	,400
Çalışmıyor	250	82,8	,400	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-2,247; ,025*	-2,121; ,034*	-1,456; ,146
Doğum sonrası işe dönme durumu					
Evet	28	9,3	,150	5,833	,300
Hayır	274	90,7	,400	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-3,007; ,003*	-3,651; <,001*	-2,756; ,006*
Doğumunun dilediği gibi olup olmadığı					
Evet	193	63,9	,300	5,000	,500
Hayır	109	36,1	,450	4,667	,500
Test İstatistiği z; p			-3,352; ,001*	-2,038; ,042	-2,001; ,045
Doğum sonrası erken ten tene temas					
Evet	122	40,4	,250	5,000	,400
Hayır	180	59,6	,425	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-3,337; ,001*	-1,839; ,066	-1,929; ,054
Doğum sonrası emzirme zamanı					
Hiç emzirmeyen	180	59,6	,425	5,000	,500
En az 1 dk ve üzeri emziren	122	40,4	,250	5,000	,400
Test İstatistiği z; p			-3,337; ,001*	-1,839; ,066	-1,929; ,054
Doğumda özel ebe varlığı					
Evet	267	88,4	,300	5,000	,500
Hayır	35	11,6	,700	4,333	,600
Test İstatistiği z; p			-4,612; ,001*	-2,621; ,009*	-2,464; ,014*
Doğumda saygı					
Evet	257	85,1	,300	5,000	,500
Hayır	45	14,9	,650	4,333	,700
Test İstatistiği z; p			-5,115; ,001*	-3,576; <,001*	-3,591; <,001*
Doğumda mahremiyet					
Evet	263	87,1	,300	5,000	,500
Hayır	39	12,9	,700	4,333	,700
Test İstatistiği z; p			-5,042; ,001*	-3,179; ,001*	-3,152; ,002*

*p<,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; x²: Kruskal Wallis Varyans Analizi; z: Mann Whitney U testi

Tablo 3. Kadınlara Doğum Sonrasında Destek Veren Kişiler ve Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması (n=302)

	Bakıma yardımcı olan kişi	Yüzde (%)	CityDTÖ Ortanca	ÇBASDÖ Ortanca	EDSDÖ Ortanca
Eş	Evet	54,0 (n=163)	,300	5,000	,400
	Hayır	46,0 (n=139)	,450	4,667	,600
Test İstatistiği z; p			-3,148; ,002*	-3,837; <,001*	-3,631; <,001*
Annesi	Evet	62,25 (n=191)	,350	5,000	,500
	Hayır	36,75 (n=111)	,350	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-1,81; ,856	-,668; ,504	-,629; ,529
Eşinin annesi	Evet	43,05 (n=130)	,325	5,000	,400
	Hayır	56,95 (n=172)	,350	4,667	,600
Test İstatistiği z; p			-1,400; ,161	-2,593; ,010*	-2,729; ,006*
Komşular	Evet	2,65 (n=8)	,225	6,667	,400
	Hayır	97,35 (n=294)	,350	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-1,400; ,162	-3,197; ,001*	-1,232; ,218
Arkadaşlar	Evet	3,31 (n=10)	,250	6,167	,450
	Hayır	96,69 (n=292)	,350	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-1,341; ,180	-3,064; ,002*	-,734; ,463
Hiç kimse	Evet	1,66 (n=5)	1,250	3,000	1,000
	Hayır	98,34 (n=297)	,350	5,000	,500
Test İstatistiği z; p			-2,021; ,043*	-2,166; ,030*	-1,678; ,093

*p<,05 istatistiksel olarak anlamlı farklılık; z: Mann Whitney U testi

Tartışma

Dünya Sağlık Örgütü (2023), dünya genelinde gebelerin yaklaşık %10'u ve doğum sonrası ilk bir yıl içerisinde annelerin %13'ünün en az bir ruhsal bozukluk yaşadığını, gelişmekte olan ülkelerde bu oranların daha yüksek olduğunu (gebelerde %15,6 ve doğum sonu %19,8) bildirmektedir (1). Dünya çapında her yıl yaklaşık 130.000.000 kadın doğum yapmasına rağmen ruhsal bozukluğu olan annelerin büyük çoğunluğu tanılanmamakta ve tedavi edilmemektedir. Bu durum, hem anneler hem de bebeklerdeki kötü biyopsikosozyal sonuçlar açısından, ciddi bir halk sağlığı sorunudur (1,19,20).

Bu çalışmada TSSB'nin DSM-5 kriterleri doğrultusunda hazırlanan CityDTÖ'ne göre her 10 kadından 9'unun en az 1 ya da daha fazla travmatik stres belirtisinin olduğu ve kadınların %16,2'sinin TSSB'nin tüm tanı kriterlerini karşıladığı saptandı. Bu çalışmada ayrıca CityDTÖ toplam puan ortalamasının $9,19 \pm 8,87$ olduğu ve aynı ölçeğin kullanıldığı diğer çalışmalar incelendiğinde; Bingöl ve Bal (2020) puan

ortalamasını $11,51 \pm 11,00$, Ayers ve ark. (2018) $11,00 \pm 11,00$ ve Radoš ve ark. (2020) $14,65 \pm 13,03$ olduğunu bildirmiş, bu çalışmada belirlenen ölçek toplam puan ortalamasının bu çalışmaya benzer olduğu görülmüştür. Travmatik doğum deneyimi yaşayan kadınlar yaşadıkları travma nedeniyle bir takım psikososyal güçlükler yaşamaktadır. Bu güçlükler; kadınla partneri arasındaki ilişkinin bozulmasına, anne-bebek bağlanmasında zorluğa, benlik saygısının azalmasına ve postpartum depresyona neden olabilmektedir (22-24). Ayrıca travmatik bir doğum deneyimi olan kadınların öfke patlamaları, kaygı, sosyal izolasyon, kâbus ve geçmiş yaşama geri dönüşler yaşadıkları bilinmektedir (25). Travmatik doğum deneyimi kadınların ebeveynlik rolünü olumsuz yönde etkilediği için anne-bebek ilişkisi de etkilenmektedir (26,27).

Çok yönlü olumsuz etkileri nedeniyle ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists), sağlık personellerinin, kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde, fiziksel sağlıkla birlikte, duygusal iyilik halinin de değerlendirmesini

önermektedir. ACOG, 2012 yılında gebelerde depresyon, aile içi şiddet ve anksiyete için doğum öncesi tarama yapılmasını önermekteyken, 2021 yılında önerilerini genişleterek, travma öyküsüne yönelik tarama yapılmasını ve uygun yönlendirmeyi de önermektedir (28). Aile yapısının, evlilik yaşının, kadının gelir getiren herhangi bir işte çalışıyor olmasının, doğum sonrası dönemde işe devam ediyor olmasının travmatik stres puanını etkilediği belirlenirken, algıladığı ekonomik durumunun, travmatik stres düzeyi ve depresyon ile bir ilişkisinin olmadığı belirlendi. Doğum sonrası dönemde işine devam eden kadınların sosyal desteğinin yüksek olduğu ve depresyon düzeyinin daha az olduğu belirlendi. Literatürde finansal güçlük yaşayan kadınların travmatik stres düzeyinin daha yüksek olduğu bulgusu da yer almaktadır (5,29,30). Kadınların travmatik doğum deneyimlerine, gebelik öncesi travma öyküsü, diğer psikolojik sorunlar, gebelik süresince yaşanan fiziksel sorunlar, gebelikte yetersiz sosyal destek, obstetrik müdahaleler, bebeği kaybetme korkusu ve önceden var olan travma sonrası stres bozukluğu gibi nedenler de eklendiğinde, doğum sonu TSSB'nin ortaya çıkması kaçınılmaz olmaktadır (8,31,32). Yapılan diğer çalışmalarda demografik özelliklerin doğum sonrası depresyon puanını etkilemediğini, sadece finansal durumun kötü olmasının depresyonu tetiklediği bildirilmektedir (33).

Araştırma kapsamında gebelik döneminde sağlık sorunu yaşayan kadınların travmatik stres düzeylerinin daha yüksek olduğu ve doğum şeklinin travmatik stres düzeyini etkilemediği bulundu. Bu çalışmaya benzer şekilde literatürde gebelik döneminde yaşanan sağlık sorunlarının TSSB gelişiminde etkili olduğu bildirilmiştir (32,34,35). Bu çalışmada gebelik döneminde gebelik izlemlerine düzenli giden kadınların travmatik streslerinin ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu ve bu grubun da sosyal desteği daha yüksek olan kadınlardan oluştuğu belirlendi. Riskli kadınları doğum öncesi dönemde belirlemek ve sorunların kronik bir hale dönmesini engellemek için perinatal bakımların düzenli yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Literatürde doğumdan sonra anne-bebek etkileşiminin travma sonrası stres bozukluğunu önlemekle birlikte anne-bebek bağlanmasını da kolaylaştırdığı bildirilmiştir (12,36-38). Ten tene temasın bağlanmayı güçlendirici etkisi yapılan

araştırmalarda desteklenmiştir (39-41). Bu çalışmada da ten tene teması doğumu takip eden dakikalar içerisinde yapılmasının travmatik stres üzerinde etkili olduğu ve doğum sonrası erken ten tene teması yapan annelerin travmatik streslerinin daha düşük olduğu tespit edildi.

Çalışmada yer alan kadınlara travay süresince yapılan girişimlerin (epizyotomi, sürekli NST uygulanması vb), doğum sonu dönemde travmatik stres ve depresyon düzeyine bir etkisinin olmadığı belirlendi. Bu çalışma bulgularından farklı olarak literatürde (30,32,34,42) travay dönemi ve doğum esnasında uygulanan obstetrik müdahalelerin travmatik stres gelişimine neden olduğu bildirilmektedir. Bu farklılığın ülkemizde bazı uygulamaların rutin, bazı uygulamalarında yaygın olması nedeniyle normalize edilmiş olabileceğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmadaki kadınların çoğunluğu doğum sürecinde sağlık personellerinin saygılı davrandığı ve mahremiyetlerine özen gösterildiğini belirtmişlerdir. Kendisine saygılı davranılmayan ve mahremiyetine özen gösterilmeyen kadınların travmatik stres ve depresif belirtilerinin daha fazla olduğu belirlendi. Ayrıca doğum süresince bakım veren özel ebe varlığının da travmatik stres ve depresif belirti düzeyini azalttığı belirlendi. Bu araştırma bulgusuna benzer şekilde, literatürde kadınların doğumu olumlu bir deneyim olarak yaşamalarının, travmatik stres ve depresif belirtilerin azaltılmasında, doğum esnasında kadına sunulan desteğin önemini anlatan yayınlar bulunmaktadır (8,12,35,43,44).

Literatürde doğum esnasında annede ve bebekte gelişen komplikasyonların, doğum sonrasında travmatik strese sebep olabileceği bildirilmektedir (8,12,45). Bu çalışmada doğum esnasında annede ve/veya bebekte gelişen komplikasyonların travmatik stres ve depresyon düzeyine etkisinin olmadığı belirlendi. Bu farklılığın araştırmaların, araştırmanın yürütüldüğü bölgedeki hastanelerin sağlık uygulamaları, sağlık personeline duyulan güven ve araştırma örnekleme alınan kadınların sosyodemografik özelliklerinin farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Doğum sonrasında algılanan sosyal desteği yüksek olan kadınların travmatik stres düzeylerinin ve depresif belirti düzeylerinin daha düşük olduğu

belirlendi. Literatürde yer alan diğer çalışmalarda da sosyal desteğin travmatik stresi azalttığı bildirilmiştir (8,35). Fakat Vossbeck ve arkadaşlarının (2014) yaptıkları bir araştırma da sosyal desteğin travmatik stresi etkilemediğini bildirmiştir. Zheng ve ark. (2022) ise doğum sonrası dönemde hiç kimse tarafından desteklenmeyen kadınların travmatik stresinin daha fazla olduğunu, sosyal desteğin doğum sonrası depresif belirtileri azaltabileceğini bildirmektedir. Bu farklılığın kültürel nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Literatürde ayrıca sosyal desteğin anne-bebek bağlanmasına, anne ve bebeğin öz bakımına, kadının kendisi için yeni olan annelik rolüne uyumunu kolaylaştırıcı etkisi olduğu da bildirilmektedir (48,49) ve genel kanı sosyal desteğin anne-bebeğin iyiliğine katkı sunduğu yönündedir.

Doğum sonu dönemde yaşanan ruhsal sorunlardan yalnızca anne değil, çocukları ve dolayısıyla tüm aile etkilenir. Sorunun yaşandığı ailelerde, anne bebek bağlanmasının sağlanamaması ve sürdürülememesi, çocukta bilişsel, davranışsal ve duyuşsal gelişim bozuklukları, kaygı ve depresif bozukluk, dikkat eksikliği, ailenin dağılması, kadında öz kıyım vb. sonuçlarla karşılaşılabilir (50,51). Doğum sonu dönemde her 5 kadından 1'inin psikiyatrik bozukluğu olduğu ve psikiyatrik bozukluğu olan 10 kadından 7'sinin gerekli tedaviyi almaması önemli bir sorundur (1,9). Bu sebeple, doğum sonu dönemde psikolojik sorunların erken fark edilmesi, annenin ve bebeğinin hem mevcut hem de gelecekteki yaşamlarına yansımaları sebebiyle önemlidir. Doğum sonu TSSB ve depresyonun önlenmesi, erken dönemde tanınması ve desteklenmesine yönelik çabalar, toplum ruh sağlığının gelişimine önemli katkılar sunacaktır.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada doğum sonrası sosyal desteği iyi olan kadınların travmatik stres ve depresyon düzeyinin daha düşük olduğu, sosyal destek düzeyi düşükçe travmatik streslerinin daha yüksek olduğu ve depresyon puanlarının arttığı, ayrıca kadınların travmatik stres düzeyi arttıkça depresif belirti sıklığının arttığı görülmüştür. Gebelik döneminde izlemlerine düzenli giden kadınların travmatik stres ve depresyon düzeylerinin daha düşük olduğu, doğum sonrası erken ten tene temas yapan kadınların travmatik streslerinin daha düşük olduğu, doğum esnasında kendisine bakım veren özel bir

ebesi olan kadınların, doğum esnasında kendisine saygı duyulan ve mahremiyetine dikkat edilen kadınların travmatik stres ve depresyon düzeyinin daha düşük olduğu belirlendi. Ayrıca travmatik doğum anısı olan ve doğum sonu depresyon yaşayan kadınların ileride başka bir çocuğa sahip olmak istemedikleri sonucuna ulaşıldı.

Bu sonuçlar doğrultusunda; gebe izlemlerinin aksatılmadan düzenli bir şekilde yapılmalı, doğum sonrası erken ten tene temas desteklenmeli ve anneye emzirme konusunda yardımcı olunmalıdır. Kadın taburcu olmadan önce doğum değerlendirmesi yapılmalı, doğumla ilgili hissettiklerini anlatması için olanak sağlanmalıdır. Doğumunu travmatik olarak algılamışsa bunun nedeni sorulmalı ve yanlış anlaşılmalarda varsa netliğe kavuşturulmalıdır. Doğum sonrası dönemde bebeğin büyüme-gelişme ve aşı uygulamalarının yanında, anne-bebek bağlanması ve anne ruh sağlığı yakından takip edilmelidir. Gebelik ve doğum sonrası dönemde anneler evlerinde ziyaret edilmeli, annenin sosyal destek etmenleri belirlenmeli, ihtiyaçlar doğrultusunda önlemler alınmalı. Riskli kadınların travmatik stres ve doğum sonrası depresyon açısından yakından izlenmesi, sorunlar büyümeden erken dönemde yardım alabilmesi için uygun yerlere sevk edilmesi sağlanmalıdır.

Teşekkür: Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara teşekkür ederiz.

İletişim: Fadime Bayrı Bingöl
E-Posta: fadimebayri@gmail.com

Kaynaklar

1. WHO. Maternal mental health. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/maternal-mental-health-2023>, Geneva (Erişim tarihi: 25 Mart 2023).
2. Bayrı-Bingöl F. Postpartum döneme uyum. İçinde: Anne Ruh Sağlığında Psikososyal Bakım Nobel Akademik Yayıncılık - Ankara;2023. ss:71-90.
3. Hornstein EA, Eisenberger NI. Unpacking the buffering effect of social support figures: Social support attenuates fear acquisition. *PLoS One*. 2017;12(5):e0175891.
4. Alba BM. Postpartum depression: A nurse's guide. *Am J Nurs*. 2021;121(7):32-43.

5. Meltzer-Brody S, Larsen JT, Petersen L, et al. Adverse life events increase risk for postpartum psychiatric episodes: A population-based epidemiologic study. *Depress Anxiety*. 2018;35(2):160-7.
6. Güleç D, Öztürk S, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2014;24(1):36-41.
7. Verreault N, Da Costa D, Marchand A, et al. PTSD following childbirth: A prospective study of incidence and risk factors in Canadian women. *J Psychosom Res*. 2012;73(4):257-63.
8. Ayers S. Birth trauma and post-traumatic stress disorder: The importance of risk and resilience. *J Reprod Infant Psychol*. 2017;35(5):427-30.
9. Stramrood C, Slade P. A women afraid of becoming pregnant again: Posttraumatic stress disorder following childbirth. *Psycho-Social Obstetrics and Gynecology*. 2017;33-51. doi:10.1007/978-3-319-40404-2_2
10. Beck CT, Watson S. Mothers' experiences interacting with infants after traumatic childbirth. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2019;44(6):338-44.
11. Polachek IS, Harari LH, Baum M, Strous RD. Postpartum post-traumatic stress disorder symptoms: The uninvited birth companion. *Isr Med Assoc J*. 2012;14(6):347-53.
12. Bayri Bingöl F, Demirgoz Bal M. The risk factors for postpartum posttraumatic stress disorder and depression. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(4):851-7.
13. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7.
14. Eker D, Arkar H. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*: 1995;10(34):17-25.
15. Ayers S, Wright DB, Thornton A. Development of a measure of Postpartum PTSD: The City Birth Trauma Scale. *Front Psychiatry*. 2018;9:409. Published 2018 Sep 18.
16. Bayrı Bingöl F, Bal MD, Dişsiz M, Sormageç MT, Yıldız PD. Validity and reliability of the Turkish version of the City Birth Trauma Scale (CityBiTS). *J Obstet Gynaecol*. 2021;41(7):1023-31.
17. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry*. 1987;150:782-6.
18. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları*. 1996;1:51-2.
19. Liu Y, Zhang L, Guo N, Jiang H. Postpartum depression and postpartum post-traumatic stress disorder: prevalence and associated factors. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):487.
20. Gong J, Fellmeth G, Quigley MA, et al. Prevalence and risk factors for postnatal mental health problems in mothers of infants admitted to neonatal care: Analysis of two population-based surveys in England. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2023;23(1):370.
21. Radoš SN, Matijaš M, Anđelinović M, Čartolovni A, Ayers S. The role of posttraumatic stress and depression symptoms in mother-infant bonding. *J Affect Disord*. 2020;268:134-40.
22. Ding X, Liang M, Wang H, et al. Prenatal stressful life events increase the prevalence of postpartum depression: Evidence from prospective cohort studies. *J Psychiatr Res*. 2023;160:263-71.
23. Kim JH, Kim JY, Lee S, et al. Environmental risk factors, protective factors, and biomarkers for postpartum depressive symptoms: an umbrella review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;140:104761.
24. Zhao XH, Zhang ZH. Risk factors for postpartum depression: An evidence-based systematic review of systematic reviews and meta-analyses. *Asian J Psychiatr*. 2020;53:102353.
25. Boorman RJ, Devilly GJ, Gamble J, Creedy DK, Fenwick J. Childbirth and criteria for traumatic events. *Midwifery*. 2014;30(2):255-261.
26. Grasso DJ, Drury S, Briggs-Gowan M, et al. Adverse childhood experiences, posttraumatic stress, and FKBP5 methylation patterns in postpartum women and their newborn infants. *Psychoneuroendocrinology*. 2020;114:104604.
27. Van Sieleghem S, Danckaerts M, Rieken R, et al. Childbirth related PTSD and its association with infant outcome: A systematic review. *Early Hum Dev*. 2022;174:105667.
28. American Collage of Obstetricians and

- Gynecologists (ACOG). Committee Opinion, Number 825, Caring for Patients Who Have Experienced Trauma. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2021.
29. Srkalović Imširagić A, Begić D, Šimičević L, Bajić Ž. Prediction of posttraumatic stress disorder symptomatology after childbirth - A Croatian longitudinal study. *Women Birth*. 2017;30(1):e17-e23.
 30. Suetsugu Y, Haruna M, Kamibeppu K. A longitudinal study of bonding failure related to aspects of posttraumatic stress symptoms after childbirth among Japanese mothers. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):434. Published 2020 Jul 29.
 31. Canfield D, Silver RM. Detection and prevention of postpartum posttraumatic stress disorder: a call to action. *Obstet Gynecol*. 2020;136(5):1030-5.
 32. De Schepper S, Vercauteren T, Tersago J, Jacquemyn Y, Raes F, Franck E. Post-Traumatic Stress Disorder after childbirth and the influence of maternity team care during labour and birth: A cohort study. *Midwifery*. 2016;32:87-92.
 33. Gökçe İsbir G, İnci F, Bektaş M, Dikmen Yıldız P, Ayers S. Risk factors associated with post-traumatic stress symptoms following childbirth in Turkey. *Midwifery*. 2016;41:96-103.
 34. Horsch A, Vial Y, Favrod C, et al. Reducing intrusive traumatic memories after emergency caesarean section: A proof-of-principle randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2017;94:36-47.
 35. Aydın N, Yıldız H. Travmatik doğum deneyiminin etkileri ve nesiller arası aktarımı. *Journal of Human Sciences*. 2018;15(1):604-18.
 36. Abdollahpour S, Mousavi SA, Motaghi Z, Keramat A, Khosravi A. Prevalance and risk factors for developing traumatic childbirth in Iran. *Journal of Public Health*. 2017;25(3):275-80.
 37. Cho ES, Kim SJ, Kwon MS, et al. the effects of kangaroo care in the neonatal intensive care unit on the physiological functions of preterm infants, maternal-infant attachment, and maternal stress. *J Pediatr Nurs*. 2016;31(4):430-8.
 38. Cook N, Ayers S, Horsch A. Maternal posttraumatic stress disorder during the perinatal period and child outcomes: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;225:18-31.
 39. Kınık E, Özcan H, Maternal bağlanmayı etkileyen faktörler ve primiparlarda maternal bağlanma durumu. *J Health Pro Res*. 2020;2(1):47-53.
 40. Karakaş NM, Dağlı FŞ. The importance of attachment in infant and influencing factors. *Türk Pediatri Ars*. 2019;54(2):76-81. Published 2019 Jul 11.
 41. Varghese N, Souza D, Sonia RB. Effectiveness of early initiation of skin to skin contact on maternal neonatal bonding and breast feeding status among primiparous women. *AJNER* 2018;8(4):484-8.
 42. Ayers S. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery*. 2014;30(2):145-8.
 43. Kendall-Tackett K. Birth trauma: The causes and consequences of childbirth-related trauma and PTSD. *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. *Clinical Lactation*. 2014;5(2):51-5 .
 44. Üstgörül S, Yanikkerem E. Postpartum dönemde kadınların psikososyal durumları ve etkileyen risk faktörleri, G.O.P. Taksim E.A.H. *JAREN*. 2017;3(Ek sayı):61-8.
 45. Hall MF. How to help women at risk for acute stress disorder after childbirth. *Nurs Womens Health*. 2014;18(6):449-54.
 46. Vossbeck-Elsebusch AN, Freisfeld C, Ehring T. Predictors of posttraumatic stress symptoms following childbirth. *BMC Psychiatry*. 2014;14:200. Published 2014 Jul 16.
 47. Zheng J, Gao L, Li H, Zhao Q. Postpartum depression and social support: A longitudinal study of the first six months as parents. *J Clin Nurs*. 2023;32(11-12):2652-62.
 48. Şahin B, Bayrı Bingöl F. The relationship between postpartum maternal traumatic stress and bonding. *J Psy Nurs*. 2021;12(3):227-36.
 49. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, 17. Baskı. Akademisyen Kitapevi-Ankara; 2021.
 50. Dollberg DG, Hanetz-Gamliel K. Mediation-moderation links between mothers' ACEs, mothers' and children's psychopathology symptoms, and maternal mentalization during COVID-19. *Front Psychiatry*. 2022;13:837423.
 51. Soykan Y, Cevher Akdulum MF. Stres ve hamilelik ve doğum sonrası dönem. Ed: Aslan S. In: *Stres, Tıp ve Psikiyatri*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2022. p.45-48.

Bir Grup Yaşlı Bireyin COVID-19 Pandemisi Sürecindeki Uyku ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sleep and Quality of Life of a Group of Elderly Individuals During the COVID-19 Pandemic Period



Zeynep Kılıç¹, Nazan Bedir², Meltem Pınar Karabel³, Elif Köse⁴, Neşe Aşıcı⁵, Hasan Çetin Ekerbiçer⁶, Gülgün Durat⁷

Geliş/Received: 01.10.2023

Kabul/Accepted: 06.12.2024

DOI: 10.17942/sted.1369751

Özet

Amaç: Bu çalışmada COVID-19 pandemi sürecinde 65 yaş ve üstü kişilerin uyku ve yaşam kalitesinin düzeyi ve sosyodemografik özellikleriyle ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmaya 135 kişi katılmıştır. Araştırmada veriler Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI), Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve dokuz soruluk sosyodemografik veri formu kullanılarak toplanmıştır. Toplanan veriler SPSS 20.0 kullanılarak incelenmiştir. Analizde tanımlayıcı istatistikler ile Kolmogorov-Smirnov, Spearman Korelasyon Analizi, Pearson Ki Kare Testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada 135 kişinin yaş ortalaması $70,8 \pm 6,7$ (min:65, max:91) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %66,7'si kadın olup bu kadınların %59,3'ü kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Araştırmaya katılanların %60,7'sinin ilköğretim ve altı eğitime sahip olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların PUKI toplam puan ortalaması $6,94 \pm 3,74$ ve PUKI'ye göre %54,8'inde kötü uyku kalitesi olduğu saptanmıştır. Kadınların uyku kalitesinin erkeklerden daha kötü olduğu ve SF-36'nin tüm alt boyutlarında daha düşük puana sahip olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Kronik hastalığı olanların hastalığı olmayanlara göre, 70 yaş üstü katılımcıların diğer katılımcılara göre, ilköğretim eğitime sahip yaşlıların ortaöğretim ve üstü eğitime sahip olanlara göre fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, ağrı ve genel sağlık alt boyut puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur ($p < 0,05$). Eşinden ayrı yaşayan katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite (enerji), ağrı ve genel sağlık alt boyut puanları eşinden ayrı olmayanlara göre anlamlı olarak daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Katılımcıların PUKI toplam puanı ve SF-36 alt boyutları arasında zıt yönde, iyi ve orta düzeylerde korelasyon bulunmuştur ($p < 0,05$).

Sonuç: Bu çalışmada yaşlıların uyku kalitesinin iyileştirilmesi gerektiği, SF-36'nin alt boyutlarından aldıkları puanların 70 yaş üstü katılımcılarda, kadınlarda, ilköğretim eğitime sahip olanlarda ve kronik hastalığı bulunanlarda daha düşük saptandığı tespititiyle; bu grup yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması için müdahalelere ihtiyaç duyulduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: COVID-19 pandemisi; yaşlı bireyler; uyku kalitesi; yaşam kalitesi

Abstract

Objective: This study aims to assess the levels of sleep quality and quality of life among individuals aged 65 and above during the COVID-19 pandemic, and to explore the associations between these variables and sociodemographic characteristics.

Methods: A total of 135 participants were included in this cross-sectional study. Data were collected using the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI), the Short Form-36 Health Survey (SF-36), and a nine-item sociodemographic questionnaire. Statistical analyses were conducted using SPSS version 20.0, employing descriptive statistics, Kolmogorov-Smirnov test, Spearman correlation analysis, Pearson Chi-Square Test, and Mann Whitney-U test.

Results: The average age of the participants was 70.8 ± 6.7 years (range: 65-91). Of the total participants, 66.7% were female, and 59.3% of these women reported having a chronic illness. It was founded that 60.7% of the participants had education at the primary school level or below. The mean PSQI total score was 6.94 ± 3.74 , with 54.8% of the participants identified as having poor sleep quality according to the PSQI. Sleep quality was significantly poorer among women compared to men, and women also scored lower across all SF-36 subscales ($p < 0.05$). Participants with chronic illnesses, those aged over 70, and those with primary education exhibited significantly lower scores in the physical role difficulty, physical functioning, pain, and general health subscales compared to their counterparts ($p < 0.05$). Additionally, participants living apart from their spouses demonstrated significantly lower scores in physical functioning, physical role difficulty, vitality (energy), pain, and general health subscales compared to those not living separately ($p < 0.05$). A significant negative correlation was observed between PSQI total scores and SF-36 subscale scores ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings of this study underscore the need for interventions aimed at improving sleep quality among older adults. The results further indicate that quality of life, as measured by SF-36 subscales, is notably diminished among participants who are over 70 years of age, female, possess only primary education, or suffer from chronic illnesses. These insights highlight the critical need for targeted strategies to enhance the well-being of these vulnerable subgroups.

Keywords: COVID-19 pandemic; older adults; sleep quality; quality of life

¹ Öğr. Gör. Yalova Üniversitesi, Termal Sağlık Meslek Yüksekokulu, Yalova, (Orcid: 0000-0002-4073-5031)

² Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı, Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü, Ankara, (Orcid: 0000-0003-2124-7726)

³ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı, Düzce Merkez TSM, Düzce, (Orcid: 0000-0003-0029-5681)

⁴ Uzm. Dr. Sağlık Bakanlığı, Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü, Sakarya, (Orcid: 0000-0003-0266-6845)

⁵ Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Sakarya, (Orcid: 0000-0002-2232-4538)

⁶ Prof. Dr. Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Sakarya, (Orcid: 0000-0003-0064-3893)

⁷ Doç. Dr. Sakarya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Sakarya, (Orcid: 0000-0002-9889-3622)

Giriş

Yaşlılık geniş bir tanım olmakla beraber, yaş ilerledikçe bireylerde sosyal, beslenme, sağlık gibi durumlarda değişiklikler meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı, 'Çevresel etkenlere uyum sağlayabilme kabiliyetinin azalması' olarak tanımlamaktadır. Tıp bilimi ve teknolojideki gelişmelerin de katkısıyla, yaşlı nüfusun toplumdaki oranı giderek artmaktadır (1). Artan bu nüfusa sağlanan sağlık hizmeti önemlidir ve buradaki ana amaçlardan biri yaşam kalitesinin artırılmasıdır. Bu bağlamda, COVID-19 pandemisiyle birlikte yaşlıların yaşam kalitesi daha da önem kazanmıştır.

COVID-19 pandemisi uzunca bir zamandır dünyanın gündemindedir. Aralık 2019'da viral pnömöniye büyük ölçüde benzeyen Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan virüs, ciddi akut solunum yolu enfeksiyonlarına neden olan ölümcül bir hastalığa neden olmuştur (2). Virüsün yayılma hızı ve küresel etkileri nedeniyle COVID-19, hızla yayılarak pandemi haline gelmiştir. COVID-19 pandemisi, özellikle yaşlılar ve önceden tıbbi rahatsızlıkları olan kişiler için ölümcül olabilen oldukça bulaşıcı bir solunum yolu hastalığıdır. Pandeminin getirdiği kısıtlamalar ve ekonomik zorluklar, yaşlıların psikolojik ve duygusal durumlarını olumsuz etkilemiştir. Bu durumda yaşlı bireylerin uyku ve yaşam kalitesine yansımıştır. Bu nedenle, pandeminin psikolojik etkilerini incelemek, pandemiden etkilenen insanların yaşamlarını iyileştirmek için önemli bir görev haline gelmiştir.

Dünya çapında COVID-19 pandemisine karşı farklı psikolojik tepkiler gözlemlenmiş olup, yaygın olarak incelenen yanıtlar arasında yüksek depresyon, kaygı, stres ve yalnızlık düzeylerini göstermiştir (3). Bu tepkilerin yanında, biraz daha az çalışılan diğer yanıt uyku sorunlarıdır. Özellikle anksiyete ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarına sahip bireylerde uyku bozuklukları yaygın olarak bildirilmektedir (4). Yaşlı yetişkinlerde ise uykusuzluk geliştirme riskini artıran birçok faktör bulunmakta olup, bu uyku şikayetleri genellikle davranışsal ve çevresel sorunlardan kaynaklanabilir (5). Pandemi sürecinin yarattığı olumsuz koşullar, özellikle yaşlı nüfus arasında uyku kalitesinin bozulmasına yol açmakta ve bu durum, pandeminin önemli

sonuçlarından biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle, uyku, zihinsel ve fiziksel sağlığın azalmasına yönelik riskleri değerlendirirken incelenmesi gereken kritik bir husustur. Pandemi sırasında artan uyku bozuklukları, 'COVID-somnia' olarak adlandırılan yeni bir terimle tanımlanmakta ve bu durum, yaşanan stresin uyku üzerinde yarattığı olumsuz etkileri ortaya koymaktadır (6).

COVID-19 pandemisi, küresel olarak bir 'yaşam değiştirici' olgu olarak kabul edilmektedir. Pandemi ile dünya genelinde geniş çaplı karantina ve izolasyon önlemleri alınmış, sosyal aktiviteler ve hareketlilik kısıtlanmıştır (7). Özellikle yaşlı bireyler için bu kısıtlamalar, yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilere neden olmuştur. 2021 yılı itibarı ile toplam nüfusun %9,7'sini teşkil eden yaşlı bireyler için toplumsal izolasyon dönemi başlarken diğer taraftan da birtakım problemlerin ortaya çıktığı ve yaşam standartlarında değişimin meydana geldiği görülmüştür (8).

Bu çalışma, COVID-19 pandemi sürecinde, COVID-19 için yüksek risk taşıyan 65 yaş üstü hassas gruptaki bireylerin yaşam ve uyku kalitesi düzeylerini belirlemek ve bu düzeylerin pandemi süreciyle olan ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın şekli:

Bu araştırma, 65 yaş ve üstü 135 yaşlı bireyin katıldığı, tanımlayıcı ve kesitsel tipte planlanmıştır.

Araştırmanın Gerçekleştirildiği Zaman:

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan, COVID-19 pandemisi sürecinde bir grup yaşlı bireyin uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla onay alındıktan sonra, çalışmaya 13 Ekim 2020 tarihinde başlanmış ve 15 Mart 2021 tarihinde tamamlanmıştır.

Evren-Örneklem:

Araştırmanın evreni, COVID-19 pandemisi sürecinde Ankara, Sakarya ve Yalova ilinde yaşayan 65 yaş ve üstü tüm yaşlı bireylerdir. Örneklem ise, online platformlar (WhatsApp, e-mail, SMS) aracılığıyla ulaşılan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 65 yaş ve üstü yaşlı bireylerden oluşmaktadır. Çalışmaya katılmayı

Kabul eden ve online onam veren toplam 135 kişiyle araştırma tamamlanmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriteri olarak, 65 yaş ve üstü olma şartı belirlenmiştir. Sözel olarak iletişim kurulamayan yaşlılar ise araştırmaya dahil edilmemiştir.

Verilerin toplanması:

Veriler, araştırmacılar tarafından literatürün taranması sonrası oluşturulan dokuz soruluk sosyodemografik veri formu, Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) ve Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) ile veriler toplanmıştır. Veri toplama, Google Forms platformu üzerinden yapılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan kişisel bilgi formunda, katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kiminle yaşadığı, kronik hastalığı ve kendisi veya 1. derece yakınının COVID-19 tanısı alıp almadığı değişkenlerine ilişkin bilgi toplanmıştır.

Kısa Form-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36): 1992 yılında yapılan çalışmayla SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği geliştirilmiş ve 1999 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Yüksek puan, iyi yaşam kalitesini gösterir. Genel sağlık, ağrı, sosyal işlevsellik, ruhsal sağlık, vitalite (enerji), emosyonel rol güçlüğü, fiziksel rol güçlüğü ve fiziksel fonksiyon olmak üzere sekiz alt boyutu bulunmaktadır (9).

Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ): 1989 yılında yapılan bir çalışma ile PUKİ geliştirilmiş olup, 1996 yılında Türkçeye uyarlanmıştır (10). 19 maddelik bir kişisel bildirim ölçeğidir. Ölçeğin her maddesine 0-3 puan verilir. Yüksek puanlar kötü uyku kalitesini yansıtır. PUKİ, uyku kalitesi, uyku gecikmesi, uyku bozuklukları, uyku hapi kullanımı ve gündüz işlevsellik kaybını değerlendiren 7 alt ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçeklerin eklenmesiyle 0-21 arasında değişen toplam puan elde edilir. Toplam PUKİ derecesinin 5'in üzerinde olması, %89,6 duyarlılık ve %86,5 özgüllük ile bireyin uyku kalitesinin yetersiz olduğunu ve yukarıda bahsedilen üç alanda ya da en az olmak üzere iki alanda ciddi bozulma olduğunu göstermektedir (11).

Araştırmanın Uygulanması:

Veriler, pandemi nedeniyle yaşlı bireyler açısından risk oluşturmamak adına anketin

online olarak kişilere yollanması tercih edilmiştir. Yaş, okuma-yazma bilmeme vb. nedenlerden dolayı anketi doldurmakta zorlanmaları durumunda, kişilerin yakınlarından yardım alabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, SF-36'nın 75 yaş üzerindeki bireylerin tek başına tamamlaması zor olabileceğinden yardım alabileceği ifade edilmiştir. Araştırma, gönüllü yaşlı bireylerin onamları alınarak gerçekleştirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi:

Araştırmadan elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS 20.0 kullanılarak değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler, Kolmogorov-Smirnov, Spearman korelasyon analizi, Pearson Ki Kare Testi ve Mann Whitney-U testi kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü:

Araştırmaya katılan yaşlı bireylerin ad-soyad bilgileri alınmayarak bilgi gizliliği sağlanmıştır. Etik açıdan araştırmanın uygunluğunun değerlendirilmesi için bir üniversitenin Etik Kurulu'ndan (26.06.2020 tarihli 71522473/050.01.04/318 karar numarası) izin ve kurum izinleri alınmıştır. Araştırmaya katılan yaşlı bireylerden online katılım izni alınmıştır.

Bulgular

Bu araştırmaya katılan 135 kişinin yaş ortalaması $70,8 \pm 6,7$ dir (min:65, max:91). Katılımcıların %66,7'si kadın ve %33,3'ü erkek olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların %59,3'ü kronik bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %60,7'si ilkokul ve altı eğitimi, %39,3'ü ise ilkokul üstü eğitimi tamamladıklarını belirtmiştir. Yüzde 17,8'inin de birinci derece akrabası veya kendisi COVID-19 geçirmiştir. Tablo 1'de çalışmaya dahil edilen yaşlıların ayrıntılı sosyodemografik özellikleri gösterilmiştir.

Çalışmaya katılan yaşlı bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması $6,94 \pm 3,74$ olup; %54,8'inde kötü uyku kalitesi olduğu ve kadınlarda kötü uyku kalitesinin erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$).

SF-36'nın alt boyutları değerlendirildiğinde en yüksek puan emosyonel rol güçlüğü alt boyutunda ($60,49 \pm 43,13$) ve en düşük puan genel sağlık alt boyutunda ($47,29 \pm 20,87$) bulunmuştur. Fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, emosyonel rol güçlüğü, vitalite (enerji), ruhsal sağlık, sosyal işlevsellik, ağrı ve genel

Tablo 1. Çalışmaya Katılanların Sosyodemografik Özellikleri (n = 135)

Sosyodemografik Özellikler		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	90	66,7
	Erkek	45	33,3
Yaş	70 ve altı	89	65,9
	70 üzeri	46	34,1
Eğitim	İlkokul ve altı	82	60,7
	İlkokul üzeri	53	39,3
Kronik hastalık	Var	80	59,3
	Yok	55	40,7
Eşyle birlikte yaşama durumu	Evet	76	56,3
	Hayır	59	43,7
Kendisi veya birinci derece akrabasının COVID-19 geçirme durumu	Evet	24	17,8
	Hayır	111	82,2

Tablo 2. Çalışmaya katılanların SF-36 alt boyutlarından aldıkları puanların cinsiyete göre dağılımı

	Kadın (Ort±SS)	Erkek (Ort±SS)	p
Fiziksel Fonksiyon	51,33±31,43	64,11±25,76	0,021*
Fiziksel Rol Güçlüğü	43,88±41,78	68,88±40,29	0,001*
Emosyonel Rol Güçlüğü	54,07±44,01	73,33±38,66	0,015
Vitalite (Enerji)	47,22±20,89	60,33±16,90	<0,001*
Ruhsal Sağlık	55,86±16,32	57,15±16,12	0,866
Sosyal İşlevsellik	54,58±24,17	62,77±24,49	0,066
Ağrı	51,00±22,35	67,38±4,34	<0,001*
Genel Sağlık	43,94±21,77	54,00±18,51	0,006*

*Mann Whitney-U testi

Tablo 3. Çalışmaya katılanların SF-36 alt boyutlarından aldıkları puanların eşyle birlikte yaşama durumuna göre dağılımı

	Eşyle Birlikte Yaşama Durumu						p
	Evet			Hayır			
	Ortanca	1. Çeyreklik	3. Çeyreklik	Ortanca	1. Çeyreklik	3. Çeyreklik	
Fiziksel Fonksiyon	75,0	50,0	85,0	45,0	25,0	70,0	<0,001*
Fiziksel Rol Güçlüğü	75,0	6,2	100,0	25,0	0,0	100,0	0,024*
Emosyonel Rol Güçlüğü	66,7	8,3	100,0	100,0	0,0	100,0	0,983
Vitalite (Enerji)	55,0	45,0	73,7	45,0	25,0	60,0	0,002*
Ruhsal Sağlık	54,0	48,0	68,0	52,0	44,0	64,0	0,099
Sosyal İşlevsellik	62,0	37,5	84,4	50,0	37,5	75,0	0,127
Ağrı	57,5	45,0	77,5	45,0	32,5	67,5	0,041*
Genel Sağlık	50,0	40,0	65,0	45,0	30,0	55,0	0,026*

*Mann Whitney-U testi

sağlık skala skorları sırasıyla $55,59 \pm 30,18$; $52,00 \pm 42,81$; $60,49 \pm 43,13$; $51,59 \pm 20,54$; $56,29 \pm 16,21$; $57,31 \pm 24,49$; $56,46 \pm 24,21$; $47,29 \pm 20,87$ 'dir.

Erkeklerin kadınlara göre fiziksel rol güçlüğü, fiziksel fonksiyon, emosyonel rol güçlüğü, vitalite (enerji), ağrı ve genel sağlık alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puan aldığı ($p < 0,05$) saptanmıştır. Kadınların ise erkeklere göre SF-36'nın bütün alt boyutlarında daha düşük puana sahip olduğu gösterilmiştir (Tablo 2).

Kronik hastalığı olan bireylerin hastalığı olmayanlara göre, ilköğretim ve altı eğitime sahip yaşlıların ilköğretim ve üstü eğitime sahip olanlara göre, 70 yaş üstündeki yaşlıların diğerlerine göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarında puanlarının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Eşinden ayrı yaşayan katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, vitalite (enerji), ağrı ve genel sağlık alt boyut puanları eşi ile birlikte yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 3). Katılımcıların PUKİ toplam puanı ile SF-36 alt boyutları arasında zıt yönde, iyi ve orta düzeylerde korelasyonlar bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tartışma

Pandemi döneminde yaşlıların yaşam kalitesi ve uyku kalitesini araştıran çalışmamızda yaşlıların yarısından fazlasında kötü uyku kalitesi olduğu ve kadınlarda bunun daha sık izlendiği bulunmuştur. COVID-19 sürecindeki çalışmamıza katılan yaşlı bireylerin PUKİ toplam puan ortalaması $6,94 \pm 3,74$ olup; %54,8'inde kötü uyku kalitesi olduğu bulunmuştur. Hindistan'da COVID-19'un uyku ile ilişkisinin incelendiği çalışmada COVID-19 salgını sırasında hastaların, ailelerinin, izolasyonda, karantinada ve toplum içinde yaşayanların uykularının etkilendiği belirtilmiştir (12). Literatürde, COVID-19 korkusunun zihinsel stres faktörü olarak kabul edildiği ve zihinsel strese yol açan etmenlerin uyku kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmiştir (13,14). ABD'de 1.013 yetişkin ile izolasyon önlemlerin alındığı dönemde, COVID-19 hakkındaki endişeleri, uykusuzluğun ciddiyetini ve intihar düşüncesini değerlendiren

bir çalışma, COVID-19 ile ilgili kaygının uykusuzluk şiddeti ve intihar düşüncesiyle ilişki gösterdiğini ortaya koymuştur (15). 2018 yılında yaşlı bireylerde uyku kalitesinin incelendiği çalışmada PUKİ toplam puan $4,58 \pm 2,86$ olduğu rapor edilmiştir (16). Çalışmamızda PUKİ toplam puan ortalamasının daha yüksek olması, COVID-19 pandemi döneminde özellikle yaşlı bireyler için uygulanan sosyal izolasyonun yaşlı bireylerde uyku kalitesinin düşmesine neden olarak düşünülebilir. COVID-19 pandemi döneminde 65 yaş ve üzeri 332 bireyin depresyon ve uyku kalitesinin incelendiği başka bir çalışmada katılımcıların %68,7'sinin PUKİ puan ortalamasının $7,15 \pm 3,39$, uyku kalitesinin kötü olduğu saptanmış; bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiştir (17). Ayrıca 2023 yılında yapılan ve 65 yaş ve üzeri 449 yaşlı bireyi kapsayan bir başka çalışmada, katılımcıların %62,1'inin kötü uyku kalitesine sahip olduğu belirlenmiştir (18). Bu bulgu, çalışmamızla uyumlu olup, son zamanlarda gündemde sıkça yer alan salgınların etkisiyle yaşlı bireylerde uyku kalitesinin olumsuz yönde etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda uyku kalitesi ve yaşam kalitesi arasında negatif yönde ilişki bulunmuştur. Yaşlılarda uyku kalitesinin; günlük yaşam aktiviteleri seviyesinin düşük olması, fonksiyonel limitasyonları ve sağlık hizmetlerinden yararlanma ihtiyacını artıran birçok fiziksel ve psikolojik sorunla ilişkili olduğu düşünülmektedir (18). COVID-19 pandemisi sürecinde, yaşlı bireyler en riskli gruplardan biri olarak değerlendirilmiş ve bu nedenle çeşitli karantina ve izolasyon önlemleri (sokağa çıkma kısıtlamaları, sosyal izolasyon) uygulanmıştır. Bu önlemler, yaşlı bireylerin COVID-19'a maruz kalma riskini en aza indirmeyi amaçlasa da sosyal izolasyonun getirdiği psikolojik ve fiziksel etkiler uyku ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz sonuçlar doğurduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kadınların, kronik hastalığı olanların, 70 yaş ve üstü yaşlıların, ilköğretim eğitimine sahip yaşlıların; SF-36 alt boyutlarından aldıkları puanların daha düşük olduğu bulunmuştur. 2020 yılında 180 yaşlı birey ile yapılan bir çalışma bizim bulguları desteklemektedir; üniversite veya lise eğitim düzeyine sahip olan yaşlıların yaşam kalitesinin,

okur-yazar olmayan yaşlılara göre yüksek olduğu rapor edilmiştir (19).

Çalışmamızda, erkeklerin yaşam kalitesi ve alt boyutlarının kadınlara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki benzer bulgular (20, 21) COVID-19 öncesi döneme ait olsa da pandemi sürecinde yapılan çalışmamızın sonuçlarının da bu verilerle tutarlılık göstermesi, cinsiyetler arasındaki yaşam kalitesi farklılıklarının pandemi koşullarından bağımsız olarak sürdüğünü ortaya koymaktadır. Bu durum, cinsiyetin yaşam kalitesi üzerinde kalıcı bir etkiye sahip olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamız, yaşam kalitesinin cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, sağlık durumu ve kiminle yaşadığı gibi çeşitli demografik ve sağlıkla ilgili faktörlerden etkilendiğini göstermektedir. Özellikle, kronik hastalığı olan bireylerin, hastalığı olmayanlara göre; daha düşük eğitim seviyesine sahip olanların, daha yüksek eğitim seviyesine sahip olanlara göre ve 70 yaş üstü bireylerin, daha genç olanlara göre fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, ağrı ve genel sağlık alt boyutlarında anlamlı derecede daha düşük puanlar aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, eşinden ayrı yaşayan katılımcıların fiziksel fonksiyon, fiziksel rol güçlüğü, enerji, ağrı ve genel sağlık puanlarının, eşyle birlikte yaşayanlara göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Literatürde de benzer şekilde, yaşam kalitesinin cinsiyet, yaş, eğitim, sağlık durumu ve kiminle yaşadığı gibi değişkenlerden etkilendiği belirtilmektedir (17-18). Örneğin, Ankara'da 60 yaş ve üzeri 300 kişiyle yapılan bir çalışmada, erkeklerin, daha iyi eğitime sahip olanların, evlilerin ve sağlıklı bireylerin yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu gösterilmiştir (22). Benzer şekilde, başka bir çalışmada, kadınların, düşük eğitim seviyesine sahip yaşlıların ve bekar veya yalnız yaşayan bireylerin yaşam kalitesi puanları daha düşük bulunmuştur (20). Çin'de 2020 yılında 1.210 katılımcı ile yapılan bir çalışmada pandemiyle beraber psikolojik problemlerin arttığı bunun da yaşam kalitesini düşürdüğü saptanmıştır (23). Portekiz'de yapılan bir çalışmada karantinaya alınan kişilerin, COVID-19 pandemi öncesi genel nüfusa kıyasla daha yüksek düzeyde kaygı ve daha düşük sağlıkla ilgili yaşam kalitesini

bildirdiğini ve daha yüksek düzeyde kaygısı olanların daha düşük yaşam kalitesine sahip olma eğiliminde olduğunu ortaya koymaktadır. Kadınlar ve yaşlı bireyler daha fazla kaygı ve kötü yaşam kalitesi olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kronik bir hastalığa sahip olmak düşük yaşam kalitesi göstergesi olarak bulunmuştur (3). COVID-19 pandemi dönemi ev karantinasında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisinin incelendiği çalışmada yaşam kalitesinin fiziksel fonksiyonunu, ağrı ve genel sağlık algısını belirlediği belirtilmiştir (24). Pandemiyle beraber karantina süreci yaşlılarda fiziksel aktiviteyi kısıtladığından yaşam kalitesinin düşük olması beklenen bir sonuçtur.

Katılımcıların PUKİ toplam puanı ile SF-36 alt boyutları arasında zıt yönde, iyi ve orta düzeylerde korelasyonlar bulunmuştur ($p < 0,05$). COVID-19 pandemi sürecinde yapılan bir meta analiz çalışmasında yaşlı yetişkinlerin pandemi sırasında kısıtlamalarla bağlantılı olarak sosyal izolasyon yaşadıklarını ve yalnızlık derecelerinin ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilendiği sonucuna varmıştır (14).

Pandemi sürecinde yaşanan sosyal izolasyon, belirsizlik ve stres faktörlerinin, bireylerin uyku düzenlerini olumsuz yönde etkilediği ve dolayısıyla Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ) puanlarının arttığı gözlemlenmiştir.

Pandemi döneminde yaşanan bu olumsuz uyku değişiklikleri, SF-36'nın fiziksel işlevsellik, sosyal işlevsellik ve mental sağlık alt boyutları üzerinde belirgin etkiler yaratmış olabilir. Elde edilen zıt yöndeki korelasyonlar, düşük uyku kalitesinin yaşam kalitesinin farklı yönleri üzerindeki olumsuz etkilerini yansıtabilir.

Sonuç olarak, bu çalışma, yaşlıların %50'den fazlasının uyku kalitesinin kötü olduğunu ve COVID-19 pandemisi gibi salgın dönemlerinde yaşlıların uyku kalitesinin iyileştirilmesi gereksinimini vurgulamaktadır. Sosyal izolasyonun, yaşlı bireylerde uyku güçlüklerini artırdığı ve sağlık yetkililerinin bu gruptaki bireylerin uyku sorunlarını ele almasının önemini gösterdiği bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınlar, kronik hastalığı olanlar, 70 yaş ve üstü bireyler ve ilköğretim ve üzeri eğitim seviyesine sahip yaşlılarda SF-36 alt boyutlarından düşük puanlar, bu gruplarda yaşam kalitesini

artıracak müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu düşündürmektedir. Ayrıca, eşinden ayrı yaşayan yaşlıların sosyal destekle yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik stratejiler geliştirilmelidir. Yaşlıların yaşam kalitesinin artırılması toplum sağlığı açısından öncelikli bir hedef olmalıdır.

İletişim: Zeynep Kılıç

E-Posta: zeynep.kilic@yalova.edu.tr

Kaynaklar

1. Gürer A, Çırpan, FK, Özlen NA. Yaşlı bakım hizmetleri. *Journal of Health Services and Education*. 2019;3(1):1-6.
2. Huang C, Wang Y, Li X ve ark. Clinical features of patients infected with. 2019 novel coronavirus in Wuhan, China *Lancet*. 2020;395(10223):497-506.
3. Ferreira LN, Pereira LN, da Fé Brás M, Ilchuk, K. Quality of life under the COVID-19 quarantine. *Quality of Life Research*. 2021;30(5):1389-405.
4. Hall G, Laddu DR, Phillips SA, Lavie CJ, Arena R. A tale of two pandemics: How will COVID-19 and global trends in physical inactivity and sedentary behavior affect one another? *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2021;64:108-10.
5. Tatineny P, Shafi F, Gohar A, Bhat A. Sleep in the elderly. *Mo Med*. 2020;117(5):490-5.
6. İnönü H. COVID-19 pandemisi ve uyku bozuklukları: COVID-somnia. *Tuberk Toraks*. 2021;69(3):387-91.
7. Banerjee D, D'Cruz MM, Rao TS. Coronavirus disease 2019 and the elderly: Focus on psychosocial well-being, agism, and abuse prevention, An advocacy review. *Journal of Geriatric Mental Health*. 2020;7(1):4-10
8. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2020-37227>. Erişim tarihi: 24.09.2021
9. Kocayigit H, Aydemir Ö, Fişek G, Ölmez N, Memiş AK, Kısa Form-36 (KF-36)'nın Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve geçerliliği. *İlaç ve Tedavi Dergisi*. 1999;12(2):102-6.
10. Ağargün MY, Kara H, Anlar Ö. Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1996;7(2):107-15.
11. Saygın M, Öztürk Ö, Gonca T, Has M, Hayri UB, Kurt Y, Yağlı MA, Çalışkan S, Akkaya A, Öztürk M. Investigation of sleep quality and sleep disorders in students of medicine. *Türk Thorac J*. 2016;17(4):132-40.
12. Datta K, Tripathi M. Sleep and COVID-19. *Neurol India*. 2021;69(1):26-31.
13. Kasar KS, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*. 2021;42(5):1222-9
14. Du M, Liu M, Wang Y, Qin C, Liu J. Global burden of sleep disturbances among older adults and the disparities by geographical regions and pandemic periods. *SSM Popul Health*. 2023;25:101588
15. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Fernandez F, Grandner MA, Dailey NS. Suicidal ideation during the COVID-19 pandemic: The role of insomnia. *Psychiatry Res*. 2020;290:113134.
16. Pekçetin S, İnal Ö. Yaşlı bireylerde uyku kalitesinin yorgunluk ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;(4):604-8.
17. Tel H, Kelleci M, Kısaoğlu Ö, Kurtaran D. Covid-19 pandemisinde yaşlıların depresyon ve uyku kalitesi açısından değerlendirilmesi. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*. 2023;7(1):1-7
18. Parpucu Tİ, Keskin T, Başkurt F, Başkurt Z. Yaşlılarda uyku kalitesi ve uykululuk durumunun yorgunluk günlük yaşam aktivitesi ve fiziksel aktivite üzerine etkisi. *Journal of Turkish Sleep Medicine*. 2023;10(2):104-9
19. Değer TB, Ordu Y. Yaşlılarda yaşam kalitesini etkileyen faktörler: Bir taşra örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2022;11(2):574-85.
20. Hajian-Tilaki K, Heidari B, Hajian-Tilaki A. Health related quality of life and its socio-demographic determinants among Iranian elderly people: A population based cross-sectional study. *Journal of Caring Sciences*. 2017;6(1):39-47.
21. Öztürk A, Kurt A, Sadık R, Özbar N. 65 yaş ve üstü bireylerin fiziksel aktivite düzeylerinin yaşam kalitelerine etkisinin incelenmesi. 5. Uluslararası Sağlık ve Spor Bilimleri Sempozyumu 25-26-27 Ekim 2018;103-20

22. Bilgili N, Arpacı F. Quality of life of older adults in Turkey. Archives of Gerontology and Geriatrics. 2014;59(2):415-21.
23. Wang C, Pan R, Wan X, Tan Y, Xu L, Ho CS, Ho RC. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(5):1729.
24. Tural E. COVID-19 pandemi dönemi ev karantinasında fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesine etkisi. Van Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;13.(COVID-19 özel sayı):8-10

Investigation of Beliefs and Practices of University Students Regarding Breast Self-Examination

Üniversite Öğrencilerin Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnanç ve Uygulamalarının İncelenmesi



Semra Eyi¹, Aylin Can², Melike Pehlivan³

DOI: 10.17942/sted.1384382

Geliş/Received: 01.11.2023
Kabul/Accepted: 06.12.2024

Abstract

Objective: Aim of this study was to investigate university students' knowledge, behaviour and awareness of breast self-examination and health beliefs about early detection of breast cancer.

Method: A descriptive and cross-sectional study was conducted with 610 university students. Data were collected between November 2022 and April 2023 using "Personal Information Form" and "Champion Breast Cancer Health Belief Model Scale".

Results: Students had knowledge about breast cancer (72.0%), knew how to perform breast self-examination (62.8%) and learnt it from internet (46.9%). Students performed breast self-examination once a month (36.8%) and whenever they remembered (74.2%). The familial risk factors significantly increased the sensitivity levels of students. The region where they came from increased the level of taking the disease seriously ($p<0.05$). The sensitivity, motivation, benefits, barriers, self-efficacy subscale scores and total scale scores were significantly higher ($p<0.05$) among students who had information about breast cancer and who performed breast self-examination monthly or annually, on the first day of each month or whenever they thought of it were found to be statistically significant higher ($p<0.05$).

Conclusion: It was concluded that increasing awareness could increase health beliefs about breast cancer screening. Also, students' health beliefs were dependent on variables such as geographical region of residence, faculty of study, family history of cancer, knowledge level, use and frequency breast self-examination and reasons for doing and not doing breast self-examination. There is a need for intensive and comprehensive breast cancer education and breast self-examination awareness. It is important to include demographic variables and individual experience characteristics in the training curriculum.

Keywords: breast self-examination; breast neoplasms; students; health belief model

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, üniversite öğrencilerinin kendi kendine meme muayenesi konusundaki bilgi, davranış ve farkındalıkları ile meme kanserinin erken teşhisi konusundaki sağlık inançlarını araştırmaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel çalışma 610 üniversite öğrencisi ile gerçekleştirildi. Veriler Kasım 2022 ile Nisan 2023 tarihleri arasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Champion Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" kullanılarak toplandı.

Bulgular: Öğrencilerin meme kanseri hakkında bilgi sahibi olduğu (%72,0), kendi kendine meme muayenesi yapmayı bildiği (%62,8) ve internetten (%46,9) öğrendiği bulundu. Öğrencilerin kendi kendine meme muayenesini ayda bir defa (%36,8) ve ne zaman akıllarına gelirse (%74,2) yaptıkları belirlendi. Ailesel risk faktörü bulunan öğrencilerin duyarlılık düzeylerinin anlamlı derecede arttığı belirlendi. Öğrencilerin geldikleri bölgenin hastalığı ciddiye alma düzeylerini arttırdığı bulundu ($p<0,05$). Meme kanseri hakkında bilgi sahibi olan, aylık ya da yıllık olarak, her ayın ilk günü ya da aklına geldikçe kendi kendine meme muayenesi yapan öğrencilerin, duyarlılık motivasyon, yarar, engel, öz yeterlilik alt ölçek puanları ve toplam ölçek puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptandı ($p<0,05$).

Sonuç: Farkındalığın artırılmasının meme kanseri taramasına ilişkin sağlık inançlarını artırabileceği belirlendi. Ayrıca, öğrencilerin sağlık inançlarının ikamet edilen coğrafi bölge, öğrenim görülen fakülte, ailede kanser öyküsü, meme kanseri hakkında bilgi sahibi olma, kendi kendine meme muayenesi yapma sıklığı, yapma ve yapmama nedenleri gibi değişkenlere bağlı olduğu sonucuna varıldı. Meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi farkındalığı konusunda yoğun ve kapsamlı bir eğitime ihtiyaç vardır. Eğitim müfredatına demografik değişkenlerin ve bireysel deneyim özelliklerinin entegre edilmesi önemlidir.

Anahtar Sözcükler: kendi kendine meme muayenesi; meme neoplazileri; öğrenciler; sağlık inanç modeli

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0003-0680-1063)

² Öğr. Gör., Munzur Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-3496-9939)

³ Öğr. Gör., Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi / Gediz Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu / Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü İlk ve Acil Yardım Programı (Orcid no: 0000-0001-6320-0753)

Introduction

Breast cancer is the leading cause of death in women worldwide who have no specific risk factors other than gender and age (1). In the World Health Organization's Global cancer statistics report, it is reported that approximately 20 million new cases of cancer were diagnosed, of which 2.29 million (11.6%) were breast cancer and all cases were female. The same report states that 9.7 million people died from cancer, of whom 665,700 (6.9%) died from breast cancer. This means that 6301 women are diagnosed with breast cancer per day and 1824 women die from breast cancer per day (2,3).

In Turkey, breast cancer is highly prevalent among women, posing a significant threat to their health, affecting 46.8 individuals per 100,000 (3). The International Association for Cancer Research reports that in Türkiye 240,013 new cases of cancer were diagnosed, of which 25,249 (10.5%) were breast cancer. The same report states that 129,672 people died from cancer, of whom 7360 (5.7%) died from breast cancer (3).

The WHO's Global Breast Cancer Initiative (GBCI) aims to decrease worldwide breast cancer mortality by 2.5% annually and avert 40% of it by 2040. According to the GBCI, the essential steps toward achieving these goals involve urging women of all ages to undertake breast self-examination (BSE) at least once a month, and conducting regular clinical examinations and mammography screenings (1). In Turkey, the National Breast Cancer Screening Programme aims to diagnose breast cancer as early as possible. The programme includes counselling for all women over the age of 20, annual clinical breast examinations and mammography screenings every two years for women aged 40-69 (4). As a routine screening measure for women aged 20 to 30 years, BSE has become increasingly important as it must be utilized beyond clinical examination and mammography (5). Furthermore, Nde et al. (2015) have reported a positive correlation between BSE performance and breast cancer diagnosis (6). Despite its significant potential in early breast cancer diagnosis, a systematic review found that the percentage of women practicing BSE is inadequate, ranging from

23.0 to 68.3% (7). This situation remains unchanged in our country, with only 7.3-32.5% of women adopting BSE (5). However, raising women's awareness of the signs, symptoms, early detection and treatment of breast cancer enables medical intervention before the progression of the current cancer (1). This simultaneously supports the increase in survival rates and quality of life (8). It is advised for women to undergo regular monthly BSE from the age of 20 years to detect any abnormal changes in the breast (9).

Owing to the high prevalence of breast cancer among young individuals in our nation, the health attitudes of young people towards BSE practices and BSE hold significant importance (10). Ascertaining the beliefs and attitudes of students towards breast cancer screening behaviors will serve as the foundation for devising appropriate health education programmes, which will provide essential awareness to individuals in the young age bracket for early diagnosis (11). This study was conducted to assess young women's knowledge, behavior, awareness and health beliefs regarding BSE, which plays a crucial role in breast cancer's early detection. While there have been several studies about this topic in various parts of Turkey, there is no published data widely available for the Eastern Anatolia Region. Thus, this study is presumed to provide a basis for future research on BSE.

Method Design

This cross-sectional descriptive study explores the relationship between the demographic attributes of university students and their beliefs and practices towards breast self-examination. The study aims to address the following research inquiries:

1. What is the level of awareness among university students concerning early detection techniques for breast cancer?
2. What are the attitudes of university students towards early detection methods of breast cancer?
3. Which independent variables influence the use of breast cancer early detection methods?
4. What are the health beliefs of university students regarding breast cancer?

Sampling and Setting

This research is a cross-sectional study conducted on a sample of female students between November 2022 and April 2023 at a university in the Eastern Anatolia Region in the 2022-2023 academic year. The students were selected from a pool of 3120 students enrolled in the various faculties of the university. A power analysis was conducted using Cochran's (1977) formula for categorical data. This a priori analysis indicated that 350 participants were needed when employing 0.05 (95% CI) criteria for statistical significance. The study involved 610 female students studying in the Faculties of Health Sciences, Literature, Engineering, Sports Sciences, Communication, Economics and Administrative Sciences, Fine Arts, Design and Architecture at Munzur University.

Inclusion criteria;

- Continuing their education at Munzur University,
 - Between the ages of 20-30 and who verbally and in writing agree to participate in the study,
 - Active student enrollment during the academic semester in the period in which the research was conducted,
 - Ability to read and write in Turkish,
 - Female undergraduate students were included in the study.
- Exclusion criteria;
- Previous diagnosis of breast cancer,
 - Students with a history of previous breast surgery were excluded from the study.

Ethical approach

To conduct the study, the approval for ethical compliance was obtained from the Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee of University (dated 01.11.2022 and numbered 2022/12-01), and institutional permission was obtained from the University. An informed consent from the students was obtained for participation in research. All study procedures were performed in accordance with the Helsinki Declaration and ethical standards.

Data Collection

The data were collected between November 2022 and April 2023, on random days of the week on the University campus. The research data were collected online using a Google

form link shared with the participants. Data were collected using a personal characteristics information form developed from the literature and, in addition, health beliefs about early diagnosis of breast cancer were measured using the Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS). After obtaining ethical approval to conduct the study, permission was requested from the University. During data collection, the researchers visited the faculties and collected data from available participants who met the inclusion criteria. After explaining the study procedures and participant rights, the study link was shared with the students who agreed to participate in the study. They were asked to approve the informed consent form on the first page of the study link. Participants who did not approve the consent form were not allowed to see the questions.

Instruments

Personal Information Form: Descriptive and demographic characteristics; age, income status, place of residence, etc. and knowledge and attitudes towards CHCMM practices are included in a total of 20 questions created by the researcher.

Champion's Health Belief Model Scale (CHBMS): The Breast Cancer Health Belief Model Scale was developed by Champion (1984) based on the health belief model regarding beliefs about early diagnosis of breast cancer (12). In this study, the validity and reliability study of CHBMS conducted by Gözümlü & Aydın (2004) was used (13). The "barriers to mammography" and "benefits of mammography" sub-dimensions of the scale were not used in the study. A total of 6 sub-dimensions and 36 items were used, including "sensitivity" (3 items), "caring/seriousness" (6 items) and "health motivation" (5 items), "barriers" (8 items), "benefits" (4 items) and "self-efficacy" (10 items) related to CHBMS. The scale is a five-point Likert scale. Increasing scores indicate that sensitivity and caring increase, benefits are perceived as benefits, and obstacles are perceived as obstacles. In the scale developed by Gözümlü & Aydın (2004), Cronbach's alpha reliability coefficients were found to be 0.69 and 0.70 (13). In our study, Cronbach's alpha coefficients were 0.761 for the sensitivity

subscale, 0.710 for the severity subscale, 0.714 for health motivation, 0.725 for perceived benefits, 0.723 for perceived barriers, and 0.734 for self-efficacy.

Data analysis

The scale dimensions and total scores were tested for their compliance with normal distribution by Kolmogorov Smirnov Test. However, all dimensions of scale show a normal distribution. Therefore, parametric tests were used to analyze these dimensions. All analysis was conducted by Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 27.0, and the significance level was set at an alpha level of 0.05 (two-tailed). For descriptive analysis, mean and standard deviation were used for numerical variables and number and percentage for categorical variables.

Results

The mean age of the students participating in the study was 20.3 ± 1.5 years. The mean age at first menstruation was 13.2 ± 1.2 years. When the economic status of the students was analyzed, it was found that 55.2% of the students' income was less than their expenses, 47.0% of the students lived in the province, 36.9% of the students came to the university from the Southeast Anatolia region, and 91.1% of the students studied at the Faculty of Health Sciences of the university. When the students were asked about their family history of breast cancer, it was found that 9.3% of the students had a family history of breast cancer and the closest person who had been diagnosed was most often their aunt with a rate of 26.3% (Table 1).

It was found that 72.0% of the students had information about breast cancer and 62.8% of them knew how to perform BSE. When the information sources of the students about BSE were analyzed, it was determined that the majority of the students received information from the internet (46.9%) and health workers (36.6%), but 51.0% of the students did not perform BSE. When the students who stated that they did not perform BSE were asked about the reasons, it was found that they did not perform BSE because they were not shown how to do it, they did not know what to look for (35.7%) and they did not care (23.5%). When the reasons for performing BSE were questioned, it was

determined that they thought it was important (42.5%) and to take precautions for breast Ca (34.1%). It was found that the majority of the students who performed BSE performed it once a month (36.8%), whenever it occurred to them (74.2%) and using one of the palpation methods (horizontal, vertical, circular) (33.1%) (Table 2).

When comparing the income status of the students with the scale dimensions, it was discovered that those whose income was greater than their expenses achieved high scores in sensitivity and self-efficacy subscale scores ($p > 0.05$), while those whose income was equal to their expenses achieved high scores in motivation and benefits of BSE subscale scores ($p > 0.05$). Students whose income was lower than their expenses achieved high scores in seriousness, BSE barriers subscale scores, and total scale score ($p > 0.05$). When comparing the students' place of residency for the longest duration to scale dimensions, it was observed that those inhabiting the village displayed high scores in the subscale categories of seriousness, benefits, barriers, and self-efficacy, as well as the total scale score ($p > 0.05$). Conversely, those residing in the province exhibited low scores in the total scale score and all subscale scores ($p > 0.05$). Students from the Black Sea region demonstrated high levels of seriousness ($p < 0.05$) in this study. In contrast, students from the Central Anatolia region scored high on motivation, benefits, and self-efficacy subscale scores, as well as total scale scores ($p > 0.05$). Those from the Southeastern Anatolia region scored high on sensitivity, while students from the Eastern Anatolia region demonstrated high levels of barriers to BSE subscale scores ($p > 0.05$). It was found that students in the sports science department of the university achieved high scores in sensitivity, seriousness ($p < 0.05$), self-efficacy and barriers to BSE subscale scores and overall scale scores ($p > 0.05$). Similarly, those studying fine arts attained high scores in the motivation subscale ($p > 0.05$) whilst students in the health sciences obtained high scores in the benefits of BSE subscale ($p > 0.05$). It was found that students with a family history of breast cancer had elevated scores in sensitivity ($p < 0.05$) and seriousness ($p < 0.05$), as well as motivation and benefits of BSE subscale scores ($p > 0.05$).

Table 1. Demographic characteristics		
Age	Mean \pm SD¹	
	20.3 \pm 1.5	
	n	%
Income status		
Income less than expenditure	337	55.2
Income is equal to expenditure	247	40.5
Income more than expenditure	26	4.3
Longest inhabited place		
Province	287	47.0
District	205	33.6
Village	118	19.3
Geographical region of origin of students		
Aegean Region	94	15.4
Mediterranean Region	45	7.4
Central Anatolia Region	74	12.1
Eastern Anatolia Region	90	14.8
Southeastern Anatolia Region	225	36.9
Black Sea Region	15	2.5
Marmara Region	67	11.0
Faculty of enrolment		
Faculty of Health Sciences	556	91.1
Faculty of Literature	20	3.3
Faculty of Engineering	5	0.8
Faculty of Sport Sciences	8	1.3
Faculty of Economics and Administrative Sciences	7	1.1
Faculty of Fine Arts, Design and Architecture	14	2.3
Family history of breast cancer		
Existent	57	9.3
Non-existent	553	90.7
Degree of closeness of those diagnosed with breast cancer in your family (n=57)		
First degree relative	41	72.0
Second degree relative	16	28.0
Age at first menstruation	Mean \pm SD¹	
	13.2 \pm 1.2	

Conversely, they exhibited lower scores in self-efficacy, BSE barriers subscale scores and total scale score ($p > 0.05$) (Table 3).

When comparing the knowledge levels of students about breast cancer and BSE, including the scale dimensions, it was found that those

with knowledge about breast cancer and BSE, who understood how BSE is performed and the appropriate age to begin, achieved high sensitivity, seriousness, motivation, BSE benefits subscale scores and total scale score ($p < 0.05$). Students who were uninformed about breast cancer and lacked knowledge of how to perform

Table 2. BSE knowledge and attitude characteristics

		n	%
Knowledge	Knowledge about breast cancer (n=610)		
	Any information	439	72.0
	No information	171	28.0
	Knowledge of how to perform breast self-examination (n=610)		
	Knowing how to perform BSE	383	62.8
	Do not know how to perform BSE	227	37.2
	Area/place/person who learnt breast self-examination (n=610)		
	Internet	286	46.9
	Health workers	223	36.6
	Books, magazines, etc.	30	4.9
	Phone apps	29	4.8
	Circle of friends	42	6.9
	Knowledge of the age of starting breast self-examination (n=610)		
	From the age of 20 onwards, think/recognize that breast examinations should be performed once a month for a lifetime	501	82.1
	Think/recognize that breast examinations should be performed once a month between the ages of 40-69	18	3.0
	Think/recognize that breast examinations should be performed once a month from the age of 35 for life	28	4.6
Think/recognize that breast examinations should be performed once a month between the ages of 20-69	63	10.3	
Attitudes	Status of breast self-examination (n=610)		
	Performing BSE	299	49.0
	Not performing BSE	311	51.0
	Frequency of breast self-examination (n=299)		
	More than once a month	64	21.4
	Once a month	110	36.8
	Once a year	34	11.4
	2-3 times a year	62	20.7
	Less than once a year	29	9.7
	Period/interval of breast self-examination (n=299)		
	Whenever I think of it	222	74.2
	During menstrual bleeding	23	7.7
	5-7 days after menstruation	48	16.1
	On the first day of every month	6	2.0
	Method of breast self-examination (n=299)		
	Squeezing the nipple and observing abnormalities	49	16.4
Use of the inner side of the fingers used in palpation	54	12.0	
Using one of the palpation methods (horizontal, vertical, circular)	99	33.1	
Position technique in lying down examination	17	5.7	

Attitudes	Position technique in standing examination	44	14.7
	Examination of the armpit area	36	12.0
	Reasons for performing breast self-examination (n=299)		
	To take precautions for breast ca in advance	102	34.1
	Because she thinks it is important	127	42.5
	For being in risk group	16	5.4
	For protection	54	18.1
	Reasons for not performing BSE (n=311)		
	Unable to apply it because it is not shown how to do it - because it does not know what to look for	111	35.7
	Not applying because they are too busy - forgetting	38	12.2
	Not practicing because she is too ashamed-ashamed of touching her breast	7	2.3
	Not practicing because of her young age	28	9.0
	Not practicing because they do not think about breast cancer	25	8.0
	Does not apply because she is afraid	11	3.5
	Does not apply because she does not care	73	23.5
	Status of performing BSE if shown (n=610)		
	Those who will perform BSE once shown how	531	87.0
Those who will not perform BSE even if shown how to	79	13.0	

BSE exhibited high scores on the self-efficacy and BSE barriers subscale ($p > 0.05$). Whilst the sensitivity, motivation, and barriers to BSE subscale scores of the students who learned about BSE from their phone was high, the seriousness and self-efficacy subscale scores of the students who learned from their friends, and the BSE benefits subscale score of the students who learned from books and magazines were also high ($p > 0.05$) (Table 4).

Upon comparing the attitudes of students towards breast cancer and BSE, along with the scale dimensions, it was discovered that the students who practiced BSE exhibited higher subscale scores in sensitivity, seriousness, motivation, benefits of BSE and total scale score ($p < 0.05$). While the seriousness ($p > 0.05$), motivation, and BSE benefit subscale scores and total scale scores of students who practiced BSE 2-3 times a year were high ($p < 0.05$), those who practiced BSE less than once a year scored low in BSE barrier and self-efficacy subscales ($p < 0.05$). In contrast, sensitivity subscale scores of those who practiced BSE more than once a month were high ($p > 0.05$). It was discovered that students who performed BSE on the first day of each month obtain elevated scores in

motivation, BSE benefits, BSE barriers and self-efficacy subscale scores as well as the total scale score ($p < 0.05$). The sensitivity and seriousness subscale scores of students who performed BSE whenever it came to mind were discovered to be high ($p > 0.05$). The sensitivity, seriousness, and self-efficacy subscales, along with the barriers to BSE subscale ($p < 0.05$), as well as the total scale score, indicated a high performance among students who conducted BSE while lying down. The sensitivity ($p < 0.05$), seriousness, motivation, benefits of BSE, self-efficacy subscale scores and total scale score of the students who practiced BSE because they were in the risk group were discovered to be high ($p > 0.05$). The subscale scores for sensitivity, seriousness, motivation, benefits and barriers of the BSE and the total scale score of the students who refrained from conducting BSE due to embarrassment or shame surrounding breast-touching were found to be high ($p > 0.05$). Sensitivity ($p > 0.05$), seriousness, benefits of BSE subscale scores and total scale scores of the students who stated that they would do BSE if they were shown how to do BSE were found to be high ($p > 0.05$) (Table 5).

Table 3. Comparison of the students' demographic characteristics with Champion Health Belief Model Scale Mean Scores (CHBMS)							
	Susceptibility Score X±SD	Seriousness Score X±SD	Health motivation Score X±SD	BSE benefits Score X±SD	BSE barriers Score X±SD	Confidence/self-efficacy Score X±SD	CHBMS Total score X±SD
Income status							
Income less than expenditure	7.18±2.47	17.64±6.21	17.24±6.39	13.55±4.93	18.90±6.45	28.33±8.39	102.87±24.41
Income is equal to expenditure	6.85±2.19	17.19±6.25	17.88±6.71	13.78±5.24	17.93±5.70	27.29±8.32	100.93±21.94
Income more than expenditure	7.65±2.77	16.07±6.22	17.00±6.49	13.30±4.80	17.38±5.29	28.88±8.61	100.30±24.07
Total	7.07±2.38	17.39±6.23	17.49±6.52	13.63±5.06	18.44±6.12	27.93±8.37	101.98±23.41
Test /p	2.249/0.106	0.985/0374	0.760/0.468	0.214/0.807	2.230/0.108	1.281/0279	0.554/0.575
Longest inhabited place							
Province	6.98±2.39	17.03±6.13	17.51±6.51	13.64±5.08	18.33±6.12	27.92±8.51	101.44±23.50
District	7.15±2.45	17.56±6.25	17.59±6.72	13.58±5.24	18.49±6.11	27.94±8.31	102.33±23.92
Village	7.12±2.22	17.97±6.42	17.26±6.23	13.71±4.71	18.65±6.19	27.94±8.23	102.67±22.44
Total	7.07±2.38	17.39±6.23	17.49±6.52	13.63±5.06	18.44±6.12	27.93±8.37	101.98±23.41
Test /p	0.345/0.708	1.058/0.348	0.098/0.907	0.024/0.976	0.123/0.884	0.000/1.000	0.151/0.860
Geographical region of origin of students							
Aegean	6.72±2.36	16.17±6.31	18.14±6.36	13.96±4.78	17.97±5.70	27.65±8.02	100.64±21.60
Mediterranean	6.62±1.95	16.00±6.36	15.82±7.43	12.55±5.96	17.82±4.81	26.62±7.49	95.44±22.30
Central Anatolia	7.13±2.33	18.27±5.45	18.41±6.09	14.72±4.61	18.93±6.07	28.67±8.54	106.16±20.12
Eastern Anatolia	6.97±2.35	17.68±6.28	17.23±6.58	12.65±4.93	19.18±6.31	28.58±8.74	102.33±23.48
Southeast Anatolia	7.33±2.40	18.01±6.32	17.64±6.35	13.89±4.97	18.93±6.58	27.92±8.66	103.75±25.20
Black Sea	6.66±1.58	18.93±6.40	16.20±6.78	12.40±5.81	17.46±5.55	28.33±6.38	100.00±21.89
Marmara	7.11±2.77	16.26±6.07	16.79±6.92	13.43±5.35	16.58±5.52	27.44±8.33	97.64±23.19
Total	7.07±2.38	17.39±6.23	17.49±6.52	13.63±5.06	18.44±6.12	27.93±8.37	101.98±23.41
Test /p	1.166/0.323	2.174/0.044	1.171/0.320	1.828/0.091	1.817/0.094	0.430/0.859	1.658/0.129

Table 4. Comparison of the students' knowledge characteristics about BSE with Champion Health Belief Model Scale Mean Scores (CHBMS)							
Knowledge	Susceptibility Score X±SD	Seriousness Score X±SD	Health motivation Score X±SD	BSE benefits Score X±SD	BSE barriers Score X±SD	Confidence/self-efficacy Score X±SD	CHBMS Total score X±SD
Knowledge about breast cancer (n=610)							
Any information (n=439)	7.18±2.36	17.57±6.09	17.91±6.42	14.10±5.08	18.23±5.97	27.89±8.45	102.91±22.33
No information (n=171)	6.77±2.41	16.93±6.55	16.39±6.66	12.43±4.81	18.98±6.48	28.05±8.21	99.58±25.90
Test / p	1.899/0.050	1.141/0.254	2.597/0.010	3.799/<0.001	-1.362/0.174	-0.214/0.830	1.579/0.115
Knowledge of how to perform breast self-examination (n=610)							
Knowing how to perform BSE (n=383)	7.10±2.37	17.56±6.24	18.23±6.25	14.42±5.02	17.85±5.98	27.45±8.42	102.63±22.42
Do not know how to perform BSE (n=227)	7.00±2.40	17.11±6.21	16.24±6.79	12.31±4.85	19.44±6.24	28.74±8.26	100.87±25.01
Test / p	0.492/0.623	0.874/0.382	3.678/<0.001	5.061/<0.001	-3.118/0.002	-1.857/0.064	0.900/0.369
Area/place/person who learnt breast self-examination (n=439)							
Internet (n=185)	7.01±2.45	17.50±6.20	17.96±6.75	14.16±5.28	18.42±6.27	27.65±8.67	102.77±23.15
Health workers (n=194)	7.17±2.32	17.34±6.02	17.77±6.27	13.99±4.88	17.96±5.64	28.02±8.44	102.27±22.45
Books, magazine (n=25)	7.32±2.17	16.92±6.46	18.32±6.86	14.88±5.91	17.16±5.05	27.76±7.22	102.36±20.81
Phone apps (n=11)	8.18±1.40	19.18±5.32	18.45±4.48	14.00±5.07	20.18±7.60	28.27±10.02	108.27±18.05
Circle of friends (n=24)	8.00±2.34	19.58±5.82	18.04±5.72	13.83±4.42	19.16±6.39	28.58±7.82	107.20±18.54
Test / p	1.467/0.211	0.983/0.417	0.073/0.990	0.191/0.943	0.783/0.537	0.095/0.984	0.423/0.792
Knowing the age of starting breast self-examination (n=610)							
Knowing the correct age at BSE (n=501)	7.12±2.41	17.67±6.20	17.70±6.25	13.86±5.02	18.56±6.14	28.11±8.45	103.04±23.09
Knowing the wrong age at the age of the first BSE (n=109)	6.83±2.19	16.10±6.21	16.53±6.96	12.60±5.10	17.90±6.03	27.09±8.00	97.07±24.32
Test / p	1.140/0.255	2.405/0.016	1.697/0.090	2.359/0.019	1.014/0.311	1.161/0.246	2.424/0.016

Table 5. Comparison of the students' attitudes characteristics about BSE with Champion Health Belief Model Scale Mean Scores (CHBMS)							
Attitudes	Susceptibility Score X±SD	Seriousness Score X±SD	Health motivation Score X±SD	BSE benefits Score X±SD	BSE barriers Score X±SD	Confidence/self-efficacy Score X±SD	CHBMS Total Score X±SD
Status of breast self-examination (n=610)							
Performing BSE (n=299)	7.22±2.39	17.69±6.22	18.47±6.18	14.69±4.88	17.30±5.84	26.92±8.51	102.31±22.25
Not Performing BSE (n=311)	6.92±2.36	17.11±6.23	16.54±6.71	12.62±5.02	19.54±6.19	28.90±8.14	101.65±24.51
Test / p	1.529/0.127	1.149/0.251	3.699/<0.001	5.152/<0.001	-4.593/<0.001	-2.936/0.003	0.345/0.703
Frequency of breast self-examination (n=299)							
More than once a month (n=64)	7.50±3.08	18.13±7.01	17.31±6.82	14.40±5.31	16.62±6.33	26.10±7.72	100.09±25.31
Once a month (n=110)	7.13±2.22	16.57±5.98	18.38±6.52	14.68±5.27	17.26±5.44	26.38±8.86	100.42±22.10
Once a year (n=34)	7.10±2.05	18.30±5.87	17.96±5.99	13.67±4.54	17.81±5.34	28.38±7.77	103.26±20.19
2-3 times a year (n=62)	6.89±2.36	18.59±6.18	19.40±5.71	15.09±4.61	17.28±5.93	26.46±8.56	103.74±21.35
Less than once a year (n=29)	6.98±2.33	17.03±6.18	16.52±6.64	12.61±4.94	19.83±6.29	29.31±8.19	102.30±24.76
Test / p	0.761/0.551	2.068/0.083	3.931/0.004	6.342/<0.001	7.368/<0.001	4.445/0.002	0.409/0.802
Period/interval of breast self-examination (n=299)							
Whenever I think of it (n=222)	7.15±2.37	17.65±6.18	17.68±6.37	13.65±4.96	18.76±6.05	28.30±8.23	103.22±23.00
During menstrual bleeding (n=23)	6.42±2.44	15.02±6.15	14.64±7.47	11.45±5.65	16.90±6.04	24.85±9.11	89.30±23.87
5-7 days after menstruation (n=48)	6.89±2.39	16.86±6.24	17.66±6.76	14.52±5.25	16.50±5.79	26.42±8.36	98.88±23.12
On the first day of every month (n=6)	6.84±2.24	17.57±6.80	18.26±6.38	15.21±4.32	19.57±7.72	29.94±9.04	107.42±25.84
Test / p	1.387/0.246	2.482/0.060	3.903/0.009	3.581/0.014	3.368/0.019	3.246/0.022	5.363/0.001
Method of breast self-examination (n=299)							
Squeezing the nipple and observing abnormalities (n=49)	6.94±2.52	17.71±6.43	17.28±6.45	13.14±4.86	19.56±6.72	28.49±8.42	103.14±26.24
Use of the inner side of the fingers used in palpation (n=54)	7.31±2.47	17.30±5.92	18.11±6.49	14.40±4.98	17.20±6.40	27.80±8.19	102.15±21.61
Using one of the palpation methods (horizontal, vertical, circular) (n=99)	6.97±2.11	17.17±6.22	18.11±6.56	14.19±5.24	17.25±5.28	27.24±8.29	100.95±22.52

Position technique in lying down examination (n=17)	7.62±2.84	18.02±6.66	17.54±6.78	13.78±5.30	19.89±6.82	29.40±8.35	106.27±25.29
Position technique in standing examination (n=44)	6.65±2.25	17.37±5.97	17.17±6.41	13.57±4.98	18.55±5.68	27.16±8.69	100.49±22.50
Examination of the armpit area (n=36)	7.27±2.35	17.17±6.39	16.66±6.61	12.89±5.02	13.63±5.06	28.35±8.38	101.44±22.59
Test / p	1.403/0.221	0.212/0.957	0.855/0.511	1.542/0.175	3.493/0.004	0.752/0.585	0.452/0.812
Reasons for performing breast self-examination (n=299)							
To take precautions for breast ca in advance (n=102)	7.12±2.30	18.17±6.24	18.73±5.84	14.93±4.68	17.17±5.27	27.29±9.06	103.44±21.57
Because she thinks it is important (n=127)	7.00±2.30	17.07±6.17	18.03±6.39	14.40±5.09	17.08±5.51	26.58±8.48	100.18±21.61
For being in risk group (n=16)	10.25±3.21	19.68±6.47	20.00±6.12	15.75±4.95	17.12±7.71	27.31±9.25	110.12±26.79
For protection (n=54)	7.00±2.30	17.64±6.20	18.59±6.36	14.59±4.82	18.11±7.00	26.92±7.41	102.87±23.49
Test / p	9.894/<0.001	1.177/0.319	0.607/0.611	0.478/0.698	0.420/0.738	0.142/0.935	1.143/0.332
Reasons for not performing BSE (n=311)							
Unable to apply it because it is not shown how to do it - because it does not know what to look for (n=111)	6.68±2.34	16.93±6.53	16.77±6.91	12.67±4.98	18.92±5.87	28.36±8.27	100.42±25.26
Not applying because they are too busy - forgetting (n=38)	7.42±2.72	17.60±6.82	15.63±6.96	11.92±5.50	19.18±6.72	29.21±7.89	100.97±27.24
Not practising because she is too ashamed-ashamed of touching her breast (n=25)	8.42±1.27	19.28±4.82	18.00±6.27	14.71±4.99	21.00±4.61	30.14±2.96	111.57±19.38
Not practicing because of her young age (n=28)	7.35±2.49	16.89±6.19	16.71±7.61	12.78±5.56	18.75±7.55	26.17±8.67	98.67±26.96
Not practicing because they do not think about breast cancer (n=25)	6.48±2.20	18.40±6.47	16.40±6.75	12.88±5.26	19.24±5.96	26.40±8.07	99.80±23.26
Does not apply because she is afraid (n=11)	7.27±1.61	17.45±6.40	14.45±6.59	12.00±5.45	20.09±8.60	30.36±8.81	101.63±29.71
Does not apply because she does not care (n=73)	6.68±2.34	16.58±5.79	16.32±6.26	12.42±4.61	20.64±6.13	30.64±8.07	103.32±23.51

Test / p	1.151/0.331	0.406/0.898	0.558/0.790	0.418/0.891	0.694/0.677	1.585/0.139	0.468/0.857
Status of performing BSE if shown (n=610)							
Those who will perform BSE once shown how	7.12±2.37	17.65±6.16	17.91±6.42	14.09±5.01	18.31±5.94	27.80±8.37	102.82±22.95
Those who will not perform BSE even if shown how to	6.70±2.41	15.63±6.45	14.62±6.53	11.13±4.67	19.36±7.21	28.83±8.40	96.30±25.77
Test / p	1.448/0.148	2.710/0.007	4.250/<0.001	4.788/<0.001	-1.431/0.153	-1.020/0.307	2.318/0.021

about early diagnosis of breast cancer. Students from the Faculty of Sport had a higher perception of the seriousness of the disease and were more sensitive to the disease. And again, these students were found to have a high level of confidence in their ability to perform BSE, despite the perceived excessive barriers. Analyzing the results of the study in the light of this information, it can be assumed that female students' perception of seriousness of the disease at a high level and their perception of sensitivity to the disease, regardless of the faculty they study in, may increase their motivation to perform BSE. Again, our study found that students studying in the Faculty of Health Sciences believed that BSE was beneficial, while students studying in the Faculty of Fine Arts believed in health motivation. The literature has shown that, in line with the findings of our study, health science students have a high level of knowledge about BSE (19,20). This can be attributed to the fact that the course contents taken by health science students serve as the foundation of their knowledge regarding breast cancer and BSE practice. In faculties of sport science and fine arts, where there is limited or no health-related course content, students tend to share comparable attitudes towards BSE and health beliefs. This implies that breast cancer and BSE-related information may be passed down among peers. Therefore, students of similar age and gender can be appointed as peer educators, sharing the knowledge they have obtained. It is believed that providing health science students with knowledge and skills, particularly regarding BSE, and appointing them as change agents for peer education in various faculties could prove to be worthwhile. It has been reported that individuals with a family history

of cancer attach more importance to cancer screening tests (21). Studies in the literature report that women with a family history of cancer perform more BSE and have a higher perception of sensitivity and seriousness of the disease (16,22). In another study, students with a family history of breast cancer were found to have high self-efficacy for BSE, while benefits of BSE and health motivation were low (23). Although this study found that students with a family history of breast cancer were more sensitive to the disease, perceived the disease to be serious, believed that BSE was beneficial and had health motivation, it also found that students did not feel competent to perform BSE. The fact that students who had relatives with cancer were more sensitive may be due to their understanding of the possible influence of genetic factors in the development of cancer. Again, the fact that these students did not feel adequate in performing BSE may be due to the fact that they believed that they would already have breast cancer due to genetic predisposition and that early diagnosis with BSE would not be effective in preventing breast cancer.

Discussion of the Students' Knowledge Characteristics About BSE with Champion Health Belief Model Scale Mean Scores (CHBMS)

It has been reported that inadequate knowledge about breast cancer and BSE has a negative impact on BSE practice, and this situation leads to referrals to health facilities at advanced stages of the disease (16). In a cross-sectional study conducted on young Somali women, a significant difference was found between women's level of knowledge about breast cancer and the sub-dimensions of health

motivation, barriers and self-efficacy perceptions of BSE, where women with knowledge reported higher health motivation and confidence perceptions and lower perceptions of barriers (17). Another study found that the scores of the benefits, barriers, confidence and health motivation sub dimensions of women with information about breast cancer were statistically significant (24). This study found that students' level of knowledge about breast cancer and BSE and the sources from which they obtained the information influenced their beliefs about the disease. Accordingly, it was found that students who had knowledge (about breast cancer and BSE) were more sensitive to the disease, took the disease seriously, believed that BSE was useful and their health motivation increased. In line with the literature, it was considered a positive finding that the health beliefs of students from different regions of the country and studying in different faculties were positively influenced in a common way and their health motivation increased. In the literature, it has been reported that the most frequently used tool for students to obtain information about BSE and breast cancer is the internet, and the sources of information are radio, television, friends, books/magazines, health professionals, school and family (23,25,26). In this study, telephone applications, which were the most commonly used source of information, increased students' perception of disease sensitivity and their belief in health motivation, but at the same time caused them to perceive more barriers in performing BSE. The fact that students received information from their friends made them take the disease more seriously and increased their confidence in their ability to perform BSE. The use of books and magazines as sources of information increased the students' belief that BSE was useful.

Discussion of the Students' Attitudes Characteristics About BSE with Champion Health Belief Model Scale Mean Scores (CHBMS)

According to the health beliefs model, there is a positive correlation between health motivation, sensitivity, severity and perceived benefits and a negative correlation with perceived barriers (27). In the literature, there are studies showing that women's higher perceived sensitivity is associated with higher BSE performance (13,16),

while there are studies finding no relationship between BSE practice and perceived sensitivity and benefit (28). Knowing how to perform BSE and performing it correctly is important for the effectiveness of the examination, and knowing how to perform it also affects the status of performing BSE (16). In another study in the literature, the sensitivity, benefits and self-efficacy of women who knew how to perform BSE were found to be significant and high (17). Our study found that students' attitudes towards breast cancer and BSE influenced their beliefs about the disease. For example, performing BSE helped students to be more sensitive to the disease, to take the disease seriously, to believe that BSE is useful, and to increase their health motivation. In addition, our study found that students' perceptions of disease severity and health motivational beliefs increased as the frequency of performing BSE increased. It has been reported in the literature that women who perceive fewer barriers and have higher motivation increase the frequency of BSE and perform them every month (22). Therefore, educational programmes that emphasize the benefits of BSE can be considered as an important strategy to overcome barriers to BSE by increasing women's self-efficacy. Again, in our study it was found that the time spent performing BSE and performing BSE in the supine position increased students' perceptions of sensitivity and seriousness of the disease, their health motivation, their level of belief that BSE is useful, their confidence in their ability to perform BSE and also caused them to perceive more barriers to performing BSE. In a study conducted with Omani undergraduate students, the majority of students reported that they felt funny while performing BSE and that performing BSE was embarrassing for them (9). Consistent with the literature, our study found that students who did not perform BSE because they were too embarrassed/ashamed to touch their breasts, despite being perceived as sensitive to the disease, taking the disease seriously, and believing that BSE was beneficial, also perceived too many barriers to performing BSE. Women's knowledge of how to perform BSE affects their perception of the benefits of BSE and their self-efficacy for BSE. In a study conducted among Saudi women, the most important reason given for women not performing BSE was not knowing how to examine their breasts or not being confident in

their ability to do so (16). This study found that the students who said they would perform BSE if they were shown how to do it were sensitive and serious about the disease and believed that BSE was useful. It is believed that the number of women who perform BSE and the confidence of women in their health beliefs and self-efficacy will increase if the BSE training to be given is explained in a practical way.

Conclusion

In order to prevent breast cancer, it is very important to instill health beliefs about early detection in young people from their 20s and to support them with additional courses and training on the subject. In general, the results of this study show that health beliefs about breast cancer screening can be improved by increasing awareness. In addition, this study shows that students' health beliefs depend on variables such as geographical region of residence, faculty of study, family history of cancer, having information about breast cancer, use of breast self-examination and frequency of use, duration of use, reasons for use and reasons for not using breast self-examination. In the light of these findings, there is a need to integrate demographic variables and individual experience characteristics into the educational curriculum and to design an intensive and comprehensive educational intervention on breast cancer awareness while educating young people, the future generations, about breast cancer and breast self-examination. In addition, efforts such as quality improvement programmes, which may include various strategies to improve breast cancer prevention practices and increase knowledge and awareness in all educational settings, should be expanded.

Limitations and Suggestions

As the study was conducted in only one public university and the 610 students who volunteered there, the generalizability of the present findings is limited. Another limitation is that the data collection was based on a self-administered questionnaire, so the data may be subject to information bias. Future national studies are recommended. The current literature on predictors of BSE is limited. It is therefore recommended that further studies are conducted to investigate the predictors of BSE using the Health Belief Model.

Acknowledgements

The authors would like to thank the students for participating in this study

Contact: Semra Eyi
E-Mail: semra_il@yahoo.com
semra.eyi@ogu.edu.tr

References

1. World Health Organization. Breast cancer. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>. Accessed August 11, 2023.
2. American Cancer Society. Global Cancer Facts & Figures 5th Edition. Atlanta: American Cancer Society; 2024 Available at: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/global-cancer-facts-and-figures.html>. Accessed August 05, 2024
3. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Laversanne M, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. 2024. Available at: <https://gco.iarc.who.int/today>. Accessed August 05, 2024.
4. Turkish Public Health Institution. Breast cancer screening program national standards. Available at: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/485-meme-kanseri-tarama-programi-ulusal-standartlari.html>. Accessed August 05, 2023
5. Koç G, Gülen-Savaş H, Ergöl S, Yıldırım-Çetinkaya M, & Aydın N. Female university students' knowledge and practice of breast self-examination in Turkey. *Niger J Clin Pract*, 2019;22(3):410–5. https://doi.org/10.4103/njcp.njcp_341_18
6. Nde FP, Assob JC, Kwenti TE, Njunda AL, Tainenbe TR. Knowledge, attitude and practice of breast self-examination among female undergraduate students in the University of Buea. *BMC Res Notes*. 2015 Feb 15;8:43. doi: 10.1186/s13104-015-1004-4. PMID: 25889644; PMCID: PMC4414436.
7. Aydın A, Koçan S & Gürsoy A. Turkish women breast self-examination knowledge and practices: A systematic review. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 2021;7(3):99-114. Retrieved from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iaaojh/>

- issue/67239/989998
8. Zare Marzouni H, Lavasani Z, Shalilian M, Najibpour R, Saadat Fakhri M, Nazarzadeh R, Farshad A, Bahrami N. Women's awareness and attitude toward breast self-examination in Dezful City, Iran, 2013. *Iran Red Crescent Med J.* 2014 Dec 30;17(1):e17829. doi: 10.5812/ircmj.17829. PMID: 25763260; PMCID: PMC4341502.
 9. Mohanmmmed Wali Shakhman L, Arulappan J. Prediction of breast self-examination behavior among Omani undergraduate students using Champion's Health Belief Model. *SAGE Open Nurs.* 2023 Jun 6;9:23779608231179531. doi: 10.1177/23779608231179531. PMID: 37324570; PMCID: PMC10262672.
 10. Karaca PP, Koyucu RG. Sağlık hizmetleri öğrencilerinin meme kanseri konusunda bilgilerinin değerlendirilmesi. *Evaluation of health care students' knowledge on breast cancer.* *Androl Bul* 2020; 22:94–102 <https://doi.org/10.24898/tandro.2020.72325>
 11. Didarloo A, Akhgar M, Moghaddam-Tabrizi F, Gharaaghaji R, Sheikhi S. Psychometric properties of the Iranian version of Champion's Revised Health Belief Model Scale for breast cancer screening. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 2020;25(2):146–53. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_220_18
 12. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *ANS. Advances in Nursing Science*, 1984;6(3):73–85. <https://doi.org/10.1097/00012272-198404000-00011>
 13. Gözüm S, Karayurt Ö Aydın İ. The results of Turkish adaptations of Champion's Health Belief Model Scale at breast cancer screening. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2004;6(1):71-85. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hemarge/issue/52686/694691>
 14. Noroozi A, Jomand T, Tahmasebi R. Determinants of breast self-examination performance among Iranian women: An application of the health belief model. *Journal of Cancer Education The Official Journal of the American Association for Cancer Education*, 2011;26(2):365–74. <https://doi.org/10.1007/s13187-010-0158-y>
 15. Pak N, Eliş Yıldız S. Investigation of the health beliefs of women living in Kars/Sarikamis regarding the self-breast examination. *J Midwifery Health Sci.* 2020;3(3):151–7. <https://midwifery-ataunipress.org/en/the-living-in-kars-sarikamis-district-health-beliefs-on-breast-cancer-breast-self-examination-and-mammography-1646>
 16. Abolfotouh MA, BaniMustafa AA, Mahfouz AA, Al-Assiri MH, Al-Juhani AF, Alaskar AS. Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women. *BMC Public Health.* 2015 Nov 23;15:1163. doi: 10.1186/s12889-015-2510-y. PMID: 26596507; PMCID: PMC4657230.
 17. Altunkurek ŞZ, Hassan Mohamed S. Determine knowledge and belief of Somalian young women about breast cancer and breast self-examination with champion health belief model: A cross-sectional study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2022;22(1):326. <https://doi.org/10.1186/s12911-022-02065-4>
 18. Kirag N, Kızılkaya M. Application of the Champion Health Belief Model to determine beliefs and behaviors of Turkish women academicians regarding breast cancer screening: A cross sectional descriptive study. *BMC Women's Health*, 2019;19(1):132. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0828-9>
 19. Ameer K, Abdulie S, Pal S, Arebo K, Kassa G. Breast cancer awareness and practice of breast self-examination among female medical students in Haramaya University, Harar, Ethiopia. *International Journal of Interdisciplinary and Multidisciplinary Studies (IJIMS)*, 2014;2 (2):109-19 <http://www.ijims.com/uploads/8ba63277d8a1a7c04a02D19.pdf>
 20. Akpo E, Akpo M, Akhator A. Breast cancer knowledge and screening practices among Nigerian medical students. *ISPUB–The Internet Journal of Health.* 2009;11(2):1-8. <https://print.ispub.com/api/0/ispub-article/5445>
 21. Ünlü U, Yıldız Çeltek N, Erdoğan Ceylan E, Kırılgaç R, Göğüş F. Psychoeducation sessions with caregivers of patients with terminal stage cancer, a qualitative study. *J Contemp Med*, 2022;12(1):71-5. <https://doi.org/10.16899/jcm.980302>
 22. Dewi TK, Massar K, Ruitter RAC, Leonardi T. Determinants of breast self-examination practice among women in Surabaya, Indonesia: An application of the health belief model. *BMC Public Health*, 2019;19(1):1581. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7951-2>

23. Çelik S, Taşdemir N, Sancak H, Demirel M, Akman O, Kara M. Breast cancer awareness among Turkish nursing students. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 2014;15(20):8941–6. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2014.15.20.8941>
24. Erbil N, Bölükbaş N. Beliefs, attitudes, and behavior of Turkish women about breast cancer and breast self-examination according to a Turkish version of the Champion Health Belief Model Scale. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 2012;13(11):5823–8.
25. Al-Naggar RA, Al-Naggar DH, Bobryshev YV, Chen R, Assabri A. Practice and barriers toward breast self-examination among young Malaysian women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention: APJCP*, 2011;12(5):1173–8.
26. Boulos DN, Ghali RR. Awareness of breast cancer among female students at Ain Shams University, Egypt. *Global Journal of Health Science*, 2013;6(1):154–61. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v6n1p154>
27. Gürsoy AA, Mumcu HK, Çalik KY, Bulut HK, Nural N, Kahriman IL, Hintistan S, Erdöl H, Yiğitbaş Ç, Yılmaz F. Attitudes and health beliefs associated with breast cancer screening behaviors among Turkish women. *Journal of Transcultural Nursing: Official Journal of the Transcultural Nursing Society*, 2011;22(4):368–75. <https://doi.org/10.1177/1043659611414137>
28. Foxall MJ, Barron CR, Houfek J. Ethnic differences in breast self-examination practice and health beliefs. *Journal of Advanced Nursing*, 1998;27(2):419–28. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00540.x>

Nurten Elkin¹, Ayşe Mücella Soydan²

DOI: 10.17942/sted.1463395

Geliş/Received: 02.04.2024

Kabul/Accepted: 06.12.2024

Özet

Bu derleme makalede halk sağlığı bakış açısıyla çocuklardaki teknoloji bağımlılığı ve ekran maruziyetinin öneminin vurgulanması amaçlanmıştır. Teknolojinin hızlı gelişmesiyle birlikte televizyon, bilgisayar ve akıllı telefon gibi birçok cihaz yaşamımızın vazgeçilmezi haline gelmiştir. Bu cihazlar yaşamımızı birçok alanda kolaylaştırıyor olmalarına karşın yanlış ve/veya aşırı kullanımları ile birlikte de birçok olumsuzluklara neden olabilmektedirler. Bebeklik döneminden itibaren okul öncesi dönem ve ergenlik döneminde günlük yaşamda kullanılan ekranın tüm çocukluk dönemlerinde olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir. Literatür çalışmaları incelendiğinde; erken çocukluk döneminde ekrana aşırı maruz kalmanın, pek çok gelişimsel ve davranışsal sağlık riski oluşturduğu görülmektedir. Okul öncesi dönem çocuklarının ekran kullanım süresinin artmasıyla birlikte normal gelişim özelliklerinden sapmalar olduğu ve gelişimsel tarama testlerinde performans düşüşü olduğu gözlenmektedir. Çocuklarda ekran maruziyetinin etkilerini ve önemini vurgulamak; son yıllarda sayıları gittikçe artan ve önemli bir halk sağlığı sorunu olan teknoloji bağımlılığının önlenmesi ve erken müdahale programlarının geliştirilmesi, ailelerin bilinçlendirilmesi ve bu konulardaki farkındalıklarının artırılması açısından önemli olacaktır. Konu ile ilgili alan çalışmalarının artırılması da koruyucu önlemlerin alınması ve toplum sağlığının korunup geliştirilmesi açısından faydalı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: halk sağlığı; teknoloji bağımlılığı; ekran maruziyeti; çocuk

Abstract

This review article aims to emphasize the importance of technology addiction and screen exposure in children from a public health perspective. With the rapid development of technology, many devices such as televisions, computers and smartphones have become indispensable in our lives. Although these devices make our lives easier in many areas, they can also cause many negativities when used incorrectly and/or excessively. It is known that the screens used in daily life, from infancy to pre-school and adolescence, have negative effects in all childhood periods. When literature studies on the subject are examined, it is seen that excessive exposure to screens in early childhood poses many developmental and behavioral health risks. It is observed as the screen usage time of preschool children increases, there are deviations from normal developmental characteristics and a decrease in performance in developmental screenings tests. Emphasizing the importance of screen exposure in children; it will be important to prevent technology addiction, which has become an increasingly important public health problem in recent years, and to develop early intervention programs, to raise awareness of families and to increase their awareness on these issues. Increasing field studies on the subject will also be beneficial in terms of taking protective measures and protecting and improving public health.

Keywords: public health; technology addiction; screen exposure; child

¹ Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü (Orcid no: 0000-0002-9470-2702)

² Öğr. Gör., İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0002-2755-8456)

Giriş

Halk Sağlığı anlayış ve çalışmaları toplumun tamamının sağlığını korumayı ve geliştirmeyi amaçlar. Bu yaklaşımın öncülerinden Dr. Charles-Edward Amory Winslow 1923 yılında Halk Sağlığını; "Halk Sağlığı, organize edilmiş toplum çalışmaları sonucunda çevre sağlık koşullarını düzelterek, bireylere sağlık bilgisi vererek, bulaşıcı hastalıkları önleyerek, hastalıkların erken tanı ve tedavisini sağlayarak, sağlık örgütleri kurarak, toplumsal çalışmaları her bireyin sağlığını sürdürecektir bir yaşam düzeyini sağlayacak biçimde geliştirerek hastalıklardan korunmayı, yaşamın uzatılmasını, beden ve ruh sağlığı ile çalışma gücünün artırılmasını sağlayan bir bilim ve sanattır" şeklinde tanımlamıştır (1-3).

Halk sağlığı; hastalıkların önlenmesi, ortalama yaşam ömrünün uzatılması, sağlığın korunması, iyileştirilmesi, geliştirilmesi ve yükseltilmesi, çevrenin korunması, enfeksiyonların kontrol altına alınması, kişisel hijyen konusunda bireylerin eğitilmesi, erken tanı ve tedavi hizmetlerinin organize edilmesi faaliyetlerini kapsayan bir kavramdır. Bireylerin tedavisi ve rehabilitasyonu önemli iken; öncelik onları hastalıklardan korumaktır. Bu kapsamda halkın sağlığının korunması ve yükseltilmesi de sağlık çalışanlarının en temel amaçlarından (4). Toplum ruh sağlığının güncel sorunlarından biri olan ekran maruziyeti önemli bir halk sağlığı sorunudur. Maruziyetin yanı sıra çocuk ve ergen ruh sağlığını önemli ölçüde tehdit eden akıllı telefonlar ve internet bağımlılığı, bireyin internet kullanımını kontrol edemediği, mesleki ve sosyal yaşamında sorunlara neden olan bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. İnternet bağımlılığı her yaşta görülebilmektedir (5). Ancak en riskli grubun ergenlerin oluşturduğu bildirilmektedir (6). Uluslararası farklı istatistiksel oranlar gösteren internet bağımlılığı % 7,9 ve % 22,8 arasında değişmektedir (7). Türkiye' de bu oran % 7,1 ve % 16 olarak bildirilmiştir (8). Teknolojinin hızlı gelişimiyle birlikte her yaş grubunun televizyon, bilgisayar ve akıllı telefon gibi iletişim araçları ile geçirdikleri süre de artmaktadır. Sağladıkları kolaylıklar ve yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkilerinin beraberinde yanlış veya kötüye kullanım durumlarında birçok zararlar oluşturabilmektedirler. Önemli kitle araçlarından olan televizyonun yaygın kullanımı 1936'da İngiltere'de başlamış, ülkemizde ise televizyon

ilk defa 1968 yılında kullanılmaya başlanmıştır (9). Yapılan çalışmalarda Birleşik Krallık' ta günde ortalama 5 saat, Amerika'da günde ortalama 8 saate yakın; Türkiye'de günde ortalama 3 saat 34 dakika televizyon izlenmektedir. TÜİK'in 2021 yılında çocukların bilişim teknolojileri kullanımı ile ilgili yayınlanan raporunda COVID-19 salgını etkisinin sürdüğü 29 Mart-21 Mayıs 2021 tarihleri arasında Hane Halkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması kapsamında 6-15 yaş grubundaki çocuklara uygulandığı bildirilmiştir. Buna göre internet kullanımı 6-15 yaş grubundaki çocuklar için 2013 yılında %50,8 iken 2021 yılında %82,7 olduğu saptanmıştır. TÜİK tarafından 2022 yılında yayımlanan hane halkının bilişim teknolojilerini kullanımı ile ilgili rapora göre internet kullanım oranı, 16-74 yaş grubundaki bireylerde 2021 yılında %82,6 iken 2022 yılında %85,0 olduğu bildirilmiştir. Çocukların ekran kullanımları ve ebeveynlerin tutum ve davranışlarına yönelik yapılan bir çalışmada; ebeveynlerin ekran süresini kontrol etmesi, çocuklarının aşırı ekran kullanımının önlenmesi, ebeveynin öz-yeterlik algısının artmasına katkısı olacağı sonucuna varılmış ve davranış temelli müdahalelerin aşırı ekran kullanımını azaltması bakımından yararlı olacağı önerilmiştir (10). TÜİK'in 2021 yılı raporunda düzenli dijital oyun oynayan 6-15 yaş grubundaki çocuklara kişisel düşünceleri sorulduğunda; %58,4'ü ebeveynlerinin kendisi hakkında çok fazla oyun oynadığını düşündüklerini belirtmişlerdir. Bu gruptaki çocukların %47,3'ü planladığı süreden daha fazla oyun oynadığını, %42,6'sı fazla oyun oynamanın sorumluluklarını aksattığını, %42,3'ünün oyun oynamak için çok fazla zaman harcadığını ve %28,0'ı dijital oyun oynamadığı zaman kendisini huzursuz ve mutsuz hissettiğini ifade etmişlerdir.

Halk sağlığı bakış açısı ile sağlığın korunması ve geliştirilmesi çalışmaları içerisinde bireysel, çevresel ve toplumsal önlemler çerçevesinde teknoloji bağımlılığı ve ekran maruziyetinin önlenmesi önemli bir yere sahiptir ve çalışmamızda bu vurgulanmak istenmiştir (11).

Teknoloji Kullanımı ve Bağımlılığı

Teknolojinin etkin ve verimli kullanılması, insan yaşamında önemli kolaylıklar sağlamasına karşın; teknolojik cihazların uzun süre ve yanlış kullanımı bireyler üzerinde fiziksel, psikolojik ve bilişsel alanlarda olumsuzluklara neden olabilmektedir.

Özellikle gelişim sürecinin hızlı olduğu çocukluk döneminde bu olumsuzlukların önlenmesi önemlidir.

Teknoloji bağımlılığı süreci, diğer bağımlılık türlerinde olduğu gibi "sıfır kullanım" ile yok edilmesi zor olup; "sıfır kullanım" yerine "doğru kullanım" ile birlikte sürecin bağımlılıktan arındırılması sağlanabilir (12).

Bireyin bağımlı olma süreci, bağımlı olduğu nesneye/maddeye karşı iradesini kaybetmesi ile sonuçlanmaktadır. Toplum tarafından bağımlılık, maddeyi kötüye kullanım ile özdeşleşmiş olsa da oyun, alışveriş, internet, cep telefonu, alışveriş gibi davranışsal bağımlılık türleri de yine dijitalleşme ile birlikte yaygınlaşmaya başlamıştır. Her ne kadar Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-V) ile teknoloji bağımlılığı, henüz bağımlılık olarak kabul edilmese de ilerleyen yıllarda tanı kriterlerinin belirleneceği düşünülmektedir.

Yeşilay, teknoloji bağımlılığının belirtilerini sekiz maddede sıralamıştır;

- Yalnızca birkaç dakika diyerek saatler harcamak,
- Çevredekilere ekran karşısında geçirilen zaman hakkında yalan söylemek,
- Uzun süre bilgisayar kullanmaktan dolayı fiziksel sorunlardan şikâyet etmek,
- Anonim bir kişiliğe bürünmek, insanlarla internet üzerinden konuşmayı yüz yüze konuşmaya tercih etmek,
- İnternete girmek için yemek öğünlerinden, derslerden ya da randevulardan ödün vermek,
- Bilgisayarın başında çok fazla zaman geçirdiği için suçluluk duyuyorken bir yandan da büyük bir zevk almak ve bu iki duygular arasında gidip gelmek,
- Bilgisayardan uzak kaldığı zaman gergin ve boşluktaymış gibi hissetmek,
- Gece geç saatlere kadar bilgisayar başında kalmak (13). Yeşilay tarafından teknoloji bağımlılığına ilişkin sunulan bu maddeler incelendiğinde, bireyin teknolojik aygıtlara yönelik kontrolü kaybetmesi durumunda "bağımlı" olarak kabul edileceğinden söz edilebilir.

Ekran Maruziyeti Tanımı ve Türleri

Ekran maruziyeti, çocuğun akıllı telefonlar ve televizyon başta olmak üzere tablet ve bilgisayar

ekranları ile karşılaşması olarak tanımlanmaktadır. Sinema ekranı bunlara dahil edilmemektedir. Erken ekran maruziyeti ise Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) tarafından çocuğun 18 aylıktan önce telefon, tablet veya televizyon ile tanışması olarak ifade edilmektedir. Son yıllarda yapılan çalışmalar erken ekran maruziyetinin uyku bozuklukları, sedanter yaşam, obezite gelişimi, hiperaktivite, dikkat eksikliği, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik sorunlarına neden olabileceğini göstermektedir (14).

Ekran bağımlılığı, akıllı telefonlar, televizyon, tablet, bilgisayar vb. gibi ekranlı aletlerin denetimsiz ve sınırsız olarak kullanılması ve bu sebeple kişisel sorumlulukların yerine getirilememesi durumudur. Sosyal yaşamdan uzaklaşma, öfke, korku halleri, sağlığa ilişkin problemlerin yanı sıra zarar verici davranışlarda artış gözlenebilmektedir. Günümüzde özellikle internet ve bilgisayarın adeta çocuklar tarafından en sevilen oyuncaklar olduğu gözlenmektedir (15).

Durma işareti, aktivitenin bittiğini gösteren bir işarettir. Birçok aktivitenin bağımlılık yaratmamasının altında durma işareti mantığı yatmaktadır. Durma işaretini ortadan kaldırmak bağımlılığı pekiştirmeye yol açabilmektedir (16).

Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (FOMO), İngilizce "fear of missing out" kelimelerinin baş harflerinden oluşturulmuştur. FOMO, kişinin bulunulan ortamda kendisi yokken başkalarının güzel bir deneyim yaşayabileceği endişesi duyması ve bu nedenle bir şey kaçırmamak için sürekli sosyal ağlarda kalmak istemesi olarak tanımlanabilir. Sosyolojik olarak normal kabul edilen bu durum, bazen ödüllendirici deneyimleri kaçırma korkusu ve kişinin sosyal ağıyla sürekli bağlantıda kalma ihtiyacı şeklinde bir soruna dönüşebilir. FOMO ile ilgili epidemiyolojik araştırma sayısı kısıtlıdır (17).

Ekran Kullanımı, teknolojik cihazların iletişim, bilgiye erişim, eğitsel faaliyetler, insan hayatını kolaylaştırma gibi alanlarda kullanılmasıdır. Amacına uygun kullanıldığında önemli faydalar sağlamaktadırlar (18).

Çocuklarda ve Gençlerde Ekran Maruziyeti

Günümüzdeki çocuklar ve gençler ekran maruziyeti açısından en çok risk altında olan grup olarak görülebilmekte ve ekran maruziyeti

yaşı her geçen gün daha da aşağılara inmektedir. Çocuklar dijital bir dünyaya doğmaktadır (19). Ekran bağımlılığı ile ilgili dünya çapında yapılmış çalışmalara bakıldığında ekrana maruz kalma yaşının 6 yaşın altına düştüğü ve ekran karşısında geçirilen sürenin sürekli artış gösterdiği görülmektedir (20). Amerika'da yapılan bir çalışmada; bir yaşından küçük bebeklerin %29'unun teknoloji ile geçirdikleri sürenin günde ortalama bir buçuk saati bulduğu; 2-6 yaş arası dönemdeki çocukların da ortalama 4 saatlerini ekran karşısında geçirdikleri saptanmıştır (20).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun protokolüne göre 2 yaşını doldurmamış çocuklar için ekran kullanım süresi sıfır iken, 2-5 yaş arasındaki çocuklar için günde 1 saatten az, 5-11 yaş arasındaki çocuklar için ise günde en fazla 2 saat ekran kullanımı önerilmiştir (21). TÜİK'in 2021 yılında sunmuş olduğu bir rapora göre Türkiye'de 6-15 yaş arasındaki çocukların kendisine ait telefon, tablet, akıllı saat gibi herhangi bir teknolojik cihaza sahip olma oranı %66,6 olarak bulunmuştur (22). Yapılan bir çalışmada 11-18 yaşındaki çocukların 6-10 yaşındaki çocuklardan daha fazla ekran kullandığı, 6-10 yaşındaki çocukların ise 0-5 yaş arasındaki çocuklardan daha fazla ekran kullandığı saptanmıştır. Yaşın ilerlemesi ile birlikte zamanın kontrolünün çocuğa geçtiği, ebeveynlerin zamanı kontrol altına almayı çok zor başarabildikleri ifade edilmektedir (23).

Çocukların ekran bağımlılığı karşısında daha savunmasız bir konumda olması ekran bağımlılığının özellikle küçük yaş çocuklarda daha fazla dikkat edilmesi gereken bir konu haline getirmektedir. Diğer dikkat edilmesi ve gözden kaçırılmaması gereken bir durum ise ekran bağımlılığının artmasıyla paralel olarak çocuklarda otizm, tik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi sorunların da artmasıdır (24).

Ekran Maruziyetine Neden Olan Faktörler

Ekran maruziyetinin pekiştirici unsurlarına baktığımızda hem dijital cihazın özelliklerinin hem de bireyin kendi kişisel özellikleri, sosyal çevresi, ailesinin durumu gibi birçok faktörün etkili olduğu görülmektedir. Dijital cihazın özelliği olarak başkalarıyla etkileşim kurmayı sağlayan ses, görüntü, çevrimiçi sohbet gibi özelliklerin bağımlılık geliştirmede pekiştirici bir rolü olduğu söylenebilmektedir (25,26). Ekran bağımlılığını

pekiştiren özelliklerden biri de durma işaretinin olmayışıdır. Durma işaretinin olması bağımlılığı önlemektedir. Örneğin bir kitabın sonunu getirmek, filmi tamamlamak, yapılan bir egzersizi bitirmek durma işaretinin doğal bir durumudur. Bu durma işareti kişiye ilgili aktivitenin bitmesi anlamına gelmektedir. Fakat internet bağımlılığını pekiştiren durma işaretinin olmaması yani içeriğin sonsuz olması aşırı kullanım ile sonuçlanmaktadır (16,27). Durma işaretinin olmadığı bazı sosyal medya platformlarında sonsuz kaydırma durumu söz konusudur. Yani daima yeni içerik sunulmaktadır. Birçok video platformunda içerik kendiliğinden değişir veya video yeniden başlamaktadır. Gelişmeleri takip edememe korkusu; herkesin takip edebildiği gelişmeleri kaçırma endişesinin yaşanmasıdır. Bu durum en çok sosyal medya kullanan, haber kaynaklarını takip eden bireylerde görülmektedir. Bireyin ilgilendiği durumlar, ilgilendiği kişiler, ilgilendiği takım hakkında bilgiye kolay ve hızlı ulaşması bir takıntı haline gelmektedir. Bilgiye sürekli ulaşma kaygısı kişinin mobil cihazını daima kontrol etmesine ve açık tutmaya dikkat etmesine yol açmaktadır (28). FOMO olarak adlandırılan gelişmeleri takip edememe korkusu kişinin tüm zamanını alan ve bireyi huzursuz eden bir durum olarak belirtilmiştir (29). Gelişmeleri takip edememe korkusu hakkında yapılan çalışmalar, genç bireylerin dörtte üçünün böyle bir korku yaşadığını göstermektedir (29). Sosyal medya da bireylerin paylaştığı durum ve görsellere gelen beğeniler de kişinin zihninde ödül yolağını aktive ederek aynı davranışı yapmaya ve alışkanlık kazandırmaya sebep olmaktadır (30). Alışkanlık döngüsü de ekran bağımlılığını pekiştiren diğer bir faktördür. Bağımlılığı pekiştiren diğer bir unsur ise bireyin sosyal desteğinin yetersiz olmasıdır. Sosyal desteği yetersiz olan birey gerçek yaşamda bulamadığı sağlıklı ortamı sanal bir ortamda aramaya başlar. Kişi bu sanal ortamda kendini daha rahat hissetmesiyle birlikte gerçek dünyadan kendisini daha çok soyutlamakta ve bir kısır döngüye girmektedir. Çocukluk döneminde yaşanmış travma öyküsü, ebeveynin kontrol eksikliği, sosyal becerilerin yetersiz olması, öz düzenleme becerisinin iyi olmaması, genetik yatkınlık gibi biyolojik faktörler, bağımlılık açısından riskli durum iken, öz denetimin iyi olması, ebeveynlerin destekleyici tutumu, akademik hayatında başarılı olma gibi durumlar ise bağımlılık açısından koruyucu faktörlerdendir

(31). Z kuşağı olarak ifade edilen ve 2000-2012 yılları arasında doğan kuşak, doğduklarından itibaren internet ve etkileşimli teknolojilerin içinde bulunduğu ortamda büyümektedir. Alfa kuşağı olarak tanımlanan ve 2013 yılı sonrası dünyaya gelen kuşak ta gözlerini bu teknolojilerin içinde açmaktadır. Bu ortamda ve bu teknolojilerle etkileşim halinde olmak ekran bağımlılığını doğrudan etkileyebilmektedir (23).

Teknoloji Kullanımı ile Ekran Maruziyetinin Olumlu ve Olumsuz Etkileri

Teknolojik aletler, çocukların karşılaştıkları sorunlar karşısında çözüm stratejisi geliştirmelerinde, analiz yaparken, karar verme becerisini kullanırken, akademik performans sergilerken, el-göz koordinasyonunu ve fiziksel becerileri kullanırken bireye yardımcı olmaktadır (32-34). Ayrıca öğrenciler ödev yaparken teknolojik aletlerden faydalanmakta ve oyunlar oynayarak gerek duydukları sosyal aktivite ihtiyacını karşılamaktadır (35). Ekran kullanımının diğer bir olumlu etkisi ise dijital oyunların çocukların dikkatini çekerek çocuğun kolay öğrenebilmesini sağlamak ve dolayısıyla çocuğun öğrenebildiğine dair inancını arttırmaktadır. Bununla birlikte çocuğun özgüveni artmakta ve motive bir şekilde etkinlik sürdürme becerisi kazanmasını sağlamaktadır (36). Literatür çalışmaları incelendiğinde; öğrencilerin bilgiyi kullanma, plan yapabilme, soyut düşünme gibi bilişsel yetilerinin eğitici içerikler ile geliştiğini gösteren araştırmalarda mevcuttur.

Ekran kullanımının sınırının aşılması çocuklarda sağlıksız beslenme, obezite, uyku sorunları, anksiyete, dikkat sorunları, akademik başarıda düşme görme sorunları gerçeklik algısında azalma, yalnızlık gibi sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Ekran bağımlılığının fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (37). Aşırı kullanım sonucunda gelişen ekran bağımlılığı beyni yapısal olarak etkilemekte ve sorunlarla başa çıkma becerisini, duygu düzenleme becerisini değiştirmektedir. Bu etkileri bakımından ekran bağımlılığı madde bağımlılığına benzer sonuçlar göstermektedir (37). Literatür incelendiğinde ekran bağımlılığının dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna neden olabildiğine dair bulgular bulunmaktadır. Ekran maruziyetinin olumsuz etkileri her yaş grubunu olumsuz anlamda etkilese de en savunmasız olan grup çocuklardır. Dolayısıyla

ekran bağımlılığı gibi davranışsal bağımlılıklardan en çok zarar gören de çocuklar olmaktadır (33). Ekran karşısında oyun oynayabilen çocuk gerçek yaşamdaki sosyal hayattan geri kalmaktadır. Gerçek yaşamda oyun oynamayan ve sosyalleşmeyen çocuk oyun oynarken öğreneceği sosyal becerileri öğrenemez ve bu sosyal beceriler açısından yetersiz kalabilmektedir (16). Aşırı ekran kullanımının uyku ile ilgili de birtakım sorunlara yol açtığı bilinmektedir. Yapılan araştırmalara göre fazla ekran kullanımı uykuyu 3 farklı şekilde etkilemektedir. Birincisi ekran karşısında geçirilen sürenin uykunun yerini alması, ikincisi bireyin ekrandaki içerikten dolayı çok fazla uyarana maruz kalması ve bu durumun uykuya geçişi zorlaştırması, üçüncüsü ise ekran karşısında maruz kalınan ışığın fizyolojimizi etkileyerek uyku için gerekli olan melatonin hormonunu bastırıyor olmasıdır (38-40). Bu zararlara ek olarak aşırı ekran kullanımının, dikkatte azalma, depresif hissetme ve akademik başarıda düşüklük gibi olumsuz durumlara yol açabildiği bilinmektedir (41). Yine aşırı ekran kullanımı ve sebep olduğu olumsuz durumlar ile ilgili çalışmalara bakıldığında; 6-13 yaş arasındaki çocuklarda ekran karşısında geçirilen süre arttıkça ödev yapmama davranışı ve kitap okuma davranışının aksadığı görülmektedir. Bu aksama dürtüsellik ile bağlantılı olarak akademik başarıda düşüklüğe sebep olmaktadır (42). Literatür incelendiğinde, ekran kullanımının ne oranda zarar vereceği bazı bileşenlerle açıklanmaktadır. Bunlar; ekranda maruz kalınan içerik, kullanma süresi, medyanın tipi ve kullanılan teknolojik cihazın sayısıdır. Bu bileşenler ekran kullanımının bireyi ne derecede olumsuz etkileyeceği konusunda etkilidir (37,43). Yeşilay'ın 2016 yılında yapmış olduğu bir araştırmanın bulgularına göre ekran bağımlısı olan kişilerde birtakım patolojiler meydana gelmektedir. En çok görülen patoloji anksiyete bozukluğu, ikinci sırada psikotik bozukluk, üçüncü sırada depresyon, dördüncü ve son olarak madde kullanımı görülmektedir (44).

Ekran Maruziyeti Süresi

Amerikan Pediatri Akademisi'nin (APA) 2013 yılındaki yönergesi; iki yaşın altındaki çocukların elektronik ortamda herhangi bir zaman harcamamaları, iki yaşından büyük çocukların ise günde iki saatten daha az bir süre zaman geçirmeleri şeklinde sınırlama yapılması yönündedir (45). APA'nın 2016 yılı

önerilerinde ise; 18 ayın altındaki çocukların görüntülü sohbet dışındaki ekran medyalarını kullanmaktan kaçınmaları önerilmektedir (46). Dijital medyayı tanıtmak isteyen 18 ila 24 aylık çocukların ebeveynlerinin ise, yüksek kaliteli programlamayı seçmeleri ve ne gördüklerini anlamalarına yardımcı olmak için çocuklarıyla birlikte izlemeleri önerilmektedir (46). Amerikan Pediatri Akademisi (APA) okul öncesi dönemdeki çocuklar için ekran kullanımını günde bir saat yüksek kaliteli programlarla sınırlandırmayı önermektedir. Ayrıca ebeveynlerin, çocukların gördüklerini anlamalarına yardımcı olmak ve çevrelerindeki dünyaya uygulamaları için, medyayı çocukları ile birlikte değerlendirmelerini önermektedir (46). Avusturalya Sağlık Bakanlığı 2-5 yaş arası çocukların günde bir saatten daha az ekran karşısında vakit geçirmelerini önermektedir. Ancak Uluslararası Çocuk İvme Ölçüm Veri Tabanı verilerine göre çocukların üçte ikisinin bu kurallara uymadıkları bildirilmektedir (47).

Yapılan araştırmalarda, tavsiye edilen bu sürelerle uyulmadığı görülmektedir. Rhodes sınıfı ile iki yaş grubu çocukların haftalık 14,2 saat; iki- altı yaş arası çocukların ise haftada yaklaşık 26 saat teknolojik cihaz kullanımının olduğunu rapor etmiştir (48). Amerikan Pediatri Akademisi'nin bu uyarılarına rağmen, çocukların evde en çok duyduğu ses TV'den çıkan yapay ses olmaktadır. Hatta TV ve diğer dijital aygıtlar çocuğu oyalayan bir bakıcı, yemek yedirebilmenin tek yolu olarak görülmeye başlanmıştır (49). 18-24 ay arası bebeği olan ebeveynlerle yapılan bir çalışmada ebeveynlerin, bebekleri ile baş edemedikleri durumlarda, teknolojik aletleri yemek yedirmek, uyutmak, susturmak ve konuşma/iletişim becerilerini geliştirmek için başvurdukları kurtarıcı bir materyal olarak kullandıkları belirlenmiştir (50).

Ekran Maruziyetinin Önlenmesi

Ebeveynlerin, ekranları çocuklarının gelişim süreçlerinde nasıl kullandıkları da önemli bir noktadır. Lev ve Elias'ın 2020 yılında 10 ailenin çocuklarını üç aylıktan iki yaşına kadar izledikleri boylamsal çalışmalarında, bebeklik ve erken çocukluk döneminde olan çocuklarına medya uygulamalarını ve bu uygulamaların çocukların ilk iki yılında aşırı medyaya maruz kalmasına nasıl etkide bulunduğunu incelemiştir. Araştırmanın sonuçlarına göre, ebeveynlerin günlük ebeveynlik

rutinlerinde çocuklarını yoğun bir şekilde ekran cihazlarına maruz bıraktıklarını ve çalışmaya katılan tüm ebeveynlerin ekranları "arka plan", "bebek bakıcısı", "emzik" ve "çocuk bakımı" olarak kullandığı tespit edilmiştir. Buna göre, ebeveynler ekranları kendi gündelik işlerini yapabilmek için çocuklarını oyalayan bir araç olarak görmekte ve bu durumda çocukların ekran kullanımları ebeveynlerin de etkisiyle artmaktadır (51). Ebeveynlerin dijital ebeveynlik farkındalığına sahip olması olumsuz ekran kullanımının önüne geçebilmekte ve çocukların ekranları daha işlevsel kullanmalarını sağlayabilmektedir. Nitekim dijital ebeveynlik farkındalığı ile akıllı telefon kullanım süresi ve çocukta algılanan internet bağımlılığı arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğu belirtilmektedir (52).

Amerikan Pediatri Akademisi'nin önerilerine bakıldığında;

- Çocukların teknolojik cihazlarla tanıştırmak için acele edilmemesi,
- 2-5 yaş arası çocuklarda dijital ekran kullanım süresinin maksimum 1 saat olması,
- Medya ürünü içeriğinin kaliteli ve öğretici olmasına dikkat edilmesi ve medya aracının çocuk ile birlikte kullanılarak ürünün içeriğinde verilen bilgilerin çocuğa anlatılarak, yaşamlarında uygulamalarına yardımcı olunması,
- Yüksek tempolu programlardan, çok fazla dikkat dağıtıcı içeriğe sahip uygulamalardan ve şiddet içerikli medya ürünlerinden kaçınılması,
- Kullanılmadıklarında televizyon ve diğer teknolojik cihazların kapatılması,
- Çocuğu sakinleştirmenin bir yolu olarak dijital ekranların kullanımından kaçınılması,
- Tıbbi işlemler sırasında veya uzun uçuşlar süresince ekran kullanımının sakinleştirici etkisi olmakla birlikte, çocuğun her yaşadığı stres durumunda görsel medya araçlarını kullanmak çocukların emosyonel ve bilişsel gelişimlerine zarar verdiğinin unutulmaması ve ihtiyaç duyulduğunda mutlaka hekimlerden yardım alınması,
- Ebeveynler tarafından çocukların kullandıkları medya ürünlerinin içeriği ve hangi medya ürünlerini kullandığı mutlaka kontrol edilmesi,
- Yemek yerken ve çocuk ile oyun oynanırken dijital ekranların kapatılması ve "kaliteli zaman" geçirilmesi,
- Uykudan 1 saat öncesinde dijital ekranlar

mutlaka kapatılması, uyku sırasında cihazlardan çıkan ışıklar veya gelen uyarı mesaj sesleriyle uyku kalitesinin düşmemesi için teknolojik cihazların yatak odalarından çıkarılması,

- Ebeveynler aile medya araçlarını kullanım planı belirleyip, evde herkesin görebileceği bir yere asarak uygulanması konusunda takipçi olması,
- Evde dijital ekranların kapatılma saatlerinin belirlenmesi,
- Ebeveynler tarafından çevrimiçi ve çevrimdışı olunan süreler önceden belirlenmeli ve dijital ekranlar kullanılmadığında kitap okumak, dışarda oyun oynamak gibi yapılacak aktiviteler çocuk ile birlikte kararlaştırılması,
- Siber zorbalık hakkında çocuklara bilgi verilmesi, dijital ekranların güvenli kullanımı hakkında çocuklara bilgi verilerek kişisel bilgilerin ve özel fotoğrafların yabancı kişilerle paylaşılmaması gerektiği önerilmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak; yaşam kalitesine birçok olumlu katkıları olan teknolojinin yanlış kullanımında bireylerde ve özellikle de çocuklarda neden olabilecekleri zararların önlenmesinde; özellikle ebeveynlerin ve ailelerin konu ile ilgili farkındalıklarının artırılması, erken müdahale çalışmalarının düzenlenmesi ve konu ile ilgili alan çalışmalarının artırılması önemli olacaktır. Çocuklardaki teknoloji kullanımı ve ekran maruziyetinin olumsuz sonuçlarının yaşanmaması ya da en aza indirgenmesi için; ailelerin bu konuda bilinçli olmaları, çocuklarına uygun rol model olmaları, çocuklarının teknolojik cihaz ve ekran kullanım sürelerine kısıtlılık getirmeleri, teknolojik cihazın evde ortak kullanım alanlarında kullanımının sağlanması, çocuklarına yaş gruplarına uygun etkinlik planlamaları ve nitelikli zaman geçirmeleri, çocuklarını sosyal aktivitelere yönlendirmeleri, aile bireylerinin olabildiğince birlikte zaman geçirmeleri ve çocuklarına iç denetim kazandırmaları önerilebilir.

Aileler dışında eğitimciler ve sağlıkçılara da büyük görev düşmektedir. Eğitimcilerin çocuklara ve ailelere bu konuda gerekli danışmanlıkları vermeleri çocukların konu ile ilgili doğru tutum geliştirmelerinde etkili olacaktır.

Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları da sağlam çocuk ve hasta çocuk muayenelerinde ailelere

gerekli danışmanlıkları vermeli ve çocukların fiziksel, psikolojik ve bilişsel gelişimlerinde birçok olumsuz duruma neden olabilecek bu konudaki koruyucu sağlık hizmeti sunumunda gerekli hassasiyeti göstermelidir.

İletişim: Nurten Elkin

E-Posta: nelkin@gelisim.edu.tr

Kaynaklar

1. Fişek NH. Halk Sağlığına Giriş. Hacettepe Üniversitesi –Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma, Araştırmacı Yetiştirici Merkezi, No.2, Çağ Matbaası, Ankara, 1985.
2. Eren N, Öztekin Z. Halk Sağlığının Gelişmesi, In: Halk Sağlığı Temel Bilgiler: ed:Bertan M, Güler Ç. Ankara 1997, 1-12.
3. Güler Ç, Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler 1. Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2015, Ankara.
4. Avcı İA. Halk Sağlığı. In: Halk Sağlığı Hemşireliği (Erci B. Ed.), Göksu Basın Yayın ve Dağıtım, 2015, Amasya.
5. Zengin M, Yayan EH. Çocuk ve ergen ruh sağlığı hastalıklarında hemşirelik yaklaşımları. In: Toplum ve Ruh Sağlığı Hemşireliği Kitabı, İstanbul Medikal Sağlık ve Yayıncılık Hiz. Tic. Ltd. Şti, 2020, İstanbul.
6. Uysal G, Balci S. Evaluation of a school-based program for internet addiction of adolescents in Turkey. J Addict Nurs.,2018;29(1):43-9
7. Mohammed Hassan A & Sayed Ahmed E. Impact of internet addiction on lifestyle and dietary habits of secondart school adolescents. Am J Nurs Res.2020;8(2):263-8.
8. Özparlak A, Karakaya D. Familial factors associed with internet addiction in adolescents and nursing care. Türkiye Klin J Nurs Sci. 2020;12(2):291-9.
9. Balantekin Y. 10-14 yaş arası çocuklarda televizyon bağımlılığı üzerine bir araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Bursa, 2009.
10. Lampard AM, Jurkowski JM, & Davison KK. Social-cognitive predictors of low-income parents' restriction of screen time among preschoolaged children. Health Education & Behavior,2013;40(5):526-30. doi: 10.1177/1090198112467800

11. Temel AB. Sağlığı Koruma ve Geliştirme 1, Ema Tıp Kitapevi Yayıncılık, İstanbul, 2021.
12. Karabulut A, Gökler R. Teknoloji bağımlısı çocuklarla iletişim. YOBU Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2023;4(1):54-61
13. YEŞİLAY. Teknoloji Bağımlılığı. Erişim adresi: <https://www.yedam.org.tr/teknoloji-bagimlilik>. Erişim Tarihi: 10.12.2023
14. Biçer BB. 6-12 yaş arası dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocuklarda ekran maruziyeti ve anne-baba internet güvenliği ve bilinçli internet kullanımı bilgisinin değerlendirilmesi (Tıpta Uzmanlık Tezi). Ankara, Türkiye:2020.
15. Çetinkaya S. Algılanan anne baba tutumlarının ergenlerde akıllı telefon bağımlılığı ile ilişkisinin incelenmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Türkiye: 2019.
16. Ertemel AV ve Aydın G. Dijital ekonomide teknoloji bağımlılığı ve çözüm önerileri. *Addicta-The Turkish Journal on Addictions*,2018;5(4):683-90
17. Erdoğan A, Yılmaz Y, Hocoğlu Ç. Modern çağın yeni hastalığı: Gelişmeleri kaçırma korkusu "FOMO" nedir? Bir gözden geçirme. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry & Psychology* 2021;3(3):217-22
18. Koyuncuoğlu D, Akaroğlu EG. 4-6 yaş çocukların ekran kullanım alışkanlıkları ile öz düzenleme becerileri arasındaki ilişki. *ODÜSOBİAD* 2023;13(3):2599-620, doi: 10.48146/odusobiad.1172837
19. Dinc, M. Teknoloji bağımlılığı ve gençlik. *Gençlik Araştırmaları Dergisi*, 2015;3(3):31-65
20. Rideout V. The common sense census: Media use by kids age zero to eight. San Francisco, CA: Common Sense Media, 2017,263-283. URL: https://www.common sense media.org/sites/default/files/research/report/2020_zero_to_eight_census_final_web.pdf
21. Ministry of Health. General Directorate of Public Health, Baby-Child-Adolescent Monitoring Protocols (in Turkish), Ankara, 2018.
22. TÜİK 2021. Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, 2021 Erişim linki: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132> Erişim Tarihi: 10.12.2023
23. Kıriloğlu M, Kayaalp A, Arslan S. Güncel bir sorun olarak çocuklarda ekran bağımlılığı ve ebeveyn tutumları. *Screen Addiction in children and parental attitudes as a current problem. Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi. TUSHAD* 2023;7(2):118-31.
24. Atladóttir HÓ, Parner ET, Schendel D, Dalsgaard S, Thomsen PH, and Thorsen P. Time trends in reported diagnoses of childhood neuropsychiatric disorders: A Danish cohort study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2007;61(2):193-8.
25. Griffiths MD. Occupational health issues concerning internet use in the workplace. *Work & Stress*. 2002;16(4): 283-6.
26. Gökçe A, Arslan İ, Öz S Ü, Mete U, Taşcı D, Taci D Y. Yedi yaş altı çocuklarda mobil ekran maruziyeti. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg.* 2021;54(2):188-93.
27. Wansink B, Painter JE, and North J. Bottomless bowls: Why visual cues of portion size may influence intake. *Obesity Research*, 2005;13(1):93-100
28. Przybylski AK, Murayama K, DeHaan CR, and Gladwell V. Motivational, emotional, and behavioral correlates of fear of missing out. *Computers in human behavior*, 2013;29(4): 1841-48
29. J. Walter Thompson Intelligence. Fear of Missing Out (FOMO). 2011, Retrieved from http://www.jwtintelligence.com/production/FOMO_JWT_TrendReport_May2011.pdf Erişim Tarihi: 10.12.2023
30. Harris T. How technology Hijacks people's minds—from a Magician and Google's design ethicist. 2016, Retrieved from <http://www.tristanharris.com/2016/05/how-technologyhijackspeoples-minds%E2%80%8A-%E2%80%8Afrom-a-magician-and-googlesdesign-ethicist> Erişim Tarihi: 10.12.2023
31. West R. Theories of addiction. *Addiction*, 2001, 96(1), 3-13.
32. Barr, R. Growing up in the digital age: Early learning and family media ecology. *Current Directions in Psychological Science*, 2019;28(4):341-6
33. Kim K, Ryu E, Chon MY, Yeun EJ, Choi SY, Seo JS, and Nam BW. Internet addiction in Korean adolescents and its relation to depression and suicidal ideation: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 2006;43(2);185-92.
34. Lin YH, and Hou HT. Exploring young

- children's performance on and acceptance of an educational scenario-based digital game for teaching route-planning strategies: A case study. *Interactive Learning Environments*, 2015;24(8):1967-80.
35. Erboy E & Vural RA. İlköğretim 4 ve 5 sınıf öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılığını etkileyen faktörler. *Ege Eğitim Dergisi*, 2010;11(1):39-58
36. Tüzün Ü. Gelişen iletişim araçlarının çocuk ve gençlerin etkileşimi üzerine etkisi. *Düşünen Adam*, 2002;15(1):46-50.
37. Lissak G. Adverse physiological and psychological effects of screen time on children and adolescents: Literature review and case study. *Environmental Research*, 2018;164:149-57. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.01.015>
38. Hale L, and Guan S. Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews*, 2015;21:50-8.
39. Cheung CH, Bedford R, Saez De Urabain IR, Karmiloff-Smith A, and Smith TJ. Daily touchscreen use in infants and toddlers is associated with reduced sleep and delayed sleep onset. *Scientific Reports*, 2017;7(1):1-7. <https://doi.org/10.1038/srep4610>
40. Magee CA, Lee JK, and Vella SA. Bidirectional relationships between sleep duration and screen time in early childhood. *JAMA Pediatrics*, 2014;168(5):465-70. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.4183>
41. Young K. Understanding online gaming addiction and treatment issues for adolescents. *The American Journal of Family Therapy*, 2009;37(5):355-72.
42. Shin N. Exploring pathways from television viewing to academic achievement in school age children. *The Journal of Genetic Psychology*, 2004;165(4):367-82.
43. Alonazi A, Almutairi W, Bains G, Daher N, & Alismail A. Effects of smartphone addiction on children's lung function. *Pediatrics international: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 2021;63(3):323-30.
44. Durmuş A ve Durmuş HI. Teknolojiye bağımlı yaşamamak için. İstanbul: Türkiye Yeşil Ay Cemiyeti, 2016
45. American Academy of Pediatrics. Policystatement: Children, adolescents, and the media. *Pediatrics* 2013;132: 958-61.
46. American Academy of Pediatrics. American Academy of Pediatrics announces new recommendations for children's media use URL: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-press-room/pages/americanacademy-of-pediatrics-announces-new-recommendationsfor-childrens-media-use.aspx> Erişim Tarihi: 10.12.2023.
47. Atkin AJ, Sharp SJ, Corder K, vanSluijs EM. International Children's Accelerometry Database (ICAD) Collaborators. Prevalence and correlates of screen time in youth: An international perspective *Am J PrevMed* 2014;47:803-7.
48. Rhodes A. Screen time and kids: What's happening in our homes. Melbourne: The Royal Children's Hospital Melbourne; 2017. URL: <https://www.rchpoll.org.au/wp-content/uploads/2017/06/ACHP-Poll7-Detailed-Report-June21.pdf> Erişim Tarihi: 10.12.2023
49. Duyan Çamurdan A. Görsel medyanın çocuk sağlığına etkileri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED)*, 2007;16(2):25-30.
50. Günüç S, Atli S. 18-24 aylık bebeklerde teknolojinin etkisine yönelik ebeveyn görüşleri. *Addicta: The Turkish Journal on Addiction*, 2018;5(1):205-26.
51. Lev G, Elias N. "We've got to get rid of her": Representation of older adults on the preschool television show *Grandpa in My Pocket*. *Journal of Children and Media*, 2020;14(2):204-20 doi: 10.1080/17482798.2019.1688669
52. Manap A, Durmuş E. Dijital ebeveynlik farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2020;21(2):978-93



Ahmet Turla¹, Berna Aydın²

DOI: 10.17942/sted.1444400

Geliş/Received: 28.02.2024

Kabul/Accepted: 06.12.2024

Özet

Türk hukukunda bugün için hekimlerin yetkilerini ve sorumluluklarını düzenleyen özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Özel hukuk ya da ticaret hukukunda yer alan maddelerin hiçbir hasta-hekim ilişkisini tam olarak karşılamamaktadır. Yargıtay hasta-hekim ilişkisini genellikle “vekalet ilişkisi” olarak nitelendirmektedir. Her zaman “vekalet ilişkisi” niteliğinde olmayan bu ilişki, birçok faktöre göre de değişiklik gösterebilmektedir. Hekimlik uygulamaları vekalet ilişkisi dışında, “vekaletsiz iş görme”, “eser sözleşmesi” veya “haksız fiil” kapsamına da girebilmektedir. Ayrıca hastanın sağlık kuruluşu ile olan ilişkisi, sağlık kuruluşunun özel ya da kamuya ait olması, hastane kabul sözleşmesinin tam ya da bölünmüş sözleşme niteliğinde olup olmaması uygulanacak yasal prosedürü etkilemektedir. Hekim-hasta ilişkisini “sözleşme” ilişkisi şeklinde gören hukuksal düzenlemeler, içeriğinde yer alan farklı sözleşme türleri ve sözleşmesel ilişkinin hasta-hekim ilişkisi ile birebir örtüşmemesi nedeniyle kendi içerisinde de farklı uygulamaların doğmasına yol açmaktadır. Sağlık hukuku alanındaki bu yetersizlik hekim-hasta arasındaki sorunların çözümünde hekimlerin yanı sıra hukukçuları da zora sokmaktadır. Bu derleme yazıda; hasta-hekim, hasta-hastane ilişkisine hukuksal yorumlar ışığında bakılarak, hekimlerin mesleki uygulamalarının güncel hukuki metinlerde nasıl görüldüğünün anlatılması amaçlanmıştır.

Anahtar Sözcükler: hasta; hekim; sözleşme

Abstract

In Turkish law, there is currently no special legal regulation, regulating the powers and responsibilities of physicians. None of the articles in private law or commercial law fully cover the patient-physician relationship. The Supreme Court generally describes the patient-physician relationship as a “by proxy relationship”. This relationship, which is not always a “by proxy relationship”, can vary depending on many factors. Apart from the boundaries of Proxy relationship, medical practice may also fall within the scope of “working without by Proxy”, “work contract” or “tort”. In addition, the patient's relationship with the healthcare institution, whether the healthcare facility is private or public, and whether the hospital admission contract is a full or split contract affect the legal procedure to be applied. Legal regulations that view the doctor-patient relationship as a “contract” relationship lead to different practices within themselves due to the different types of contracts they contain and the fact that the contractual relationship does not exactly overlap with the patient-physician relationship. This inadequacy in the field of health law puts lawyers as well as physicians in a difficult situation in resolving problems between doctor and patient. In this review article; It is aimed to explain how the professional practices of physicians appear in current legal texts by looking at the patient-physician and patient-hospital relationships in the light of legal interpretations.

Keywords: patient; physician; contract

¹ Doç. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-8924-6204)

² Prof. Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı (Orcid no: 0000-0002-9569-6308)

Giriş

Kişinin yaşam belirtilerinin başladığı ilk günlerden başlayıp ölümüne kadar devam eden hasta hekim ilişkisi, hekimin insan sağlığı konusundaki üstün bilgisinden kaynaklanan bir ilişki biçimidir. Hekimin bilgisel üstünlüğü, tıp biliminin temelinde biyoloji, fizik, kimya gibi bilimin temel alanlarını da içeren multidisipliner bir yapı olmasından, bunun yanı sıra sürekli değişen ve gelişen aynı zamanda el yeteneği ve sanatsal yeteneklere de bağlı olmasından diğer meslek dallarından ayrılmaktadır (1).

Geçmişte hasta-hekim ilişkisi birebir insani ilişki şeklinde sürdürülmekteydi. Ancak günümüzde hastanın karşısında sadece hekim yoktur, kurumsallaşmış ve işletme mantığı ile yürütülen devasa sağlık kurumları vardır. Daha fazla kâr amacı güden ve profesyonel yönetimleri olan bu kurumlarda hastanın haklarının korunması, geçmişte hakları sadece tıp etiği ile korunabilen durumundan oldukça uzaklaşmıştır. Aynı zamanda bu karmaşıklaşmış ve çok yönlü günümüz hasta-hekim ilişkisini yasal mevzuatımız tam olarak tanımlayamamaktadır.

Yaklaşık son elli yılda hasta-hekim ilişkisinde birtakım değişiklikler olmuştur. Paternalistik yaklaşım yerini hastanın da tanı-tedavi sürecinde aktif katılımına dayalı bir ilişki biçimine evrilmiştir. Bu değişim tüm dünyada hasta haklarının yeniden şekillendirilmesini gerektirmiş ve yasal düzenlemelere yön verecek nitelikte belgelerin oluşturulmasına yol açmıştır. 1981 yılında yayınlanan Lizbon Bildirgesi, 1994 yılında yayınlanan Amsterdam Bildirgesi, 1995 tarihli Bali Bildirgesi, 1996 yılında yayınlanan İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi gibi birçok metin yasal açıdan hasta haklarının ayrıntılarını belirlemiş, hali hazırda uygulanan birçok mevzuat ve belgenin yaratıcısı olmuştur (2-5).

Türk hukukunda da hasta hakları, sağlık uygulamaları konusunda değişiklikler olmasına rağmen, bugün için hekimlerin yetkilerini ve sorumluluklarını düzenleyen özel bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Hekimlik mesleğinin karmaşık ve çok katmanlı yapısına rağmen sağlık hukuku alanındaki bu yetersizlik hekim-hasta arasındaki sorunların çözümünde hekimlerin yanı sıra hukukçuları da zora sokmaktadır. Bu derleme yazıda; hasta-hekim, hasta-hastane ilişkisine hukuksal

yorumlar ışığında bakılarak, hekimlerin mesleki uygulamalarının güncel hukuki metinlerde nasıl görüldüğünün anlatılması amaçlanmıştır.

Özel hukuk ya da ticaret hukukunda tanımlanan formatların hiçbiri hasta-hekim ilişkisini tam olarak karşılamamaktadır. Bu ilişkiyi genellikle "vekalet ilişkisi" olarak nitelendiren Yargıtay, bu ilişkiden doğan uyuşmazlıkları "vekalet ilişkisi" çerçevesinde çözümlenmeye çalışmaktadır. Her zaman "vekalet ilişkisi" niteliğinde olmayan bu ilişki, birçok faktöre göre de değişiklik gösterebilmektedir. Vekalet ilişkisi dışında, hekimlik uygulamaları "vekaletsiz iş görme", "eser sözleşmesi" veya "haksız fiil" kapsamına da girebilmektedir. Bunun yanı sıra hastanın sağlık kuruluşu ile olan ilişkisi, sağlık kuruluşunun özel ya da kamuya ait olması, hastane kabul sözleşmesinin tam ya da bölünmüş sözleşme niteliğinde olup olmaması uygulanacak yasal prosedürü etkileyecek unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır (1).

Hekim-hasta ilişkisini "sözleşme" ilişkisi şeklinde gören hukuksal düzenlemeler, içeriğinde yer alan farklı sözleşme türleri ve sözleşmesel ilişkinin hasta-hekim ilişkisi ile birebir örtüşmemesi nedeniyle kendi içerisinde de farklı uygulamaların doğmasına yol açmıştır. Türk Borçlar Kanunu (TBK)'nda yer alan "iş görme sözleşmesi" türleri içerisinde yer almamakla birlikte, hukuki ilişkilerde iş görme sözleşmesi olarak kabul edilmesi ve doğan sorunların bu yolla çözümlenmeye çalışılması hukuksal karışıklığı yaratan en önemli nedendir (6). Hukuki kafa karışıklığının iyi bir göstergesi olarak; 2006-2019 yılları arasını kapsayan Yargıtay kararlarının incelendiği bir çalışmada; Yargıtay Ceza Daireleri bu konuda incelediği 70 hukuk davasının 66'sında yerel mahkemenin kararını bozmuştur. Bu oranın oldukça yüksek olduğu görülmektedir (7).

Hekimlik açısından da hukuksal çerçevenin halen tartışılıyor olması, benzer olaylarda farklı hukuksal yorumlamalar yapılması çeşitli sorunlara yol açmaktadır. Son yıllarda hekim ya da sağlık personelinin hatalarından kaynaklandığı iddia edilen şikayet ve davalar artmıştır. Sağlık ortamında artan fiziksel ya da sözel şiddet de başka bir göstergedir. Tüm bunların doğal sonucu olarak itibar kaybetme, hukuksal yaptırıma uğrama ya da şiddete uğrama korkusu

ile hekimler derin endişe duymaktadır. Tüm bu kötü durumlarla daha az karşılaşma amacıyla da "defansif tıp" uygulamalarına yönelmektedirler.

Hasta tedavi olma amacıyla hekime başvurup hekimin de tedaviyi üstlenmesi ile hasta-hekim ilişkisi kurulmuş olur. Hukuki ilişki bir sözleşme ile kurulabileceği gibi, örtülü irade beyanı ile de kurulabilir. Şekil açısından sözleşmenin mutlaka yazılı olması gerekmediği gibi zımni (örtülü) de olabilir. Ana prensibi güven olan bu sözleşmesel ilişki ile hekim; "gerekli teşhisi koymak veya tedaviyi uygulamak yükümlülüğünü üstlenirken, hasta da bir bedel/ücret ödeme yükümlülüğü altına girmektedir". Hekimlik sözleşmesi olarak tanımlanan bu durum taraflara borç yükleyen bir sözleşmedir. Bu tür bir sözleşmenin kurulabilmesi için de taraflar fiil ehliyetine sahip olmalıdır (8).

1. Vekalet sözleşmesi

Özel hukukun bir dalı olan TBK'da hasta hekim ilişkisini tanımlayan özgün bir sözleşme tipi olmamasına rağmen bugüne kadar yapılan hukuksal yorumlamaların pek çoğunda sözleşme ilişkisi var ise bunun "Vekalet Sözleşmesi" olduğu, sözleşme unsurları itibariyle daha yakın olduğu görüşü hakimdir (9). Ancak somut olayın niteliğine göre "Eser Sözleşmesi", "Hizmet Sözleşmesi" ya da "Vekaletsiz İş Görme" maddeleri de uygulanabilmektedir (10,11).

TBK 502/1. maddesinde: "Vekalet sözleşmesi, vekilin vekalet verenin bir işini görmeyi veya işlemini yapmayı üstlendiği sözleşmedir" şeklinde tanımlanmaktadır (6). Vekalet sözleşmesini TBK'daki diğer tip sözleşmelerden ayıran en önemli unsur; "sonuçtan ziyade işin görülme sürecinin olması ve sonucun gerçekleşmemesinin borcun ifası noktasında herhangi bir etkisinin bulunmaması"dır (12). Bu sözleşme açısından hekim kusuru olmadığı sürece tedavinin başarısızlığından sorumlu tutulamaz (13). Hekimlik uygulamaları ile ilgili ulusal ya da uluslararası genel prensiplere bakılınca vekalet sözleşmesi bu niteliğinden dolayı sözleşme tipleri içerisinde en yakın nitelikte görünmektedir.

2. Vekaletsiz iş görme

Bazı durumlarda hasta ile hekim arasında sözleşme niteliğinde bir ilişki kurulamaz. Bu duruma en iyi örnek acil olgulardır. Bu durumda "Vekaletsiz İş Görme" hükümleri uygulanır (14). Bu bir "zorunluluk hali" dir ve yüksek

bir değeri korumak için hekim hukuka aykırı da olsa kişiye müdahale edebilir. TBK 63/2. Maddesinde tanımlanan bu durum hukuka aykırı sayılmaz (8). Aynı zamanda bu konuda Türk Ceza Kanunu'nda (TCK) da düzenleme bulunmakta olup TCK 25/2. maddesinde; "gerek kendisine gerek başkasına ait bir hakka yönelik olup, bilerek neden olmadığı ve başka suretle korunmak olanağı bulunmayan ağır ve muhakkak bir tehlikeden kurtulmak veya başkasını kurtarmak zorunluluğu ile ve tehlikenin ağırlığı ile konu ve kullanılan vasıta arasında orantı bulunmak koşulu ile işlenen fiillerden dolayı faile ceza verilmez" hükmü bulunmaktadır (15). Bu maddenin uygulanmasında verilebilecek örneklerden bir tanesi de; annenin sağlığını tehlikeye düşürmesi nedeniyle, doğmamış çocuğa nazaran daha yüksek bir değer olan annenin sağlığını korumak amacıyla gebeliğin sonlandırılması durumudur.

Tıbbi uygulamalarda özellikle cerrahi alanda ani gelişen ve hızlı karar verilmesi gerekli durumlarda hekim hasta ile yaptığı sözleşmenin dışına çıkabilir. Cerrahi alanın gelişen yeni durum nedeniyle genişletilmesi gerekebilir. Bu şekilde sözleşmenin dışına çıktığı durumlarda bazı şartlar aranır. Bunlar; yeni tıbbi girişimin geciktirilmesine olanak olmaması, yeni yapılacak işlemin daha önce alınan rıza nedeniyle yapılmakta olan işten daha ağır risk taşımaması gereklidir (16).

3. Eser sözleşmesi

TBK 470. maddesinde; "Eser sözleşmesi, yüklenicinin bir eser meydana getirmeyi, iş sahibinin de bunun karşılığında bir bedel ödemeyi üstlendiği sözleşmedir" şeklinde tanımlanmıştır (6). Eser sözleşmesinde vekalet sözleşmesinden farklı olarak yüklenicinin ortaya çıkartacağı eser, başka bir deyişle işin sonucu ön plandadır. Yapılan sözleşme ile sonucu taahhüt etmiş olur (14).

Bu konuda Yargıtay'ın daha önce vermiş olduğu kararlar incelendiğinde; burun ameliyatı gibi estetik amaçlı cerrahiler, yağ alma (liposuction), kepçe kulak operasyonu, diş protezi, protez damak, diş çekimi veya dolgu yapılması gibi işlemler eser sözleşmesi kapsamında kabul edilmiştir (17,18). Tedavi dışında güzelleştirme-yenileme amacıyla yapılan uygulamalar bu kapsamda görülmektedir. Yargıtay benzer

nitelikte 2020 tarihli bir kararında; karın gerdirmeye ve göğüs küçültme operasyonlarının eser sözleşmesi kapsamında değerlendirilmesi gerektiği, bunların tedaviden kaynaklanan sözleşme türünden farklı olduğunu bildirmektedir (19). Bunun yanı sıra Yargıtay'ın bu konudaki az sayıda kararında da estetik operasyonların vekalet sözleşmesi kapsamında değerlendirildiği görülmektedir (20).

Eser sözleşmesi ilişkisinin kurulduğu en önemli tıp alanı Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi alanıdır. "Hata yapmak insanidir" kavramından farklı olarak bu alanın özellikle estetik bölümü mükemmellik isteyen bir alandır. Ancak gerek bilirkişi gözünde ya da yargılayıcı tarafından mükemmelliğin net bir tanımı olamayacağı da açıktır.

Eser sözleşmesinde istenen sonuç yüklenici tarafından mutlaka elde edilmeli ve diğer tarafa teslim edilmelidir. Borcun altına giren taraf olan hekim yaptığı işi sadakat ve özenle yerine getirmelidir. Ortaya çıkan sonuç hasta ve hekim tarafından önceden kararlaştırılan eserden farklı ise çıkar dengesi iş sahibi (hasta) aleyhine bozulacaktır. Sözleşme kapsamında iş sahibinin beklentileri karşılanmalıdır. Aksi durumda ortaya çıkan eser "ayıplı" sayılacaktır. Hatalı yüz gerdirmeye ameliyatı sonrası verilen bir Yargıtay kararında; "Yüklenici, meydana getirdiği eserde, ortaya çıkan ayıp ve eksikliklerden, ayıba karşı tekeffül borcu gereğince sorumludur" hükmünde bulunmuştur. Bu olayda hekimin sorumluluğu açıkça belirtilmiş, kararın devamında da hastanın ayıplarının giderilmesini isteme hakkı, bu durumdan dolayı ücret indirimini isteme hakkı ve eseri kabulden kaçınma hakkı olduğunu bildirmiştir (21,22).

4. Haksız Fiil Sorumluluğu

Kural olarak hasta ile hekim arasında önceden belirlenen bir sözleşme yoksa ve "vekaletsiz iş görme"nin şartları da mevcut değil ise ortaya çıkan bu durum "hekimin haksız fiil sorumluluğu" olarak nitelendirilecektir (9,23). Örneğin; hastane ile hasta arasında kurulan "tam hastaneye kabul" sözleşmesinin mevcut olduğu durumda, hekim ile hasta arasındaki ilişki özel bir sözleşmeye dayanmadığından hekimin sorumluluğu haksız fiil sorumluluğundan ibaret olacaktır (9).

Hekimin haksız fiil kapsamında sorumluluğunun bulunması için bazı şartların olması gereklidir. Yaptığı ya da yapmadığı eylem nedeniyle bir zarar doğmalı, bir hukuk kuralını ihlal ederek, bilip-isteyerek yapmalı, zarar doğmaması için yeterince özen ve dikkat göstermemeli ve hekimin eylemi ile zarar arasında nedensellik ilişkisinin bulunması gibi şartların sağlanmış olması gerekmektedir (1).

Hekim-hasta ilişkisinin hukuksal niteliğine göre ispat yükümlülüğü taraflar arasında değişiklik göstermektedir. Sözleşme kaynaklı ilişkide kusursuz olduğunu ispat yükümlülüğü hekimin üzerinde iken haksız fiil sorumluluğunda ispat yükümlülüğü hasta üzerindedir (24).

Yasal olarak tıbbi uygulamalar sadece yetkili kişiler tarafından yapılabilir. Bu durum hukuka uygunluk şartıdır. Yetkisi olmadığı halde müdahalede bulunanlar ise doğacak zarar nedeniyle haksız fiil hükümlerince değerlendirilir (25).

Tıbbi bir uygulama kaynaklı eylem nedeniyle yapılan yargılama sürecinde, hekimin sorumluluğundan söz edebilmek için; yapılan/yapılmayan eylemlerin tıp biliminin kurallarına uygun olup olmadığı, gerekli koşulların yerine getirilip getirilmediği, yeterince tedbir alınıp alınmadığı gibi konular araştırılır. Ancak bu hukuki değerlendirmeden farklı bir durumdur ve tıbbi bilirkişiliğe ihtiyaç duyulur. Bu nedenle Yargıtay hekim kusuru davalarında mutlak şekilde adli tıp görüşü alınması gerektiği kanaatindedir (26).

5. Sağlık Kuruluşunun Sorumluluğu

a. Kamu Hastaneleri

Özel hastane-hasta ilişkisinde "sözleşme ilişkisi" mevcut iken kamu hastanelerinde böyle bir durum mevcut değildir. Kamuya ait sağlık kuruluşunda ortaya çıkan sorunlarda özel hukuk kuralları değil kamu hukuku kuralları geçerlidir. Kamu yararı gözetilerek, kamu hizmeti niteliğinde verilen bu hizmetten ve bu hizmetten kaynaklanan zarardan dolayı öncelikle "devlet" sorumludur. Kamuda çalışan hekim kamu görevlisi olduğundan kendisinden kaynaklı bir zarar meydana gelmiş olsa dahi bundan sorumlu olan devlettir. Kamudan sağlık hizmeti alan hasta ile hekim arasında sözleşmeye dayalı bir ilişki kurulmadığından sağlık hizmeti kaynaklı bir

zarar meydana geldiğinde hasta hekime dava açamaz. Hasta kamu hastanesinin bağlı olduğu devlet kurumuna dava açabilir. Sağlık hizmetini veren kurum kamu hastanesi ise davalar Sağlık Bakanlığına karşı, üniversite hastanesi ise üniversite rektörlüğüne karşı açılacaktır (1).

Kamu görevlilerinin işledikleri kusurlardan dolayı açılacak tazminat davalarının ancak idareye karşı açılabilmesini bildiren Anayasa'nın 129/5. maddesi: "Memurlar ve diğer kamu görevlilerinin yetkilerini kullanırken işledikleri kusurlardan doğan tazminat davaları, kendilerine rücu edilmek kaydıyla ve kanunun gösterdiği şekil ve şartlara uygun olarak, ancak idare aleyhine açılabilir" şeklindedir. Bir başka ifade ile bağımlılık altında çalışan kamu hukuku kurallarına tabi ise verilen zararlardan devlet veya diğer kamu tüzel kişileri sorumlu olacağından idare hukuku esasları uygulanacak ve uyuşmazlık için kural olarak idari yargıda tam yargı davası açılacaktır. Bu konu hakkında Yargıtay da mevcut içtihatlarında; "şahsi kusur veya hizmet kusuru fark etmeksizin davanın idare aleyhine açılabilmesini", istisnai olarak "bir kamu görevlisinin görev yetkisini aşan eylemleri bakımından (örn: cinsel taciz, kasten yaralama) kamu görevlisi aleyhine dava açılabilmesi" bildirmektedir (9).

b. Özel Hastaneler

Özel hastanelerde tedaviyi yürüten hekim ve diğer sağlık çalışanları ile hasta arasında herhangi bir sözleşme bulunmamaktadır. Sözleşme ilişkisi hastane ile hasta arasında kurulur. Hastane sağlık hizmeti sunumundan kaynaklı tüm borçların (bakım koşulları, teşhis-tedavi, aydınlatma-bilgilendirme, yüksek özen vb.) sorumlusu ve tarafıdır. Yargıtay Hukuk Genel Kurulu'nun 2004 yılındaki bir kararında hastanenin sorumluluğunu tanımlayan bu durumu; "özel hastane işletenin öncelikle basiretli tacir gibi davranması gerektiği, buna ek olarak verdiği hizmetin yaşam hakkını doğrudan ilgilendiriyor olması sebebi ile hastanın zarar görmemesi adına gerekli tüm özen ve dikkati göstermek zorunda olduğu" şeklinde ifade etmektedir (27). Son yıllarda özel sağlık işletmeleri iş hukukundan kaynaklanan yükümlülüklerinden kurtulmak, vergi avantajı sağlamak ve dolayısıyla karlarını arttırmak amacıyla çalıştırdıkları hekimlerden şirket kurmalarını talep etmekte ve ücretlerini fatura

karşılığında ödemeyi önermektedirler. Bu şekilde hekim-hastane arasında kurulan taşeronluk ilişkisi hukuksal normlara sığmamakla birlikte hastanenin hasta karşısındaki sorumluluğunu da değiştirmemektedir.

Hasta ile hastane arasında kurulan sözleşmeye özel hastanelerde "hastaneye kabul sözleşmesi" adı verilmektedir. Sözleşme içeriğinde tıbbi tedavinin yanı sıra yemek ve yatma gibi otelcilik hizmetleri de veriliyorsa bu tür sözleşmeye "tam kabul sözleşmesi", tıbbi tedavi haricindeki hizmetler ayrı bir sözleşmede yer alıyor ve sadece tıbbi müdahaleye ilişkin hükümler bulunuyorsa buna da "hastane bölünmüş kabul sözleşmesi" adı verilmektedir. Uygulamada az kullanılan usullerden birisi de "hekimlik sözleşmesi ilaveli tam hastaneye kabul sözleşmesi" dir. Hastane dışında hekimle de ayrı bir sözleşme yapılmaktadır. Hasta-hekim ve hasta-hastane arasında iki bağımsız tedavi sözleşmesi yapılmaktadır (28). Bu durumda hekim de hastane de tedavi hizmetini vermek için müştereken ve müteselsilen yükümlülük altına girmektedir (13).

Hekimini özgürce belirleme ilkesi gereği olarak hasta, sadece hastane sözleşmesi yapılan hastanenin hekimini seçmek zorunda da değildir. Sözleşme ilişkisini hastane dışından bir hekim ile de gerçekleştirebilir. Bir diğer durum da hekim ayakta tedavisini üstlendiği özel hastasını özel hastaneye yatırabilir ya da hasta dışarıdan istediği hekimin çağırılmasını da talep edebilir (13, 29).

Sonuç

Tıbbi müdahaleler doğrudan bireyin sağlığına, vücut bütünlüğüne, dolayısıyla maddi/manevi bütünlüğüne etki etmektedir. Sağlık uygulamalarında yapılanların temel amacı özde bireyi iyileştirmek ve korumak olsa da bu amaçlar tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılmaya yetmemektedir. Tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi ancak; tıbbi girişimin tıp mesleğini uygulamaya yetkili kişi tarafından gerçekleştirilmesi, hastanın aydınlatılmış onamının alınması, tıbbi girişimin bir amaca yönelik olması ve tıp biliminin somut verilerine uygun olması unsurlarının birlikte var olması halinde mümkündür. Bu unsurlardan herhangi birisini barındırmayan tıbbi müdahale hukuka aykırılık oluşturacaktır.

Yasal düzenlemelerimiz içerisinde hekimlerin yasal yükümlülüklerini açık şekilde ifade eden herhangi bir özel düzenleme bulunmamaktadır. Hasta ile hekim arasındaki sözleşme ilişkisi her ne kadar TBK içerisinde yorumlansa da konuya özgün herhangi bir spesifik sözleşme türü oluşturulmamıştır. Hasta ile hekim arasında ortaya çıkan uyumsuzluklarda aradaki sözleşmenin türü, yargının somut olayı ne şekilde değerlendireceği açısından çok farklı sonuçların doğmasına yol açmaktadır.

İletişim: Ahmet Turla
E-Posta: aturla@omu.edu.tr

Kaynaklar

1. Yazıcı MF. Malpraktis ve Tazminat Sorumluluğu. (İstanbul Medeniyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2022).
2. World Medical Association Declaration on the Rights of the Patient, Eylül/Ekim 1981. <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-1981.pdf> (Erişim tarihi: 11.01.2024)
3. Declaration on the Promotion of Patient Rights in Europe, Amsterdam, 28-30 Mart 1994. http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Evropaika_keimena/eu_declaration1994_1_.pdf (Erişim tarihi: 11.01.2024).
4. Bali Bildirgesi. <https://hastahakki.org/bali-bildirgesi-bali-eylul-1995/> (Erişim tarihi: 11.02.2024).
5. İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/04/20040420.htm#9> (Erişim tarihi: 11.02.2024).
6. Türk Borçlar Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=6098&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 11.02.2024).
7. Şeker Z. Malpraktis Davalarında Aydınlatılmış Onam ile İlgili Yargıtay Kararlarının Değerlendirilmesi. (Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 2020).
8. Yeşiller FB. Hekimlik Sözleşmesi ve Hekimin Sözleşmeden Doğan Sorumluluğu. (Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2019).
9. Hakeri H. Tıp Hukuku. 16. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2019.
10. Özkaya E. Vekalet Sözleşmesi ve Kötüye Kullanılması. 2. Baskı, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2005.
11. Yargıtay 13. H.D. E. 2015/19700 K. 2017/10075 T. 23.10.2017, Yargıtay 13. H. E. 2016/7750 K. 2017/8617 T. 27.9.2017, Kazancı İçtihat Bilgi Bankası. Erişim tarihi: 04.01.2024.
12. Aral F, Ayrancı H. Borçlar Hukuku Özel Borç İlişkileri. Yetkin Yayınları, Ankara 2015.
13. Ayan M. Tıbbî Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara 1991.
14. Eren F. Borçlar Hukuku Özel Hükümler. 8. Baskı, Yetkin Yayınları, Ankara 2022.
15. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=5237&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (Erişim tarihi: 11.02.2024).
16. Yüksel SR. Hekimin Vekâletsiz İş Görmeden Doğan Sorumluluğu. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2016;21(2):793-804.
17. Yargıtay 15. H.D. E. 2020/1854 K. 2021/619 T. 3.3.2021, Kazancı İçtihat Bankası. (Erişim tarihi: 19.12.2023).
18. İlgün K. Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. Seçkin Yayınevi, Ankara 2022.
19. Yargıtay 15. H.D. 09.11.2020 T. E. 2020/1808 K. 2020/2925. Kazancı İçtihat Bankası (Erişim tarihi: 19.12.2023).
20. Yargıtay 13. H.D. 2008/4519 Esas, 2008/10750 Karar T.18.09.2008 Kazancı İçtihat Bankası. (Erişim tarihi: 19.12.2023).
21. Yargıtay 3. H.D. 07.12.2015 tarihli ve 2015/12079 E., 2015/19759 K. sayılı kararı, Lexpera Hukuk Bilgi Sistemi. (ET. 11.12.2023).
22. Şahin T. Borçlar Kanunu ve 6098 Sayılı Yeni Türk Borçlar Kanunu Kapsamında Yüklenicinin Ayıba Karşı Tekeffül Borcu. SDÜ Hukuk Fakültesi Dergisi 2011;(1)2:136.
23. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve El Atmalardan Doğan Sorumluluk. Tekişik Yayıncılık, Ankara, 1993.
24. Sindel E. Hekimin Haksız Fiil Sorumluluğu. Terazi Hukuk Dergisi 2016;119: 247.
25. Kuru O. Tıbbi Müdahalenin Hukuka Uygunluğu: Endikasyon Şartı. İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi 2021;(12)2:494.
26. Yargıtay 13. H.D. 14.10.1974, 2637/2492.

- Kazancı İçtihat Bankası. (Erişim tarihi: 11.01.2024).
- 27.** YHGK E. 2004/13-291, K. 2004/370, T. 23.6.2004, Kazancı İçtihat Bankası. (Erişim tarihi: 09.12.2023)
- 28.** Narter S. Kusursuz Sorumluluk, Haksız Fiil Sorumluluğu ve Tazminat Hukuku. 2. Baskı,

- Adalet Yayınları, Ankara 2016.
- 29.** Arslan F. Hekimin Sorumluluğunun Belirlenmesi Bakımından Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Mahiyeti. Marmara Üniversitesi Hukuk Fakóltesi Hukuk Araştırmaları Dergisi 2020;(26)1:400-422.



STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları Türkçe ve İngilizce yayımlanır.

Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
Başlık: Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
Yazarlar: Her yazarın adı soyadı, akademik derecesi, çalıştığı kurum ve kuruluş, iletişim bilgileri, e-posta adresi ve ORCID numarası (<https://orcid.org>) belirtilmelidir.
Sorumlu Yazar: Metinle ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı soyadı, e-posta ve açık adresi belirtilmelidir.
Sözcük Sayısı: Ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı paylaşılmalıdır.
Çıkar Çatışması: Çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişki ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanları varsa açıklanmalıdır. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmaya ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çatışma konuları belirtilmeli ve Çıkar Çatışması Formu tüm yazarlar tarafından imzalanmalıdır.
- Özet (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak Türkçe ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın "Amaç (Objective)", "Yöntem (Method)", "Bulgular (Results)" ve "Sonuç (Conclusion)" alt başlıklarını içerecek şekilde yapılandırılmalıdır. Türkçe ve İngilizce özet 150-250 sözcükten oluşmalı ve birbirinin birebir çevirisi olmalıdır. Özeti altında üç ile altı anahtar sözcük (keywords) yer almalı ve sözcükler birbirinden noktalı virgül (;) ile ayrılmalı ve küçük harf ile başlanmalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" (<https://meshb.nlm.nih.gov/search>) terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri (<https://www.bilimterimleri.com>) kullanılmalıdır.
- Giriş:** Bu bölümde, araştırma konusu hakkında ön bilgi verilmeli ve ana kavramlar açıklanmalı; amaç ve gerekçe belirtilmelidir.
- Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak (araştırma türü, değişkenleri, yer ve zamanı, evren örnekleme, veri toplama yöntemi ve araçları) yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösterilmeli, yeni olan yöntemler tanımlanmalıdır. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işler ve uyulan belgeler belirtilmelidir. Kullanılan istatistik yöntemleri, analiz için kullanılan bilgisayar programı ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tip 1 hata düzeyi verilmelidir. Makalelerin biyoistatistiksel kurallara uygunluğu yazarların sorumluluğundadır.
- Bulgular:** Bulgular metin içinde, tablo ve şekiller üzerinde gösterilmelidir. Metin içinde önemli veriler vurgulanıp özetlenmelidir. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulgular, sayı ve yüzde olarak belirtilmelidir. Yazılarda, p değerleri açıkça verilmeli; 0,001'den küçük olanlar için $p < 0,001$ ifadesi kullanılmalıdır.
- Tartışma:** Elde edilen bulgular yorumlanmalı, çalışmanın yeni ve önemli yönleri ile çıkan sonuçlar güncel literatür eşliğinde vurgulanmalıdır. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına, ayrıca kısıtlılıklar ve güçlü yönleri yer verilmelidir. Bulgular bölümünün tekrarından kaçınılmalıdır.

- Sonuç ve Öneriler:** Sonuçların amaçla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalar ile tartışma bölümünün kısa tekrarından kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.
- Teşekkür:** Çalışmaya yazarlık kriterleri harici katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.
- Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmeli, özellikle içerener hariç 10 yıldan eski kaynaklar kullanılmamalıdır. Kaynaklar ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralanmalıdır. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynaklar rakamlarla (1,2,4-7) belirtilmelidir. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılmamalıdır. En fazla otuz (30) kaynak yer almalı ve kaynak gösterme formatı olarak "Vancouver" stili kullanılmalıdır.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır:

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3.

Kitap: Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers; 1966.

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family Medicine: Principles and Practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing Group. Available at: <http://www.clinicalevidence.com>. Accessed November 12, 2003

- Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara (arabik) verilmelidir. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Metin içinde tablolara atıf yapılmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyulmalıdır. Kullanılan standart dışı kısaltmalara ve açıklayıcı bilgilere dipnotta yer verilmelidir. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler *, †, § olmalıdır. Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.
- Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf ve şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir. Şekil, resim, tablo ve grafikler metin içinde geçtiği yerler ilgili cümlelerin sonunda parantez içinde belirtilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sted> adresi üzerinden gönderilmelidir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmemektedir.

