

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

ELECTRONIC JOURNAL (ISSN 1307-2048)

TJFM&PC

September

2014

Volume 8/3



Vaccination Status in Children under 8 Years and Attitudes of Their Parents

Altuğ Kut, Ali Ümit Geçkil

Başkent University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara

Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Tanı Anından İtibaren Ebeveynlik Deneyimleri: Farklılığı KabullemekÖzlem Ciğerli¹, Pınar Topsever², T. Müge Alvur³, Süleyman Görpelioğlu⁴

1 Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İstanbul

2 Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İstanbul

3 Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Kocaeli

4 Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, Ankara

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin Türkçe Sürümünün Bir Grup Evli Çift Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik ÇalışmasıVeli Duyan¹, Gülsüm Çamur Duyan²

1 Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

2 Turgut Özal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü

Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak SendromuMakbule Neslisah Tan¹, Ediz Yildirim², Dilek Guldal²¹1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Iğdır²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir**Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri**Özgür Erdem¹, Tahsin Çelepkolu²

1 Kayapınar 9 Nolu ASM / Diyarbakır

2 Dicle Üniversitesi Tıp Fak. Aile Hekimliği AD Diyarbakır

Vaccination Status in Children under 8 Years and Attitudes of Their Parents

Altuğ Kut, Ali Ümit Geçkil

Başkent University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara

ABSTRACT

Vaccination Status in Children under 8 Years and Attitudes of Their Parents

Background: Vaccination plays a key role in preventive medicine worldwide. Turkey has adapted an advanced national extended vaccination program (NEVP) in recent years. Accordingly, vaccination coverage rose dramatically in recent years. Attitudes of Parents are playing an inevitable role in the challenges toward vaccination issues. **Aim:** This study aims to determine the demographic traits, vaccination status, and attitudes of their parents regarding vaccination approaches. **Design of Study:** This study is designed as a cross-sectional observational survey. **Setting:** The study was carried out at the pediatrics outpatient clinic of the Başkent University Ankara Hospital. **Methods:** Parents with children aged 0-8 were asked between March – June 2013 to join the study voluntarily. 150 parents answered to a 12-item questionnaire. Data were analyzed using SPSS software. For descriptive statistics mean±SD, minimum-maximum levels and percentages were used; continuous variables were analyzed using t- test and categorical variables using Chi-square tests. P values < 0.05 were accepted as statistically significant. **Results:** In total 219 children of 150 families were enrolled. Mean age of the children was 2.73 years and all of them were fully vaccinated. Most were living in the city center (76.7%). Of the parents, 10.7% were against paid vaccines, while 2% couldn't afford them. 42% of families were positive about the HPV vaccine. Most of the families preferred their family physicians both in urban and rural areas for vaccination (61.7%, 68.6% respectively). **Conclusion:** The initiation of Family medicine in Turkey and the application of the NEVP have positively affected parents' approaches towards vaccination.

Key Words: Childhood vaccination, Vaccination rates, Vaccination coverage, Parental attitudes

Kut A, Geçkil Ü. Vaccination Status in Children under 8 Years and Attitudes of Their Parents. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(3):68-74. DOI: 10.5455/tjfm.154621

Introduction

Vaccination plays a key role in preventive medicine worldwide. National vaccination policies of countries decreased both morbidity and mortality of childhood contagious diseases significantly in the past decades. Efforts towards improving national vaccination programs are still ongoing in several countries that are led by national committees, and international organizations like the CDC, and WHO.¹ Similar efforts are also valid in Turkey, and a national vaccination program (Figure-1) is continuously updated to meet recent national health care strategies.²⁻⁴ Accordingly many campaigns are performed to eradicate or lower prevalence of certain childhood contagious diseases.²

Vaccination as a phenomenon is a complicated procedure, which has lots of social, cultural, financial, and political aspects.² It is presumed that success rates of pediatric vaccination especially depend on parental age, educational status, attitudes, and knowledge towards the whole vaccination procedure.^{2,3} According to Turkey Demographic, and Health Survey (TDHS-2008) there are many variables causing disparities regarding the status of being fully vaccinated.³ Geographical region, and settlement area differences as well as the educational status of mothers can be counted as some of these variables.³ According to TDHS-2008 study the rates of fully immunized children in eastern Anatolia were found to be less compared to other Turkish regions (64%); followed by Northern, and Southern Anatolian regions in Turkey (84%, 82% respectively).³ A study performed by Yalcın SS et al. between 1988-2010, mentioned that the mortality rates of children younger than 5 years of age decreased more than 2/3's due to the applied vaccination program

Corresponding author:

Altuğ KUT, Başkent University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara, Turkey.

E-mail: altugkut@gmail.com

Received Date: April 15, 2014

Accepted Date: May 21, 2014

supplied and directed by the funds of the Ministry of Health.⁵ Fortunately the rates of vaccinated children in Turkey increased from year to year and reached a level of 97% according to the Ministry of Health's data by the year 2012.⁶

The National Vaccination Program (figure-1), which is applied under the supervision of the Ministry of Health in Turkey is not only one of the key elements of primary care services, but also an inevitable part in the assessment of national health status. While until 2005 the national vaccination

program consisted of only basic vaccines such as BCG, DTP, OPV, Measles; extended advisory meetings updated the program to a status which is nowadays more advanced than it is in many other European countries.²

The aim of this investigation was to determine not only the demographic traits but also the vaccination status of children less than 8 years of age; also attitudes, and behaviors of their parents regarding national vaccination approaches.

	At birth	End of 1st month	End of 2nd month	End of 3rd month	End of 4th month	End of 6th month	12th month	18th month	24th month	First grade of Primary School	Eight grade of Primary School
BCG			I								
DTP			I	II	III			R			
Hib			I	II	III			R			
OPV			I	II	III			R		R	
MMR							I			R	
Hepatitis B	I	II				III					I-II-III*
Td										V	V
Rubella											V*
Hepatitis A								I	II		
Varicella							I				

*Until the incomplete vaccinated cohort completed

Figure 1. Turkish National Vaccination Program-2013⁴

Table 1. Demographic traits of the study population

Parameters		n	%
Gender	Male	52	34.7
	Female	98	65.3
Age	18-25	18	12.0
	26-30	46	30.7
	31-35	47	31.3
	36-40	23	15.3
	> 40	16	10.7
Living Environment	Urban	115	76.7
	Rural	35	23.4
Number of Children	1	92	61.4
	2	47	31.3

	≥ 3	11	7.3
Materials and Method			
This cross sectional study was carried out at the pediatrics outpatient clinic of Baskent University Ankara Hospital on 0-8 years of age children, and their parents using a 12-item questionnaire. All subjects were interviewed by the same investigator in a face to face manner. Between March – June 2013,219 children of total150 families were enrolled the study. During the study period all patients who applied to the pediatrics outpatient clinic were invited to join the study, and only families who volunteered to join the study group were enrolled. Volunteering familieswere informed about study objectives and signed an informed consent to attend the research. Families living in “city centers” were mentioned as “urban”, and those in “county centers” were mentioned as “rural” throughout the manuscript. All collected data were analyzed using the SPSS software (SPSS 21.0 for Windows; Chicago-IL, USA). For continuous variables descriptive statistics were performed using mean± standard deviation, minimum-maximum level; for categorical variables frequencies, and percentages were evaluated. Relations between continuous variables were determined using Pearson correlation analysis, and t- test. The evaluation of categorical variables was performed using Chi-square tests. P values < 0.05 with a confidence interval of 95% were accepted as statistically significant.			
Results			
A total number of 150 families were enrolled. 34.7% (n=52) of the participating parents were male, and 65.3% (n=98) were female with a male to female ratio of 0.53:1. Of them 61.4 % (n=92) had only one child. The study investigated totally 219 children of 150 families. Of them, 49.7% (n=109) were boys, and 50.3% (n=110) were girls. The mean age of the children was 3.49±3.23 years. Most of the participants were living in the city center (76.7%). The distribution of mean number of children per family according to urban, and rural areas were 1.41±0.62 and 1.63±0.64 respectively (p=0.71). When analyzing the ages of the parents, 62% of them were accumulated between 26-35 years of age. Major demographic data are shown in Table-1.			
All children (100%) of enrolled families were completely vaccinated according to the TurkishNational Vaccination Program appropriate to their ages. Opinions of the families regarding			
paid vaccines which are currently not covered in the national vaccination program and had to be performed according to the request of the families or their doctors are shown in Table-2. Although vaccines in the national program were fully trusted and performed, 10.7 % of the families (n=16) were against paid vaccines owing to concerns regarding possible side effects. Only 2% of the families stated that they are financially not able to afford paid vaccines.There was no statistical significance between families living in urban, and rural regions regarding attitudes towards paid vaccines (p=0.139). The performed rates of vaccines newly added to the national vaccination program like varicella, and hepatitis A were 74.6%, and 59.4% respectively (added in 2013). Regarding HPV vaccination 42% of families were positive about the HPV vaccine, while 18% had concerns or were against HPV vaccination. There was also no statistically significant difference between families living in urban, and rural regions regarding attitudes towards HPV vaccination (p=0.325). Attitudes towards paid vaccines related to the gender of their children were almost equally distributed and showed no statistical difference between boys, and girls (70.3%; 68.1% respectively).			
Most of the families vaccinate their children by their family physicians (63.1%), claiming that access to appropriate vaccines are easier in primary care units (40.7%).Those are followed by university hospital child care centers (15.4%), and private medical practices and private hospitals (17.4%), while state hospitals were less preferred (4%) by families (Table-3).			
When analyzing differences between children vaccinated in different types of health care facilities among urban and rural areas; the data revealed that while family medicine centers were almost equally most preferred in both areas, the second and the third most preferred facilities differed significantly. University hospitals were the second most chosen facilities in urban areas for vaccination; on the other hand, state hospitals were significantly more used in rural areas (Table-4).			
Discussion			
Contagious diseases are one of the major health care concerns especially in developing countries. Almost all countries carried out national vaccination programs to challenge, and eradicate these health issues with different rate of success.¹			

Turkey moved a long way from the past till today to cover all of the population affecting pediatric

contagious pathogens. While according to the Turkish Statistical Institute's data (TÜİK) the ratio

Table 2. Attitudes towards paid vaccines and HPV vaccination

Attitudes			
About Paid Vaccines	Urban	Rural	Total
I am willing to afford paid vaccines	84 (73%)	22(62.9)	106 (70.7%)
I cannot afford it	2 (1.7%)	1 (2.9%)	3 (2.0%)
I am not willing due to possible side effects	14 (12.2%)	2 (5.7%)	16 (10.7%)
I have no idea	15 (13.0%)	10 (28.6%)	25 (16.7%)
Total	115 (100%)	35 (100%)	150 (100%)
Chi-square test: p= 0.139			
About HPV Vaccination			
I am positive about the HPV vaccine to make	46 (40.0%)	17 (48.6%)	63 (42.0%)
I am negative about the HPV vaccine to make	7 (6.1%)	0 (0.0%)	7 (4.7%)
I am positive but have concerns (side effects, efficiency, etc..)	17 (14.8%)	3 (8.6%)	20 (13.3%)
I have no idea	45 (39.1%)	15 (42.9%)	60 (40%)
Total	115 (100%)	35 (100%)	150 (100%)
Chi-square test: p= 0.325			

Table 3. Current and preferred facilities for vaccination

	Current facility for vaccination		Preferred facility for vaccination	
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage
Family Healthcare Center	95	63.3	81	54.0
Private Practice	9	6.0	6	4.0
Private Hospital	17	11.3	12	8.0
State Hospital	6	4.0	8	5.3
University Hospital	23	15.3	43	28.7
Total	150	100	150	100

Table 4. Urban and rural differences in current usage of health care facilities for vaccination

	Urban		Rural	
	Frequency	Percentage	Frequency	Percentage
Family Healthcare Center	71	61.7	24	68.6
Private Practice	7	6.1	2	5.7
Private Hospital	14	12.2	3	8.6
State Hospital	2	1.7	4	11.4
University Hospital	21	18.3	2	5.7
Total	115	100	35	100

Chi-square test: **p=0.048**

of children in the Turkish population in the 70s was 48.5%, by the year 2012 this number has declined to 30%. Further projections are reflecting that this ratio will continue to decline and reach to 19.1% by the year 2050.⁷ Although these projections shows that the total number of children in Turkey will continue to decrease over the next decades, both primary care services, and the national vaccination committee of the ministry of health keep on working to accomplish a higher status of protection against contagious diseases, which we hope will further increase the vaccination rates in Turkey.

The overall vaccination status in 1994 was 81% which was way below the rates of developed countries, and WHO Europe regions.⁶ Despite to fundamental changes in the national vaccination program, and policies regarding vaccination campaigns; this figure continued to fall and became 78% by the year 2002.⁶ With the initiation of family medicine in 2004, and also due to the recent changes in the national vaccination program the proportion of vaccinated children started to increase quickly and rose up to 97% by the year 2012.⁶ Whereas the mean rates of vaccinated children worldwide in 2010 is 85%, and the rate of WHO Europe region is 96% by the year 2010.⁶ Some recent studies performed in Turkey claim that the fully vaccination rate of children are decreasing after initiation of the family medicine system in 2010 in Turkey. A study held by Cakir et al in 2008, performed using the lot quality system in Ankara-Kecioren shows that the total vaccination coverage was 28 over 33 lots with an acceptance rate of 75%.⁸ On the other hand a recent study by Ozcirpici et al conducted in Gaziantep and published in 2014 claims that after

the family medicine initiation in 2010, the total vaccination coverage has significantly decreased and became 29 over 50 lots with an acceptance rate of 85%.⁹ In addition to these studies another investigation published in 2012 which was held in various cities by Uner et al. stated that the vaccination coverage is 59 over 63 lots with an acceptance rate of 75%.¹⁰ The significant decrease in vaccination coverage claimed by the study of Ozcirpici et al might be due to the higher acceptance rate of 85%, while previously mentioned similar studies were using an acceptance rate of 75%. All these studies demonstrate that although the family medicine application is new to Turkey (2010), the overall vaccination rate is satisfactory. It is also remarkable that all of these studies are indicating that most of the vaccinations were performed in primary care units. Our study is also concordant with these studies in this regard. Since the accessibility of university clinics, , and private clinics in metropolises like Ankara is higher compared to cities in which the mentioned articles were carried out, the rate of vaccinations performed in primary health care units is still over 60% in urban, and 65% in rural areas.

This fact indicates that access to primary care units, and vaccination follow-ups are well organized and performed as it should be. Due to the current healthcare policies, and the introduction of family medicine centers both in rural, and urban areas; it has become much easier to access primary health care services. As a result, it is found that rates of appliances to family healthcare centers are almost equal and high in their rates both in urban, and rural regions, which

let us predict that the population is highly adapted to the new system of family medicine. While according to our findings the alternative facilities to family medicine centers in rural regions are state hospitals, university hospitals are replacing them in urban regions. The major factor by doing so is the accessibility of these facilities, as the case is with university centers which are regularly located in urban areas.

The present study comprises of subjects living in a geographical region known to have a relatively higher socio-economical status. Consequently, we expected and found a higher vaccination rate (100%) compared to national figures, which indicated that parents are extremely aware to comply with the national vaccination program. Even vaccines, which are currently not included in the national program and should be paid are highly requested and performed. Only the acceptance and awareness towards HPV vaccination was below our expectations, which revealed that about 40% of the participants still have poor information about it. Another possible factor of the low acceptance rate for the HPV vaccination may be the high costs of this vaccination.

The weakness of this study is that it includes only children attending to a certain outpatient clinic instead of a certain geographic region and comprises a wide range of ages instead of a sample of 12-24 month children. Another issue is that a correct analysis has to be done with a more structured outline like a "lot of quality" survey. Since researchers from various branches may have insufficient information regarding the practice, and application of current clinical preventive approaches; we advise family physicians as researchers, to perform this kind of structured surveys in their working areas to collect appropriate information to outline their work regarding vaccination issues.

In conclusion, although the application of family medicine is new in Ankara-Turkey (2010) the trust in primary care units regarding vaccination is satisfactory and gives hope for the future. The high rates of vaccination both in urban, and rural areas are showing the extraordinary success of both the Turkish national vaccination program, and the efforts of primary care physicians. However, there are still many factors threatening these efforts in our country, the major one being the recent geopolitical decisions, and changes especially across the southern border of Turkey. The ongoing dispute in the neighboring countries may cause some of the eradicated contagious diseases like polio, and measles to arise. Health care officials in

Turkey are not only trying to determine the current vaccination status in the region but also evaluating needed precautions that have to be carried out in order to protect the public health of the society. This and similar factors will be the major challenges of the Turkish primary health care system in the near future, and family physicians have to be skilled enough and prepared to get through these overwhelming issues.

References

1. World Health Organization : Guide for standardization of economic evaluations of immunization programmes. World Health Organization Publications. Accessed October 10, 2013, at http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IVB_08.14_eng.pdf.
2. Ceyhan M. Recent improvements in the Turkish childhood national immunization program. *Turk J Pediatr* 2010;52(6):563-569.
3. Child Health. Turkey Demographic and Health Survey 2008. Hacettepe Publications. Accessed February 26, 2014, at http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/dokumanlar/TDHS-2008_Main_Report.pdf
4. Childhood Vaccination Schedule - Turkey. Turkish Ministry of Health. Accessed March 09, 2014, at <http://www.saglik.gov.tr/EN/belge/2-44/childhood-vaccination-schedule---turkey.html>.
5. Yalcin SS, Tezel B, Kose MR, Tugay D, Mollahaliloglu S, Erkoc Y. Change and determinants in under-five mortality rate in Turkey since 1988. *Cent Eur J Public Health* 2013;21(2):80-87.
6. 2012 Annual Report. Turkish Ministry of Health. Accessed March 05, 2014, at <http://saglik.gov.tr/TR/dosya/1-82968/h/faaliyetraporu2012.pdf>.
7. İstatistiklerle Çocuk 2012. *TUIK Haber Bulteni* 22 Nisan 2013; 13488. Accessed March 05, 2014, at <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13488>.
8. Cakir B, Uner S, Temel F, Akin L. Lot quality survey: an appealing method for rapid evaluation of vaccine coverage in developing countries—experience in Turkey. *BMC Public Health* 2008; 8:240.
9. Özçirpici B, Aydın N, Coskun F, Tuzun H, Özgür S. Vaccination coverage of children aged 12-23 months in Gaziantep, Turkey: comparative results of two studies carried out by lot quality technique: what changed after family medicine?. *BMC Public Health* 2014; 14:217.

10.Uner S, Ozelci P, Com S, Kosdak M, Mollahaliloglu S, Erkoc Y. Vaccine coverage rates among 12-23 month old children living in four selected provinces of Turkey: results of a lot quality

survey. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(4):952-962.

Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Tanı Anından İtibaren Ebeveynlik Deneyimleri: Farklılığı Kabullemek

Özlem Ciğerli¹, Pınar Topsever², T. Müge Alvr³, Süleyman Görpelioğlu⁴

¹ Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İstanbul

² Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İstanbul

³ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Kocaeli

⁴ Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, Ankara

ÖZET

Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Tanı Anından İtibaren Ebeveynlik Deneyimleri: Farklılığı Kabullemek

Giriş: Ebeveynler engelli çocuklarına tanı konduğu andan itibaren, engelli çocuğa bakım vermek, diğer çocuklarının ihtiyaçlarını karşılayabilmek, sorumluluklarını yerine getirmek ve kendilerine, sosyal yaşama zaman ayırmak konusunda zorluklar yaşamaktadırlar. Bu çalışmada; engelli çocuğa sahip ebeveynlerin engelliliği anlama ve çözüm bulma çabalarını, ailenin sağlık çalışanlarından kurumlardan ve toplumdaki beklentilerini araştırmak amaçlanmıştır. **Method:** Kocaeli bölgesinde yaşayan engelli çocuğa sahip 50 ebeveyn (37 anne, 13 baba) ile yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak, derinlemesine görüşme yolu ile veriler toplandı. Ebeveynlerin bildirdikleri yaşantı ve görüşlerinden örnekler sunularak, katılımcıların tutum ve beklentilerini doğrudan yansıtmak amaçlandı. Araştırmanın nitel veri analizinde, görüşmelerde elde edilen veriler kodlanarak temalara ulaşıldı ve sonuçlar araştırmacı tarafından yorumlandı. **Bulgular:** Ebeveynlerin yarısı, tanı anında yeterince bilgilendirilmediğini söylerken, tanı süreci ile ilgili olarak, uzmanların çocukları ile yeterince ilgilenmediğini, yeterince zaman ayrılmadığını belirtmekteydiler. Kendileri ve eşlerinin engelli çocuğun bakımı ve engelliliğe ailenin uyumu açısından tanı anından itibaren psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade ettiler. Evliliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade eden ebeveynlere göre; eşlerden birinin çocuğun tanısını kabullenmemesi, eşler arasında çocuktan beklentiler ve çocukla ilgilenmek açısından farklar olması, maddi güçlüklerin evlilik ilişkisine yansması başlıca sorunlar olarak gösterilmekteydi. Ebeveynlerin çoğunluğu, çocuklarının gelecekte bedensel, mental ve ruhsal gelişiminin nasıl olacağı ve gelecekte engelli çocuğun bakımını kimin sağlayacağı konusunda endişeliydiler. **Sonuç:** Engelli çocuğun tanı anından itibaren ebeveynlerin, durumun zorluğuna empati kurularak bilgilendirme ve psikolojik danışmanlık alması, ailenin uyum çabalarını destekleyecektir. Engelli çocuğun tedavi ve rehabilitasyonu sürecinde tüm aile fertlerini de kapsayan, aile odaklı bir yaklaşıma önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Engelli Çocuk, Ebeveyn, Psikolojik uyum

ABSTRACT

Parental Experiences since the Diagnosis of Disability in Families with a Disabled Child: Accepting the Difference

Background: The diagnosis of a disabled child presents many challenges to the parents, including care of the disabled child, providing for the needs of the healthy siblings, and sparing time for themselves and their social life. The aim of this study was to investigate the efforts of the parents to understand and solve problems related to disability and to analyze expectations of the parents from the health providers and the community. **Methods:** The study included 50 parents (37 mothers, 13 fathers) who had a disabled child and lived in the Kocaeli region. Data were collected by intensive interviewing using a semi-structured form. Giving examples from the experiences and observations of the parents, we aimed to show the behaviour and expectations of the participants. For the qualitative analysis of the data, descriptive data obtained during interviews were coded for themes and were interpreted by the investigator. **Results:** Half of the parents stated that they were not sufficiently informed at the time of diagnosis. Furthermore, they stated that the physicians did not spare enough time for their children during the initial diagnostic approach. They expressed their need for

Corresponding author:

Özlem Ciğerli

Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İstanbul

E-mail: ozlemcigerli@gmail.com

Received Date: May 15, 2014

Accepted Date: August 12, 2014

psychological support, starting from the diagnosis, regarding the care of a disabled child and adaptation of the family to the condition of disability. Those parents who stated a negative effect on their marriage indicated that failure of one of the parents to accept the diagnosis, differences between parents in their expectations from the disabled child and the way they cared for the child, and the effect of financial problems were the main reasons.

Most of the parents were concerned about the physical, mental, and psychological development of their child and who would take care of their disabled child in the future. Conclusions: Adaptation efforts of the family with a disabled child may be supported by providing information showing empathy with the parents' difficult situation and psychological counseling starting from the diagnosis of disability. It is important to have a family-focused approach and include all family members in the management and rehabilitation of a disabled child.

Key Words: Disabled Children, Parents, Psychological Adaptation

Ciğerli Ö, Topsever P, Alvr TM, Görpelioğlu S. Engelli Çocuğu Olan Anne-Babaların Tanı Anından İtibaren Ebeveynlik Deneyimleri: Farklılığı Kabullemek. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(3):86-92. DOI: 10.5455/tjfm.159761

Giriş

Çocukların yaşadığı hastalıkların ve engelliliğin, aile yaşamı üzerinde ve ebeveynlerin yaşantısında çok önemli etkileri vardır. Ebeveynler engelli bir çocuk sahibi olduktan sonra, değişen aile yaşantısına, yeni rollerine ve sorumluluklarına uyum göstermeye çalışırlar. Bu durum tüm aile için büyük bir stres kaynağıdır ve anne-baba yoğun bir kaygı içindedir. Ebeveynler tanının ne anlama geldiğini, çocuklarının yaşamını nasıl etkileyeceğini anlamakta zorluk çekerler.¹

Engelli çocuğun tıbbi desteğe ihtiyacının olması, bazen tıbbi cihazların kullanılması veya tıbbi müdahaleler uygulanması, çocuğun anne-babadan ayrı bir süreç geçirmesini gerektirebilir ve bu süreç sağlıklı ebeveyn-çocuk ilişkisinin kurulmasını geciktirebilir.² Özellikle annenin ilgisi, eşinin veya diğer çocuklarının ihtiyaçlarını göz ardı edecek kadar engelli çocuğun ihtiyaçlarına odaklanmış olabilir.

Aile araştırmaları, 1990'lı yıllara kadar nicel çalışmalardan yola çıkılarak yapılmıştır. Son yıllarda nitel araştırmalara verilen önem ve ilgi artmıştır.³⁻⁶ Yaşam sürecinde deneyimlerin, insanlar arası ilişkilerin etkilerini, kişiler tarafından anlamlandırılmasını ve değer yargılarının analiz edilmesini gerektiren çalışmalarda her zaman nitel araştırma yöntemlerinin kullanılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.⁷

Bu araştırmada, engelli çocuğa sahip anne-babaların tanı anından itibaren uyum süreçlerinde, engelliliği anlama ve çözüm bulma çabalarını araştırmak, aynı zamanda ailenin toplumdan, kurumlardan ve sağlık çalışanlarından beklentilerini ebeveynlerin ifadelerine dayanarak nitel yöntemle ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç Yöntem

Kocaeli ilinde, Temmuz 2004 ve Mayıs 2005 tarihleri arasında, fiziksel ve/veya zihinsel engelli çocukların ebeveynleri ile yürütülen bu araştırma, derinlemesine görüşme tekniği ile verilerin toplandığı nitel bir çalışmadır. Araştırmaya

engelli çocuğu olan ve görüşmeyi kabul eden, 37 anne ve 13 baba alındı. Araştırmacı tarafından gerçekleştirilen yüz-yüze görüşmeler sırasında, literatürden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan yarı-yapılandırılmış görüşme formundan görüşme akışını yönlendirmek amacıyla yararlanıldı.

Örneklem "maksimum çeşitlilik" yöntemiyle oluşturuldu. Ailelere beş farklı kaynaktan ulaşarak (üniversite hastanesi çocuk servisi ve üniversite fizik tedavi rehabilitasyon merkezi ile sosyal hizmetler kurumuna bağlı bir rehabilitasyon merkezi ve iki özel eğitim merkezi) farklı engellilik tanısı olan, her iki cinsten ve farklı yaş gruplarından (en küçük üç ay, en büyük 17 yaş) çocukları olan anne ve babalar çalışmaya alındı. Tedavi ve rehabilitasyon merkezlerine günlük ziyaretler düzenlenerek, engellilik sürecinde farklı aşamaları yaşayan ve farklı sosyokültürel düzeyde olan ebeveynlere ulaşılması amaçlandı. Zeka ve nöromotor gelişim geriliği tanısı 16 çocukta, serebral palsi tanısı dokuz çocukta, Down sendromu dört çocukta ve Otizm tanısı dört çocukta vardı. Diğer çocukların çeşitli fiziksel anomaliler veya sendrom tanıları vardı. Görüşme yapılan ebeveynlerin, 36'sı çekirdek aile, 12'si geniş aile, ikisi boşanma nedeniyle parçalanmış aileydi. Çoğunluk olan 29 kişi ilköğretim-ortaokul mezunu iken, 12 kişi yüksek okul ve üniversite, 8 kişi lise mezunu olup, bir kişi de okur yazar değildi.

Araştırmanın nitel veri analizinde, yöntem olarak literatürdeki temel kavramlar izlendi.⁸ Bulgular, içerik analizi tekniği kullanılarak analiz edildi. Verilerin incelenmesi ile elde edilen kodlardan temalara ulaşıldı, ebeveynlerin kendi görüşlerinden alıntılar yapılarak tema başlıkları altında sunuldu ve araştırmacının kendi yorumları ortaya koyuldu.

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul'undan proje onayı alınan bu araştırmaya katılan tüm ebeveynlerin aydınlatılmış sözel onamları alındı (Project No: 62-AEK 88/4, 20.04.2005).

Bulgular

Engellilik Tanısı; Ne Anlama Geliyor, Doğru mu?

Ebeveynler çocuklarının engellilik durumunu görmezden gelme ya da kabul etmeme eğilimi taşımaktadırlar. Hatta bu durum bazen tanı konmasından sonra da devam edebilmektedir.

[5] Çocuğumu normal sanıyordum, sadece solak olduğu için sağ elini kullanmıyor sanıyordum, bir süre kabullenemedim.

[28] Evde ben fark etmiştim, hiç ses çıkarmıyordu.

[47] Hemşire olduğum için bu çocuklarla önceden de çok ilgilenirdim. Böyle bir çocuk doğduğunda avucunun içindeki çizgiye bakardım, incelerdim. A. doğunca ben zaten Down sendromu hakkında bilgiliydim. Ama ona konduramadım, onu incelemek istemedim.

[14] Çok doktor gezdik. Hem inandık, hem inanamadık.

Görüşme yapılan ebeveynlerin yaklaşık olarak yarısı, tanı anında yeterince bilgilendirilmediğini söylerken, tanı süreci ile ilgili olarak, başvurdıkları uzmanların çocukları ile yeterince ilgilenmediğini, çocuklarına yeterince zaman ayrılmadığını, önem verilmediğini ve doğru tanının geç kaldığını belirtmekteydiler. Ebeveynlerin yaklaşık üçte ikisi tanı anında verilen bilgilendirmenin tarz ya da ifade olarak uygun olmadığını ve zamanlamanın iyi olmadığını belirtirken, tanıyı hoşlanmadıkları bir “etiketlenme” olarak algıladıklarını ifade ettiler.

[32] Stajyer doktordan biraz bilgilendik. Biraz bir doktordan, biraz diğer doktorlardan, hepsi farklı şeyler söyledi.

[10] Net bir cevap alınmadı, kısıtlanmış zamanda, aydınlatmadan bilgi verildi.

[44] Fenilketonüri dokuz yaşında teşhis edildi. Erken teşhis olsaydı şansımız olurdu. Diyetle hemen iyileşecek sandım. Teşhis anında hastalık ve diyeti hakkında bir bilgim yoktu.

[10] Öğrenme güclüğü olduğu söylendi. Bir yere yönlendirilmedi, faydası olmayacağı söylendi.

[11] Gelişiminin geç olacağı söylendi, eğitim gerektiği söylenmedi.

[42] Biraz bilgi verildi, ama çocuğuma ne olacağı söylenmedi. “Başının büyüyebileceği” söylendi, doktorlar da fazla bilgilerinin olmadığını söylediler.

[5] Çok şok edici tarzda konuşuldu, gerçeği söylediler gerçi mecburlardı... “spastik” denmesi beni çok rahatsız ediyordu.

[11] “Yaşarsa konuşamaz” dediler, sert tavırla.

[9] Çocuğumdan ümidimin kalmamasına neden olacak kadar abartılı zorluklar tarif edildi, karamsar bir tablo çizildi.

[45] Durmadan kan aldılar, ne aradıklarını da söylemiyorlardı.

[37] Bana diğer çocuklardan biraz geri kalacağını söylediler, doğru söylemediler.

Görüşme yapılan ebeveynler hekimlerden daha anlaşılır bir dille tedavi, prognoz, ve olanaklar konularında ayrıntılı bilgi bekliyorlardı.

[47] Anlatmalı ama ailenin seviyesine (doktorun) inmesi lazım.

[23] Her konuda ayrıntılı bilgilendirmeli (doktor), hatta ailenin diğer fertlerine de, anneanne, babaanne gibi.

[18] Anlatmalı ama kırıcı olmadan.

[50] Bize hastalığı olduğu gibi tanıttılar, tedavisi olmayan bir durum, birçok şey anlattılar, biz her şeye göğsümüzü gerdik, göze aldık.

[36] Üniversiteye sevk edildik. Orada A’dan Z’ye bilgi aldık.

Uzmanların tanı anında, aileye verdiği bilgilendirmenin ve yardım çabasının, aile tarafından “yetersiz” olarak tanımlanması birçok nedenden kaynaklanabilmektedir. Başka bir açıdan bakıldığında; ebeveynin yaşadığı hayal kırıklığı ve gelecekte onları nelerin beklediği ile ilgili yoğun kaygı, uzmanların verdiği hizmeti yetersiz olarak algılamalarına katkıda bulunabilir. Çocuğuna otizm tanısı konmuş bir annenin, tanı anında yaşadıkları ile ilgili anlattıkları, bu durumu açıklamaktadır:

[46] Bunun için hazırlıklı olmak mümkün değildir sanırım. Duyduğumuzda inanmak istemedik, söylenme tarzı belki doğruduydu, ama o an bunun doğruluğu ile pek ilgili değildik.

Çalışmaya alınan aileler daha iyi tıbbi hizmet, uzmanların sıcak ve anlayışlı ilgisi yanı sıra tüm hayatlarını kolaylaştıracak, belirsizlikleri ortadan kaldıracak bilgilendirmenin önemini ifade ettiler:

[19] Eğer ben uzman olsam; hastalığı detaylı anlatırım, hastalığın sonuçlarını anlatırım. İlerde tedavi olup olmayacağını anlatırım. Evde nasıl davranılacağını, çevreyle ilişkisini, bilgi veririm, sosyal aktivitelerini, hangi sporu yapabilir, hangisini yapamaz.

[32] Annelere çocuğu evde tutmaması, başka çocuklarla birlikte olmasını sağlaması önerilebilir.

“Yas” Süreci

Tanı konması ebeveynlerde bir yas sürecini başlatmaktadır. Yas sürecini daha da ağırlaştıran suçluluk duygusu olmakta, anne-babalar nerede hata yaptıklarını bulmaya çalışmaktadırlar.

[1] Çok üzümüstüm, hiç kimseyle, eşimle dahi konuşmak istemedim.

[14] Şok olduk. Çok kötü dönemler geçirdik, fazlasıyla sarsıldık.

[41] Hiç hazır değildim, bir hafta, on gün hiç dışarı çıkmadım, kahroldum. O anı hiç unutamam.

[47] Uzun süre kendimi suçladım, çocuklarımla ilgilenemedim. Çok ağladım, ne olacaklar, onlardan önce ölmeyeyim diye.

[41] Bir anda söylediler, yıkıldım, nasıl eve gittim bilmiyorum, sanki ölmüş gibi bir hale girdim.

Değişen Aile Yaşamı, “Eşler Birbirine Destek Olmalı”

Engelli çocuğun durumunu tam olarak kabullenememekten kaynaklanan çaresizlik ve öfkenin yarattığı tepki, evlilik ilişkisinin bozulmasına neden olabilmektedir. Engelli çocuğun bakımı ve ihtiyaç duyduğu ilginin daha fazla olması ve çocukla birlikte dışarıda olmaktan kaçınmaları nedeniyle, aile sosyal hayattan uzaklaşabilmektedir. Bu sosyal çekilme, eşler arasında gerilimleri arttırarak ilişkilerde sorunlar çıkmasına neden olabilmektedir.

[1] Öğrendiğim zaman hiç konuşmak istemedim. Onunla (eşimle) birlikte hiç vakit geçirmek istemedim. O konuşmak isterdi, ben gider yatardım.

[10] Eşim çok fazla kabullenmedi, sorunları tek başıma yaşıyorum.

[14] Eşimin psikolojisi bozuldu, saldırgan oldu, maddi sıkıntılar da var.

[46] (Bu durum bizi) birbirimizden uzaklaştırdı, soğukluk yarattı, şu an boşanma aşamasındayız.

[42] Eşimin çocuğun gelişimi hakkında beklentisi daha fazla, çocuğa kızıyor, ben de çocuğu koruyorum ve bilinçli yapmadığını söylüyorum, tartışma çıkıyor.

[28] Dışarı çıkmak istediğimde eşim çocuğu engel olarak görüyor. Zaman zaman tartışmalar çıkıyor

Görüşme yapılan ebeveynlerin çoğunluğu, engelli çocuğunuz ile ilgili problemlerinizi en sık kiminle paylaşırsınız sorusuna “eşimle” yanıtını vermiştir:

[1] Başka kimseye (eşimden başka) anlatamam, anlatsam da kim anlar.

[50] Tüm gayretimizi çocuğa verdik, ona bağladık kendimizi. Gezirdik, dolaştırdık, eğlendirdik, neşeli bir çocuktur.

[27] Ona (eşime) destek olmak için daha fazla çaba harcıyorum.

Engelli Çocuk Odaklı “Yeni Yaşam”

Ebeveynler engelli çocukların bakımı, gündelik uğraşları ve normal bir yaşam sürme çabaları içinde hem fiziksel zorluklar, hem de duygusal çelişkiler yaşarlar. İş hayatı, sosyal çevreyle ilişkiler, sorumluluklar ve hoşlanılan uğraşlar, ebeveynleri seçim yapmak zorunda bırakır. Kendisiyle, sevdiği uğraşlar ile ve ailenin diğer fertleriyle ilgilenen ebeveyn, zamanını ve enerjisini engelli çocuğu dışında başka alanlara yönlettiğini düşünerek suçluluk duymaktadır.

[29] Ruhsal açıdan kendime zaman ayırmakla suçluluk hissettim.

[2] Çoğu şeyden geri kaldık, ama şikayetçi değilim, çocuğuma bakıyorum diye.

Ebeveyn engelli çocuğun ihtiyaçlarını ön planda tutarak bu suçluluk duygusundan kurtulmaya ve huzur bulmaya çalışmaktadır. Bu çabalar bazen çocuğun rehabilitasyonu için uygun merkezlerin olduğu, ya da çocukla yaşamının daha kabul edilebilir olduğunu düşündükleri yeni bir şehre taşınmak, bazen işten ayrılmak veya erkenden emekli olup zamanını çocuğuna ayırmak gibi “yeni yaşam” planları gerektirmektedir.

[11] Çocuğum için çevremi değiştirdim. Kırsal çevreydi, yardımcı olacaklarına, moral bozuyorlardı.

[5] Kamu Personel Sınavı’na hazırlanıyordum, onu bıraktım. Hiçbir şey çocuğumdan önemli değil.

[47] Köyde çalışıyordum, çocuklara bakacak kimse yoktu. Özel eğitim verilen bir merkeze tayin bile yaptıramadım, daha sonra istifa edip, bir süre özelde çalıştım.

Sosyal Çevreden “Soyutlanma”

Engelli çocuğu olan ebeveynlerin yorumlarına göre, sosyal destek genellikle “yetersiz” olarak tanımlanmaktadır ve aile bireyleri, özellikle anneler, sosyal çevreden kendilerini soyutlamaktadırlar. Ailenin içinde yaşadığı çevrenin engelli çocuğa ve ailesine gösterdikleri tepkiler, aile için gelecekte çocuğun karşılaşacağı toplumsal değer yargılarını yansıtan bir örnek oluşturmaktadır.

[42] Sosyallikten uzağım. (Onu) Yalnız bırakamıyorum, gitmek istemiyorum. Çocuğumu saklamıyorum ama maalesef onunla bir yere gitmekte zorlanıyorum

[37] Çocuğun durumunu sormaları beni rahatsız ediyor, görüşmüyorum.

[34] (Komşular) doğal davranmıyorlar, çocuğa çok ilgi gösteriyorlar...

[12] İletişim kuramıyorum, sessiz sakin ortamları tercih ediyorum.

[15] Akrabalar üzüyor. Kendimizi ezik hissedip, mesafeli oluyoruz, ilişkiler uzak oluyor.

Ebeveynler için sosyal destek yetersiz olarak tanımlanmış olsa dahi, ülkemizde genellikle doğu kültürünün bir özelliği olarak engelli çocuğu olan aile, akrabaları tarafından destek görür, maddi ve manevi ihtiyaçları açısından yalnız bırakılmamaya ve zorluklar birlikte atlatılmaya çalışılır. Araştırmaya katılan ebeveynlerin bir kısmı komşu ve akrabalarından bu desteği gördüğünü ifade etti:

[19] Komşular yardım ediyor, ilgileniyor, yemesi, içmesi, giyinmesi ile. Dışlama ya da yadırgama yok.

Ebeveynler, engelli çocukları olan aileler ile birlikte olduklarında kendi çocukları ile ilgili kaygıları azalmaktadır. Görüşme yapılan ebeveynlerin çoğunluğu, diğer ailelerin sorunlarla nasıl başa çıktıklarını görerek ve gelecekte neler yapmayı planladıklarını paylaşarak, en önemli sosyal desteği sağladıklarını bildirdiler:

[31] Onlara (engelli çocuğu olan ailelere) karşı daha çok sempati duyuyorum, konuşuyorum, birbirimizi anlıyoruz.

[40] Rehabilitasyon merkezinde ailelerden duyarak birçok şey öğrendim, onlar bana normal geliyor, kötü durumdakileri görünce şükrediyorum.

Gelecekle İlgili “Endişe ve Umut”

Engelli çocuğun kabulü ve günlük yaşamın belli bir düzene girmesi ile geleceğe ilişkin endişeler temel kaygıyı oluşturmaktadır. Ebeveynler kendilerinden daha uzun süre yaşaması muhtemel çocuklarının kendi destek ve korumaları ortadan kalktığı zaman ne olacağını merak etmekte, bu durumdan korku duymaktadırlar.

[44] Sorun çocuğumuzun engeli değil, bizden sonra ne olacağıdır. Bu soru her gün aklımızdan binlerce kez geçiyor, bizi kahrediyor. En büyük korkumuz çocukların istismar edilmesi, her türlü dayak ve cinsel anlamda. Bu düşünce bizi kahrediyor.

[40] Çok endişeliyim, ölüp gidersem geride ne olacak. Hiç değilse kendi ihtiyacını görsün

Aileler çocukların gelecekte bedensel ve mental gelişimlerinin nasıl olacağı endişesinin yanı sıra, ruhsal etkilenmelerinin de olacağı endişesini yaşamaktadırlar. Görüşme yapılan anne ve babaların çoğu, çocuğun toplum tarafından kabul görmemesi, dışlanması ve çocukta gelişebilecek psikolojik sorunlar açısından endişeliydiler.

[9] Toplumda yeteri kadar anlayış görmeyebilir, duygusal çöküntüler yaşayabilir, psikolojik sorunları olabilir. Kendini yetersiz hissettiği için hep hayal kırıklığı yaşayabilir, mutsuz olabilir.

[2] Zaman gösterecek. Doktorlar çok küçük diyor. Yürüyemese de zekası iyi olursa çok sorun olmaz. Sakat olan çok insan sağlamlardan daha çok işler becerebiliyor.

Ebeveynler, engelli çocukları için eğitim ve sosyal hizmet imkanlarının artmasını ve daha fazla devlet güvencesi olmasını ümit ettiklerini ifade ederken, aile bireylerinin de uzun dönemli psikolojik desteğe ihtiyaçları olduğunu belirttiler:

[44] Biz bu bebeklerimize anne sıcaklığında davranacak uzmanlar istiyoruz ve bu kurumların devlet tarafından sık sık denetlenmesini istiyoruz. Engellilerin durumu Avrupa normlarına hiç uymuyor. Yurdumuzun aydınlarına, öğretmen ve doktorlarına iş düşüyor.

[47] Önce aileye destek gerekir, benim çocuklarım geç öğrenip çabuk unutup. Sabırlı davranmam

gerekiyor. Onlara yardım için, aileye yardım edilmeli, ailenin psikolojik yardım alması gerekiyor.

Tartışma

Engelli çocuğu olan ebeveynler, tanı anından itibaren yoğun bir kaygı yaşamaktadırlar. Ailelerin sorunlarla ve yaşamlarındaki yeni zorluklarla sağlıklı bir şekilde baş etmelerini kolaylaştırmak için, tanı anından itibaren sağlık profesyonellerinin rolü çok önem kazanmaktadır. Ebeveynler tanı konma döneminde bir yandan doktorlara, hastanelere, konunun uzmanlarına danışıp yardım arayışına girerken, diğer yandan çocuklarının farklı olmadığı yorumlarına inanma ihtiyacı duymaktadır. Çoğu ebeveyn tanı anında, tanının ne olduğunun yanı sıra, çocuklarını bundan sonra nelerin beklediğini, tedavinin nasıl olacağını ya da tedavinin mümkün olup olmadığını bilmek isterler.^{9, 10} Çoğu zaman ailelerin yaşadıkları bu zor süreç, çocuklarının teşhis ve tedavisi için verdikleri çabanın karşılığını alamadıklarını düşünmelerine ve başvurdukları uzmanlara karşı güvensizlik ve öfke duymalarına neden olabilmektedir.¹² Bu nedenle tanı anında, empati kurularak, doğru yönde, anlaşılır bir iletişimle aileye bilgi verilmesi, ailenin uyum sürecinde çok belirleyici olmaktadır.⁹ Ailenin anlayacağı şekilde, tıbbi terimlerden uzak, suçlayıcı olmayan ve durumun zorluğuna empati kurularak yapılan açıklamalar ailenin uyum çabasını destekleyecektir.⁹ Ailelere tanının ne olduğu, yapılan işlemler, tedaviler ve riskleri hakkında bilgi verilmesinin ve durumun çok kötümser olmayan fakat gerçekçi bir şekilde açıklanmasının, uzmanlara karşı güven duyulmasına katkısı olmaktadır.^{11,12}

Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, ebeveynler tanı anında yeterince bilgilendirilmediklerini, başvurdukları uzmanların çocukları ile yeterince ilgilenmediğini, çocuklarına yeterince zaman ayrılmadığını veya önem verilmediğini belirtmekteydiler.^{9,10}

Tıp alanındaki gelişmelere ve uzmanların çabalarına rağmen, bir süre sonra aile çocuklarında değiştiremedikleri veya iyileşmeyen sorunların olduğunun bilincine varır. Ebeveynler çocuklarının geleceğinin nasıl olacağı ve ileri yaşlardaki bakımları ile ilgili çoğu zaman yoğun kaygı ve endişe duyarlar.^{9, 10} Anne-baba için engelli çocuğun tamamen iyileşmesini umut etmek veya olduğu gibi kabullenmek önemli bir duygusal çatışma nedeni olmaktadır.¹¹ Bu süreçte, çocuğun diğer sağlıklı çocuklardan farklılıklar taşıdığının kabullenilmesi ve yardım etmenin mümkün, fakat tamamen iyileştirmenin mümkün olmadığını bilmesi önem kazanmaktadır.¹³

Çalışmamızda ebeveynler kendileri ve eşlerinin engelli çocuğun bakımı ve engelliliğe ailenin uyumu açısından, tanı anından itibaren psikolojik desteğe ihtiyaç duyduklarını ifade ettiler. Engelli çocuğa sahip aileler için yardımı sunanın kim olduğundan çok, tüm aileyi birlikte değerlendiren, empati ile yaklaşan, güven duydukları bir kaynak olması psikolojik desteğin önemli bir unsuru olmaktadır.¹²

Çocuğun geleceğine yönelik yoğun kaygılar, bir takım beklentiler ortaya çıkarmaktadır. Bazı ebeveynler eşinden daha fazla ilgi-paylaşım beklerken, bazıları da sosyal çevreden destek görmeyi ve diğer engelli aileleri ile gruplar oluşturmayı tercih etmektedir. Yapılan birçok araştırma, engelli çocuğa sahip olan bir ailenin, aynı zorlukları yaşayan diğer ailelerle iletişime girmelerinin kabullenme sürecini kolaylaştırdığını göstermiştir.^{14, 15}

Evliliklerinin olumsuz yönde etkilendiğini ifade eden ebeveynlerin yorumlarına göre, eşlerden birinin henüz çocuğun tanısını kabullenmemesi, eşler arasında çocuğun gelişimi açısından beklentilerde farklılıklar olması, çocuğa ayrılan zaman ve emek açısından dengesizlikler yaşanması ve maddi sıkıntılar başlıca sorunlar olarak gösterilmekteydi. Bu sonuçlar engelli çocuğa sahip olmanın evlilik ilişkisini olumsuz yönde etkileyebildiğini bildiren literatür ile uyumlu bulundu.^{16, 17}

Çalışmamızda çocuklarını tedavi, rehabilitasyon ve özel eğitim merkezlerine götüren, dolayısıyla çocuklarının engelliliğini bir derece de olsa kabullenmiş ve bu konuda çabaları olan ebeveynler ile görüşülmüştür. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda, çocuğu rehabilitasyon merkezlerine götüremeyen veya tamamen engelliliği inkar etmeleri nedeniyle çocuğunu evde tutan, toplumdan izole eden ebeveynlerle de görüşerek ihtiyaç duyulan psikolojik yardım hakkında nitel araştırmalar yapılması önerilebilir. Sadece engelli anne ve babaları değil, ailedeki sağlıklı çocukları da içeren ve durumu onların gözünden anlatan kapsamlı nitel çalışmalara ihtiyaç vardır.

Ebeveynler çocuklarının farklılıklarını inceleyen, anlayışlı olmayan ve dışlayan bireylerle karşılaştığında, stres ve endişeleri artmaktadır. İhtiyaç duydukları sosyal desteği alamadıklarında, toplumun olumsuz davranışları ile karşılaşmaktan kaçınarak, engelli çocuklarını eve kapatmaya, dolayısıyla kendilerini de sosyal çevreden soyutlamaya başlamaktadırlar. Ailenin beklentisi, bu zor durumda çocuklarını farklı görerek ilgi gösteren bir çevre değil, çocuklarını kabullenmelerini destekleyen, yargılamadan kabul eden, durumu doğallaştıran bir çevredir. Toplumun

engellilik konusunda bilinçlendirilmesi ve engelli çocuğu olan ailenin de psikolojik yardım almış olması, sosyal çevreyle oluşacak çatışmaları önlemede yararlı olacaktır.

Sonuç

Çalışmamızın bulgularına göre ailenin işlevselliğini devam ettirmesi ve anne-babanın engelli çocuğun ebeveynliğine uyum sağlamaları açısından tanı anından itibaren karşılaştıkları sağlık profesyonellerinden aldıkları bilgilendirme, danışmanlık ve duygusal destek çok belirleyici olmaktadır. Bu uyum aşamasında aileye yönlendirilecek sosyal ve psikolojik destek sistemleri yetersiz kaldığında, eş uyumu ve aile dinamiği olumsuz yönde etkilenebilir. Ebeveynlere verilecek danışmanlıkta, sadece çocuklarının engelli tanısının açıklanması ve ileride ne olacağı bilgisinin verilmesi yeterli olmamakta, engelli çocuğun gelişimine destek olmaları ve ailenin iç dinamiklerinde yeni dengelere kavuşması için cesaretlendirilmeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Kerr SM, McIntosh JB. Coping when a child has a disability: exploring the impact of parent-to-parent support. *Child: Care, Health and Development* 2000;26:309-22.
2. İnanç YB. Fiziksel sakatlığı ve kronik hastalığı olan çocuklara ve ailelerine psikolojik yaklaşım. Ekşi A, ed. Ben hasta değilim, çocuk sağlığı ve hastalıklarının psikososyal yönü. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 1999. p.641-54.
3. Burke SO, Kauffmann E, Costello Ea, Dillon MC. Hazardous secrets and reluctantly taking charge: Parenting a child with repeated hospitalizations. *Image Journal of Nurse Search*. 1991; 23: 39-45.
4. Gibson CH. The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing*. 1995; 21:1201-10.
5. Gray DE. Gender and coping: the parents of children with high functioning autism. *Social Science and Medicine*. 2003; 56: 631-42.
6. Johansson B, Ringsberg KC. Parents' experiences of having a child with cleft lip and palate. *Journal of Advanced Nursing*. 2004; 47:165-73.
7. Taanila A. Factors supporting the coping process in parents with chronically ill or disabled children. Doctoral dissertation. Acta Universitatis Ouluensis, E 28.Oulu: Oulu University Press, 1997.
8. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. 5. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2005.
9. Taanila A, Syrjälä L, Kokkonen J, Järvelin MR. Coping of parents with physically and/or

- intellectually disabled children. *Child: Care, Health and Development*. 2002; 28: 73–86.
10. Case S. Learning to partner, disabling conflict: Early indications of an improving relationship between parents and professionals with regard to service provision for children with learning disabilities. *Disability and Society*. 2001;16:837–54.
11. Davies R, Davis B, Sibert J. Parents' stories of sensitive and insensitive care by paediatricians in the time leading up to and including diagnostic disclosure of a life-limiting condition in their child. *Child: Care, Health and Development*. 2003;29:77–82.
12. Lansdown R. More than sympathy : the everyday needs of sick and handicapped children and their families. London: Tavistock Publications, 1980.
13. O'Connell T, O'Halloran M, Doody O. Raising a child with disability and dealing with life events: a mother's journey. *J Intellect Disabil*. 2013;17:376–86.
14. Santelli B, Turnbull A, Higgins C. Parent to parent support and health care. *Pediatric Nursing*. 1997;23:303–6.
15. Phillips M. Support groups for parents of chronically ill children. *Pediatric Nursing*. 1990;16:404–6.
16. Greenspan SI, Wieder IS. The child with special needs. Arlington: Perseus Books, 1998.
17. Toros F. Zihinsel ve /veya bedensel engelli çocukların annelerinin anksiyete, depresyon, evlilik uyumunun ve çocuğu algılama şeklinin değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri*. 2002;3:45–52.

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin Türkçe Sürümünün Bir Grup Evli Çift Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Veli Duyan¹, Gülsüm Çamur Duyan²

1 Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

2 Turgut Özal Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü

ÖZET

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin Türkçe Sürümünün Bir Grup Evli Çift Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

Evlilik, farklı özelliklere sahip iki bireyden oluşan ve yasal olarak kabul edilmiş birlik olarak tanımlanır. Evlilik, bireyin hayatının birçok yönünü etkileyen önemli kurumlardan birisidir. Bu nedenle evlilik ilişkisinin irdelenmesi hem kuramsal hem de terapötik amaçlar açısından son derece önemlidir. Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS)'in Türkçe sürümünün (Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri – GREDE) geçerlik ve güvenirlik düzeyini bir grup evli çift üzerinde belirlemeyi amaçlayan bu çalışma ortalama 12,59 yıldır evli olan, ortalama 2818,71 TL aylık gelire sahip olan, yaş ortalaması erkekler için 39,60; kadınlar için 36,82 olan 133 çift üzerinde gerçekleştirilmiştir. Çalışma sonucunda Envanterin madde-toplam puan korelasyonlarının evli erkekler için 0,251 ile 0,654, evli kadınlar için 0,237 ile 0,647 ve toplamda 0,235 ile 0,587 arasında değiştiği görülmüştür. Ayrıca veriler faktör analizine uygun olduğu için (KMO= 0.86; $\chi^2 = 1799,785$; $p = 0.00$), temel bileşenler analizi yapılmış ve temel bileşenler analizi sonunda Envanterin tek faktörlü bir yapıda olduğu, açıkladığı toplam varyansın % 25,2 olduğu, orijinalindeki gibi tek faktörden oluştuğu; madde yük değerlerinin .29 ile .66 arasında değiştiği belirlenmiştir. Sonuç olarak, evliler ya da birlikte yaşayan çiftler arasındaki ilişkinin niteliğini ve bu ilişkiden aldıkları doyumun düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen GRIMS'in Türkçe sürümünün (GREDE), maddelerinin istendik özelliklerde olduğu, güvenirliliğinin ve geçerliğinin yüksek bulunduğu, faktör yapısının her iki cinsiyette de geçerli olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Evlilik, Evlilik doyum, Geçerlik ve güvenirlik, Envanter

ABSTRACT

Reliability and Validity Study of the Turkish Version of the Golombok-Rust Inventory of Marital State (GRIMS) among a Group of Married Couple

Marriage is defined as a legal union of two different people. This union affects the individual's life in many different ways. For this reason, it is crucial to examine the institution of marriage from both theoretical and therapeutic objectives. This study aims to measure the validity and reliability of Turkish Version of Golombok-Rust Inventory of Marital State – GRIMS (Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri – GREDE). In the scope of the study, 133 married couple are included in the sample who are married for 12.59 years on average and who have an approximate income of 2818.71 Turkish Liras. The average age of the sample is 39.60 for men whereas it is 36.82 for women. The results show that item-total score correlation varies between 0.251 and 0.654 for married men, 0.237 and 0.647 for married women and 0.235 and 0.587 in total. Also, since the data is fit for factor analysis, (KMO= 0.86; $\chi^2 = 1799.785$; $p = 0.00$), principal components analysis is applied and it is found that the Inventory is a single factorial model as it originally was, it explains the 25.2% of the variance, and the values of item-weight vary between .29 and .66. In consequence, it is found that the Turkish version of GRIMS, which was developed to measure the quality and level of satisfaction that married and co-residing couples, is satisfactory, has high validity and reliability, and has valid factor structure for both men and women.

Key Words: Marriage, Marital satisfaction, Reliability and validity, Inventory

Duyan V, Duyan GÇ. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin Türkçe Sürümünün Bir Grup Evli Çift Üzerinde Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(3):100-7. DOI: 10.5455/tjfmprc.165941

Corresponding author:

Veli Duyan

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, Şükriye Mahallesi Plevne Cad. No: 5 06340 Altındağ /Ankara. Tel: 00 90 312 3191450 Fax: 00 90 312 31970 16

E-mail: vduyan@health.ankara.edu.tr

Received Date: May 02, 2014

Accepted Date: September 18, 2014

Giriş

Evlilik, farklı özelliklere sahip iki bireyin yaşamlarında yeni ve önemli bir sayfa açtıkları, onların geleceğe dair umutlarını, hayallerini süsleyen bir dönemin başlangıcı¹ olup, genellikle bir erkek ve bir kadın olmak üzere iki birey arasındaki yasal olarak kabul edilmiş birlik olarak tanımlanır.² Sağlıklı ve başarılı evlilikler yürütebilmek için bireylerin evliliklerinden doyum sağlayabilmeleri önemlidir. Çünkü evlilik, mutlulukları, güçlükleri, sevinçleri, zorlukları ve yararları ile insan yaşamını pek çok yönü ile etkileyen, bireylerin genel sağlık durumunu iyileştiren ve yaşamlarından doyum almalarını destekleyen sosyal bir kurumdur.³ Eşlerin iletişim tarzındaki farklılıklar ve iletişim problemleri⁴⁻⁶, eşitlik duygusu⁷, cinsellik⁸⁻⁹, kişilik özellikleri¹⁰, kök aile¹¹, mükemmeliyetçilik¹² gibi etkenler evlilik doyumunu etkilemektedir. Sonuç olarak, evlilik bireyin hayatının birçok yönünü etkileyen önemli bir kurumlardan birisidir. Evlilik ilişkisinin irdelenmesi hem kuramsal hem de terapötik amaçlar açısından son derece önemlidir.¹³

Evlilik ilişkisini değerlendiren birçok evlilik ya da ilişki ölçeği ya çok uzun olma ya da teorik bir perspektife bağlı olma eğilimindedir. İdeal evlilikle ilgili birçok farklı görüş ve kuram bulunmakla birlikte, iyi ya da kötü ilişki hakkındaki ideolojik görüş ve teorilerden kaçınarak¹⁴⁻¹⁵ ve cinsiyet tarafsızlığı¹⁶ gözetilerek geliştirilen Golombok Rust Inventory of Marital State - GRIMS evlilik doyumunun kolay ve basit bir şekilde değerlendirilebilmesini sağlayan bir araçtır. Envanter, bireylerin evlilik doyumlarını ölçmek amacıyla birçok çalışmada kullanılmıştır.^{8,11} Bu çalışmanın amacı GRIMS'in Türkçe sürümünün (Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri – GREDE) (Ek 1) geçerlik ve güvenirlik düzeyini bir grup evli çift üzerinde değerlendirmektir.

Yöntem

GREDE'yi geliştiren yazarlardan izin alındıktan sonra Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı Tezsiz Yüksek Lisans Programına devam eden öğrencilere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve çalışmaya katılımın isteğe bağlı olduğu belirtilmiştir. İstekli olan öğrenciler, danışma amacıyla kendilerine gelen evli çiftlere GREDE'yi uygulamıştır. Her bir çiftin envanteri doldurma süresi 10-15 dakikada gerçekleşmiştir.

Çalışma grubu

Tablo 1'de GREDE'nin geçerlik ve güvenirlik çalışmasına katılan çiftlerin sosyo-

demografik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma grubunun sosyo-demografik özellikleri

Sosyo-demografik özellikler	n	%
Evlilik süresi (yıl)		
1-5	35	27,8
6-10	28	21,0
11-15	22	16,4
16-20	16	12,1
21-25	17	12,7
26 ve üzeri	13	10,0
Erkek yaş		
24-30	23	17,3
31-35	25	18,9
36-40	28	21,0
41-45	21	15,8
46-50	21	15,8
51 ve üzeri	15	11,2
Aylık gelir (TL)		
700-1000	14	10,5
1001-2000	37	27,8
2001-3000	49	36,9
3001-4000	14	10,5
4001 ve üzeri	19	14,3
Erkek eğitim süresi (yıl)		
5	9	6,8
6-8	10	7,5
9-12	25	18,9
13-16	74	55,6
17 ve üzeri	15	11,2
Kadın yaş		
19-30	35	26,4
31-35	33	24,8
36-40	16	12,0
41-45	27	20,4
46 ve üzeri	22	16,4
Kadın eğitim süresi (yıl)		
5	12	9,0
6-8	6	4,5
9-12	28	21,1
13-16	79	59,4
17 ve üzeri	8	6,0
Erkek en uzun süreyle yaşadığı yer		
Kır	28	21,1
Kent	105	78,9
Kadın en uzun süreyle yaşadığı yer		
Kır	41	30,8
Kent	92	69,2

Çalışma; evlilik süresi 12,59±9,23 (1-43) yıl, aylık geliri ortalama 2818,71±1785,09 (700-10000) TL olan 133 çift üzerinde gerçekleştirilmiştir. Erkeklerin yaş ortalaması 39,60±8,83 (24-64) iken kadınların yaş ortalaması 36,82±8,15 (19-64)'dir. Erkeklerin ortalama öğrenim süresi 13,94±3,64 (5-18) yıl iken, bu süre kadınlarda 13,8±3,68 (5-22) yıldır. Son olarak erkeklerin yaklaşık beşte dördü (%78,9) ve kadınların üçte ikisi (%69,2) yaşamlarının en uzun bölümünü kentsel bölgelerde geçirmiştir.

Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri

Evli veya birlikte yaşayan çiftler arasındaki ilişkinin kalitesini değerlendirmek için kullanılan Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri (Golombok Rust Inventory of Marital State - GRIMS) Rust, Bennun, Crowe ve Golombok (1990;2010) tarafından geliştirilmiştir. Envanter cinsel ilişkiyi içermeyen, evlilik durumunu değerlendiren tek boyutlu bir ölçme aracıdır. GREDE, genel olarak daha önceden yayınlanmış olan Golombok Rust Cinsel Doyum Envanteri'nin (GRISS) yardımcı olarak bilinir. GRISS çiftlerin cinsel işlevselliğini değerlendirmeye yardım ederken GREDE genel olarak evlilik ilişkisinin özelliklerine odaklanır. Bu nedenle bu iki değerlendirme aracı birbirinin tamamlayıcısıdır.

GREDE evliliğin kalitesinin kolayca değerlendirilmesinde yapılacak araştırmalar için de büyük kolaylık sağlamaktadır. GREDE'deki maddeler tatmin, iletişim, ortak ilgiler, güven ve saygı alanlarını içermekle birlikte tek boyuttan oluşmaktadır. Alt ölçek puanlarının bulunmamasının bir sorun olduğu düşünülebilir; ancak klinik amaçlar doğrultusunda maddelere verilen cevapların uygulayıcı tarafından değerlendirilebilmesi bu eksikliği kapatmaktadır.

GREDE tatmin edici evlilik ilişkisinin bileşenleri ile ilgili inançları yansıtan yarı olumlu yarı olumsuz ifade olmak üzere 28 maddeden oluşmaktadır. Katılımcılardan maddelerde belirtilen her bir ifadeye, "Kesinlikle Katılmıyorum = 3", "Katılmıyorum = 2", "Katılıyorum = 1" ve "Kesinlikle Katılıyorum = 0" seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri Türkçe sürümünde ters puanlanan maddeler 3, 6, 7, 8, 11, 13, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 26 ve 27'dir. GREDE'den alınabilecek toplam puan 0 ile 84 arasında değişmektedir. GREDE'den alınan düşük puanlar evlilik doyumunun yüksek; yüksek puanlar ise evlilik doyumunun düşük ve ilişkideki sorunların ciddi olduğu anlamına gelmektedir. Envanterden alınan toplam puan 16 veya daha düşük ise (tanımsız), 17 ve 21 arasında ise "çok iyi", 22 ile 25 arasında "iyi", 26 ile 29 arasında "vasatın üstünde", 30 ile 33 arasında "vasat", 34 ile 37

arasında "zayıf", 38 ile 41 arasında "kötü", 42 ile 46 arasında "ciddi sorunlar" ve 47 ve üstünde puanlar "çok ciddi sorunları" işaret etmektedir.^{14,15,17}

Bulgular ve Tartışma

Güvenirlilik

GREDE uygulama sonuçları madde analizine alınmıştır. Madde analizi ile maddelerin ayırt edicilik indeksleri { $r(jx)$ } madde puanları ile test puanı arasındaki korelasyon katsayıları ile hesaplanmıştır. Madde-toplam puan korelasyonları evli erkekler için 0,251 ile 0.654, evli kadınlar için 0,237 ile 0,647 ve toplamda 0,235 ile 0,587 arasında değiştiği görülmüştür. Madde-toplam puan korelasyonlarının istendik düzeyde olması, bu maddelerle oluşan Envanterin güvenilir olduğu konusunda da önemli ipuçları vermektedir. Homojen maddelerden oluşan test de homojen, dolayısıyla güvenilir bir değerlendirme aracıdır denilebilir. Maddelerin ayırt edicilik özelliği olarak bilinen madde-toplam korelasyonları Tablo 2'de verilmiştir.

Güvenirliliği için, GREDE'den alınan puanların tutarlılık derecesi ve ölçme aracının homojenliğini belirlemek amacıyla iki yöntemle başvurulmuştur. Bunlardan birincisi test-tekrar test yöntemidir. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Disiplinlerarası Aile Danışmanlığı Anabilim Dalı Tezsiz Yüksek Lisans Programına devam eden 13 öğrenciye ve eşine GREDE iki hafta arayla iki kez uygulandığında, bu öğrencilerin envanterden aldıkları puanlar arasındaki korelasyon kadınlar için 0.889 ($p=000$), erkekler için 0.912 ($p=000$) ve toplamda 0.902 ($p=000$) olarak bulunmuştur. Bu sonuç GREDE'nin farklı zamanlarda uygulanmasıyla elde edilen puanları arasında tutarlılık olduğunu göstermektedir. Bu nedenle envanter güvenilir olarak kabul edilmiştir. Ayrıca ikinci yöntem olarak envanteri oluşturan maddelerin iç tutarlılığını veren Cronbach Alpha Katsayısı hesaplanmıştır. SPSS 17.0 ile maddelerin iç tutarlılık katsayısı erkekler için 0.886, kadınlar için 0,882 ve toplamda 0,877 olarak belirlenmiştir. Test-tekrar test yöntemi ve iç tutarlılık katsayısının her ikisi de yüksek bulunmuş ve bu nedenle GREDE'nin güvenilir olduğu kabul edilmiştir.

Geçerlik

Dil Geçerliği: GREDE'de yer alan maddelerle ilgili olarak aşağıda belirtilen işlemler yapılmıştır. Orijinali İngilizce olan GREDE, Ankara, Yıldırım Beyazıt ve Hacettepe Üniversitelerinde akademisyen olan üç kişinin yanı sıra Üniversitelerarası Kurul Yabancı Dil Sınavı puanı 90 üzeri olan bir yüksek lisans ve bir doktora öğrencisine Türkçe çevirisi yaptırılmıştır. Daha sonra bu çeviriler bir araya getirilerek hepsinin

Tablo 2. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'ndeki maddelerin madde-test korelasyonları

Maddeler	Madde-test Korelasyonu (Erkek) Cronbach's Alpha= ,886	Madde-test Korelasyonu (Kadın) Cronbach's Alpha= ,882	Madde-test Korelasyonu (Toplam) Cronbach's Alpha= ,877
M1	,654	,580	,550
M2	,559	,452	,501
M3	,466	,448	,457
M4	,408	,389	,328
M5	,359	,351	,397
M6	,559	,647	,587
M7	,560	,328	,416
M8	,546	,490	,474
M9	,334	,382	,367
M10	,367	,405	,320
M11	,320	,271	,302
M12	,570	,263	,385
M13	,417	,390	,428
M14	,398	,476	,383
M15	,527	,534	,502
M16	,522	,584	,567
M17	,625	,575	,545
M18	,392	,380	,324
M19	,450	,455	,485
M20	,594	,617	,575
M21	,203	,237	,235
M22	,567	,517	,544
M23	,426	,289	,386
M24	,251	,451	,393
M25	,372	,397	,357
M26	,294	,263	,292
M27	,495	,620	,567
M28	,441	,517	,459

ortak yönleri aranmış ve farklılık gösteren ifadeler, çeviri yapan kişiler ile görüşülerek ortak bir cümle haline getirilmiştir.

Uzman görüşüne dayanarak oluşturulan Türkçe formu, öncekinden farklı bir kişi tarafından tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Envanterin orijinal hali ile tekrar İngilizceye çevrilmiş hali Ankara ve Yıldırım Beyazıt Üniversitelerinden birer akademisyene incelettilerle, ikisi arasında farklılığın olmadığı yönünde ortak görüşe varılmıştır. Uzman görüşü referans alınarak elde edilen envanterin Türkçe formu ile İngilizce formunun aynı anlamı ifade edip etmediğini uygulamada görebilmek açısından iyi derecede İngilizce bilgisine sahip 15 öğrenciye uygulanmış ve her iki uygulamadan alınan puanlar arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı 0.816 ($p=0.000$) olarak bulunmuştur. Elde edilen korelasyon katsayısına ve uzman görüşlerine

bakılarak GREDE'nin çeviri açısından paralelliğinin sağlandığı kabul edilmiştir.

Yapı Geçerliği:

Açımlayıcı faktör analizi: Faktör analizi, ölçme aracının yapısını, aynı yapıyı ya da niteliği ölçen değişkenleri bir araya toplayarak ölçmeyi, az sayıda faktör ile açıklamayı amaçlayan bir istatistiksel tekniktir.¹⁸ Ancak faktör analizi, tüm veri setleri için uygun olmayabilir. Verilerin, faktör analizi için uygunluğu Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ile bulunur. Bartlett küresellik testinin aldığı değer ve onun anlamlılığı ise değişkenlerin birbirleri ile ilişki gösterip göstermediklerini test eder. KMO değerinin .60'dan yüksek bulunması ve Bartlett testinin anlamlı bulunması verilerin faktör analizi için uygun olduğunu gösterir.¹⁸ Sonuçlar ($KMO=0.86$; $X^2 = 1799,785$; $p= 0.00$) veri grubunun faktör analizine uygun olduğunu göstermiştir. Veriler üzerinde temel bileşenler analizi yapılmıştır. Temel bileşenler analizi sonunda envanterin tek faktörlü bir yapıda olduğu ve açıkladığı toplam varyansın % 25,2 olduğu bulunmuştur. GREDE'nin, analiz sonucunda elde edilen tek faktörlü yapısına ilişkin sonuçlar Tablo 3'de gösterilmektedir. Sonuç olarak GREDE, orijinalindeki gibi tek faktörden oluşmaktadır. Madde yük değerleri .29 ile .66 arasında değişmektedir.

Uyarlama çalışmalarında ölçme ve değerlendirme araçlarının yapı geçerliğini belirlemek için sıklıkla tercih edilen yöntemlerden biri olan doğrulayıcı faktör analizine ilişkin sonuçlar izleyen bölümde açıklanmaktadır.

Doğrulayıcı faktör analizi: Envanterin yapı geçerliliğini incelemek için gerçekleştirilen açımlayıcı faktör analizine ek olarak, gözlenen verinin tek boyutlu modele ne oranda uyum sağladığını belirlemek amacıyla LISREL programı kullanılarak doğrulayıcı (confirmatory) faktör analizi (DFA) yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, gözlenebilir faktörlerden oluşan (gizil değişkenler) faktöriyel bir modelin gerçek verilerle ne derece uyum gösterdiğini değerlendirmeyi amaçlamaktadır.¹⁹ DFA uygulamasında 28 maddeden elde edilen korelasyon matrisi veri olarak kullanılmıştır. Tablo 4'de sunulan uyum indeksleri gözlenen verinin tek boyutlu önerilen modele iyi uyum gösterdiğini ortaya koymaktadır.

Doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan (X^2/sd) oranı 2,95'dir ve bu değer, önerilen faktör modelinin verilerle uyumlu olduğunu göstermektedir.¹⁹⁻²⁰ GFI değerinin .90, AGFI değerinin .90 ve CFI değerinin .91, NFI değerinin .92, NNFI değerinin .91; RMR değerinin .04 ve RMSEA değerinin de .05 bulunmuş olması, doğrulayıcı faktör analizi sonucunda Envanterin tek

faktörlü yapısının kabul edilebilir ve geçerli sonuçlar verdiğini göstermektedir.

Tablo 3. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin faktör analizi sonuçları ile maddelerinin özdeğerleri ve açıklanan yüzdeleri

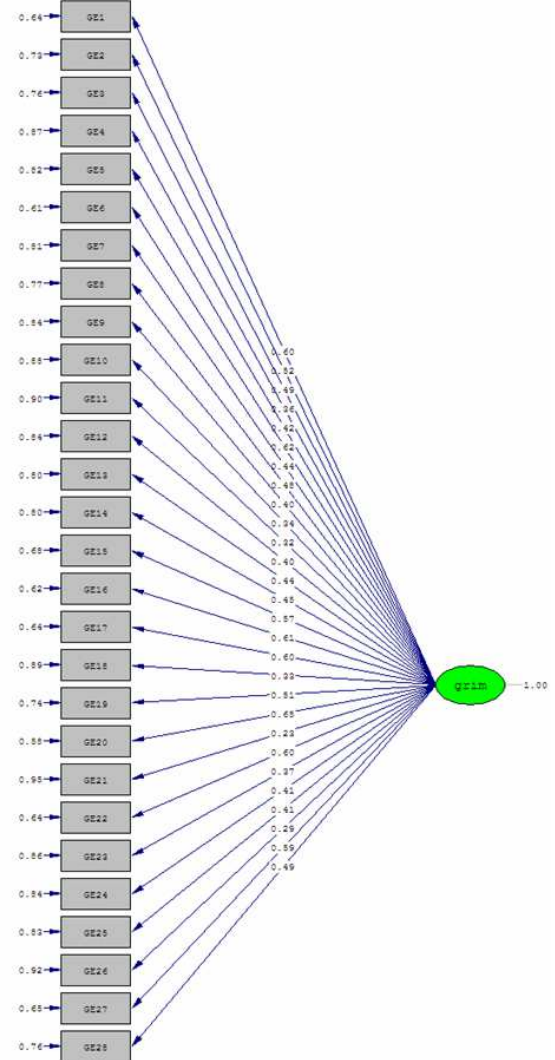
	Faktörler
	1
M1	,630
M2	,557
M3	,512
M4	,397
M5	,463
M6	,645
M7	,469
M8	,509
M9	,427
M10	,370
M11	,341
M12	,435
M13	,470
M14	,477
M15	,593
M16	,635
M17	,621
M18	,366
M19	,542
M20	,659
M21	,294
M22	,618
M23	,407
M24	,437
M25	,436
M26	,309
M27	,617
M28	,533
Öz-Değer	7,058
Açıklanan Varyans	25,206
Açıklanan Toplam Varyans	25,206

Tablo 4. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin faktör yapısı için iyilik uyum indeksleri

İyilik Uyum İndeksi	Değer
χ^2/sd (1032,65/350)	2.95
GFI	.90
AGFI	.90
CFI	.91
NFI	.92
NNFI	.91
RMR	.042

RMSEA	.046
-------	------

Bu bulgulara ek olarak, doğrulayıcı faktör analizi ile hesaplanan madde-faktör ilişkilerine ait katsayılar Şekil 1'de gösterilmiştir.



Şekil 1. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri'nin faktör madde ilişkisi

Şekil 1'de de görüldüğü gibi, gözlenen veri tek boyutlu modele iyi uyum göstermektedir. Path katsayıları ise .23 ile .65 arasında değişmektedir. Bu değerlerin tamamı kabul edilebilir değerlerdir.²¹

Faktör yapısının her iki cinsiyetteki eşlerde geçerliliğinin test edilmesi: Birden fazla grup söz konusu olduğunda her grup için model analizi için ayrıca kanıt toplanmalıdır.²¹ Her grubun yapısal model analizi kanıtları, bu grupların hepsinde geçerli olduğu düşünülen (beklenen) ilişkilerle uyum göstermelidir. Aynı ölçme aracının uygulandığı iki grupta değişkenler arasındaki ilişkilerin birbirinden farklı olması, bu modelin gruplar arasında farklı olduğunu gösterir. Ölçme

değişmezliğinin sağlanması aynı zamanda ölçülen modelin çeşitli gruplara genellenebilirliği açısından da önemlidir.²² Çok gruplu Yapısal Eşitlik Modelleme (YEM), bir YEM modelinin eş zamanlı olarak birden çok grupta analiz edilmesini içerir.²³ Örneğin analiz iki grubu içeriyorsa iki ayrı kovaryans matrisi (her grubun kendisine ait kovaryans matrisi) kullanılır. Böylece iki grubun kovaryans matrislerinin birbirine denk sayılıp sayılamayacağı test edilir.

Son yıllarda çok gruplu model analizi uygulamalarında modellerin uyum iyiliği katsayılarının birbirinden istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermedikleri incelenmiş; RMSEA değerleri arasındaki farkın 0,01'ten büyük olması durumunda iki modelin birbirinden farklı olduğu yönünde yorum yapılabileceği bildirilmiştir.²⁴ Cheung ve Rensvold²⁴ yaptıkları bir simülasyon çalışmada, 768000 farklı veri seti üretip, bu setlerden 96 farklı faktör koşulu yaratmışlar ve çeşitli uyum indekslerinin % 99 oranında güven aralıklarını hesaplamışlardır. RMSEA için belirledikleri güven aralığı iki RMSEA değeri arasındaki farkın anlamlı olabilmesi için 0.01 kadar farkın olması gerektiğini ortaya koymuştur. Bu çalışmalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda, modellerin RMSEA değerlerinin farkına bakılmış (Δ RMSEA), farkın bildirilen bu kritik değeri aştığı durumlarda daha küçük RMSEA değerine sahip olan model daha uyumlu model olarak seçilmiştir. Farkın bu kritik değeri aşmadığı durumlarda Model A dışındaki modellerin Model A'dan daha iyi bir açıklama getiremedikleri kabul edilmiş, faktör yüklerinin ve hata varyanslarının gruplarda birbirine denk olduğu üzerine kurulu olan Model A, yani test edilen modelin iki grupta da aynı ve geçerli olduğu kabul edilmiştir.^{21,23} Modellere ilişkin değerler Tablo 5'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri için çok örneklemlili DFA sonuçları

Modeller	χ^2 / Sd	RMSEA	Δ RMSEA
Model A	2,94	0.046	
Model B	2,86	0.044	0.002
Model C	2,84	0.044	0.002
Model D	2,92	0.045	0.001

Model B, Model C ve Model D'nin temel model olan Model A ile yapılan ikili karşılaştırmalarında şu bulgular elde edilmiştir. Grupların değişkenler arasında kendi ilişkilerine sahip olduğu Model B'nin, değişkenler arasındaki katsayılar ile hata varyanslarının serbest olduğu

Model C'nin ve her grupta hata varyanslarının birbirinden farklı olduğu Model D'nin uyum katsayılarının (RMSEA değerleri), değişkenler arasındaki katsayıların tüm gruplarda benzer olduğunu varsayan A modelinden istatistiksel olarak anlamlı derecede daha iyi uyum gösteremedikleri görülmüştür. χ^2/sd oranları da incelendiğinde bu oranların birbirlerine çok yakın oldukları görülmektedir. Tüm modellerin χ^2/sd oranları 2,9 civarındadır. Sonuçlar incelendiğinde, değişkenler arasındaki ilişkilerin tüm gruplarda birbirine benzer olduğunu kabul eden Model A'dan daha iyi bir uyum gösteremedikleri için diğer üç model reddedilmiştir. Bu bulgular dikkate alındığında, uygulamaların her grupta benzer ilişki yapısına sahip olduğu üzerine kurulu model olan Model A'dan daha uyumlu bir model bulunmadığı için, Model A kabul edilmiştir. Model A, değişkenler arasındaki ilişkilerin (faktör yapısının) her iki cinsiyette de benzer olduğu üzerine kuruludur. Modeller arasındaki kay-kare değerlerinin farkı anlamlı değildir. Bu farklılık kay-kare değerinin örneklem büyüklüğünden etkilenmediğini göstermektedir. Bu durumun nedeni, iki grupta yer alan kişi sayılarının birbirine çok yakın olmasıdır. Bu bulgu dikkate alındığında, GREDE'nin faktör yapısının her iki cinsiyette de geçerli olduğu ifade edilebilir.

Sonuç

Evliler ya da birlikte yaşayan çiftler arasındaki ilişkinin niteliğini ve bu ilişkiden aldıkları doyumun düzeyini ölçmek için 1990 yılında Rust, Bennun, Crowe ve Golombok tarafından geliştirilen GRIMS'in Türkçe sürümünün (GREDE) geçerliği ve güvenilirliğini belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmada; envanteri oluşturan maddelerin istendik özelliklerde olduğu, güvenilirliğinin ve geçerliğinin yüksek bulunduğu, faktör yapısının her iki cinsiyette de geçerli olduğu bulunmuştur. Bu sonuç, GREDE'nin Türk toplumunda aile/çift danışmanlığı yapan sosyal hizmet uzmanı, psikolog, psikolojik danışman, doktor, hemşire, gibi profesyoneller tarafından günlük uygulamalarda kullanılabileceği gibi araştırmalarda da kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

- Doğan H. Evli bireylerin sosyotropik-otonomik kişilik özellikleriyle evliliklerinde çatışma yaşama durumları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2010.
- Strong B, DeVault C, Cohen TF. The Marriage and Family Experience. Belmont, CA: Thomson Learning 2008. p.8.

- 3.Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişkenler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2013;4(39):13-23.
- 4.Alayi Z, Gatab TA, Zad Khamen AB. Relation between communication skills and marital-adaptability among university students. *Social and Behavioural Sciences* 2011;30:1959-1963.
- 5.Amiri M, Farhoodi F, Abdolvand N, Bidakhavidi AR. A study of the relationship between big-five personality traits and communication styles with marital satisfaction of married students majoring in public universities of Tehran. *Social and Behavioral Sciences* 2011;30:685-689.
6. Hosseinkhanzadeh AA, Yeganeh T. The effects of life skills training on marital satisfaction. *Social and Behavioral Sciences* 2013;84:769-772.
7. Bahmani M, Aryamanesh S, Bahmani M, Gholami S. Equity and marital satisfaction in Iranian employed and unemployed women. *Social and Behavioral Sciences* 2013;84:421-425.
- 8.Quek KF, Low WY, Razack AH, Chua CB, Loh CS. The feasibility of the Golombok-Rust inventory of marital state (GRIMS) in assessing marital satisfaction in a Malaysian population. *Journal of Sex Marital Therapy* 2002;28:423-426.
9. Farah LK, Shahram V. The effect of sexual skills training on marital satisfaction. *Social and Behavioral Sciences* 2011;30:2581-2585.
- 10.Rafatmah A, Nazari MA, Nasrollahi B. The relationship between sexual variety-seeking and marital satisfaction among available couples. *Social and Behavioral Sciences* 2011;30:1381-1384.
- 11.Falcke D, Wagner A, Mosmann CP. The relationship between family-of-origin and marital adjustment for couples in Brazil. *Journal of Family Psychotherapy* 2008;19(2):170-186.
- 12.Gol HC, Rostami AM, Goudarzi, M. Prediction of marital satisfaction based on perfectionism. *Social and Behavioral Sciences* 2013;89:567-571.
13. Çelik M. Evlilik doyumu ölçeği geliştirme çalışması. Doktora tezi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, 2006.
- 14.Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The GRIMS. A psychometric instrument for the assessment of marital discord. *Journal of Family Therapy* 1990;12:45-57.
- 15.Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The Golombok Rust Inventory of Marital State (GRIMS). *Sexual and Relationship Therapy* 2010;25(1):48-53.
- 16.Barr P. Guilt, shame, and grief: An empirical study of perinatal bereavement. A thesis of doctorate. Faculty of Sydney, Centre of Behavioural Sciences, 2003;94-95.
- 17.Rust J, Golombok S. The Golombok Rust inventory of marital state: a reflection. *Sexual and Relationship Therapy* 2010;25(1):54-56.
- 18.Büyükoztürk Ş. Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı. 8. Baskı. Ankara: Pegem Yayıncılık; 2007. p.167-182.
- 19.Şimşek ÖF. Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş-Temel İlkeler ve LISREL Uygulamaları. Ankara: Ekinoks; 2007. p.224.
- 20.Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları* 2000;3(6):49-74.
- 21.Kline RB. Principles and Practice of Structural Equation Modeling. 2nd ed. N.Y: Guilford Press; 2002. p.111-125.
- 22.Raykov T, Marcoulides GA. A first course in structural equation modeling. Lawrence Erlbaum Association Inc. Publishers. NJ, USA; 2006. p.117-118.
- 23.Brown TA. Confirmatory factor analysis for applied research. New York: Guilford Press; 2006. p.475.
- 24.Cheung G, Rensvold RB. Evaluating goodness-of-fit indexes for testing measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal* 2002;9:233-255.

Ek 1. Golombok-Rust Evlilik Durumu Envanteri

Bu bölüm eşinizle ilişkiniz hakkındadır. Her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve eşiniz ile ilişkiniz konusundaki hislerinizi en iyi tanımlayan cevabı işaretleyiniz. Lütfen her bir ifadeye yanıt veriniz. Eğer seçenekler hissettiklerinizi tam olarak karşılamıyorsa, en uygun olduğunuzu hissettiğiniz cevabı işaretleyiniz. Sorular üzerinde çok zaman harcamayınız. Lütfen bu bölümdeki soruları eşinizle görüşmeden tamamlayınız.

No	Maddeler	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Katılıyorum	Tamamen katılıyorum
1	Eşim genellikle ihtiyaçlarımın farkındadır ve ihtiyaçlarıma karşı duyarlıdır.				
2	Eşimin mizah anlayışını gerçekten takdir ediyorum.				
3	Eşim artık beni dinlemiyormuş gibi görünüyor.				
4	Eşim bana asla sadakatsizlik etmemiştir.				
5	Eğer ilişkimi kurtaracaksa arkadaşlarımdan vazgeçmeye istekli olabilirim.				
6	İlişkimizden memnun değilim.				
7	Eşimin bu kadar tembel olmamasını ve bazı şeyleri ertelememesini isterdim.				
8	Eşimle beraber olsam bile bazen kendimi yalnız hissedirim.				
9	Eğer eşim beni terk ederse hayatın bir anlamı kalmaz.				
10	Birbirimizle anlaşabiliyoruz.				
11	Belli bir noktadan sonra evliliği sürdürmek faydasızdır.				
12	İkimiz de benzer şeylerden hoşlanıyoruz.				
13	Eşıme sevgimi göstermekte zorluk çekiyorum.				
14	İlişkimiz hakkında asla şüphelerim olmamıştır.				
15	Eşimle sadece oturup konuşmaktan bile zevk alırım.				
16	Hayatımın geri kalanını eşimle geçireceğim düşüncesini oldukça sıkıcı buluyorum.				
17	İlişkimizde her zaman karşılıklı etkileşim vardır.				
18	Karar vermek zorunda olduğumuz zaman rekabetçi oluyoruz.				
19	Artık tam olarak eşime güvenebileceğimi düşünmüyorum.				
20	İlişkimiz hala çok fazla eğlence ve heyecan dolu.				
21	Birimiz sürekli konuşur, diğeri genellikle susar.				
22	İlişkimiz sürekli gelişim göstermektedir.				
23	Evlilik aslında aşktan daha çok güvenlik ve para ile ilgilidir.				
24	Aramızda daha fazla sıcaklık ve yakınlık olmasını isterdim.				
25	Eşimle olan ilişkiye tamamen kendimi adanmış durumdayım.				
26	İlişkimiz bazen gergin bir hal alır çünkü eşim sürekli beni düzeltir.				
27	Belki de ayrılmanın eşimde olabileceğimize şüpheleniyorum.				
28	Kavgalardan sonra genellikle çabucak barışabiliriz.				

Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu

Makbule Neslisah Tan¹, Ediz Yildirim², Dilek Guldal²

¹1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Iğdır

²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

ÖZET

Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu

İrritabl bağırsak sendromu; kronik karın ağrısı, şişkinlik ve defekasyon alışkanlığında değişikliğe neden olup, önemli bir hastalık yükü oluşturan, en yaygın görülen fonksiyonel bağırsak hastalığıdır. Etiyopatogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Tanısal yapısal veya biyokimyasal anomallik içermediğinden, tanı koydurucu bulguları semptomlarıdır. Günümüzde Roma kriterleri klinik tanı ve araştırmalar da en çok kullanılan yaklaşımdır. İrritabl bağırsak sendromu tedavisi; etkili hasta-hekim ilişkisi, güven verme, hasta eğitimi, diyet ayarlamaları, farmakoterapi, davranış terapileri olmak üzere çoklu yaklaşım içerir.

Anahtar Kelimeler: İrritabl bağırsak sendromu, Roma kriterleri, Etiyopatogenez, Tedavi

ABSTRACT

A common Disease in Primary Care Practice: Irritable Bowel Syndrome

Irritable bowel syndrome is the most common functional gastrointestinal disorder characterized by abdominal pain, bloating and change in bowel habit and generates a significant health care burden. The etiopathogenesis still remains uncertain. The disorder does not contain the structural or biochemical abnormalities, so the diagnostic findings are the symptoms. The Rome criteria are currently the most widely applied criteria used in clinical diagnosis and research purposes. The approach to treatment emphasizes an effective physician-patient relationship, to reassure the patient, patient education, dietary modification, pharmacotherapy and behavioral therapy.

Key Words: Irritable bowel syndrome, Rome criteria, Etiopathogenesis, Treatment

Neslisah Tan MN, Yildirim E, Guldal D. Aile Hekimliği Pratiğinde Sık Görülen Bir Hastalık: İrritabl Bağırsak Sendromu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2014;8(3):75-85. DOI: 10.5455/tjfm.41415

Giriş

İrritabl bağırsak sendromu (İBS), en yaygın fonksiyonel bağırsak hastalığı olup, önemli bir hastalık yükü oluşturmaktadır.¹ Kronik karın ağrısı, şişkinlik ve defekasyon alışkanlığında değişiklik olan kişilerde yapılan tetkikler sonucunda, herhangi bir organik bozukluk veya patolojik bulgu olmaması genellikle İBS'yi düşündürür. İBS, yaşamı tehdit etmemekle beraber, hastaların yaşam kalitesini ciddi şekilde azaltmaktadır. Öte yandan, çok sık görülen bir rahatsızlık olmasına rağmen; doktora başvurmadan, bunu bir yaşam biçimi olarak kabul edenlerin sayısı oldukça fazladır.

Tanı Kriterleri

İBS, zeminde organik bir anormallik olmadığı halde, abdominal huzursuzluk veya ağrı ve dışkılama alışkanlıklarında değişikliklerle karakterize kronik bir hastalıktır.^{2,3} Birinci basamak ve gastroenteroloji kliniğinde çok sık rastlanılan bir hastalık olmakla birlikte, tanısal yapısal veya biyokimyasal anomallik içermediğinden, tanısı sıklıkla güç olmaktadır. Tanı koydurucu bulguları semptomlarıdır. İBS tanı kriterleri 1978'de Manning kriterlerinin yayımlanması ile gelişmeye başlamıştır. Manning ve arkadaşları, İBS'de organik hastalıklara göre daha fazla olan dört semptom; abdominal distansiyon, bağırsak hareketi ile ağrı, ağrı başlangıcı ile daha sık ve yumuşak defekasyon bildirmişlerdir.⁴ Manning kriterlerinin, İBS'yi organik gastrointestinal hastalıklardan ayırmadaki sensitivitesinin %58, spesifitesinin %74 olduğu gösterilmiştir.⁵ Manning kriterlerini takiben 1990'da yayımlanan Roma I kriterleri revize edilerek 1999'da Roma II kriterleri yayımlanmıştır. Roma II kriterleri Tablo 1'de gösterilmiştir.⁶

Corresponding author:

Makbule Neslisah Tan

1 Nolu Aile Sağlığı Merkez, Iğdır, Turkey

E-mail: drnesli293@hotmail.com

Received Date: July 22, 2013

Accepted Date: August 22, 2014

Roma II kriterlerinin, Roma I kriterlerinden farklılıkları:

Roma II kriterlerinde, tanı için ağrı ve 3 kriterden en az 2'sinin ağrıya eşlik etmesi gereklidir. Ayrıca, semptomların en az 12 hafta bulunması şartı vardır. Roma I kriterlerinde, tanı koydurucu semptomlar olarak yer alan, bozulmuş defekasyon göstergesi olan bulgular, Roma II'de destekleyici bulgular olarak yer alır ve tanı koydurucu değildir. Populasyona dayalı yapılan bir çalışmada, prevalans oranları Manning 3 kriterleri ile %9,3, Roma I kriterleri ile %5,6 ve Roma II ile %5,1 olarak saptanmıştır.⁷ Buna göre Roma II kriterlerinin, tanıda daha kısıtlayıcı olduğu söylenebilir.

Roma III ile ne değişti?

Son olarak 2006'da Roma III kriterleri geliştirilmiştir. Roma II'den farklı olarak; Roma III kriterlerinde, bir semptomun kritere uygun olması için belirli süreler kadar bulunması şartı vardır. Son 3 ay içinde, her ay en az 3 gün semptomlar mevcut olmalıdır.

a-Semptomların ilk başladığı zamanla, şimdiki zaman arası süre; bir yıl ya da daha uzun süreden, altı ay ya da daha kısa süreye indirilmiştir.⁸

b-İBS alt tipleri gözden geçirilmiştir.

Buna göre İBS alt tipleri sadece dışkıının kıvamını esas alarak; diyareli İBS, konstipasyonlu İBS, karışık tip İBS ve tiplendirilmemiş İBS olarak belirtilmiştir. Roma III kriterleri Tablo 2'de gösterilmiştir.^{6,9} Günümüzde Roma kriterleri klinik tanı ve araştırmalar da en çok kullanılan yaklaşım olmakla birlikte; 2009'da Amerikan Gastroenteroloji Derneği hiçbir semptoma dayalı kriterin İBS tanısı için ideal doğrulukta olamayacağını belirtmiştir.¹⁰

Epidemiyoloji

İBS, bölgeler ve ülkeler arası; prevalans, semptom ve cinsiyet dağılımı farklılıkları göstermektedir. Ancak yapılan epidemiyolojik çalışmaların; çalışma ortamı, yöntem ve kullanılan tanı kriterlerinin çok farklı olması nedeniyle, uluslararası karşılaştırmalar yapılamamaktadır.¹¹ Aynı toplumda yapılan çalışmalar da bile; tanı aracı olarak Roma veya Manning kriterlerinin kullanılmasına bağlı, farklı prevalanslar elde edilmiştir.^{7,12,13} Hastalık dünya çapında, toplumun %8-23'ünü etkilemektedir.^{2,14} Birinci basamak doktor ziyaretlerinin önde gelen nedenlerinden birisi, aynı zamanda gastroenteroloji polikliniklerinde en sık konan tanıdır.^{1,6,15} İBS; sadece Kuzey Amerika ve Batı Avrupa'da değil,^{7,16,17} Asya ve Latin Amerika genelinde^{12,13,18} ve hatta

Afrika'nın bazı bölgelerinde de¹⁹⁻²¹ yaygın görülen bir hastalıktır. Hastalığın kadınlarda görülme sıklığı daha fazladır.^{15,17,22-24} İBS hastalarının çoğunluğu 20 ila 40 yaşları arasındadır.^{16,18} Konstipasyon baskın tip İBS görülme sıklığı daha yüksektir.^{19,25}

Türkiye verileri tam olarak bilinmemekle birlikte, birinci basamak sağlık kurumlarında irritabl bağırsak sendromu görülme sıklığını saptamak için yapılan bir çalışmada, gastrointestinal sistem dışı yakınmalarla, hekime başvuran 5363 olgu arasından rastgele anket yapılan 742 olgunun 141'inde (%19) Roma II kriterlerine göre İBS tanısı konulmuştur.²⁶ Çelebi ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise, rastgele seçilen dört aile sağlığı merkezine kayıtlı, 1766 katılımcı arasında İBS prevalansı Roma II kriterlerine göre %6,3 saptanmıştır.²⁷

Etiyopatogenez

İBS patogenezi tam olarak anlaşılamamıştır. Primer patofizyolojik mekanizmanın; enterik sinir sistemi ve merkezi sinir sistemi arasındaki çift yönlü iletişim disfonksiyonu olduğu düşünülmektedir.²⁸ Fiziopatolojide genetik, geçirilmiş bir gastroenterit, motilite bozukluğu, periferik visseral hipersensitivite, psikososyal faktörler, bağırsak lümeni iritanları, bağırsak florasının bozulması, mukozal inflamasyon veya yerel immün aktivasyon, gaz veya dışkı atılım bozuklukları, serotonin (5-HT) gibi bazı taşıyıcılar rol oynamaktadır.²⁹

Genetik: Son çalışmalar, hastalığın genetik zeminine dikkat çekmekle birlikte çevresel faktörlerin hastalığın tetiğini çektiğini düşündürmektedir. Levy ve ark.'ları tarafından yapılan çalışmada; İBS sıklığının, monozygot ikizlerde, dizigot ikizlere oranla, iki kat daha fazla olduğu (%15,2 ve %6,7); ancak bir ebeveynde İBS öyküsü olmasının, diğer ikiz eşinde İBS olmasından daha güçlü belirleyici olduğu gösterilmiştir. Kalıtım İBS gelişimine katkıda bulunur, ama sosyal öğrenmenin (bireyin içinde bulunduğu çevreden öğrenmesi) etkisinin daha büyük olduğu belirtilmiştir.³⁰ Genetik faktörlerin uygun çevresel koşullarda hastalığın ortaya çıkmasında önem arz ettiği düşünülmektedir.

Postinfeksiyöz: Bakteriyel, viral veya paraziter gastroenterit atağından sonra İBS riskinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur.³¹⁻³⁴ Bu hastaların kolon mukozasında, inflamatuvar değişiklikler (kolon mukozasında düşük dereceli lenfositik infiltrasyon, artmış permeabilite, enterokromaffin ve mast hücrelerini içeren diğer inflamatuvar

bileşenlerdeki artış) gösterilmiştir.³⁵ Postinfeksiyöz İBS'de diyare predominant form daha yaygın olarak görülmektedir.³⁶

Motilite bozukluğu: İBS semptomatolojisinde, defekasyon alışkanlığında değişiklikler olduğu için, dismotilite ve yersiz bağırsak gazı üretimi, İBS patofizyolojisinde önemli bir faktör olarak kabul edilmiştir.³ İnce bağırsak ve kolon motor fonksiyon bozukluğu ve extraintestinal düz kas disfonksiyonu ön plandadır. İBS hastalarında visseral ve somatik duysal fonksiyon bozukluğu tespit edilmiştir. Bağırsak içi anormal gaz dağılımının, şişkinliğe neden olduğu düşünülmektedir.^{37,38}

Visseral hipersensitivite: Patofizyolojide öne sürülen hipotezlerden biri de, kolorektal visseral hipersensitivite varlığıdır. Visseral hipersensitivite, kendini allodini (ağrılı olmayan uyarıyı ağrılıymış gibi algılamak) veya hiperaleji (ağrılı uyarıyı olması gerekenden çok daha abartılı algılamak) şeklinde gösterebilir.³⁹ İBS'li olgularda elektronik barostat ile değerlendirilen rektal distansiyonda, İBS'li olguların ağrı eşiklerinin kontrol grubundan daha düşük olduğu tespit edilmiştir.⁴⁰

Psikososyal faktörler: SSS, intestinal motor ve duysal aktiviteleri düzenler. İBS'de; gastrointestinal semptomların, beyin-bağırsak aksındaki regülasyonun psikososyal süreçlerce, değiştirilerek bozulması sonucu oluştuğu düşünülmektedir.¹ Psikososyal faktörler, sindirim işlevini, hastalık davranış modelini, semptom algısını; neticede sağlık sonuçlarını, günlük işlevselliği ve yaşam kalitesini etkilemektedir. İBS'yi etkileyebilecek psikolojik ve sosyal faktörler Tablo 3'de listelenmiştir.⁴¹

Gastrointestinal nörotransmitterler: Enterik sinir sistemi, birçok nörotransmitter içerir. Bunlar içinde, serotonin (5HT, 5-hidroksitriptamin) giderek önem kazanmıştır. 5-HT reseptörleri olan 5-HT₃ ve 5-HT₄ gastrointestinal duyu, motilite ve sekresyonları kontrol eder.²⁸ İBS'de, enterik seratonerjik sinyal kusuru olduğu düşünülmektedir. Serotonin, enterokromafin (EC) hücrelerce salgılanır. İBS'nin, diyare predominant formunda EC artışı vardır, bunun yanında serotonin geri alımı ise azalmıştır. 5-HT agonist ve antagonistleri İBS'nin semptomatik tedavisinde kullanılmaktadır.⁴²

Bağırsak flora (mikrobiyota) değişiklikleri: Normal flora, sağlıklı yaşam için gerekli bir faktördür. İnce bağırsaklarda, aşırı çoğalma şeklinde ki flora modifikasyonun İBS'de patojenik rol oynadığı bilinmektedir.¹⁵ İBS'nin; enterik patojenlerin tetiklediği, konağın immun yanıtı ve flora değişikliği

ile ilişkili bir fonksiyonel bağırsak hastalığı olabileceği düşünülmektedir. Bu alanda, İBS hastalarında ki fekal mikrobiyal değişiklikleri araştırıcı çalışmalar mevcuttur.^{43,44} Günümüzde İBS tedavisi, bağırsak florasının modülasyonu da dahil olmak üzere farklı tedavi yaklaşımları içermektedir. Probiyotiklerin, bağırsak mikrobiyotasının modülasyonunda ve semptomları azaltmada rol oynadığı düşünülmektedir.⁹ Probiyotik kullanımı plasebo ile karşılaştırıldığında, probiyotiklerin İBS semptomlarını azalttığı gösterilmiştir.⁴⁵ Flora ve konak arasındaki etkileşimi anlamak muhtemelen yeni tedavilerin gelişmesine olanak sağlayacaktır.

Klinik Değerlendirme

Öncelikle yapılması gerekenler; İBS ile benzer belirtileri olan diğer tanıları dışlamak amacıyla detaylı bir anamnez ve fizik muayenedir. Amerikan Gastroenteroloji Derneği, yaptığı açıklamada mevcut verilerin, İBS hastalarında kapsamlı testler yapılmasını desteklemediğini belirtmişlerdir.¹⁰ Tanısal yaklaşımda; tanı kriterleri uygulanan olguda, ikinci adım olarak alarm bulgularının sorgulanması ve diğer tanıları dışlamak için başlangıç laboratuvar testlerinin yapılması gerekir. Alarm bulgularının varlığı halinde, daha fazla araştırma için hasta bir üst basamağa sevk edilmelidir.⁴⁶ İBS tanısı için altın standart bir yöntem olmadığından, alarm bulguları olmadığı sürece, semptoma dayalı Roma kriterlerinin kullanılarak tanıya ulaşılması, gereksiz tetkik yapılmasını azaltabilir. Ancak son yapılan bir çalışmada, Roma III kriterlerinin uygulanmasının, birinci basamakta kolonoskopi için gereksiz sevklerin sayısını azaltmadığı gösterilmiştir.⁴⁷ Diğer tanıları dışlamak için, yapılması gereken tanısal işlemler; hemogram, sedimentasyon, C-reaktif protein ve çölyak hastalığı serolojisidir (anti-endomisyum antikoru ve anti-transglutaminaz antikoru). Halen Türkiye'de aile sağlığı merkezlerinde, çölyak antikoru dışında diğer tanısal testler bakılabilmektedir. Hastanın anamnezi tanı kriterlerini karşılıyor, diğer tanıları dışlanmış ve alarm semptomları yoksa, başka bir araştırmaya gerek olmadan İBS tanısı konulabilir (Tablo 4).⁴⁶

Kolonoskopi her hastada gerekli değildir. Ancak alarm semptomlarının varlığı, ailede inflamatuvar bağırsak hastalığı veya kolon kanseri öyküsü bulunması veya hastanın 50 yaş üzeri olması halinde yapılması uygundur.⁶ Öyküde araştırılması gereken alarm semptomları Tablo 5'de verilmiştir.⁴⁶

Tablo 1. Roma II kriterleri

• <u>Son 1 yılda en az 12 hafta süreyle, aralıklı veya sürekli olarak ortaya çıkan, abdominal rahatsızlık hissi ya da ağrı (aşağıdaki 3 özelliğin en az 2'si ile birlikte olmalıdır)</u> 1. Defekasyonla rahatlama hissi ve / veya 2. Defekasyon sıklığında değişiklik ile ilişkili olması ve / veya 3. Gaita şeklindeki değişiklikler ile ilişkili olması • <u>İBS tanısını destekleyen bulgular</u> 1. Defekasyon sıklığında anormallik (haftada 3'den az, günde 3'den fazla) 2. Gaita şeklinde anormallik (sert, taneli veya sulu, cıvık) 3. Defekasyon işlevinde anormallik (zorlanma, urgency veya tam boşalamama hissi) 4. Rektumdan mukus gelmesi 5. Gaz ya da abdominal distansiyon hissi (şişkinlik)
--

Tablo 2. Roma III kriterleri

• <u>Belirtilerin başlangıcı tanıdan en az 6 ay önce başlamış, son 3 ay içinde her ay en az 3 gün var olan, aşağıdakilerden en az 2'siyle ilişkili tekrarlayıcı abdominal rahatsızlık veya ağrı;</u> 1. Defekasyonla rahatlama 2. Defekasyon sıklığında değişiklik ile birlikte başlaması 3. Dışkıının şeklindeki değişiklik ile birlikte başlaması • <u>Destekleyici bulgular (tanı için şart değildir)</u> 1. Defekasyon sıklığında anormallik 2. Gaita şeklinde anormallik 3. Defekasyon işlevinde anormallik (zorlanma, urgency veya tam boşalamama hissi) 4. Rektumdan mukus gelmesi 5. Gaz ya da abdominal distansiyon hissi (şişkinlik)

Tablo 3. İBS'yi etkileyebilecek psikolojik ve sosyal faktörler

Çevresel faktörler
Erken yaşam olayları
Yetiştiren çevre
Dürtüler
Aile fonksiyonu
Suistimal öyküsü
Psikososyal stresler
Yaşam olayları (boşanma, işsizlik, yakın akraba ölümü)
Günlük sorunlar
Kişilik özellikleri
Nevrotizm, geçimlilik, sorumluluk
Aleksitimi
Sağlık inançları
Hipokondriyazis
Hastalık davranışı sergilemek
Algılanan duyarlılık
Başa çıkma stratejileri
Uyumsuz başa çıkma (felaketleştirme, kendini suçlama, madde bağımlılığı)
Olumsuz duygu ve psikiyatrik bozukluklar
Duygudurum bozuklukları (majör depresyon ve distimik bozukluk)
Anksiyete bozuklukları (yaygın anksiyete bozukluğu, panik atak, posttravmatik stres bozukluğu)
Somatizasyon ve somatoform bozukluklar
Nevrasteni

İlişkili Hastalıklar ve Ayırıcı Tanı

İBS'nin, çeşitli intestinal ve intestinal olmayan semptomlar ve sendromlar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Psikolojik bozukluklar, İBS gelişiminde temel ön koşul olabileceği gibi, kofaktörde olabilir. İBS hastaları yorgunluk ve tükenmişlikten sık yakınır. İBS ile komorbidite gösteren hastalıklar listesi Tablo 6'da verilmiştir.⁴⁸

İBS tanısı alarm semptomlarının yokluğunda Roma III kriterleri ile yüksek duyarlılık (sensitivite 0.75, %95 CI %71-79) gösterir.⁴⁹ Fakat bazı hastalıkların ayırt edilmesi önemlidir. Ayırt edilmesi gereken hastalıklardan olan enfeksiyonların, Roma III kriterlerindeki altı ay ön şartını sağlaması zordur. Ancak, giardiasisin aylarca sürebileceği unutulmamalıdır. Malabsorbsiyon ile seyreden ince bağırsakta bakteriyel aşırı çoğalma için, bağırsaktan çok az emilimi olan Rifaximin ile tedavi popülerlik kazanmıştır.⁵⁰ İnflamatuvar bağırsak hastalıklarında da, karın ağrısı ve diyare sıklıkla görülebilmektedir. Kolonoskopi ayırt etmede faydalı olabilir. Diyare ve karın ağrısı yakınmaları ile seyreden sık karşılaşılan laktoz intoleransı tanısı için, birkaç gün süreyle laktoz içeren besinlerden uzak durulması veya hidrojen nefes testi önerilmektedir. Ayırıcı tanıda çölyak hastalığı serolojisi, özellikle diyareli veya karışık tip İBS'li hastalarda araştırılmalıdır. Sanders ve ark.'larının çalışmasında, çölyak hastalığının prevelansı, İBS'li hastalarda kontrol grubuna göre daha yüksek saptanmıştır.⁵¹ Sainsbury ve ark.'ları da; çölyak hastalarında, kontrol grubuna göre İBS tipi semptomların daha yüksek olasılıklar oranı gösterdiğini saptamışlardır.⁵²

Tedavi

İBS yönetimi; etkili hasta-hekim ilişkisi, güven verme, hasta eğitimi, diyet ayarlamaları, farmakoterapi, davranışsal ve psikolojik tedavi olmak üzere çoklu yaklaşım içerir.

Terapötik İlişki: Tedavide, hastanın tercihleri ve tedavi ile ilgili önceki deneyimlerinin de göz önüne alındığı hasta merkezli yaklaşım önerilmektedir.⁵³ Biyopsikososyal model bakış açısıyla; hastalığın kliniği ve sonuçlarında stres önemli rol oynayabilir. Hekim hastanın psikolojik durumuna da odaklanmalıdır. Biyopsikososyal model, hastalığı psikoloji ve fizyoloji arasındaki etkileşimi anlamak açısından değerlidir.¹ İyi hasta-hekim ilişkisinde; hastanın çok iyi dinlenmesi, endişelerinin giderilmesi, beklentilerine cevap verilmesi gerekmektedir. Tekrarlanan, aşırı tetkikten kaçınılmalı, tedavi planında hastaya da

danışılmalıdır. Hastaya, hastalığın kesin tedavisi olmayan kronik bir durum olduğu, zaman,zaman semptomlarda değişiklik olabileceği ve tedavinin semptomların düzeltilmesi üzerine odaklandığı anlatılmalıdır. Bilgilendirilmiş İBS hastalarının, daha az hastane ziyaretine ihtiyaç duyduğu gösterilmiştir.⁵⁴

Diyet: İBS'li hastalarda gıda intoleransı da sıktır. Gıda intoleransı, gıda ürünlerine karşı immünolojik olmayan enzimatik (laktoz intoleransı), farmakolojik (yiyecekteki doğal vazodilatörlerin doğrudan etkisi) ve tanımlanamayan reaksiyonlar grubunu kapsar. İntoleransta (laktoz, sorbitol, fruktoz, sükröz, trehaloz) kolon pasaj içerisinde geçen maddeler, lümeneye doğru sıvı akışına ve bununla birlikte bağırsak düzenini değiştirerek, diyare ve ağrıya neden olmaktadır.⁵⁵ Hastalar, bazı gıda ürünleri ile semptomlarının alevlendiğini ifade etmektedirler. Bunlar arasında yağlı gıdalar, gaz üreten gıdalar (fasulye, nohut, bezelye, soğan, havuç, muz, kayısı, brüksel lahanası, kereviz, erik, turp, lahana, karnabahar, brokoli, kabak, pırasa, sarımsak vb.), alkol, kafein, gazlı içecekler, laktoz intoleransı olanlarda laktoz, fruktoz intoleransı olanlarda fruktoz ve bazı olgularda aşırı fiber sayılabilir.⁵⁶ Chirila ve ark.'larının çalışmasında, İBS hastalarının daha sık konserve, marine edilmiş et, bakliyat, tahıl, tatlı, meyve kompostoları ve bitki çayı tükettiği gösterilmiştir.⁵⁷ Jung ve ark.'larının çalışmasında ise, İBS'li hastalar ve kontrol grubu arasında günlük beslenme ve diyet alışkanlıkları açısından, anlamlı bir fark gösterilememiş olması, gıdaların tipinin semptomlara katkıda bulunmadığını düşündürmektedir.⁵⁸ Hangi besinlerin şikayetleri arttırdığını anlamak için, eliminasyon (dışlama) diyetiyle bazı yiyecek grupları kısıtlanabilir. Drisko ve ark.'larının çalışmasında, gıda eliminasyon ve rotasyon diyeti yapanlarda, dışkılama sıklığı, ağrı ve yaşam kalitesinde düzelme sağlanmıştır.⁵⁹

Kabızlık semptomunun ön planda olduğu hastalarda, eriyebilen lif önerilmektedir, ancak karın ağrısı üzerine etkisi gösterilememiştir.⁶⁰ Lif desteğinin, bireysel bazda hastalara fayda sağladığı düşünülmekle beraber, plasebo ile arasında anlamlı bir fark bulunmadığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{61,62} Ancak liflerin, İBS'de ağrı ve şişkinlik şikayetlerini tetikleyebildiği de unutulmamalıdır.⁶³

Gıdalar tüm İBS semptomlarından sorumlu değildir. Ancak farklı diyet uygulamaları İBS hastalarında düzelme sağlayabilmektedir.

Medikal Tedavi: Tedavi, hastanın baskın olan semptomlarının giderilmesine yönelik olarak

Tablo 4. İBS tanısı

Tanı kriterlerini uygulayın Alarm bulgularını araştırın (Alarm bulguları varsa sevk edin) Diğer tanıları dışlamak için başlangıç laboratuvar testlerini yapın
Tanı koyun/taniyi doğrulayın
Semptomlara göre diyet ve ilaç tedavisine başlayın
12 aylık farmakolojik tedaviye yanıtız olgularda davranış terapisi için yönlendirin

Tablo 5. Alarm semptomları

Anemi İstemsiz ve açıklanamayan kilo kaybı Rektal kanama Abdominal muayenede ele gelen kitle Rektal kitle 60 yaş üstü kişilerde, bağırsak alışkanlığında değişiklik (6 haftayı aşan gevşek ve/veya daha sık dışkılama) Aile öyküsü (bağırsak veya yumurtalık) İnflamatuvar barsak hastalığı için inflamatuvar belirteçler
--

Tablo 6. Komorbid hastalıklar

Fonksiyonel dispepsi ve diğer fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar Fibromiyalji Kronik yorgunluk sendromu Çoklu kimyasal duyarlılık sendromu Posttravmatik stres bozukluğu Kronik pelvik ağrı Psikolojik komorbidite Somatizasyon bozukluğu Depresyon Anksiyete Panik bozukluk İnterstisyel sistit ve dizüri Migren ve gerilim baş ağrısı Temperomandibular eklem bozukluğu Cinsel işlev bozuklukları Disparoni Menstruasyon sırasında İBS alevlenmesi Libido azalması

bireyselleştirilmelidir. Konstipasyon baskın hastalarda ilk önerilen, egzersiz ve diyetdeki su ve posa miktarını arttırmaktır.⁶⁴ Ancak, lifli beslenmenin plaseboya göre üstünlüğü olmadığını ve ağrıyı gidermede kanıt dayalı etkinliğinin bulunmadığını belirten çalışmalar mevcuttur.^{65,66} Hastanın öyküsünde, kolonik motiliteyi azaltan ilaç kullanımı sorgulanmalıdır. İBS’de kanıt değeri olmamakla birlikte, pratikte faydalı olduğu

düşünülen osmotik laksatif ajanlar (magnesium hydroxide, polyethylene glycol, lactulos) kullanılmaktadır.⁶⁷ 2002’de İBS’deki konstipasyon için, FDA (Food and Drug Administration) onayı alan 5-HT₄ agonisti Tegaserod, 2007’de kardiyovasküler yan etkilerinden dolayı, ABD’de FDA tarafından yasaklanmıştır.⁶⁸ Ancak, ilacın kardiyovasküler hastalık riskini arttırdığına dair kanıt bulamayan çalışmalar mevcuttur.^{69,70} Bir

başka 5-HT4 agonisti olan Prucalopride'in de, laksatif kullanımının yeterli fayda sağlamadığı, kronik konstipasyonlu erişkin kadın hastalarda faydalı olduğu gösterilmiştir.^{71,72} İlaç, kolon geçiş süresini hızlandırarak etki göstermektedir. 2009'da Avrupa'da ve 2011'de Kanada'da⁷³ kullanımı onaylanan ilaca USA'de kullanımı için FDA onay vermemiştir. Ülkemizde preparatı bulunmayan; klor kanallarını aktive ederek bağırsak lümeninde su ve elektrolit sekresyonuna neden olan FDA onaylı lubiprostone, bulantı yapabilmektedir.⁷⁴

İBS hastalarının yaklaşık 1/3'ünde diyare baskındır. Geleneksel tedavide, diyare baskın İBS'de, loperamide ve difenoksilatın faydalı olduğu düşünülmektedir. Loperamid ile yapılan randomize kontrollü çalışmada, loperamid kullanan grupta, defekasyon sıklığında %36 azalma olduğu gösterilmiştir.⁷⁵ Bu ilaçlar, GI geçiş süresini uzatarak su emilimini arttırmaktadırlar. Diyare için kullanılan, ülkemizde bulunmayan, selektif 5HT3 antagonisti alosetron hydrochloride özellikle defekasyon sıklığını azaltmaktadır. Alosetron hydrochloride, bayanlarda 'urgency'de iyileşme ve ağrının giderilmesinde, plaseboya üstün bulunmuştur.^{76,77} En sık yan etkisi konstipasyon, en ciddi yan etkisi akut iskemik kolittir. İlaç yan etkilerinden dolayı Kasım 2000'de piyasadan toplatılmış, ancak Haziran 2002'de sadece konvansiyonel tedaviye yeterli cevap vermeyen şiddetli diyare baskın İBS'li kadınlara kullanılması şartıyla, FDA tarafından kısıtlı kullanımı onaylanmıştır. Kabızlık veya iskemik kolit gelişmesi halinde, ilacın kullanımı hemen durdurulmalıdır..⁷⁸ Kolestiramin, kolesistektomili veya safra asit malabsorbsiyonu olan diyare baskın İBS'li hastaların tedavisinde rol oynayabilir.⁷⁹

Ağrı ve gaz şikâyetinin ön planda olduğu hastalarda, en sık kullanılan ilaçlar, antispazmodiklerdir (Hyoscine, Hyoscyamine, Dicyclomin, Oxybutinin, Simetropium, Pinaverium, Octylonium, Mebeverine, Alverin). Bu ajanlar, semptomların alevlendiği dönemde, yemeklerden önce günde 3 defa verilir.böylece karın ağrısı ve hemen yemekten sonra oluşan bağırsak hareketliliğini azaltmak amaçlanır. İlaçların devamlı kullanımı halinde etkileri azalır. Cimetropium bromide, hyoscine butyl bromide, mebeverine, otillium bromide, pinaverium bromide and trimebutine'in analiz edildiği, 23 randomize kontrollü çalışmanın değerlendirildiği bir metaanalizde, ajanlar ağrı iyileşmesinde plasebodan üstün bulunmuştur.⁸⁰ Ruepert'in metaanalizinde de, antispazmodikler, ağrı iyileşmesinde plaseboya üstün bulunmuştur.⁶⁶ Ford'un metaanalizinde de, özellikle otilonium ve hyoscine için kanıta dayalı etkinlik görülmüştür.⁸¹

Mebeverine'in değerlendirildiği başka bir metaanalizde, klinik iyileşme ve karın ağrısını hafifletmede plaseboya göre anlamlı fark bulunmamıştır.⁸² Karın ağrısını azaltmak için, tedaviye düşük doz trisiklik antidepressan da (TSA) (amitriptilin, imipramin) eklenebilir.¹⁰ TSA'lar, özellikle diyare baskın İBS'li hastalarda, GI geçiş süresini uzattıkları için tercih edilmektedir.⁸³ Paroksetin kullanımıyla, İBS semptomlarında genel düzelme görülmüş^{84,85} olmasına karşılık, diyare yapıcı yan etkisinden dolayı, paroksetin konstipasyon baskın tip hastalarda tercih edilmektedir.

Çoğu hasta, karında şişkinlik hissinin çok fazla gaz oluşmasına bağlı olduğunu düşünür. Aslında çoğunlukla gaz miktarı normaldir, ancak İBS'li hasta çok gaz varmış gibi algılar. Çünkü gaza karşı hipersensitivite mevcuttur. Simetikonun, şişkinliğin hafifletilmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir.⁸⁶ Lif oranı yüksek yiyeceklerin, şişkinliği kötüleştirdiği bilinmektedir. Dolayısıyla, şişkinlik şikayeti ön planda olan hastalarda fiber kısıtlaması akıllıca olabilir.⁸⁷

Patogenezinde ince bağırsaklarda aşırı çoğalmanın rol oynadığı hastalarda, antibiyotik tedavisinin etkili olduğu düşünülmektedir.⁸⁸ Rifaximin, oral kullanılan, bağırsak lümeninde emilimi olmayan, in vitro gram-negatif, gram-pozitif, aerob ve anaerob etkinliği bulunan bir antibiyotiktir.⁸⁹ Rifaximin, tedavisinin özellikle şişkinlik şikâyetinin ön planda olduğu hastalarda etkili olduğu gösterilmiştir.⁹⁰⁻⁹² İlacın yan etki insidansı, plaseboya eş bulunmuştur.⁹¹

İBS'de probiyotik kullanımı halen araştırılmaktadır. Terapötik faydalarının olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.^{93,94} Probiyotikler, hakkında daha fazla bilgi edinebilmek için kapsamlı klinik çalışmalara ihtiyaç vardır.

İBS ile mücadelede uygulanan davranış terapileri; psikoterapi, bilişsel-davranışsal terapi ve hipnoterapidir. Çalışmalar, stresle baş etmeye yönelik olan bu tedavilerin, İBS tedavisinde etkili olduğunu göstermektedir.^{95,96} Ancak bu tedavi yöntemleri hem zaman alıcı hem de yüksek maliyetlidir.

İBS, toplumda oldukça sık rastlanan, tanı-tedavi masrafları ve iş gücü kaybı ile ciddi ekonomik yük oluşturan, kronik bağırsak hastalığıdır. İBS hastalarının tedavisinde, kanıt değeri yüksek bir tedavi seçeneği bulunmamaktadır. Önümüzdeki süreçte, tedavinin semptoma dayalı olmaktan ziyade, daha çok patofizyolojiye yönelik olması umut edilmektedir.

Kaynaklar

- 1.Tanaka Y, Kanazawa M, Fukudo S, Drossman DA. Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil.* 2011;17:131-9.
- 2.Ringel Y, Sperber AD, Drossman DA. Irritable bowel syndrome. *Annu Rev Med.* 2001;52:319-38.
- 3.Scalera A, Loguercio C. Focus on irritable bowel syndrome. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16:1155-71.
- 4.Manning AP, Thompson WG, Heaton KW, Morris AF. Towards positive diagnosis of the irritable bowel. *Br Med J.* 1978;2:653-4.
- 5.Talley NJ, Phillips SF, Melton LJ, Mulvihill C, Wiltgen C, Zinsmeister AR. Diagnostic value of the Manning criteria in irritable bowel syndrome. *Gut.* 1990;31:77-81.
- 6.Occhipinti K, Smith JW. Irritable Bowel Syndrome: A Review and Update. *Clin Colon Rectal Surg.* 2012;25:46-52.
- 7.Hillilä MT, Färkkilä MA. Prevalence of irritable bowel syndrome according to different diagnostic criteria in a non-selected adult population. *Aliment Pharmacol Ther.* 2004;20:339-45.
- 8.Drossman DA, Dumitrascu DL. Rome III: New standard for functional gastrointestinal disorders. *J Gastrointest Liver Dis.* 2006;15:237-41.
- 9.Bixquert Jiménez M. Treatment of irritable bowel syndrome with probiotics. An etiopathogenic approach at last? *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:553-64.
- 10.American College of Gastroenterology Task Force on Irritable Bowel Syndrome, Brandt LJ, Chey WD, Foxx-Orenstein AE, Schiller LR, Schoenfeld PS, et al. An evidence-based position statement on the management of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2009;104 Suppl 1:S1-35.
- 11.Quigley EM, Abdel-Hamid H, Barbara G, Bhatia SJ, Boeckstaens G, De Giorgio R, et al. A global perspective on irritable bowel syndrome: a consensus statement of the World Gastroenterology Organisation Summit Task Force on irritable bowel syndrome. *J Clin Gastroenterol.* 2012;46:356-66.
- 12.Gwee KA, Wee S, Wong ML, Png DJ. The prevalence, symptom characteristics, and impact of irritable bowel syndrome in an asian urban community. *Am J Gastroenterol.* 2004 ;99:924-31.
- 13.Pan G, Lu S, Ke M, Han S, Guo H, Fang X. Epidemiologic study of the irritable bowel syndrome in Beijing: stratified randomized study by cluster sampling. *Chin Med J.* 2000;113:35-9.
- 14.Wood JD, Liu S, Drossman DA, Ringel Y, Whitehead WE. Anti-enteric neuronal antibodies and the irritable bowel syndrome. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012;18:78-85.
- 15.Dahlqvist G, Piessevaux H. Irritable bowel syndrome: the role of the intestinal microbiota, pathogenesis and therapeutic targets. *Acta Gastroenterol Belg.* 2011;74:375-80.
- 16.Wilkins T, Pepitone C, Alex B, Schade RR. Diagnosis and management of IBS in adults. *Am Fam Physician.* 2012;86:419-26.
- 17.Jones R, Lydeard S. Irritable bowel syndrome in the general population. *BMJ.* 1992;304:87-90.
- 18.Valerio-Ureña J, Vásquez-Fernández F, Jiménez-Pineda A, Cortázar-Benítez LF, Azamar-Jácome AA, Duarte-Velázquez ME, et al. Prevalence of irritable bowel syndrome in Veracruz City, Mexico: A community-based survey. *Rev Gastroenterol Mex.* 2010;75:36-41.
- 19.Abdulmajeed A, Rabab MA, Sliem HA, Hebatallah NE. Pattern of irritable bowel syndrome and its impact on quality of life in primary health care center attendees, Suez governorate, Egypt. *Pan Afr Med J.* 2011;9:5.
- 20.Okeke EN, Ladep NG, Adah S, Bupwatda PW, Agaba EI, Malu AO. Prevalence of irritable bowel syndrome: a community survey in an African population. *Ann Afr Med.* 2009;8:177-80.
- 21.Lule GN, Amayo EO. Irritable bowel syndrome in Kenyans. *East Afr Med J.* 2002;79:360-3.
- 22.Ladep NG, Okeke EN, Samaila AA, Agaba EI, Ugoya SO, Puepet FH, et al. Irritable bowel syndrome among patients attending General Outpatients' clinics in Jos, Nigeria. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007;19:795-9.
- 23.Gonzales Gamarra RG, Ruiz Sánchez JG, León Jiménez F, Cubas Benavides F, Díaz Vélez C. Prevalence of irritable bowel syndrome in the adult population of the city of Chiclayo in 2011. *Rev Gastroenterol Peru.* 2012;32:381-6.
- 24.Voß U, Lewerenz A, Nieber K. Treatment of irritable bowel syndrome: sex and gender specific aspects. *Handb Exp Pharmacol.* 2012;214:473-97.
- 25.Khoshkrood-Mansoori B, Pourhoseingholi MA, Safaee A, Moghimi-Dehkordi B, Sedigh-Tonekaboni B, Pourhoseingholi A, et al. Irritable bowel syndrome: a population based study. *J Gastrointest Liver Dis.* 2009;18:413-8.
- 26.Özden A, Köksal ŞA, Oğuz D, Çiçek B, Yılmaz U, Dağlı Ü, ve ark. Türkiye'de birinci basamak sağlık kurumlarında irritabl barsak sendromu görülme sıklığı. *Akademik Gastrontoloji Dergisi.* 2006;5:4-15.
- 27.Celebi S, Acik Y, Deveci SE, Bahcecioglu IH, Ayar A, Demir A, et al. Epidemiological features of irritable bowel syndrome in a Turkish urban society. *J Gastroenterol Hepatol.* 2004;19:738-43.

28. Alaradi O, Barkin JS. Irritable bowel syndrome: update on pathogenesis and management. *Med Princ Pract.* 2002;11:2-17.
29. Beşer ÖF, Çokuğraş FÇ. İrritabl Bağırsak Sendromu. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci.* 2012;8:61-8
30. Levy RL, Jones KR, Whitehead WE, Feld SI, Talley NJ, Corey LA. Irritable bowel syndrome in twins: heredity and social learning both contribute to etiology. *Gastroenterology.* 2001;121:799-804.
31. Çelebi S, Demirdağ K, Özden M, Yalnız M, Bahçecioğlu İH, Demir A. Gastroenterit sonrası irritabl barsak sendromu sıklığı ve risk faktörleri. *Akademik Gastrontoloji Dergisi.* 2003; 2 (2): 54-59.
32. Ruigómez A, García Rodríguez LA, Panés J. Risk of irritable bowel syndrome after an episode of bacterial gastroenteritis in general practice: influence of comorbidities. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:465-9.
33. Marshall JK, Thabane M, Borgaonkar MR, James C. Postinfectious irritable bowel syndrome after a food-borne outbreak of acute gastroenteritis attributed to a viral pathogen. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2007;5:457-60.
34. Dizdar V, Gilja OH, Hausken T. Increased visceral sensitivity in Giardia-induced postinfectious irritable bowel syndrome and functional dyspepsia. Effect of the 5HT₃-antagonist ondansetron. *Neurogastroenterol Motil.* 2007;19:977-82.
35. Spiller R, Campbell E. Post-infectious irritable bowel syndrome. *Curr Opin Gastroenterol.* 2006;22:13-7.
36. Ghoshal UC, Ranjan P. Post-infectious irritable bowel syndrome: the past, the present and the future. *J Gastroenterol Hepatol.* 2011;26 Suppl 3:94-101.
37. Hasler WL. Traditional thoughts on the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Clin North Am.* 2011;40:21-43.
38. Gunnarsson J, Simrén M. Peripheral factors in the pathophysiology of irritable bowel syndrome. *Dig Liver Dis.* 2009;41:788-93.
39. Eraslan D, Bor S, Öztürk Ö. Viseral Hipersensitivite ve Özofagus. *Güncel Gastroenteroloji.* 2007;11/1:9-12.
40. Bouin M, Plourde V, Boivin M, Riberdy M, Lupien F, Laganière M, et al. Rectal distention testing in patients with irritable bowel syndrome: sensitivity, specificity, and predictive values of pain sensory thresholds. *Gastroenterology.* 2002;122:1771-7.
41. Surdea-Blaga T, Băban A, Dumitrascu DL. Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2012;18:616-26.
42. Moskwa A, Boznańska P. Role of serotonin in the pathophysiology of the irritable bowel syndrome. *Wiad Lek.* 2007;60:371-6.
43. Jeffery IB, O'Toole PW, Öhman L, Claesson MJ, Deane J, Quigley EM, et al. An irritable bowel syndrome subtype defined by species-specific alterations in faecal microbiota. *Gut.* 2012;61:997-1006.
44. Saulnier DM, Riehle K, Mistretta TA, Diaz MA, Mandal D, Raza S, et al. Gastrointestinal microbiome signatures of pediatric patients with irritable bowel syndrome. *Gastroenterology.* 2011;141:1782-91.
45. McFarland LV, Dublin S. Meta-analysis of probiotics for the treatment of irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2008; 14:2650-2661
46. Irritable bowel syndrome in adults. Diagnosis and management of irritable bowel syndrome in primary care. NICE clinical guideline. Accessed June 12, 2013, at <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11927/39622/39622.pdf>
47. Kok L, Elias SG, Witteman BJ, Goedhard JG, Romberg-Camps MJ, Muris JW. Application of the Rome III criteria is not likely to reduce the number of unnecessary referrals for colonoscopy in primary care. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2013;25:568-74.
48. Sperber AD, Drossman DA. Irritable bowel syndrome: a multidimensional disorder cannot be understood or treated from a unidimensional perspective. *Therap Adv Gastroenterol.* 2012;5:387-93.
49. Engsbro AL, Begtrup LM, Kjeldsen J, Larsen PV, de Muckadell OS, Jarbøl DE, et al. Patients suspected of irritable bowel syndrome-cross-sectional study exploring the sensitivity of Rome III criteria in primary care. *Am J Gastroenterol.* 2013;108:972-80.
50. Saadi M, McCallum RW. Rifaximin in irritable bowel syndrome: rationale, evidence and clinical use. *Ther Adv Chronic Dis.* 2013;4:71-5.
51. Sanders DS, Carter MJ, Hurlstone DP, Pearce A, Ward AM, McAlindon ME, et al. Association of adult coeliac disease with irritable bowel syndrome: a case-control study in patients fulfilling ROME II criteria referred to secondary care. *Lancet.* 2001;358:1504-8.
52. Sainsbury A, Sanders DS, Ford AC. Prevalence of irritable bowel syndrome-type symptoms in patients with celiac disease: a meta-analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2013;11:359-365.
53. Khan S, Chang L. Diagnosis and management of IBS. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2010;7:565-81.
54. O'Sullivan MA, Mahmud N, Kelleher DP, Lovett E, O'Morain CA. Patient knowledge and

- educational needs in irritable bowel syndrome. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2000;12:39-43.
- 55.Uz E, Türkay C. İrritabl barsak sendromunda gıda alerjisi. *Güncel Gastroenteroloji*. 2006;10:38-44.
- 56.Gülşen M. İrritabl bağırsak sendromu. *Güncel Gastroenteroloji*. 2007;11:98-121.
- 57.Chirila I, Petrariu FD, Ciortescu I, Mihai C, Drug VL. Diet and irritable bowel syndrome. *J Gastrointest Liver Dis*. 2012;21:357-62.
- 58.Jung HJ, Park MI, Moon W, Park SJ, Kim HH, Noh EJ, et al. Are food constituents relevant to the irritable bowel syndrome in young adults? - A Rome III based prevalence study of the Korean medical students. *J Neurogastroenterol Motil*. 2011;17:294-9.
- 59.Drisko J, Bischoff B, Hall M, McCallum R. Treating irritable bowel syndrome with a food elimination diet followed by food challenge and probiotics. *J Am Coll Nutr*. 2006;25:514-22.
- 60.Shen YH, Nahas R. Complementary and alternative medicine for treatment of irritable bowel syndrome. *Can Fam Physician*. 2009;55:143-8.
- 61.Rees G, Davies J, Thompson R, Parker M, Liepins P. Randomised-controlled trial of a fibre supplement on the symptoms of irritable bowel syndrome. *J R Soc Promot Health*. 2005;125:30-4.
- 62.Aller R, de Luis DA, Izaola O, la Calle F, del Olmo L, Fernandez L, et al. Effects of a high-fiber diet on symptoms of irritable bowel syndrome: a randomized clinical trial. *Nutrition*. 2004;20:735-7.
- 63.Dapoigny M, Stockbrügger RW, Azpiroz F, Collins S, Coremans G, Müller-Lissner S, et al. Role of alimentation in irritable bowel syndrome. *Digestion*. 2003;67:225-33.
- 64.Daley AJ, Grimmett C, Roberts L, Wilson S, Fatek M, Roalfe A, et al. The effects of exercise upon symptoms and quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial. *Int J Sports Med*. 2008;29:778-82.
- 65.Bijkerk CJ, Muris JW, Knottnerus JA, Hoes AW, de Wit NJ. Systematic review: the role of different types of fibre in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004;19:245-51.
- 66.Ruepert L, Quartero AO, de Wit NJ, van der Heijden GJ, Rubin G, Muris JW. Bulking agents, antispasmodics and antidepressants for the treatment of irritable bowel syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;8:CD003460.
- 67.Paré P, Bridges R, Champion MC, Ganguli SC, Gray JR, Irvine EJ, et al. Recommendations on chronic constipation (including constipation associated with irritable bowel syndrome) treatment. *Can J Gastroenterol*. 2007;21 Suppl B:3B-22B.
- 68.FDA Announces Discontinued Marketing of GI Drug, Zelnorm, for Safety Reasons. U.S. FDA (Food and Drug Administration). Accessed June 12, 2013, at <http://www.fda.gov/NewsEvents/Newsroom/PressAnnouncements/2007/ucm108879.htm>
- 69.Loughlin J, Quinn S, Rivero E, Wong J, Huang J, Kralstein J, et al. Tegaserod and the risk of cardiovascular ischemic events: an observational cohort study. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2010;15:151-7.
- 70.Anderson JL, May HT, Bair TL, Muhlestein JB, Horne BD, Carlquist JF. Lack of association of tegaserod with adverse cardiovascular outcomes in a matched case-control study. *J Cardiovasc Pharmacol Ther*. 2009;14:170-5.
- 71.Tack J, Stanghellini V, Dubois D, Joseph A, Vandeplasse L, Kerstens R. Effect of prucalopride on symptoms of chronic constipation. *Neurogastroenterol Motil*. 2014;26:21-7.
- 72.Tack J, van Outryve M, Beyens G, Kerstens R, Vandeplasse L. Prucalopride (Resolor) in the treatment of severe chronic constipation in patients dissatisfied with laxatives. *Gut*. 2009;58:357-65.
- 73.Summary basis of decision for Resotran. Drugs and health products. Health Canada. Accessed May 26, 2014, at http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mpps/prodpharma/sbd-smd/drug-med/sbd_smd_2012_resotran_141157-eng.php#a2
- 74.Chamberlain SM, Rao SS. Safety evaluation of lubiprostone in the treatment of constipation and irritable bowel syndrome. *Expert Opin Drug Saf*. 2012;11:841-50.
- 75.Efskind PS, Bernklev T, Vatn MH. A double-blind placebo-controlled trial with loperamide in irritable bowel syndrome. *Scand J Gastroenterol*. 1996;31:463-8.
- 76.Bardhan KD, Bodemar G, Geldof H, Schütz E, Heath A, Mills JG, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled dose-ranging study to evaluate the efficacy of alosetron in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther*. 2000;14:23-34.
- 77.Camilleri M, Mayer EA, Drossman DA, Heath A, Dukes GE, McSorley D, et al. Improvement in pain and bowel function in female irritable bowel patients with alosetron, a 5-HT₃ receptor antagonist. *Aliment Pharmacol Ther*. 1999;13:1149-59.
- 78.Lotronex (alosetron hydrochloride) Tablets Prescribing Information and Medication Guide Apr 2008. FDA (Food and Drug Administration).

Accessed May 26, 2014, at http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021107s013lbl.pdf

79.Wedlake L, A'Hern R, Russell D, Thomas K, Walters JR, Andreyev HJ. Systematic review: the prevalence of idiopathic bile acid malabsorption as diagnosed by SeHCAT scanning in patients with diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2009;30:707-17.

80.Poynard T, Regimbeau C, Benhamou Y. Meta-analysis of smooth muscle relaxants in the treatment of irritable bowel syndrome. *Aliment Pharmacol Ther.* 2001;15:355-61.

81.Ford AC, Talley NJ, Spiegel BM, Foxx-Orenstein AE, Schiller L, Quigley EM, et al. Effect of fibre, antispasmodics, and peppermint oil in the treatment of irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2008;337:a2313..

82.Darvish-Damavandi M, Nikfar S, Abdollahi M. A systematic review of efficacy and tolerability of mebeverine in irritable bowel syndrome. *World J Gastroenterol.* 2010;16:547-53.

83.Ford AC, Talley NJ, Schoenfeld PS, Quigley EM, Moayyedi P. Efficacy of antidepressants and psychological therapies in irritable bowel syndrome: systematic review and meta-analysis. *Gut.* 2009;58:367-78.

84.Tabas G, Beaves M, Wang J, Friday P, Mardini H, Arnold G. Paroxetine to treat irritable bowel syndrome not responding to high-fiber diet: a double-blind, placebo-controlled trial. *Am J Gastroenterol.* 2004;99:914-20.

85.Masand PS, Pae CU, Krulewicz S, Peindl K, Mannelli P, Varia IM, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of paroxetine controlled-release in irritable bowel syndrome. *Psychosomatics.* 2009;50:78-86.

86.Martínez-Vázquez MA, Vázquez-Elizondo G, González-González JA, Gutiérrez-Udave R, Maldonado-Garza HJ, Bosques-Padilla FJ. Effect of antispasmodic agents, alone or in combination, in the treatment of Irritable Bowel Syndrome: systematic review and meta-analysis. *Rev Gastroenterol Mex.* 2012;77:82-90.

87.Zuckerman MJ. The role of fiber in the treatment of irritable bowel syndrome: therapeutic recommendations. *J Clin Gastroenterol.* 2006;40:104-8.

88.Pimentel M, Chow EJ, Lin HC. Eradication of small intestinal bacterial overgrowth reduces symptoms of irritable bowel syndrome. *Am J Gastroenterol.* 2000;95:3503-6.

89.Jiang ZD, DuPont HL. Rifaximin: in vitro and in vivo antibacterial activity--a review. *Chemotherapy.* 2005;51 Suppl 1:67-72.

90.Pimentel M, Park S, Mirocha J, Kane SV, Kong Y. The effect of a nonabsorbed oral antibiotic (rifaximin) on the symptoms of the irritable bowel syndrome: a randomized trial. *Ann Intern Med.* 2006;145:557-63.

91.Pimentel M, Lembo A, Chey WD, Zakko S, Ringel Y, Yu J; TARGET Study Group. Rifaximin therapy for patients with irritable bowel syndrome without constipation. *N Engl J Med.* 2011;364:22-32.

92.Menees SB, Maneerattannaporn M, Kim HM, Chey WD. The efficacy and safety of rifaximin for the irritable bowel syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2012;107:28-35.

93.Moayyedi P, Ford AC, Talley NJ, Cremonini F, Foxx-Orenstein AE, Brandt LJ, et al. The efficacy of probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome: a systematic review. *Gut.* 2010;59:325-32.

94.Hoveyda N, Heneghan C, Mahtani KR, Perera R, Roberts N, Glasziou P. A systematic review and meta-analysis: probiotics in the treatment of irritable bowel syndrome. *BMC Gastroenterol.* 2009;9:15.

95.Tan G, Hammond DC, Joseph G. Hypnosis and irritable bowel syndrome: a review of efficacy and mechanism of action. *Am J Clin Hypn.* 2005;47:161-78.

96.Labus J, Gupta A, Gill HK, Posserud I, Mayer M, Raen H, et al. Randomised clinical trial: symptoms of the irritable bowel syndrome are improved by a psycho-education group intervention. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013;37:304-15.

Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve NedenleriÖzgür Erdem¹, Tahsin Çelepkolu²

1 Kayapınar 9 Nolu ASM / Diyarbakır

2 Dicle Üniversitesi Tıp Fak. Aile Hekimliği AD Diyarbakır

ÖZET**Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri**

Postpartum depresyonun nedeni, henüz tam olarak aydınlatılmamış olmakla birlikte, bu konuda biyolojik ve psiko-sosyal risk faktörleri suçlanmaktadır. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen, beyne özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Hamilelik dönemi boyunca, yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde gözlenen ani düşüş, postpartum depresyon etiolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir. Doğum sonrası dönemde, kortizol ve tiroksin düzeyindeki değişikliklerle, psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler; aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir. Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiolojide sosyal stres etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir. Duygusal yönden desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların, bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır. Bu noktada aile hekimlerine çok iş düşmektedir. Bu konuda duyarlı olan aile hekimleri, postpartum dönemde gelen anneleri, bu gözle değerlendirirlerse birçok problem çözülür kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Postpartum depresyon, Risk faktörleri, Aile hekimleri

ABSTRACT**Risk Factors and Causes of Postpartum Depression**

Although the causes of biological and psychosocial risk factors are blamed the Postpartum Depression has not yet been fully clarified. It has been reported that irregularities of brain specific chemical agents known as neurotransmitters causes to developing depression. Sudden drop of high levels estrogen and progesterone observed during the period of pregnancy is considered to be an important factor in the etiology of Postpartum Depression. There should be a possible link among the psychiatric symptoms and the changes in cortisol and thyroxin level in the postnatal period. Pregnancy is the first step of individuals for being parents. However, being a pregnant or a parent does not always appear as planned, conscious, and discretionary decision. Even if she does not feel happy, for others she may decide to conceive. Social environment factors that shape the experience of pregnancy are listed as familial, cultural, religious, social, economical, political and intellectual conditions. Although there has been endocrine and biochemical changes in all women who give birth, but some of them develop psychiatric disorders. For this reason, social stress factors, interpersonal relationships, factors such as social support systems are suggested a need to be taken into consideration. It is difficult for women who are not emotionally supported, to constitute a healthy communication with their babies. At this point, family physicians have to work better. We hope a lot of problem will be solved, if family physician who is sensitive at this subject considers the women with this perspective at the postpartum period.

Key Words: Postpartum depression, Risk factors, Family physicians

Erdem Ö, Çelepkolu T. Postpartum Depresyonun Risk Faktörleri ve Nedenleri. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2014;8(3):93-99. DOI: 10.5455/tjfm.158709

Corresponding author:

Özgür Erdem

Kayapınar 9 Nolu ASM / DİYARBAKIR

E-mail: dr.oerdem@hotmail.com

Received Date: May 02, 2014

Accepted Date: September 18, 2014

Giriş

Ebeveyn olma kararı, insan yaşamındaki önemli kararlardan birisidir. Gebelik, bireylerin ebeveynlik rolüne adım attıkları ilk basamaktır. Ancak, gebe olmaya ya da ebeveyn olmaya karar verme her zaman planlı, bilinçli ve yalnızca bireylerin kendi isteğine bağlı olarak gelişmemektedir. Çoğu zaman bireyler, bir çocuk doğurmaya yönelik kendilerini motive eden faktörlerin farkında değildirler. Böyle olduğunda gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlamak daha da güç olmaktadır. Kadınlar, toplumda bir statü elde etmek, üreme yeteneği kanıtlamak için ya da kültürel baskılardan dolayı bir çocuğa sahip olmak isteyebilmektedirler.¹

Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlamak, bebek için güvenli bir çevre oluşturmak, bebekle iletişim kurmak, yeni rolleri öğrenmek, aile duyarlılığı geliştirmek ve bebekle ilgili problemlerle baş etmek zorundadır. Bu nedenle, postpartum dönem aile için bir kriz yaşantısına dönüşebilmektedir.² Bu dönemde, annede en sık görülen problemlerden bir tanesi de postpartum depresyondur (PPD).

PPD, doğumdan sonraki 2. ve 3. haftadan sonra başlar, ancak başlangıç doğumdan sonraki 1-2 yıla kadar uzayabilir. Bazen doğumdan sonraki 4. Ve 5. aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir, ya da var olan klinik belirtilerle doğum arasında bir bağlantı kurulamayabilir. PPD belirtileri, majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar; “kendini değersiz hissetme, suçluluk hissi, ağlamaklı hal ve kontrolsüzce ağlama, hareket ve konuşmada yavaşlık, ajitasyon veya hiperaktivite, iştah bozuklukları, uyku bozuklukları, duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler, konsantrasyon ve karar verme yeteneğinde azalma, enerji ve motivasyon kaybı, yoğun umutsuzluk, yalnızlık, kayıp, kontrol kaybı ya da çıldırma korkusu, yetersizlik ve kendine güvensizlik, yaşamı anlamsız bulma, kendini çaresiz hissetme, içe kapanma, cinsel isteksizlik, bellek zayıflığı, bebeğe karşı aşırı ilgisizlik, bebeği için aşırı endişelenme, bebeğe zarar verme” ile ilgili düşüncelerdir.³

Batı ülkelerinde yapılan çalışmalarda, kadınların yaklaşık %10-20’si PPD yaşamakta iken,⁴ Asya ülkelerinde yürütülen çalışmalarda ise, PPD prevalansının %1’den %20’ye kadar daha geniş bir yaygınlık gösterdiği bulunmuştur.⁵ Ülkemizde ise, annelerin %6.3-50.7’inde PPD belirtilerinin bulunduğu bildirilmektedir.⁶

Sağlık ve hastalık kültürel yapı içinde şekillenen ve kültürden kültüre değişebilen kavramlardır. Doğum, kadın yaşamında fizyolojik bir olay olmasının yanı sıra, toplumun sosyal ve

kültürel özellikleri ile şekillenmektedir. Bu nedenle, PPD prevalansında, ülkelerarası farklılıkların yanı sıra, aynı ülkedeki bölgesel farklılıkların olmasının da kültürün bir sonucu olabileceği düşünülmektedir.⁷

Multifaktöriyel bir ortamda, PPD’ye yatkın anneleri, erken tanımlamak ve tedavi girişimlerinde bulunmak, hastalığın uzun dönemli olumsuz etkilerini en düşük düzeye indirmede yararlı olacaktır. Bu nedenle, PPD gelişimine yatkınlık yaratan risk etmenlerini bilmek ve riskli kabul edilebilecek anneleri yakından izlemek önemlidir.⁸ PPD’nin nedenleri henüz tam olarak aydınlatılamamıştır.⁹ Bununla birlikte PPD’nin nedenleri biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörler ile açıklanmaktadır.¹⁰⁻¹²

A- PPD’nin Risk Faktörleri

Risk faktörlerini belirlemek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Arjantin’de yapılan bir çalışmada PPD sezeryan, multiparite, yetersiz anne sütü ve perinatal komplikasyonlar ile ilişkili bulunmuştur.¹³

Türkiye’de yapılan bir çalışmada, planlanmayan/beklenmeyen gebelikler, bebeğin sadece mama ile beslenmesi, annenin bebeğin uyku düzeninden memnun olmaması, bebek bakımında annenin yalnız kalması ve aile desteğinin olmaması, evlilik ilişkilerinin kötü olması ve aile içi şiddetin PPD ile anlamlı derecede ilişkili olduğu saptanmıştır. Aile desteğinin olmaması, aile içi şiddet ve kötü evlilik ilişkileri ile bebeğin biberonla beslenmesi, PPD gelişiminde primer faktör olarak saptanmıştır.¹⁴ Selçuk ve ark.,¹⁵ gebelik sürecinde daha az kilo alan annelerin, depresyona eğilim oranının daha fazla olduğunu ve PPD için risk faktörü olarak gebelik sürecinde yetersiz beslenme sonucu, düşük kilo alımının da üzerinde durulması gerektiğini vurgulamıştır.

Yapılan bu çalışmalar içinde en ayrıntılı ve en kapsamlı çalışma, Beck’in PPD’nin risk faktörleri ile ilgili yaptığı meta-analiz çalışmasıdır. Beck, PPD ön göstergelerini araştıran 1974-1994 yılları arasında yapılan 44 çalışmayı incelemiştir. Bu meta-analiz çalışması sonucunda, PPD’nin en önemli risk faktörleri Tablo 1’de gösterilmiştir.¹⁶ PPD’nin diğer risk faktörleri de, yapılan birçok araştırma ile literatürde bize yol gösterir nitelikte olup Tablo 2’de belirtilmiştir.^{10,17-19}

Farklı araştırmalarda D vitamini ve demir eksikliği ile PPD arasındaki ilişki de incelenmiştir. İran’da yapılan çalışmada, başlangıçta hemoglobinin seviyesi normal olan ve doğumdan sonra anemi gelişenlerde, PPD prevalansının anlamlı derecede daha fazla olduğu tespit edilmiştir.²⁰ Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada ise, PPD risk faktörleri olarak yaş, meslek, parite gibi nedenlerin sayılabileceği belirtilmiş ancak özellikle gebelikte

Tablo 1. Postpartum depresyonun risk etmenleri

1.	Prenatal depresyon ve anksiyetenin varlığı
2.	Geçirilmiş depresyon öyküsü
3.	Çocuk bakımına ilişkin yaşanan stresler
4.	Sosyal destek eksikliği
5.	Stresli yaşam olayları
6.	Annelik hüznü
7.	Olumsuz evlilik ilişkileri
8.	Düşük benlik saygısı
9.	Bebegın huysuzluğu
10.	Annenin evlilikten memnuniyeti
11.	Sosyoekonomik durum
12.	Gebeliğin istenme durumu

Tablo 2. Postpartum depresyonun diğer risk etmenleri

1.	Ailede depresyon öyküsünün bulunması
2.	Eğitim düzeyi
3.	Doğum sayısı
4.	Prematüre doğum
5.	Şiddetli premenstrüel sendrom
6.	Emzirmeme
7.	Tiroid hastalıkları
8.	Gebelik komplikasyonları
9.	Erkek bebek beklentisinin gerçekleşmemesi
10.	Fiziksel yorgunluk
11.	Ağır aile içi anlaşmazlık
12.	Psikiyatrik tedavi öyküsünün olması
13.	Sosyal destek yokluğu
14.	Sigara kullanımı
15.	Gebelikte aşırı bulantı
16.	İlk gebelik
17.	Kadının kendi anne-babasının erken ölümü
18.	Anne bakım eksikliği
19.	Kadına gebeliğindeki negatif tutumlar
20.	Kocasının yakınlığının kaybı
21.	Yeniden evlenmesi
22.	Madde bağımlılığı
23.	Sosyal çevreyle olan yaşanmış güçlükler
24.	Evlenme yaşı
25.	Kadının çocukluğunda babasının aşırı koruması altında olması

hemoglobin seviyesinin düşüklüğü ve aneminin PPD açısından risk oluşturduğu belirtilmiştir.²¹ Diğer taraftan gebelerde D vitamini düşüklüğü, antenatal depresyon semptomlarını artırdığı ve PPD için bir risk faktörü olduğu da belirtilmiştir.^{22,23} Ayrıca, kadınların doğumdan sonra gebelik dönemine göre daha az uyudukları tespit edilmiştir. Daha önce depresyon öyküsü olan gebelerde uykusuzluk, postpartum dönemde depresyonun yeniden ortaya çıkmasında bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.²⁴

B- PPD'nin Biyolojik Faktörleri

Beyin biyokimyasındaki bozuklukların, depresyonda önemli bir faktör olduğu gösterilmektedir. Depresyonun gelişmesine, nörotransmitter olarak bilinen beyine özel kimyasal maddelerdeki düzensizliklerin neden olduğu belirlenmiştir. Bu nörotransmitterler şunlardır;

- Norepinefrin (NE),
- Serotonin (5-HT),
- Dopamin,
- Asetilkolin,
- Gama Amino Butirik Asit (GABA)'dır.

Depresyon etiyolojisinde, bu nörotransmitterler, özellikle NE ve 5-HT etkinliğinde azalma olduğu en çok kabul gören bulgulardan birisi olarak bildirilmektedir. NE'nin 5-HT'nin etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Noradrenerjik işlev yetersizliği ve NE'nin salınımını azaltıp kandaki seviyesini düşüren ilaçların kullanılması (ör: rezerpin, propranolol gibi), NE'nin etkinliğini dolayısıyla da 5-HT'nin etkinliğini azaltmaktadır. Aynı zamanda, dopamin azalması (kolinerjik etkiyi azaltır), asetilkolinin (kolinerjik etkiyi artırır) artmasına neden olmaktadır. GABA, NE ve Serotonin etkinliğini düzenlemektedir. GABA'nın artması, NE ve serotonin etkinliğinde azalmaya neden olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, tüm bu nörotransmitterlerin salınımındaki dengesizliklerin depresyon gelişimi için risk yarattıkları bildirilmektedir.^{25,26}

Gebelik ve doğum sonrası dönemde, birçok hormonal değişiklikler gözlenir. Hamilelik dönemi boyunca yüksek düzeylerde seyreden östrojen ve progesteron seviyelerinde doğum sonrası gözlenen ani düşüş, PPD etiyolojisinde önemli bir etken olarak düşünülmektedir.^{26,27} Doğum sonrası 9. haftada Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanarak yapılan bir çalışmada, hamileliğin 36 haftası süresince ve postpartum 2. günde ölçülen serum östradiol seviyelerinin, depresif kadınlarda, depresyonu olmayan kadınlara göre daha düşük seviyelerde olduğu bulunmuştur. Benzer sonuçlar, gebeliğin 34, 38. ve postpartum dönemin 1,3,4,6 ve 8. günlerinde ölçülen östradiol sonuçlarıyla da elde edilmiştir. Östrojen ve progesteron gebeliğin üçüncü trimestrinin döneminin sonunda, menstrüel siklustaki en yüksek seviyelerine, 10 ve 50 katına çıkarlar, doğumdan sonra da normal seviyelerine dönerler.²⁷

Östrojenin, serotonerjik, noradrenerjik, dopaminerjik ve GABA gibi birçok nörotransmitter sistemini modüle ettiği ve gen ekspresyonu gibi diğer beyin aktivitelerini etkilediği bilinmektedir.²⁷⁻²⁹ Östradiol çekilmesinin dopamin aşırı duyarlılığı ve beyindeki dopamin transporter mRNA seviyelerinde artma ile sonuçlandığı ileri

sürülmüştür. Ratlarda progesteronun seviyesinin düşmesi ise, benzodiazepinlere GABA-A duyarsızlaşması ile sonuçlanmıştır. Doğum sonrası dönemde düşen gonadal steroid düzeyleri, santral serotonerjik aktiviteyi azaltabilmektedir.²⁷ Östrojen, beyinde Mono Amino Oksidaz (MAO) ve 5HT2 aktivitesini azaltarak, 5HT1 reseptörlerin aktivitesini arttırarak etki eder. Bu birleşik etki, östrojenin serotonerjik fonksiyon üzerinde 5HT agonisti gibi etki göstermesine neden olur. Üstelik östrojen duyarlılığı, noradrenerjik aktiviteyi arttırır ve dopamin 2 reseptörlerini azaltır. Östrojenin, santral nörotransmitter fonksiyona dönük bu kombine etkisi, östrojenin antidepresan etkisinin yanında, antipsikotik etkisinin de olabileceğini düşündürmektedir.²⁸

Doğum sonu dönemde, majör depresyon öyküsü olan kadınlarda, olmayanlara göre vücutta apomorfın miktarında artma olduğu belirtilmektedir. Apomorfının, bedende fazla miktarda bulunması, hipotalamustan salgılanan dopamin salınımını arttırmaktadır. Ancak, dopamin salınımında artma olmasına rağmen, etkinliğinde azalma olduğu belirtilmektedir. Dopamin hormonunun etkinliğinde azalma olması, depresyona olan yatkınlığı arttırmaktadır.²⁵

Gebelik esnasında, Human Coryonik Gonadotropin (HCG)'nin tiroid bezi üzerinde, Troid Stümülant Hormon (TSH) benzeri etkisi vardır. Gebelikte ayrıca artmış östrojen düzeyine, sekonder Troid Bağlayan Globulin (TBG)'de artar. Sonuç olarak da, gebelikte tiroid bezi büyüyebilir, total T3, total T4 ve TSH artar. FT3, FT4 ise normal sınırlarda kalır. Yükselen tiroid hormonları, doğum sonrasında düşer, ayrıca doğumdan sonraki ilk 6 ayda kadınların %6'sında tiroid fonksiyonu bozukluğu gözlenir. Mikrozoal ve tiroglobulin antikoları, pozitif ve negatif olan anneler, PPD yönünden karşılaştırıldığında, a antikoların varlığı ile depresif duygu-durum arasında bağlantı olabileceği gösterilmiştir. Tiroksin düzeyinin, doğumdan sonra düşmesinin bir grup kadında doğum sonrası depresyon gelişiminde rolü olabileceği ileri sürülmektedir. Bu durumun, gebeliğin erken dönemlerinde tiroid antikolarlarının ölçümüyle tanımlanabileceği bildirilmektedir. Bununla birlikte, PPD ile tiroid disfonksiyonu fonksiyonu bozukluğu arasında açık bir ilişki bulunmamıştır.^{27,30}

PPD'si olan ve olmayan kadınlarda yapılan hormonsal ölçümler çelişkili sonuçlar vermektedir. Çalışmaların verilerine göre, anormal üreme endokrin fonksiyonları ile PPD gelişimi arasında bir sonuç bulunamamıştır. Bununla birlikte, üreme hormon değişikliklerinin meydana geldiği postpartum periyotta depresyon riski artabilir ve genel kanı da hormon seviyelerindeki hızlı düşüşün, duyarlı kişilerde depresyonun ortaya

çıkışında büyük önemi olduğu seklindedir.²⁷ Yapılan bir çalışmada, yapay uyarıyla östrojen serum seviyelerinde ani düşüşle birlikte, PPD öyküsü olan kadınların %63'ünde depresyon ortaya çıktığı belirtilmiştir.²⁹

Doğumdan hemen sonraki günlerde, hipofizin hacmi, dolaşımı ve salgılayıcı aktivitesinde önemli düzeyde bir azalma olur. Gebeliğin son üç ayında, yüksek olan serum kortizol düzeyi, doğum sonrası dönemde düşer. Kortizol düzeyindeki değişikliklerle, psikiyatrik belirtiler arasında bir bağlantı olabileceği bildirilmektedir.^{17,30}

Prolaktin düzeyi, doğum sonrası 1. haftanın sonuna kadar, östrojenin düşüşüne ters olarak artmaktadır. Emzirmeyen annelerde, prolaktin düzeyinin hızlı düşüşü ile PPD arasında muhtemel bir ilişkinin bulunduğu bildirilmektedir.³⁰ Harris ve ark.,³¹ tükürükteki progesteron ve prolaktin düzeyleri ile, PPD arasında anlamlı bağlantı olduğunu saptamışlardır. Bebeklerini emzirmeyen kadınlarda, tükürük progesteron konsantrasyonu ile depresyon arasında pozitif bir ilişki bulunurken, süt veren kadınlarda bu ilişkinin negatif yönde olduğu görülmüştür. buradan yola çıkılarak, bebeğini emziren ve emzirmeyen kadınlarda depresyon tedavisinin farklı olabileceği öne sürülmüştür.

C- PPD'nin Psikolojik Faktörleri

Gebe kadının, gebelik ve ebeveynlik rolüne uyum sağlaması, fiziksel durumu, davranışları ve tepkileri büyük ölçüde, içinde yaşadığı sosyal çevre tarafından belirlenmektedir. Gebelik deneyimini şekillendiren sosyal çevredeki faktörler, aile, kültür, din, sosyal, ekonomik, politik ve entelektüel koşullar olarak sıralanabilmektedir.^{1,32}

Hemen her toplumda, özellikle kadınlar, gebe olma ve annelik rolünü üstlenme konusunda, önemli bir baskı altında bulunmaktadır.³² Annelik, birçok toplumda bir yetişkin olarak, bireyin yerine getirmesi gereken görev olarak bakılmakta ve kadınlar sosyal olarak bu göreve yönelik hazırlanmaktadır. Eş, akran grubu ve aileden gelen baskılar da, kadınların çocuk sahibi olma kararında etkileyici bir faktör olabilmektedir. Kadın istemese bile, başkalarını mutlu etmek için gebe kalmaya karar verebilmektedir.^{1,32}

Çocuk sahibi olmak kadın için bir kazanç olmakla birlikte, beden algısında, sosyal ilişkilerde, aile içindeki ve toplum içindeki rollerde değişiklikler, entelektüel yetilerde kayıp algısı, bağımsız kadın rolünden sorumlu, geleneksel kadın rolüne geçiş gibi, kimliğe ilişkin değişikliklerin yaşanması, kadında depresyon gelişimine yatkınlık yaratabilmektedir.³³ Doğum yapan tüm kadınlarda, endokrin ve biyokimyasal değişiklikler olmasına karşın, psikiyatrik bozuklukların ancak kadınların bir bölümünde gelişmesi, etiyolojide sosyal stres

etmenleri, kişiler arası ilişkiler, sosyal destek sistemleri gibi etmenlerinde göz önünde bulundurulması gerektiğini düşündürmektedir.¹⁷

Landy ve ark.,³⁴ kendi hayatlarını kendilerinden çok, dış etmenlerin kontrol ettiğini düşünen annelerin, PPD açısından daha yüksek risk taşıdıkları yönünde bulgular olduğunu bildirmektedirler.

Özellikle ilk doğumunu yapmış olan kadınlar, ambivalans ve kayıp duygusu yaşarlar. Bağımsızlığın, önceki yaşam tarzının, vücut imajının ve anne karnından ayrılmış olan bebeğin kaybı yaşanmaktadır. Gelişim dönemlerinde annelerin doyurulmamış yaşantıları olmuşsa, bebeğin talepleri bunaltıcı olmakta, anne öfkesini bebeğe ya da kendisine yöneltmekte ve olumlu bir annelik imajını içselleştirememektedir.^{17,34}

Ayrıca gebe kadınların, kendi anneleriyle ilişkilerindeki duygu karmaşası, anne ile yeterli özdeşimin yapılmamış olması, çocukluk döneminde ölüm ya da boşanma nedeniyle ebeveyn kaybı, erken gelişim dönemlerinde her iki ebeveyn ile olan ilişkinin ne ölçüde yakın ve destekleyici olduğu gibi etmenlerin önemine de dikkat çekilmektedir.¹⁷

Duygusal yönde desteklenmemiş ve beslenmemiş olan kadınların, bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmaları güç olacaktır.¹⁷ Nicolson,³⁵ PPD'yi açıklamada iki model geliştirdiğini bildirmektedir. Klinik model, PPD'yi bir hastalık ya da bozukluk olarak tanımlarken, sosyal model de, doğumun bir yaşam olayı olduğunu ve PPD'nin bu yaşam olayına bir yanıt olarak ortaya çıktığı kabul edilmektedir.

Aile öyküsünde, postpartum döneme ilişkin ruhsal hastalık öyküsü olan kadınlar, riskli olarak kabul edilmelidir. Ayrıca istenmeyen gebelikler, bozuk aile içi ilişkiler, sosyal destek sistemlerinin yoksunluğu depresyon gelişimini kolaylaştırıcı etkenlerdir. Anne olma olayı, kadın için bir olgunlaşma krizi anlamına gelir. Genç kadın klinikten çıkıp eve gelince hem anne, hem de ev kadını olarak birdenbire yepyeni görevlerle karşı karşıya kalır ve gerek çocuğuna, gerekse yeni kurulmuş ailesine uyumda güçlük çeker.³⁶

D- PPD'nin Sosyo-kültürel Faktörleri

Asyalı kadınlarda PPD, fiziksel/biyolojik, psikolojik, obstetrik/pediyatrik, sosyo-demografik ve kültürel faktörlerle ilişkili olarak beş ana grupta kategorize edilmiştir.¹² Danacı ve ark.'nın³⁷ çalışmasında, sosyoekonomik faktörlere ilişkin, yaşayan çocuk sayısının fazla olması, gecekonduda yaşama, göç etme, bebeğinde önemli sağlık sorunu olması, kadının kendisinde daha önce psikiyatrik bir bozukluğun olması, eşinde psikiyatrik bozukluk olması, eşiyle ve eşinin ailesiyle ilişkisinin iyi

olmaması da depresyonun ortaya çıkışıyla ilişkili etmenler olarak saptanmıştır.

Doğumla birlikte, kadınlara yüklenen rollere ve batı kültüründe doğumdan sonra kadının koşulsuz olarak bebeğini seveceği, ailesiyle ilgileneyeceği ve "ondan sonra hep mutlu yaşayacağı" şeklindeki güçlü beklentilere dikkat çekilmektedir. Bu düşünceler anne üzerine genellikle dayanılmaz baskılar yüklemektedir.^{17,34}

Ataerkil toplumlarda, bebeğin cinsiyetinin kız olması, kadınlarda sosyal baskıya neden olup PPD görülme durumunu etkileyebilir. Örneğin, Çin'de bir atasözü "18 tanrıça gibi bir kız çocuğu, kambur olan bir oğlan çocuğunun yerinin tutamaz". Türkiye'de de "oğlan olsun çamurdan olsun" deyiimi çok yaygındır. Ancak son yıllarda ülkemizde ebeveynlerin beklentilerinin, daha çok bebeğin sağlıklı doğmasından yana olmasına karşın, özellikle kırsal kesimde erkek lehine cinsiyet tercihleri, halen beklenen ve istenen bir durum olma özelliğini koruduğunu söyleyebiliriz. Dolayısıyla kadının kültürüne özgü ritüellerle, doğum sonrası dönemde destek verildiği, destek eksikliği durumunda artan PPD görülme olasılığının artacağı söylenebilir. Kültürel faktörler, doğum sonu dönemde PPD gibi, sık karşılaşılan sağlık sorunlarının ortaya çıkmasında etkili olabilmektedir. PPD, anne sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra bebeğin gelişimini de etkilemektedir.¹¹

Sonuç

Sonuç olarak PPD, genellikle hekimler tarafından göz ardı edilen bir konudur. Ancak, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, doğum sonrası depresyon tarama ölçeği, Beck depresyon ölçeği, Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği ve durumluluk-süreklilik kaygı envanteri gibi, PPD tarama yöntemleri vardır.³⁸ Ayrıca psikoterapi, farmakolojik tedavi ve elektrokonvülsif tedavi³⁹ seçenekleri gibi çok sayıda alternatif tedavi yöntemleri de mevcuttur. Buna rağmen, hastalar çoğu zaman uygun tanı ve yeterli tedavi almadan toplumda dolaşıp dururlar.

Bu noktada, aile hekimlerine çok iş düşmektedir. Ülkemizde aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile beraber, aile hekimleri ilk ve en önemli tıbbi temas noktası haline gelmiştir. Artık, herkesin mahallesinde rahatlıkla ulaşabileceği ve ücretsiz hizmet alabileceği bir aile hekimi bulunmaktadır. Bu sayede, kadın, gebe ve bebek izlemleri daha sık ve kolay yapılar hale gelmiştir. Bir kadın, gebeliği boyunca "doğum öncesi bakım" almak için en az dört kez aile hekimi tarafından görülmektedir. Doğum sonrası dönemde ise, lohusa izlemi ile beraber bebeğini aşılattmak için, anneler en az yedi-sekiz kez aile hekimlerine başvururlar. Bu konuda duyarlı olan hem aile

hekimleri, hem de aile sağlığı elemanları, postpartum dönemde gelen anneleri bu gözle değerlendirirlerse birçok problem çözülür kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Beydağ KD. Adaptation to motherhood in the postpartum period and the nurse's role. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(6):479-84.
2. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. Postpartum depression: Review. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2009;29(1):206-14.
3. Erdem O, Bez Y. Postpartum blues and postpartum depression. *Konuralp Tıp Dergisi* 2009;1(1):32-7.
4. Miller LJ. Postpartum depression. *Journal of the American Medical Association* 2002;287(6):762-65.
5. Bina R. The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature review. *Health Care for Women International* 2008;29(9):568-92.
6. Durukan E, İlhan NM, Bumin AM, Aycan S. 2 hafta-18 aylık bebeği olan annelerde postpartum depresyon sıklığı, etkileyen faktörler ve yaşam kalitesi. *Balkan Medical Journal* 2011;28(4):385-93.
7. Gölbacı Z, Eğri G. Doğum sonu dönemde annenin bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2010;32:276-82.
8. Collins NL, Dunkel-Schetter C, Lobel M, Scrimshaw SC. Social support in pregnancy: psychosocial correlates of birth outcomes and postpartum depression. *J Pers Soc Psychol* 1993;65(6):1243-58.
9. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum depression. *3P Dergisi* 2004;(4):12-20.
10. Evins GG, Theofrastous PJ. Postpartum depression: a review of postpartum screening. *Prim Care Update for Ob/Gyns* 1997;4(6):241-6.
11. Öztürk R, Kavlak O, Sevil Ü. Postpartum depresyonda kültürel faktörlerin önemi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2012;28(3):107-16.
12. Klainin P, Arthur GD. Postpartum depression in Asian cultures: a literature review *International Journal Of Nursing Studies* 2009;46(10):1355-73.
13. Mathisen SE, Glavin K, Lien L, Lagerlöv P. Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *Int J Womens Health* 2013;21(5):787-93.
14. Poçan AG, Aki OE, Parlakgümüş AH, Gereklioğlu C, Dolgun AB. The incidence of and risk factors for postpartum depression at an urban maternity clinic in Turkey. *Int J Psychiatry Med* 2013;46(2):179-94.
15. Selçuk MY, Usman MG, Oktay M, İstanbullu A, Özdemir Ö, Saraçoğlu F. The relationship of postpartum depression with weight gain during pregnancy and sociodemographic factors. *J Turgut Ozal Med Cent* 2012;19(4):256-63.
16. Beck CT. A meta-analysis of predictors of postpartum depression. *Nurs Res* 1996;45(5):297-303.
17. Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CM, Gunnervik C, Nordin C, et al. Obstetric, somatic and demographic risk factors for postpartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2002;99(2):223-8.
18. Yücesoy G, Özkan S, Yıldız M, Çakıroğlu Y, Bodur H. Postpartum depression: prevalence and contributing risk factors. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2011;21(1):6-12.
19. Erdem O, Bucaktepe PG, Özen Ş, Kara İH. Evaluation of anxiety and depression levels of mothers during prepartum and postpartum periods. *Düzce Tıp Dergisi* 2010;12(3):24-31.
20. Goshtasebi A, Alizadeh M, Gandevani SB. Association between maternal anemia and postpartum depression in an urban sample of pregnant women in Iran. *J Health Popul Nutr* 2013;31(3):398-402.
21. Alharbi AA, Abdulghani HM. Risk factors associated with postpartum depression in the Saudi population. *Neuropsychiatry Dis Treat* 2014;17(10):311-6.
22. Robinson M, Whitehouse AJ, Newnham JP, Gorman S, Jacoby P, Holt BJ et al. Low maternal serum vitamin D during pregnancy and the risk for postpartum depression symptoms. *Arch Womens Ment Health* 2014;7(3):213-9.
23. Cassidy-Bushrow AE, Peters RM, Johnson DA, Li J, Rao DS. Vitamin D nutritional status and antenatal depressive symptoms in African American women. *J Womens Health* 2012;21(11):1189-95.
24. Dørheim SK, Bjorvatn B, Eberhard-Gran M. Can insomnia in pregnancy predict postpartum depression? A longitudinal, population-based study. *Plos One* 2014;9(4):e94674.
25. Akkaya C. Serotonin and noradrenalin in the etiology of depression. *Yeni Symposium* 2005;43(3):91-6.
26. Noble RE. Depression in women. *Metabolism Clinical and Experimental* 2005;54:49-52.
27. Bloch M, Daly RC, Rubinow DR. Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Compr Psychiatry* 2003;44:234-46.
28. Ahokas A, Kaukoranta J, Aito M. Effect of estradiol on postpartum depression. *Psychopharmacology* 1999;146:108-10.
29. Riecher-Rössler A, Hofecker Fallahpour M. Postpartum depression: do we still need this diagnostic term? *Acta Psychiatr Scand* 2003;108(418):51-6.
30. Parry BL. Postpartum psychiatric syndromes. In: Kaplan HI, Sadock BJ, eds. Volume 1

- Comprehensive textbook of psychiatry, 6th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995;p1059-66.
31. Harris B, Johns S, Fung H, Thomas R, Walker R, Read G. et al. The hormonal environment of post-natal depression. *Br J Psychiatry* 1989;154:660-7.
32. Güler K, Coşkın A, Ekizler H, Karanisoğlu H, Tekin N. Epidemiological study on factors affecting prenatal care. *Hemşirelik Bülteni* 1988;12(3):58-64.
33. Adewuya AO. The maternity blues in Western Nigerian women: Prevalence and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193(4):1522-5.
34. Landy S, Montgomery J, Walsh S. Postpartum depression: A clinical view. *Matern Child Nurs J* 1989;18(1):1-29.
35. Nicolson P. Understanding postnatal depression: a mother-centred approach. *J Adv Nurs* 1990;15(6):689-95.
36. Gereklioğlu Ç, Poçan AG, Başhan İ. Postpartum psychiatric problems of mothers: review. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(2):126-33.
37. Danacı AE, Dinç G, Deveci A, Şen FS, İçelli İ. Postnatal depression in Turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;37(3):125-29.
38. Erdem O, Bucaktepe PG, Postpartum depresyonun görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Med J* 2012;39(3):458-61.
39. Erdem O. Doğum sonrası depresyon tedavisi. *STED* 2010;19(4):162-5.