

KADINLARIN OSTEOPOROZA İLİŞKİN BİLGİ, İNANÇ VE RİSK FAKTÖRLERİNİN İNCELENMESİ

Selda SEÇGİNLI*

Kabul Tarihi:14.12.2005

ÖZET

Osteoporoz sıklıkla ileri yaş kadınlarda görülen önemli bir sağlık problemidir. Osteoporozun erken dönemde tanınmasında, risk faktörlerini bilmek ve osteoporozu önleme konusunda yeterli bilgiye sahip olmak önemlidir. Tanımlayıcı tipte olan çalışmanın amacı bir grup kadında osteoporoz risklerini, bilgilerini, sağlık inançlarını belirlemek ve osteoporoz bilgisini etkileyen faktörleri incelemektir. Çalışma bir sağlık ocağına hizmet almak için gelen 310 kadın ile yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak, sosyo-demografik ve osteoporozla ilişkin özelliklerin sorgulandığı anket formu kullanılmıştır. Örneklem grubunun yaş ortalaması 36.50 ± 12.05 olup, sadece % 38'i osteoporozla ilişkin bilgi aldığını belirtmiştir. Genç ve eğitilmiş kadınların daha fazla osteoporoz bilgisi alma eğiliminde olduğu bulunmuştur. Pek çok kadının (% 62) günlük kalsiyum alma miktarının düşük olduğu ve egzersiz yapmadığı (% 70) belirlenmiştir. Kadınların sadece %40'ı kendinde osteoporoz gelişebileceğini düşünür iken, grubun yarısından fazlası osteoporozla ilişkin ifadelerle "kararsız" cevabını vermiştir. Osteoporoz insidansının azaltılmasında kadınlarda osteoporoz farkındalığının eğitim yolu ile artırılması ve özellikle ileri yaş ve düşük eğitilmiş kadınlara yönelik sağlık eğitim programlarının planlanması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Bilgi, osteoporoz, risk faktörleri, sağlık inançları

ABSTRACT

Examining The Knowledge, Beliefs and Risk Factors of Osteoporosis among Women

Osteoporosis is a major health problem that is particularly prevalent among older women. In early diagnosis of osteoporosis, it is important to know the risk factors and to gain adequate knowledge for the prevention of osteoporosis. The purpose of this descriptive study is to assess the risk factors, knowledge and health beliefs toward osteoporosis and to examine the related factors with hearing/reading about osteoporosis in a sample of women. The study was carried out with 310 women who were recruited from a health center. A questionnaire which includes the variables related with socio-demographic characteristics and osteoporosis was used for data collection. The mean age of the sample was 36.50 ± 12.05 , and only 38% of the sample had heard/read of osteoporosis. Women who were younger and better educated were more likely to have heard/read of osteoporosis. Most women (62%) identified low calcium intake, and 70% identified lack of exercise. Only forty percent of women were concerned about developing osteoporosis and more than half of the women perceived as "neutral" related with the osteoporosis health beliefs items. For decreasing the incidence of osteoporosis, it is essential in efforts to increase the awareness of osteoporosis. Health education programs should be targeted women especially who are older and have less formal education.

Keywords: Knowledge, osteoporosis, risk factors, health beliefs

* İstanbul Üniv. Halk Sağl. Hemş. ABD, Araştırma Görevlisi (e-mail: vsmerey@yahoo.com)

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşam koşulları, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve teknolojik gelişmeler nedeniyle özellikle gelişmiş toplumlarda insan ömrü giderek uzamaktadır. Bu gelişmeler ortalama yaşam süresini uzatırken, çeşitli sağlık, sosyal ve ekonomik sorunları da beraberinde getirmektedir. Sık görülen bir kemik hastalığı olan osteoporoz bu sorunlardan birisidir. Osteoporoz, günümüzde insan ömrünün giderek uzaması ve sıklıkla ileri yaşlarda ortaya çıkması nedeniyle tüm dünya ülkelerinde daha da önem kazanmış bir sağlık sorunudur. Osteoporoz düşük kemik kütlesi ve kemik mikro yapısının bozulması sonucu kemik kırılabilirliğinin ve kırık olasılığının artması ile karakterize sistemik bir iskelet hastalığıdır (Sindel 2002, <http://www.osteoporoz.org.tr/hakkinda/index.html>. 2005). Osteoporoz nedeniyle oluşmuş kırıklar en önemli sağlık sorunları arasında değerlendirilir. Her yıl 1,5 milyondan fazla Amerikalı osteoporozla bağlı kırıklara ve bunların neden olduğu ağrı ve sakatlıklara maruz kalmaktadır. Kırıklar iskelet sisteminde en çok omurga, kalça kemiği ve ön kolda görülür. Amerika Birleşik Devletleri'nde kalça, omurga veya ön kol kırığının yaşam boyunca görülme riski 50 yaş üstündeki beyaz kadınlarda %40, erkeklerde ise %13'tür (National Osteoporosis Foundation (NOF) 2005). Osteoporozla bağlı omurga kırık sıklığı, European Vertebral Osteoporoz Study Group (EVOS) çalışmasında Avrupa'nın 19 ülkesinde %6-20 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmada ülkemizde omurga kırık sıklığı %9, osteoporozla bağlı kalça kırığı sıklığı onbinde 1.6 olarak bulunmuştur (Kanis 1991, EVOS 2005). Osteoporoz sorununu yaşayan kişilerin %80'inin kadın olması ve dünyadaki postmenopozal dönemdeki kadınların %30'unun etkilendiği bir problem

olması nedeniyle osteoporoz, özellikle kadın sağlığı açısından önemli bir sağlık problemidir (Dünya Sağlık Örgütü 1994). Kadınların beklenen yaşam sürelerinin uzaması gelecek yıllarda ülkemizde osteoporozla bağlı sağlık problemlerinin ve bakım gereksinimlerinin artacağını düşündürmektedir. Bu değişime paralel olarak, osteoporoz nedenli sağlık problemlerinin görülme sıklığında artış olacaktır. Bu problemler, süregelen karakterli olup, kişinin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, ciddi komplikasyonları olabilen, tedavileri yüksek maliyetli hastalıklardır. Bu nedenle osteoporozda korunma stratejilerini uygulamak önemlidir.

Pek çok çalışmada osteoporozdan korunmada en etkili yaklaşımın kemik kitle kaybını önlemek olduğu ileri sürülmektedir (Akan 1999, Bakırcı 2003, Tussing et al. 2005). Bunun için kemik kitle yoğunluğunu artıracak ve kemik kaybını önleyecek uygulamalar özel önem taşımaktadır. Özellikle 25-30 yaşlarına kadar devam eden dönemde proteinden ve kalsiyumdan zengin besinler almak, karbonhidrat ve yağ yönünden dengeli beslenmek ve düzenli egzersiz yapmak osteoporozdan korunmada etkili uygulamalardır. Yanı sıra sigara, alkol ve aşırı kafein tüketimi gibi risk faktörlerinden uzak durulması ve özellikle menopoz döneminde östrojen alınmasının da önemli olduğu belirtilmektedir (Akan 1999, Juby and Davis 2001, Sindel 2002, Bakırcı 2003, Yağmur 2003).

Osteoporozun erken dönemde tanınmasında risk faktörlerinin bilinmesi ve gerekli yaşam değişiklikleri ile hastalığın ortaya çıkmasını önlemek konusunda yeterli bilgiye sahip olunması özel önem taşımaktadır. Osteoporozla ilişkin tanımlanan risk faktörleri olarak, beyaz ırktan ve Asya kökenli olmak, ileri yaşta olmak, ailede özellikle annede osteoporoz veya kırık öyküsünün bulunması, 50 yaşından

sonra ortaya çıkan herhangi bir kırığın olması, erken menopoza, adet görmeme, çok zayıf olma, uzun süreli ilaç (kortizon, tiroid hormonu, antiasid, fenobarbital) kullanımı gibi özelliklerle birlikte, fazla miktarda sigara, kahve, alkol tüketimi, yetersiz kalsiyum ve D vitamini alımı ve bedensel aktivitenin azlığı sıralanabilir (Sindel 2002, NOF 2005, <http://www.osteoporoz.org.tr/hakkinda/index.html>, 2005). Yukarıdaki risk faktörleri düşünüldüğünde osteoporozun kadınlar için önemli bir sağlık sorunu olduğu ifade edilebilir. Kemik kitlesini en üst düzeye çıkarmak için, özellikle adolesan ve genç yaş kadınların günlük diyetle en az 1000 mg kalsiyum almasının önemli olduğu belirtilmektedir (Weiss and Sankaran 1998, NOF 2005). Çocukluk ve gençlik yılları, diyetle yeterli kalsiyum alma alışkanlığının kazandırılmasında ve doğru beslenme davranışlarının geliştirilmesinde kritik öneme sahiptir. Nitekim, bu yıllarda osteoporozdan korunmada önemli olan davranışların kazandırılması ileri yaş dönemde bireylerin kemik kitle yoğunluğunu arttırmada en belirleyici faktördür. Osteoporoz insidansını düşürmede, osteoporoz risk faktörlerini azaltmayı amaçlayan toplum temelli çalışmaların yapılması önemlidir. Bu nedenle, osteoporozun ciddiyetine yönelik olarak toplum farkındalığının artırılması, özellikle kadınların osteoporoz risk faktörlerini bilmeleri ve koruyucu davranışları sergilemeleri önemlidir. Osteoporozla ilişkin sağlık inançlarını, bilgi ve risk faktörlerini araştıran çeşitli araştırmalar kadınlarda osteoporoz bilgisinin yetersiz olduğunu (Kasper et al. 1994, Ailinger and Emerson 1998, Weiss and Sankaran 1998, Saw et al. 2003, Werner et al. 2003) ve kadınların kendilerini osteoporoz olmaya yatkın hissetmediklerini göstermektedir (Kasper et al. 1994, Juby and Davis 2001, Jachna and Forbes-Thompson 2005).

Ülkemizde sağlığa ayrılan kaynakların sınırlılığı dikkate alınır, osteoporoz risk faktörlerinin belirlenmesi, bu faktörleri ortadan kaldırmaya yönelik koruma çabaları ile birlikte osteoporozun erken dönemde tanınması, tedavisi ve önleme programlarının oluşturulması özel önem taşımaktadır. Birçok kültürde kadınlarda osteoporozla ilişkin bilgi, inanç ve risk faktörlerini değerlendirmeye yönelik çeşitli çalışmalar yapılmakla birlikte, Türkiye’de bu konuya ilişkin çalışmalar sınırlıdır. Buradan hareketle bu çalışmada, kadınların osteoporoz bilgi, inanç ve risklerini belirlemek ve osteoporoz bilgisini etkileyen faktörleri incelemek amaçlanmıştır. Elde edilecek verilerin kadın sağlığı alanında çalışan sağlık profesyonellerinin sağlık eğitim programları planlamasında katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Tanımlayıcı tipte olan araştırmanın evrenini, İstanbul ili Şişli ilçesinde bir sağlık ocağına Ekim 2003-Mayıs 2004 tarihleri arasında hizmet almak için gelen kadınlar oluşturmuştur. Örneklem hacminin hesaplanmasında çalışmada yer alan değişken sayısının 10 katından fazla bir büyüklük olması dikkate alınmıştır (Nunnally 1994). Buna göre toplam 310 kadın örneklem grubunu oluşturmuştur. Örneklem kapsamına sağlıklı (uzman hekimin tedavisi altında olmayan ve son 6 ayda ciddi bir hastalık geçirmemiş olan), okur-yazar ve çalışmaya katılmaya istekli kadınlar alınmıştır. Çalışma aracının öz değerlendirmeye dayalı bir yapıda olması nedeniyle en az okur-yazar olan kişiler çalışmaya alınmıştır. Sağlık ocağı kayıtlarının ve veri toplama koşullarının yetersizliğinin olasılıklı seçim yöntemine olanak tanınamaması nedeniyle, örneklem belirtilen özellikleri kapsayan kadınlar arasından olasılıksız olarak seçilmiştir. Çalışmanın yapılabilmesi için gerekli olan izinler il sağlık müdürlüğü ve sağlık ocağı

yönetiminden alınmıştır. Araştırmanın yapıldığı sağlık ocağında uygulama yönünden rahat ve sağlıklı sonuçların elde edileceği bir ortam oluşturulmuştur. Çalışmanın yapıldığı tarihlerde örneklem alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışmanın amacı açıklanmış, veri toplama araçlarının doldurulması ile ilgili gerekli bilgiler verilerek doldurmaları istenmiştir. Veri toplama araçlarının doldurulması 10-15 dakikalık bir süreyi almıştır. Formlar uygun şekilde doldurulduktan sonra, araştırmacı tarafından etik yönlere dikkate alınarak kontrol edilmiş ve geri alınmıştır. Çalışmaya katılan kadınlara, osteoporozla ilişkin bilgi içeren broşür verilmiş ve isteyen katılımcılara osteoporozun önemi, risk faktörleri ve korunma stratejileri konularında bire-bire eğitim ve danışmanlık yapılmıştır.

Katılımcıların Özellikleri

Çalışma kapsamında yer alan kadınların, yaş ortalaması 36.50 ± 12.05 olup, yaşları 20 ile 82 arasında değişmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%75.5) genç yaş grubunu (20-44 yaş) temsil etmektedir. Katılımcıların büyük çoğunluğu (%81) 0-8 yıl eğitim almıştır. Evli olanların oranı grubun % 88.4'ü olup, ortalama evlilik yılı 15.91 ± 11.72 yıldır. Mesleğini "ev hanımı" olarak belirtenlerin oranı % 87.1 olup, dörtte üçünün (%75.5) sağlık güvencesi bulunmaktadır. Sağlık güvencesi bulunanların büyük bir bölümü sosyal sigortalar kurumu (%40) ve Bağ-kur'dan (%18.1) hizmet almaktadır. Katılımcıların çalışma ve gelir durumu incelendiğinde ancak % 16.8'inin gelir getiren herhangi bir işte çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların yarıdan fazlası (%53) aylık gelir durumlarını "orta" olarak ifade etmiştir. Aylık gelir durumu algı puan ortalaması ise 3.06 ± 0.69 (min- max: 1- 5)'dir.

Veri Toplama Araçları

Veri toplama aracı olarak öz değerlendirilmeye dayalı ve iki bölümden

oluşan (Sosyo-demografik özellikler ve osteoporozla ilişkin özellikler) anket formu oluşturulmuştur. Anket formunun ön uygulaması 20 kişi üzerinde yapılmış ve tüm ifadelerin anlaşılır olduğu gözlenmiştir.

Sosyo-demografik özellikler

Bu bölümde bireylerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik olarak, yaş, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi algısı, sağlık güvencesine sahip olma ve meslek bilgileri gibi sorular yer almıştır. Çalışmada kadınların yaşları, medeni durumları ve sağlık güvencesi doğrudan sorularak öğrenilmiştir. Öğrenim durumları en son mezun oldukları okula göre değerlendirilmiştir. Kadınların çalışma durumu bu çalışmada sosyo ekonomik durumun bir göstergesi olarak tanımlanmış ve deneklerin gelir getiren herhangi bir işte çalışma durumları sorgulanmıştır. Kadınların aylık gelir düzeyi algısı "Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" sorusuna 1'den 5'e kadar puanlanan "Çok kötü" ile "Çok iyi" arasında değişen cevap seçenekleri ile sorgulanmıştır.

Osteoporozla ilişkin özellikler

Çalışmanın yapıldığı tarihlerde osteoporoz risk faktörlerine, bilgi ve inançlarına ilişkin özellikleri araştıran çalışmalar oldukça yeni idi. Bu nedenle osteoporozla ilişkin özelliklerin sorgulandığı bu bölüm konu ile ilgili benzer çalışmalar dikkate alınarak hazırlanmıştır (Ailinger and Emerson, 1998, Akan 1999, Saw et al. 2003, Yağmur 2003, Kristal et al. 2005). Kadınların osteoporoz risk faktörleri kapsamında düşük beden kitle indeksi, sigara içme, kahve içme, alkol alma, haftalık düzenli egzersiz yapma, güneşlenme, düzenli D vitamini ve günlük kalsiyum alımı, metabolik hastalık, sürekli kullanılan ilaçlar, menopoza girme, ailede kırık öyküsü, osteoporoz hakkında bilgilendirme durumu

ve bilgilenme kaynakları gibi özellikler sorgulanmıştır.

Katılımcıların boy ve kilo değerleri alınmış ve beden kitle indeksleri (BKI) hesaplanmıştır. Buna göre BKI 20 kg/m² 'den düşük olanlar zayıf, 21-25 kg/m² arasında olanlar normal ve 26 kg/m²'den fazla olanlar şişman olarak değerlendirilmiştir (Türkiye'ye özgü beslenme rehberi, 2004). Katılımcıların günlük kalsiyum alımı günlük/ haftalık olarak vücuda alınması muhtemel olan bazı besinlerin alınma oranlarının adet, dilim, su bardağı, kibrit kutusu, küçük kase ve porsiyon olarak sorgulanması ile değerlendirilmiştir. Günlük olarak sorgulanan besin grupları; süt, ayran, yoğurt, kaşar peyniri, beyaz peynir, lor peyniri, yumurta ve ekmektir. Çalışmanın yapıldığı dönem kış ayları olduğu için haftalık olarak sorgulanan besin grupları sıklıkla kış besinleri olan salata, ıspanak, karnabahar, kuru baklagiller ve balık ile hamburger, pizza, süt ile yapılan çorbalar ve muhallebi, sütlaç gibi tatlıları içermiştir. Her bir katılımcının besinlerle aldığı günlük kalsiyum miktarı miligram cinsinden hesaplanmıştır. Literatür bilgileri doğrultusunda günlük kalsiyum alımı 26 yaş altı için 1500 mg'dan az, 26-65 yaş için 1000 mg'dan az ve 65 yaş ve üstü için 1400 mg'dan az olanlar için düşük olarak değerlendirilmiştir (NOF 2005, <http://www.osteoporoz.org.tr/hakkında/index.html>. 2005). Katılımcılardan haftada en az 3 kez 30 dakika düzenli egzersiz (yürüme, koşma vb.) yaptığını belirtenler düzenli egzersiz yapıyor olarak değerlendirilmiştir. Güneşlenme durumuna ilişkin olarak hergün en az 15 dakika açık havada (güneşli) bulunma durumları sorgulanmıştır. Kadınların osteoporozla ilişkin bilgi alma durumları "osteoporoz (kemik erimesi) ile ilgili daha önce bilgi aldınız mı?" sorusuna "Evet" ya da "Hayır" olarak verilen cevaplar ile değerlendirilmiştir.

Kadınların osteoporozla ilişkin bilgi ve sağlık inançları literatür doğrultusunda (Kasper et al. 1994, Saw et al. 2003, Kristal et al. 2005) hazırlanan ifadelerle katılma oranları sorgulanarak tanımlanmıştır. Katılımcıların osteoporoz bilgisi "Osteoporoz sık düşmeye neden olur", "Osteoporoz omurga eğriliğine neden olur", "Osteoporoz kemik kırıklarına neden olur", "Osteoporoz ilerleyen yaşlarda boy kısalığına neden olur," sağlık inançları "Osteoporoz olabileceğimi düşünürüm", "Osteoporoz kanserden daha ciddi bir hastalıktır", "Osteoporoz kalp hastalığından daha ciddi bir hastalıktır", "Osteoporoz günlük işlerimi yapmamı zorlaştırır" ifadelerine verilen cevaplar ile değerlendirilmiştir. Her bir ifade için, "Kesinlikle katılmıyorum", "Katılmıyorum", "Kararsızım", "Katılıyorum", ve "Tamamen katılıyorum" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi istenmiş ve katılımcıların cevapları sayı ve yüzdelerle değerlendirilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizi, bilgisayarda istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile osteoporoz bilgi ve sağlık inançlarına ilişkin veriler sayı, yüzdeler, ortalama (standart sapma) ile değerlendirilmiş, osteoporozla ilişkin bilgilenme durumunu etkileyen faktörlerin incelenmesinde; ki-kare ve lojistik regresyon analizleri kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmada verilerin sadece bir bölgedeki sağlık ocağına gelen kadınlardan alınmış olması, olasılıksız örnekleme yönteminin kullanılması, çalışma bulgularının dikkatli yorumlanmasını gerektirmektedir.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Osteoporoz erken dönemde tanılanabilen, tedavi edilebilen ve hastalıktan korunma önlemlerinin olduğu kronik bir hastalıktır. Kadınlarda

osteoporoz risk faktörlerinin, bilgi düzeyinin ve inançlarının tanımlanması davranış değişimi için oluşturulacak programlar açısından önemlidir (Waller et al. 2002). Bu çalışmada kadınların osteoporozla ilişkin bilgi alma durumu incelendiğinde, sadece %38.1'i osteoporozla ilişkin daha önce bilgi aldığını belirtmiştir. Osteoporoz bilgisinin alındığı kaynaklar sıklık sırasına göre; TV, radyo (%35.2), doktor, hemşire (%17.8), arkadaş, akraba, komşu (%16.6), gazete, dergi, kitap, broşür (%10.1) gelmektedir (Tablo 1). Ugan ve Tümer'in (2001) 21-61 yaş arası 311 kadında yaptığı çalışmada kadınların büyük çoğunluğunun osteoporozun sonuçları ve risk faktörlerine ilişkin bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Weiss ve

Sankaran'ın (1998) genç kadınlarda yaptığı çalışmalarında osteoporoz bilgi sorularından sadece %18'inin doğru olarak cevaplandığı ve osteoporoz bilgisinin yetersiz olduğu bulunmuştur. Ailinger ve Emerson'un (1998) 22-84 yaş arası 247 Amerikalı kadında yaptığı çalışmada da kadınların büyük çoğunluğunun osteoporoz risk faktörleri ve koruyucu davranışlara ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğunu bulgulamıştır. Çeşitli araştırma raporlarında da kadınlarda osteoporoz bilgisinin yetersizliği ileri sürülmektedir (Saw et al. 2003, Werner et al. 2003, Jachna and Forbes-Thompson 2005). Diğer kültürlerdeki kadınlara benzer şekilde nispeten sınırlı bir bölgeden elde edilen bulgular, Türk kadınlarında da osteoporoz bilgisinin yetersiz olduğunu göstermektedir.

Tablo 1. Kadınların osteoporoz bilgisi alma durumu

Osteoporoz bilgisi		S	%
Osteoporozla ilişkin bilgi alma durumu	Evet	118	38.1
	Hayır	192	61.9
Osteoporoz bilgisinin alındığı kaynaklar *	TV,radyo	78	25.2
	Doktor, hemşire	45	14.5
	Arkadaş,akraba,komşu	38	12.3
	Gazete,dergi,kitap,broşür	27	8.8

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir

Tablo 2'de çalışmada yer alan değişkenler ile osteoporozla ilişkin bilgi alma durumu arasında yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Buna göre osteoporozla ilişkin bilgi alma durumu ile yaş, eğitim durumu, gelir durumu algısı, sağlık sigortası, kahve içme durumu ve düzenli vitamin alma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunur iken ($p < 0.05$), sigara içme, alkol alma, egzersiz yapma, güneşlenme durumu, kalsiyum alımı ve ailede kırık hikayesi bulunma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Osteoporoz bilgisi aldığını belirten kadınların nispeten genç yaşta, eğitilmiş, gelir algısı orta düzeyde, sağlık güvencesi olan, nadiren kahve içen ve düzenli vitamin alan kişiler olduğu

belirlenmiştir. Ki-kare testi sonucuna göre istatistiksel yönden anlamlı bulunan değişkenler ile osteoporozla ilişkin bilgi alma ilişkisinin incelendiği lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, sadece yaş ve eğitim durumunun osteoporoz bilgisi almada anlamlı etkisi olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Buna göre 20-44 yaş arası kadınların osteoporozla ilişkin bilgi alma oranı 45 yaş ve sütü kadınlara göre 2 kat daha fazladır [Odds ratio (OR) 2.211, 95% Güven aralığı (GA) 1.176- 4.155, $p=0.014$]. Bununla birlikte, 9 yıl ve üstü eğitim alanların osteoporozla ilişkin bilgi alma oranı 0-8 yıl eğitim alanlara göre yaklaşık 4 kat daha fazladır (OR 3.812, 95% GA 1.998- 7.275, $p=0.000$). Bu bulgular Norveçli kadın ve erkeklerde

yapılan, osteoporoz bilgisinin yaş ve eğitim durumu ile ilişkisini gösteren çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir (Magnus et al. 1996). Yağmur'un (2003) çalışmasında osteoporoz bilgisi ile yaş ve eğitim arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Saw ve arkadaşlarının (2003) orta yaş ve üstü Çinli kadınlarla yaptıkları çalışmada osteoporoz bilgisi alan kadınların genç ve eğitilmiş kadınlar olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada kadınların osteoporoz bilgisinin düşük bulunması ve bilginin yaş ve eğitim durumu ile anlamlı ilişkisi, kadınların osteoporozla ilişkin farkındalıklarının artırılması için sağlık eğitim programlarının

planlanması ve bu programlarda özellikle 45 yaş üstü, az eğitilmiş kadınların hedeflenmesi gereğine dikkat çekmektedir. Çalışmada osteoporoz bilgisi alan kadınların çoğu (%35.2), bu bilgiyi TV-radyo gibi kitle iletişim araçlarından aldıklarını belirtmişlerdir. Çeşitli çalışmalarda osteoporozla ilişkin eğitim programlarının geniş bir kitleye ulaşmasında özellikle medyanın önemi vurgulanmaktadır (Juby and Davis 2001, Saw et al. 2003, Kılıç ve Erci 2004, Kristal et al. 2005). Ungan ve Tümer'in (2001) çalışmasında da medyada osteoporozun önemine dikkat çekilmesinin, farkındalığı arttırmada iyi bir strateji olacağı önerilmektedir.

Tablo 2. Osteoporoz Bilgisi Alma İle İlişkili Değişkenler

Demografik ve osteoporozla ilişkin özellikler	Osteoporoz bilgisi		Anlamlılık derecesi
	Evet S (%)	Hayır S (%)	
Yaş			X ² = 12.632
20-44	76 (32.5)	158 (67.5)	df = 1
45 ve üstü	42 (55.3)	34 (44.7)	p= 0.000
Medeni durumu			X ² = 0.974
Evli	107 (39.1)	167 (60.9)	df = 1
Diğer	11 (30.69)	25 (69.4)	p= 0.324
Eğitim durumu			X ² = 16.283
0-8 yıl	82 (32.7)	169 (67.3)	df = 1
9 yıl ve üstü	36 (61.0)	23 (39.0)	p= 0.000
Gelir algısı			X ² = 6.095
Çok kötü/kötü	27 (43.5)	35 (56.5)	df = 2
Orta	52 (31.7)	112 (68.3)	p= 0.047
Çok iyi/iyi	39 (46.4)	45 (53.6)	X ² = 10.522
Sağlık sigortası			df = 1
Yok	17 (22.4)	59 (77.6)	p= 0.001
Var	101 (43.2)	133 (56.8)	X ² = 3.199
Sigara içme durumu			df = 1
Evet	22 (29.3)	53 (70.7)	p= 0.074
Hayır	96 (40.9)	139 (59.1)	X ² = 3.746
Kahve içme durumu			df = 1
Hiç	47 (45.6)	56 (54.4)	p= 0.053
Diğer	71 (34.3)	136 (65.7)	X ² = 3.217
Alkol alma durumu			df = 1
Hiç/günde 1 kadeh	109 (36.9)	186 (63.1)	p= 0.073
Günde 2 kadeh ve üstü	9 (60.0)	6 (40.0)	X ² = 3.195
Egzersiz yapma durumu			df = 1
Evet	42 (45.7)	50 (54.3)	p= 0.074
Hayır	76 (34.9)	142 (65.1)	

Güneşlenme durumu				X ² = 0.028
Evet	64 (37.6)	106 (62.4)		df = 1
Hayır	54 (38.6)	86 (61.4)		p= 0.868
Günlük kalsiyum alımı				X ² = 1.280
Düşük	68 (35.6)	123 (64.4)		df = 1
Normal	50 (42.0)	69 (58.0)		p= 0.258
Düzenli vitamin (kalsiyum ve/veya D) alma				X ² = 10.223
Evet	20 (64.5)	11 (35.5)		df = 1
Hayır	98 (35.1)	181(64.9)		p= 0.001
Ailede kırık hikayesi bulunma				X ² = 2.936
Evet	21 (50.0)	21 (50.0)		df = 1
Hayır	97 (36.2)	171 (63.8)		p= 0.087

Tablo 3. Osteoporoz Bilgisi Almada Etkili Olan Faktörler (n=310)

Değişkenler	β	Standart Error	Wald	df	p-value	Odds Ratio	(95 % Güven aralığı)
Yaş	.793	.322	6.068	1	.014	2.211	1.176-4.155
Eğitim durumu	1.338	.330	16.476	1	.000	3.812	1.998-7.275
Gelir durumu	.541	.313	2.984	1	.084	1.718	.930- 3.176
Sağlık sigortası	.572	.334	2.932	1	.087	1.772	.921- 3.412
Kahve içme durumu	2.044	26.593	.006	1	.939	7.721	.000- 3.300
Düzenli vitamin alma durumu	-.853	.448	3.631	1	.057	.426	.177- 1.025
Constant	2.269	5.321	.182	1	.670	9.671	

Model ki-kare= 52.480, df= 10, p= 0.000

Osteoporoz risklerine ilişkin özellikler sorgulandığında kadınların %11.9'unun zayıf, %45.2'sinin normal ve %42.9'unun şişman olduğu bulunmuştur. Grubun ¼'üne yakını (%24.2) sigara içmekte, büyük çoğunluğu (%88.1) hiç alkol almamakta, 1/3'ü (%33.2) hiç, yarıdan fazlası (%53.2) günde bir fincan kahve içmektedir. Grubun sadece %29.7'si düzenli egzersiz yaptığını, yarıdan fazlası (%54.8) hergün en az 15 dakika açık havada bulunduğunu belirtmiştir. Grubun yüzde 61.6'sının günlük yiyeceklerle kalsiyum alımının düşük olduğu ve hergün düzenli olarak

kalsiyum ve/veya D vitamini alanların oranının %10 olduğu bulunmuştur. Grubun %25.8'inde metabolik bir hastalık bulunmadığı, ¼'ünün (%25.8) sürekli ilaç kullandığı ve ilaç kullananların en sık kullandığı ilaç grubunun mide ilaçları /antisitler (%8.6) olduğu bulgulanmıştır. Grubun %15.5'i menopoza dönemindedir ve %13.5'inin ailesinde osteoporozla bağlı kırık hikayesi bulunmaktadır. Bu özellikler dikkate alındığında grubun osteoporoz açısından zayıf riskleri olduğu düşünülse de, kadınların sadece 1/3'ünün düzenli egzersiz yaptığını ifade etmesi ve 2/3'üne yakınının günlük yeterli

kalsiyum almadığının belirlenmiş olması grubun osteoporoz açısından riskli olduğunu göstermektedir. Yağmur (2003) tarafından Malatya ilinde bir sağlık ocağı bölgesinde, 15-34 yaş arası 320 kadında osteoporoz risk faktörleri tanımlanmıştır. Buna göre, kadınların beşte birinin düşük beden ağırlığında

olduğu, dörtte birinin sigara içtiği, yarıdan fazlasının yeterince güneşten yararlanmadığı ve büyük çoğunluğunun günlük yeterli kalsiyum almadığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada kadınların osteoporoz bilgilerinin orta düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Osteoporozla İlişkin Bilgi ve Sağlık İnançları İfadeleri (n=310)

	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
Osteoporoz sık düşmeye neden olur	33 (10.6)	72 (23.2)	183 (59)	16 (5.2)	6 (1.9)
Osteoporoz omurga eğriliğine neden olur	39 (12.6)	80 (25.8)	173 (55.8)	15 (4.8)	3 (1.0)
Osteoporoz kemik kırıklarına neden olur	60 (19.4)	82 (26.5)	155 (50)	11 (3.5)	2 (0.6)
Osteoporoz ilerleyen yaşlarda boy kısalığına neden olur	57 (18.4)	71 (20.9)	170 (54.8)	7 (2.3)	5 (1.6)
Osteoporoz olabileceğimi düşünürüm	49 (15.8)	76 (24.5)	167 (53.9)	14 (4.5)	4 (1.3)
Osteoporoz kanserden daha ciddi bir hastalıktır	19 (6.1)	33 (10.6)	186 (60)	63 (20.3)	9 (2.9)
Osteoporoz kalp hastalığından daha ciddi bir hastalıktır	22 (7.1)	33 (10.6)	180 (58.1)	67 (21.6)	8 (2.6)
Osteoporoz günlük işlerimi zorlaştırır	64 (20.6)	90 (29)	142 (45.8)	12 (3.9)	2 (0.6)

Tablo 4'te katılımcıların osteoporozla ilişkin sağlık inançları ifadelerine verdikleri cevaplar yer almaktadır. Buna göre, kadınların % 59'u "Osteoporoz sık düşmeye neden olur", %55.8'i "Osteoporoz omurga eğriliğine neden olur", %50'si "Osteoporoz kemik kırıklarına neden

olur", ve %54.8'i "Osteoporoz ilerleyen yaşlarda boy kısalığına neden olur" ifadeleri için "kararsızım" cevabını işaretlemişlerdir. Bununla birlikte, osteoporoz olabileceğini düşünenlerin oranı %24.5 olmakla birlikte osteoporozun kanserden (%10.6), kalp hastalığından (%10.6) daha ciddi bir

hastalık olduğu ve osteoporozun günlük işleri yapmayı zorlaştıracağı (%29) ile ilişkili olarak kadınların çoğunluğu “kararsız” olduklarını belirtmişlerdir. Bu sonuçlara göre kadınların kendini osteoporoz olmaya yatkın hissetmedikleri ve osteoporozun kalp hastalığı ve kanserden daha az ciddi bir hastalık olduğu inancının hakim olduğu ifade edilebilir. Çalışma grubunda yer alan kadınların nispeten genç yaş grubunda (36.50±12.05) olmasının bu bulgularda etkili olduğu ifade edilebilir. Werner ve arkadaşlarının (2003) çalışmasında birinci derece akrabalarında osteoporoz bulunan ve osteoporozla ilişkin bilgi alan kadınların osteoporoz yatkınlık algısının yüksek olduğu belirtilmektedir. Bu çalışmada kadınların kendini osteoporoz olmaya yatkın hissetmemesi, kadınların osteoporoz bilgi düzeyinin ve birinci derece akrabasında osteoporoz bulunma oranının düşük olması ile açıklanabilir. Kasper ve arkadaşlarının (1994) genç kadınlarda yaptıkları çalışmada kadınların kendini osteoporoz olmaya yatkın hissetmedikleri ve kalp hastalığı, meme kanserinin osteoporozdan daha ciddi bir hastalık olduğu inancının hakim olduğu bulunmuştur. Diğer bir çalışmada (Hsieh et al. 2001) 40-95 yaş arası kadınların büyük çoğunluğunun osteoporozu ciddi bir hastalık olarak tanımladıkları fakat kanser, kardiyovasküler hastalıklar ve nörolojik rahatsızlıkların daha önemli olduğu tanımlanmıştır. Bu nedenledir ki, özellikle genç kadınlara yönelik planlanan sağlık eğitimlerinde kadınların osteoporozun sıklığı, risk faktörleri, komplikasyonları vb. bilgiler ile osteoporozun ciddi bir hastalık olduğu, her kadının osteoporoz olmaya yatkın olduğu, osteoporozdan korunmada önemli olan davranışların özellikle erken yaşlardan itibaren sergilenmesinin önemi vurgulanmalıdır (Jachna and Forbes-Thompson 2005). Literatürde osteoporozla ilişkin sağlık eğitim

programlarında bir eğitim modeli olan sağlık inanç modelinin kullanılmasının önemli yararı belirtilmektedir (Jachna and Forbes-Thompson 2005, Kristal et al. 2005, Tussing and Chapman-Novakofski 2005)

SONUÇ ve ÖNERİLER

Diğer çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da kadınların osteoporoz bilgilerinin yetersiz bulunması ve kendilerini osteoporoz olmaya yatkın hissetmemesi, kadınların osteoporoz risk faktörleri, korunma stratejileri ve osteoporozun oluşturacağı komplikasyonları konularında her fırsatta bilgilendirilmesinin önemine işaret etmektedir. Özellikle düşük eğitimli ve ileri yaş kadınlarda osteoporoz bilgisinin düşük bulunması, bu gruba özgü eğitim programlarının planlanmasının gereğini belirtmektedir. Yanı sıra, özellikle yeterli kalsiyum alımı, egzersiz yapma ve kemik sağlığının gelişimine ilişkin konularda eğitim programlarının oluşturulması ve kadınların osteoporoz farkındalık düzeylerinin artırılması önemlidir (Weiss and Sankaran 1998). Weiss ve Sankaran (1998) osteoporozla ilişkin planlanan sağlık eğitimlerinde, osteoporoz prevelansı ve komplikasyonları, özellikle 30 yaşına kadar kalsiyumdan zengin bir beslenmenin önemi, sağlığı geliştiren davranışların kazanılması, osteoporoz ve beslenme ilişkisi, optimal kemik kütleline ulaşmada egzersizin ve diğer koruyucu stratejilerin önemi konularının tartışılmasının önemini belirtmektedir. Brixen ve arkadaşlarına göre (2005) sadece sigaranın bırakılması, düzenli egzersiz yapılması ve düşmelerin önlenmesi ile osteoporotik kırıkların büyük bir bölümü önlenebilmektedir. Bu noktada sağlık personelinin özellikle kadın grupları ile sık karşılaşan ve birinci basamakta çalışan hemşirelerin, diğer sağlık profesyonelleri ve medya ile birlikte osteoporozla ilişkin planlanan programlarda aktif rol alması

gerekmektedir. Bununla birlikte, osteoporozdan korunmanın mümkün olduğu ve basit olarak yapılacak davranış değişimleri ile korunmanın gerçekleştirilebileceği bilgisi kadınlara anlatılmalıdır. Kadın sağlığını geliştirmeyi amaçlayan her programda "osteoporoz" konusu da yer almalıdır. Özellikle 30'lu yaşlardan başlamak üzere menopozla birlikte kemik kaybının hızlandığı bilgisi menopoz danışmanlığında mutlaka yer almalıdır. Hemşirelerin, çalıştığı toplumda yer alan kadınların demografik ve kültürel özellikleri ile birlikte osteoporozla ilişkin sağlık inançlarını ve davranışlarını bilmeleri önemlidir. Özellikle düşük

eğitilmiş ve ileri yaş kadınların osteoporozla ilişkin bilgilerini artıran ve olumlu sağlık davranışları kazanmalarını amaçlayan sağlık eğitim programlarına ihtiyaç vardır. Bu noktada hemşireler, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinde, kadınların osteoporozla ilişkin olumsuz sağlık inançlarını, davranışlarını ve bilgilerini değiştirmek için sağlık eğitim modellerinden yararlanabilirler (Kılıç ve Erci 2004, Jachna and Forbes-Thompson 2005). Planlanacak sağlık eğitimlerinde, bireylere osteoporozdan korunmada önemli olan davranışların kazandırılması primer amaç olmalıdır.

KAYNAKLAR

- (2004). Türkiye'ye özgü beslenme rehberi. Yeterli ve dengeli beslenme. TC Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara.
- European Vertebral Osteoporosis Study Group (EVOS). <http://www.nof.org/publications>. (erişim:28 Eylül 2005).
- Osteoporoz. <http://www.osteoporoz.org.tr/hakkinda/index.html>. (erişim: 12 Eylül 2005).
- Ailinger RL, Emerson J** (1998). Women's knowledge of osteoporosis. *Applied Nursing Research* 11(3):111-114.
- Akan N** (1999). Osteoporoz olgusunda hemşirenin bilmesi gerekenler. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 3 (2): 1-10.
- Bakırcı N** (2003). Osteoporoz. *Actual Medicine. Medical Network* 11(1):18-20.
- Brixen K, Abrahamsen B, Kassem M** (2005). Prevention and treatment of osteoporosis in women. *Current Obstetrics & Gynaecology* 15: 251-258.
- Dilşen G.** Epidemiyoloji. <http://www.osteoporoz.org/html/epidemioloji.html>. (erişim: 6 Ekim 2005).
- Hsieh C, Novielli KD, Diamond JJ et al.** (2001). Health beliefs and attitudes toward the prevention of osteoporosis in older women. *Menopause* 8:372-376.
- Jachna CM, Forbes-Thompson S** (2005). Osteoporosis: Health beliefs and barriers to treatment in an assisted living facility.

Journal of Gerontological Nursing 31(1): 24-30.

Juby AG, Davis P (2001). A prospective evaluation of the awareness, knowledge, risk factors and current treatment of osteoporosis in a cohort study of elderly subjects. *Osteoporosis International* 12: 617-622.

Kanis JA (1991). The MEDOS study group. The epidemiology of hip fractures in Europe. The Medos study. *Revista Clínica Española* (supplement) 1: 12-19.

Kasper MJ, Peterson MG, Allegrants JP et al. (1994) Knowledge, beliefs and behaviours among college women concerning the prevention of osteoporosis. *Archives of Family Medicine*3: 696-702.

Kılıç D, Erci B (2004). Osteoporozdan korunmada hemşirenin rolü. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 7(2): 103-111.

Kristal D, Anderson KD, Chad KE et al. (2005). Osteoporosis knowledge, beliefs, and practices among adolescent females. *Journal of Adolescent Health* 36: 305-312.

Magnus JH, Joakimsen RM, Berntsen GK et al. (1996). What do Norwegian women and men know about osteoporosis? *Osteoporosis International* 6: 31-36.

National Osteoporosis Foundation (NOF) (2005). 19.09.2005. <http://www.nof.org/prevention/index.htm>. (erişim: 19 Eylül 2005).

Nunnally JC (1994). *Psychometric Theory*. 2nd ed. McGraw-Hill, New York.

- Saw SM, Hong CY, Lee J et al.** (2003). Awareness and health beliefs of women towards osteoporosis. *Osteoporosis Int.* 14: 595-601.
- Sindel D** (2002). Osteoporoz. *Actual Medicine. Medical Network* 10 (9): 47-58.
- Tussing L, Chapman-Novakofski K** (2005). Osteoporosis prevention education: behavior theories and calcium intake. *Journal of the American Dietetic Association.* 105 (1): 92-97.
- Ungan M, Tümer M** (2001). Turkish women's knowledge of osteoporosis. *Family Practice* 18 (2): 199-203.
- Waller J, Eriksson O, Foldevi M et al.** (2002). Knowledge of osteoporosis in a Swedish municipality-a prospective study. *Preventive Medicine* 34: 485-491.
- Weiss M, Sankaran G** (1998). A health education initiative: Teaching college women about osteoporosis. *Journal of Nursing Education* 37(6): 271-274.
- Werner P, Olchovsky D, Erlich-Gelaki H et al.** (2003). First-degree relatives of persons suffering from osteoporosis: beliefs, knowledge, and health-related behavior. *Osteoporosis International.* 14 (4): 306-311.
- World Health Organization (WHO) Dünya Sağlık Örgütü (in Turkish)** (1994). Research on the Menopause in the 1990's, WHO Technical Report Series 866, Geneva.
- Yağmur Y** (2003). Malatya ilinde 15-34 yaş arası kadınlarda osteoporoz risk faktörlerini belirleme ve osteoporozdan korunmada sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını geliştirme. Doktora Tezi, İstanbul Üniv. Sağl. Bil. Enst. İstanbul.