

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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

3

MAYIS | MAY
HAZİRAN | JUNE
2022 | 2022
CİLT 31 | VOLUME 31
SAYI 3 | ISSUE 3



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. TDr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Yayın Kurulu / Editorial Board

Dr. Alican Bahadır

Dr. Alper Büyükakkuş

Dr. Emrah Kırımlı

Dr. Olgun Nur İleri

Dr. Pınar Okyay

Dr. Alpaslan Türkkan

Dr. Münevver Türkmen

Dr. Onur Naci Karahanlı

Dr. Öcal Taşer

Hakem Kurulu / Advisory Board**Acil Tıp / Emergency Medicine**

Doç. Dr. Bülent Erbil

Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları /**Otorhinolaryngology**

Prof. Dr. Orhan Yılmaz

Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Dr. Durmuş Evcüman

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

Aile Hekimliği / Family Medicine

Doç. Dr. Mehmet Özen

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Dr. Görker Sel

Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

Doç. Dr. Hülya Yardımcı

Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Dr. Naki Bulut

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alferi Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Hakan Şen

Dr. Fatih Şua Tapar

Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Zelal İkinci

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Yıldız

Dr. Adnan Yüce

Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Özen Aşut

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Prof. Dr. Özlem Sankaya

Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Doç. Dr. Arif Onan

Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Rasime Şebnem Korur

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Dr. Vahdet Mesut Ayan

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

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

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

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey. Ivasdam nonera nostium te publina, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius

Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.tr

Basım Yeri: Printcenter Sultan Selim Mah. Libadiye Sok. No:3 4. Levent 34416 İstanbul

Tel: 0 (212) 371 03 00

Baskı Tarihi: Mart 2022

Merhaba,

Dergimizin bu sayfalarında daha önce de tıp fakültesi mezunlarının kullandığı "tıp doktoru-Dr." unvanı ile bilim doktora unvanının karıştığını kimi zaman yanlışlara ve uygun olmayan kullanımlara yol açtığını belirtmiştik: "Bilim doktorasını tamamlamış, tıp fakültesi mezunu olmayan bir sağlık çalışanı da "Dr." unvanını kullanıyor. Sağlık alanı dışında olan bilim doktorasını tamamlamış bilim dalları da "Dr." unvanını kullanıyor. Medyada örneğin kimya, biyoloji, ilahiyat bilim doktoru bir bilim insanı, tıp alanına bilerek ya da farkında olmadan girebiliyor, görüş ileri sürebiliyor. "Prof. Dr." unvanını gören, bilim doktoru-tıp doktoru ayrımı bilgisi olmayan bir kişi "tıp profesörü dediğine göre" diye başlayan bir değerlendirme yapabiliyor. Oysa bu ileri sürülen görüşün sahibi, tıp fakültesi mezunu yerine bambaşka bir bilim alanının üyesi çıkabiliyor.

Tıp doktorları olarak bizler, MD (medical doctor) kısaltmasında olduğu gibi "tıp" sözcüğünden hareketle tıp fakültesinden mezun olanlar için "T" harfini "Dr." kısaltmasının önüne ekleyerek "TDr." kısaltmasını öneriyoruz. Tıp doktoru: "TDr.", uzman tıp doktoru: "Uzm. TDr.", operatör tıp doktoru: "Op. TDr.",



STED'in bu sayısı, Haziran 2022'de kaybettiğimiz Türk Tabipleri Birliği emektarlarından, STED Hakem Kurulu üyesi Dr. Adnan Yüce'nin anısına ithaf edilmiştir.

öğretim üyesi tıp doktoru: "Öğr. Üyesi TDr.", doçent tıp doktoru: "Doç. TDr.", profesör tıp doktoru: "Prof. TDr.", bilim doktoru tıp doktoru: "Dr. TDr."

İsmimizin önüne TDr. kısaltmasını yazıp bakar mısınız? Alışmak zaman alabilir ancak bu yolla hem bilim doktorası yapanların hakkını teslim ederken, hepimizin aklındaki bir soru işaretini de giderebiliriz. "Bu bilgiyi veren acaba tıp doktoru mu?" Ne dersiniz?"

Mesleğimize, alanımıza sahip çıkmanın zamanı geldi de geçiyor. Bir başkasından beklemeden bir yerden başlamak gerek. Atılan adımları küçümsemeden, adımın arkasını getirmek, yol almak süreci "tüketerek değil tercih ederek" yaklaşmak önemli.

Yakınmanın önünü kesmeden, yakınılanı görünür kılmak ve sorunun çözümü için söz söylemek, yazmak, çizmek çok değerli. Bir duruma ilişkin saptamalar sonrası öneri geliştirmişsek önerinin arkasında durmak, yaşama değmesi için çaba göstermek her zamankinden daha yaşamsal.

Çok uzun yıllardır fark edip çözüm üretmeye çalıştığım birçok konuda kendimi yinelemektense artık adım atmayı, yol almayı, eylemeyi yeğliyorum.

Söz söylemek, eyleme geçirmek, birlikte olmak ve alanımıza, geleceğimize sahip çıkmak adına...

Prof. TDr. Orhan Odabaşı

Bilimsel ve dostça kalın...

Araştırma / Research

- Üniversite Hastanesine Başvuran Hastalarda Akılcı İlaç Kullanımı ve Etkileyen Faktörler
Rational Drug Use and Related Factors in Patients Admitted to a University Hospital
Hümeysra Yılmaz, Rıza Çifti 161
- Üniversite Öğrencilerinin Jinekolojik Kanser Farkındalıkları ve İlişkili Faktörler
Gynecological Cancer Awareness of University Students and Related Factors
Sibel Kıyak, Rukiye Burucu 172
- Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Olan Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları
Breast Cancer Screening Behaviors of Women Who have Family History of Breast Cancer
Emine Kadriye Özçelik, Selda Seçginli 183
- COVID-19 Pandemi sürecinde Tüberküloz Tanısı Alan Hastaların Deneyimleri: Nitel Araştırma
Experiences of Patients Diagnosed with Tuberculosis during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Research
Fatma Özlem Öztürk, Derya Öztomurcuk, Nazan Turan, Muhammet Ali Oruç 193
- Okul Çocuğunda El Hijyeni Değerlendirme Soru Formunun Türkçe Geçerlik ve Güvenirliği
Turkish Validity and Reliability of Hand Hygiene Assessment Question Form in School Children
Gülçin Uyanık, Şafak Dağhan 201
- İstanbul'daki Bir Şehir Hastanesinde 2015-2020 Yılları Arasında Yapılan Erişkin Aşılarının Değerlendirilmesi
Evaluation of Adult Vaccinations at a City Hospital in Istanbul Between 2015-2020
Hülya Çaşkurlu, Özlem Şen Aydın, Pınar Ergen 209
- Bebek-Çocuk-Ergen İzlem Protokolleri Kapsamında Sağlıklı Adölesanlarda Hepatit B Seroloji Sonuçlarının Değerlendirilmesi
Evaluation The Results of Hepatitis B Serology in Healthy Adolescents Within Newborn-Child-Adolescent Screening Protocols
Halil Salkaya, Raziye Dut, Zuhul Aydan Sağlam, Serdar Cömert 214
- Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Düşme Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
The Relationship Between Activities of Daily Living And Fall Risk in Older People
Canan Bozkurt, Berna Cafer Karalar Serap Hoşaf, Ayfer Karadakovan 219

Derleme / Review Article

- COVID-19 Pandemisinde Gün Yüzüne Çıkan Bir Sorun: Regl Yoksulluğu ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları
A Problem Coming Forth in The Covid-19 Pandemic: Period Poverty and Responsibilities of the Public Health Nurse
Ebru Sönmez Sarı, Handan Terzi 230

Editöre Mektup / Letter to the Editor

- Nomofobi ve COVID-19 Pandemisi
Nomophobia and the COVID-19 Pandemic
İzzet Fidancı, Hilal Aksoy Duygu Ayhan Başer 237

Kapak Fotoğrafı/ Cover Photo



Dr. Mustafa Can Eren, "Kedi" adlı fotoğrafı, STED Fotoğraf Arşivinden

DOI: 10.17942/sted.787393

Geliş/Received : 28.08.2020
Kabul/ Accepted : 28.04.2022

Öz

Amaç: Bu araştırmada, üniversite hastanesine başvuran erişkin hastalarda akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki araştırmaya Üniversite Hastanesine başvuran ≥ 18 yaş 300 gönüllü hasta katılmıştır. Katılımcılara yüz yüze standart anket formu uygulanmıştır. İstatistiksel analizde Pearson Ki-Kare ve Fisher Exact test kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların yaş ortalaması $39,4 \pm 15,1$ ve %53,0'ı kadındır. Katılımcıların %50,7'si doktora muayene olmadan, %48,0'ı ise başkalarının tavsiyesi ile ilaç kullandığını belirtmiştir. %24,7'si nezle ve soğuk algınlığı gibi şikâyetleri için doktora muayene olmadan kendi başına antibiyotik kullandığını, %73,7'si benzer şikâyetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunduğunu belirtmiştir. Katılımcıların yaş grubu, eğitim düzeyi ve kronik hastalık durumuna göre tavsiyeyle ilaç kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmasına karşılık ($p < 0,05$); cinsiyet, yaşanılan yer ve çalışma durumuna göre ise anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$).

Sonuç: Katılımcıların yaklaşık yarısının doktora muayene olmadan tavsiyeyle ilaç kullandıkları saptanmıştır. İleri yaş grubunda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda tavsiyeyle ilaç kullanma oranı daha yüksek bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanımını etkileyen diğer faktörlerin belirlenebilmesi için uygun örneklem yöntemleriyle farklı hasta gruplarını da temsil eden daha çok sayıda katılımın olduğu ileri araştırmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Akılcı ilaç kullanımı, davranış, hasta, ilaç, tutum

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to determine the rational drug use and the influencing factors in adult patients admitted to the university hospital.

Methods: The cross-sectional and descriptive study included 300 volunteer patients aged ≥ 18 years who applied to the hospital. A standard face to face questionnaire form was applied to the participants. Pearson Chi-Square and Fisher's Exact tests were used for statistically analysis.

Results: The mean age was 39.4 ± 15.1 and 53.0% were women. 50.7% of the participants stated that they used drugs without medical examination, and 48.0% with the advice of others. 24.7% of them used antibiotics for complaints such as flu and cold without medical examination. 73.7% of the patients recommended drugs to their acquaintances with similar complaints. A statistically significant difference was found between the drug use with advice according to the age group, education level and chronic disease status ($p < 0.05$). There was no significant difference according to gender, place of residence and working status ($p > 0.05$).

Conclusion: Half of the participants used drugs with the advice without medical examination. This rate was found to be higher in the advanced age group and those with a low education level. In order to determine other factors that affect rational drug use, it is necessary to carry out advanced research.

Key words: Rational drug use, behavior, patient, drug, attitude

¹Arş. Gör., Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-0952-9889)

²Dr. Öğr. Üyesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-7198-0195)

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacın tanımını "hastalığa ait durumları veya biyolojik işlevleri, alıcının yararına değiştirilmesi veya incelenmesi amacıyla kullanılan bir madde" olarak yapmaktadır (1). Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) ise ilk kez 1985 yılında Kenya'da Nairobi kentinde düzenlenen bir toplantıda "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilaca, uygun süre ve dozda, en düşük maliyette ve kolayca ulaşabilmeleri" şeklinde tanımlanmıştır (2). Akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) da bu tanıma göre akılcı kullanıma uygun olmayan ilaç kullanımı olarak ifade edilebilir. En yaygın AOİK şekilleri; çoklu ilaç kullanımı, bakteriyel olmayan enfeksiyonlarda gereksiz veya yetersiz dozda antimikrobiyal ajan kullanımı, oral form yerine enjeksiyon tercih edilmesi, yazılan reçetelerin klinik rehberlere uygun olmaması ve hastaların kendi kendilerine reçetesiz ilaç tedavisi başlaması olarak belirtilmektedir (3). Az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde daha fazla görülmekle beraber AOİK tüm dünyanın çok önemli bir halk sağlığı sorunudur ve düzeltilmesi zor olan bir alışkanlık olarak karşımıza çıkmaktadır (4).

Akılcı ilaç kullanımı basamakları; doğru tanının konulması, prognozun belirlenmesi, tedavi amaçlarının saptanması, tedavi seçeneklerinin gözden geçirilmesi, uygun tedavinin seçimi, ilaç tedavisi gerekli ise reçetenin doğru biçimde yazımı ve takip şeklinde sıralanabilir. Bununla birlikte ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınması, ilaçlar için etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet analizinin yapılması, risklerin en aza indirilmesi, doğru bilgilendirme ve hasta katılımının sağlanması gereklidir (5). Akılcı olmayan ilaç kullanımı ise gereksiz ilaç kullanmak, yanlış ilaç kullanmak ve yanlış tedavi seçimi, etkisi şüpheli ilaçları kullanmak, ulaşılabilir, güvenli ve etkili ilaç sağlanmasında yetersizlik, doğru ilacı yanlış doz, süre ve formda kullanmak olarak değerlendirilebilir (6).

Akılcı ilaç kullanımında doktor, hemşire, eczacı, diğer sağlık personeli ve devletin sorumlu olduğu kadar hasta ve hasta yakınının da sorumluluğu vardır. Hastaların AİK konusunda sorumluluğu, hekimin reçete ettiği ilacı tavsiye edilen şekliyle kullanmaktır (7). Hastaların ilaç kullanım davranışlarında, hekimlerin ilaç önermedeki tutumları kadar hastaların sosyo-ekonomik özellikleri, daha önceki deneyimleri

ve sosyal çevreleri de etkili olmaktadır. Hastalar, daha önceki deneyimlerinden hareketle; ellerinde mevcut olan ilaçları kullanabilmekte, çevresindekilerin tavsiyeleri ile ilaç alabilmekte ya da eczaneden reçetesiz aldıkları ilaçları kullanabilmektedirler. Ayrıca doktora başvurduktan sonraki aşamalarda da bu yanlış davranışlar devam edebilmektedir (4).

Akılcı olmayan ilaç kullanımı, tanı ve tedavide ortaya çıkan güçlüklerin yanında gereksiz harcamalara da sebep olmaktadır (8). Türkiye'de 2020 yılında yaklaşık 2,2 milyar kutu ilaç satışı gerçekleştiği ve ülkemizdeki ilaç pazarının 47,9 milyar TL'lik satış hacmine ulaştığı bildirilmektedir (9). Son yıllarda Türkiye'de sağlık harcamaları da artış göstermekte olup 2011 yılında toplam sağlık harcaması 68,6 milyar TL iken 2020 yılında 249,9 milyar TL'ye ulaşmıştır (10). Bu harcamalar içinde büyük çoğunluğunu genel tedavi ve ilaç giderlerinin oluşturduğu dikkate alındığında AİK daha da önemli hale gelmektedir.

Akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışları istenmeyen ilaç etkilerinin görülmesine, uygun olmayan endikasyon ve dozda ilaç kullanımına, artmış antimikrobiyal ajan direncine, hastalıkların tekrarlamasına veya uzamasına, tedavi maliyetlerinin artmasına yol açmaktadır. Bu gerçeklerden yola çıkarak bu araştırmada, üniversite hastanesine başvuran erişkin hastaların AİK'ya yönelik tutum ve davranışlarının belirlenerek ilaç kullanımını etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın evrenini 01-29 Şubat 2020 tarihleri arasında bir Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzerindeki bilişsel, duyuşsal ve sözel olarak iletişim kurmayı engelleyen bir durum olmayan hastalar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise bu dönemde hastaneye başvuran, araştırmanın amacı açıklanarak onam alınan ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 300 gönüllü erişkin bireyden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G-Power 3.1.9.6 programı kullanılarak güç analizi yapılmıştır. Primer olarak AİK sıklığının %50 olarak alındığı çalışmaya tek örneklem düzeninde, %80 güç, %5 yanılma payı, %95 GA ve 0,075'lik etki büyüklüğü ile 281 kişinin alınması gerektiği hesaplanmıştır. Olası veri

kaybına karşı % 10 fazla alınması düşünülerek 300 kişiye ulaşılması planlanmıştır.

Veriler araştırmacılar tarafından ilgili literatür eşliğinde hazırlanan ve bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaşadığı yer, mesleği ve kronik hastalık durumunu içeren altı tanımlayıcı soru ile ilaç kullanımı ile ilgili bilgi ve uygulamalarına yönelik 22 soru olmak üzere toplam 28 sorudan oluşan standart anket formunun yüz yüze uygulanması ile elde edilmiştir. Araştırmanın yürütülmesi için bir Üniversite Araştırma ve Uygulama Hastanesi Başhekimliği'nden 14.02.2020 tarih ve 10301 sayılı yazılı izin alınmıştır. Çalışma öncesinde çalışmaya gönüllü olarak katılan tüm bireylere araştırmacılar tarafından çalışma hakkında açıklayıcı bilgi verilerek Bilgilendirilmiş Gönüllü Onamları alınmıştır.

İstatistiksel analiz

Veriler SPSS Statistics versiyon 20.0 (IBM Statistical Package for the Social Sciences Statistics; Armonk, NY, ABD) istatistik paket programı ile değerlendirilmiş olup, katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile AİK konusundaki tutum ve davranışları karşılaştırılmıştır. Tanımlayıcı veriler sayı (n), yüzde (%) ve ortalama±standart sapmaları ile gösterilmiş, farklılıkların test edilmesinde Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların 159'u (%53,0) kadın, 141'i (%47,0) erkek olup yaş ortalaması $39,4 \pm 15,1$ 'dir. %29,0'ının eğitim düzeyi ortaokul ve altında iken %28,0'ı lise, %43,0'ı ise üniversite mezunudur. %55,0'ı il merkezinde yaşamakta, %47,3'ü herhangi bir gelir getiren işte çalışmakta ve %30,0'ının kronik hastalığı vardır (Tablo 1). Katılımcıların %50,7'si doktora muayene olmadan eczaneden ilaç aldığını, %48,0'ı komşuları, yakınları veya arkadaşlarının tavsiyesi ile ilaç aldığını belirtmiştir. %24,7'si grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikâyetleri için doktora muayene olmadan kendi başına antibiyotik kullandığını belirtmiştir. Katılımcıların %73,7'si benzer şikâyetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde

Tanımlayıcı özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	159	53,0
Erkek	141	47,0
Yaş grubu		
18-39	158	52,7
40-59	110	36,7
60 yaş ve üzeri	32	10,6
Eğitim düzeyi		
Ortaokul ve altı	87	29,0
Lise	84	28,0
Üniversite	129	43,0
Yaşanılan yer		
İl merkezi	165	55,0
İlçe merkezi	96	32,0
Kasaba/köy	39	13,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	142	47,3
Çalışmıyor	158	52,7
Kronik hastalık durumu		
Evet	90	30,0
Hayır	210	70,0
Toplam	300	100,0

bulduğunu, %52,3'ü doktorun yazdığı ilaçların hepsini bitirinceye kadar kullandığını ifade etmiştir. Doktorun verdiği ilaçların alınma saatine uyma durumunu %23,7'si her zaman, %57,3'ü çoğunlukla şeklinde cevaplamıştır. Katılımcıların %75,7'si gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan evinde ilaç bulundurmaktadır. Tedavi sonrası arta kalan ilaçları genellikle ne yaptıkları sorusuna %67,3'ü sakladığını, %28,3'ü attığını belirtmiştir. Katılımcıların %78,7'si evinde daha önceden doktor tarafından yazılmış hiç kullanılmayan veya yarım kalan ilaç olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %83,0'ı evlerinde son kullanma tarihi geçen ilaçları attığını, %14,3'ü sakladığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırmaya katılanların bazı akılcı ilaç kullanımı davranışlarına göre dağılımı		
Akılcı ilaç kullanımı davranışları	n	%
Doktora muayene olmadan eczaneden herhangi bir ilaç alma durumu		
Evet	152	50,7
Hayır	148	49,3
Komşuları, yakınları ve arkadaşların tavsiyesi ile ilaç kullanma durumu		
Evet	144	48,0
Hayır	156	52,0
Grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetler için doktora muayene olmadan kendi başına antibiyotik kullanma durumu		
Evet	74	24,7
Hayır	226	75,3
Ağrısı olduğunda doktora başvurmadan ağrı kesici kullanma durumu		
Her zaman	48	16,0
Çoğunlukla	129	43,0
Bazen	107	35,7
Hiçbir zaman	16	5,3
Benzer şikayetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunma durumu		
Her zaman	12	4,0
Çoğunlukla	55	18,3
Bazen	154	51,4
Hiçbir zaman	79	26,3
Kendinden farklı yaştaki insanlara (çocuk, yaşlı) ilaç tavsiyesinde bulunma durumu		
Evet	85	28,3
Hayır	215	71,7
Doktorun yazdığı ilaçların hepsini bitirinceye kadar kullanma durumu		
Evet	157	52,3
Hayır	143	47,7
Doktorun verdiği ilaçların alınma saatine uyma durumu		
Her zaman	71	23,7
Çoğunlukla	172	57,3
Bazen	51	17,0
Hiçbir zaman	6	2,0
Gerekli olabileceği düşüncesiyle hasta olmadan evde ilaç bulundurma durumu		
Evet	227	75,7
Hayır	73	24,3
Tedavi sonrası arta kalan ilaçları genellikle ne yaptıkları durumu		
Atıyor	85	28,3
Saklıyor	202	67,3
Diğer (Aile sağlığı merkezine veriyor)	13	4,4
Evlerindeki son kullanma tarihi geçen ilaçları genellikle ne yaptıkları durumu		
Atıyor	249	83,0
Saklıyor	43	14,3
Diğer	8	2,7
Toplam	300	100,0

Tablo 3. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre bazı akılcı ilaç kullanımı davranışları								
Tanımlayıcı özellikler	Komşuları, yakınları ve arkadaşları tavsiyesiyle ilaç kullanma durumu				Kendinden farklı yaşta ki insanlara ilaç tavsiyesinde bulunma durumu			
	Kullanan n (%)	Kullanmayan n (%)	X ²	p	Bulunan n (%)	Bulunmayan n (%)	X ²	p
Cinsiyet								
Kadın	76 (47,8)	83 (52,2)	0,005	0,941	39 (24,5)	120 (75,5)	2,412	0,120
Erkek	68 (48,2)	73 (51,8)			46 (32,6)	95 (67,4)		
Yaş grubu								
18-39	65 (41,1)	93 (58,9)			36 (22,8)	122 (77,2)		
40-59	58 (52,7)	52 (47,3)	7,947	0,019*	38 (34,5)	72 (65,5)	5,061	0,080
60 yaş ve üzeri	21 (65,6)	11 (34,4)			11 (34,4)	21 (65,6)		
Eğitim düzeyi								
Ortaokul ve altı	60 (69,0)	27 (31,0)	32,681	<0,001*	34 (39,1)	53 (60,9)	8,433	0,015*
Lise	45 (53,6)	39 (46,4)			24 (28,6)	60 (71,4)		
Üniversite	39 (30,2)	90 (69,8)			27 (20,9)	102 (79,1)		
Yaşanılan yer								
İl merkezi	79 (47,9)	86 (52,1)			40 (24,2)	125 (75,8)		
İlçe merkezi	53 (55,2)	43 (44,8)	1,311	0,519	29 (30,2)	67 (69,8)	4,620	0,099
Kasaba/köy	20 (51,3)	19 (48,7)			16 (41,0)	23 (59,0)		
Çalışma durumu								
Çalışıyor	65 (45,8)	77 (54,2)	0,535	0,465	40 (28,2)	102 (71,8)	0,004	0,952
Çalışmıyor	79 (50,0)	79 (50,0)			45 (28,5)	113 (71,5)		
Kronik hastalık durumu								
Evet	57 (63,3)	33 (36,7)	12,111	0,001*	36 (40,0)	54 (60,0)	8,618	0,003*
Hayır	87 (41,4)	123 (58,6)			49 (23,3)	161 (76,7)		
Ki-Kare Testi, Fisher's Exact Test					*p<0,05			

Araştırmaya katılanların %76,0'ı eczacısının aldığı ilacın nasıl kullanılacağı hakkında bilgi verdiğini, %60,0'ı ilaç alırken reçetede yazılandan farklı olarak eczacının önerdiği eşdeğer ilacı almayı kabul ettiğini belirtirken, ilacın kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini en sık nereden öğrendikleri sorusuna ise %26,0'ı doktor, %25,7'si prospektüs, %22,3'ü eczacı, %20,3'ü internet şeklinde cevap vermiştir. Katılımcıların cinsiyeti ve eğitim düzeyine göre ilaçların kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkilerini en sık nereden öğrendikleri arasında

istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (p<0,05). Bu bilgileri doktor veya eczacıdan öğrenme oranları her iki cinsiyette hemen hemen benzer iken, ilaç prospektüslerinden öğrenme oranı kadınlarda (%65,2), internetten öğrenme oranı ise erkeklerde (%59) daha fazladır. Katılımcıların %61,7'si ilaçların uygulama şeklinin (hap, iğne, serum) tedavi başarısında etkili olduğunu düşünmekte olup bu oranın üniversite mezunlarında daha fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %80,7'si ilaçları doktorun önerdiği şekilde kullandığını, %91,3'ü herhangi bir ilaca

karşı alerjisi varsa muayene sırasında doktor veya sağlık personelinin bilgilendirdiğini, %91,0'ı daha önce kullandığı ilaçlar ve kronik hastalık raporları hakkında doktoruna bilgi verdiğini belirtmiştir.

Tablo 3'te araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre bazı AİK davranışları sunulmuştur. Katılımcıların yaş grubu, eğitim düzeyi ve kronik hastalık durumu ile "komşuların, yakınların ve arkadaşların tavsiyesi ile ilaç kullanma" durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Yakın çevredeki bireylerin tavsiyesiyle ilaç kullanma oranı 60 yaş ve üzerinde, eğitim düzeyi ortaokul ve daha az olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda daha yüksektir. Benzer şekilde eğitim düzeyi ortaokul ve daha az olanlarda ve kronik hastalığı olanlarda kendinden farklı yaştaki insanlara

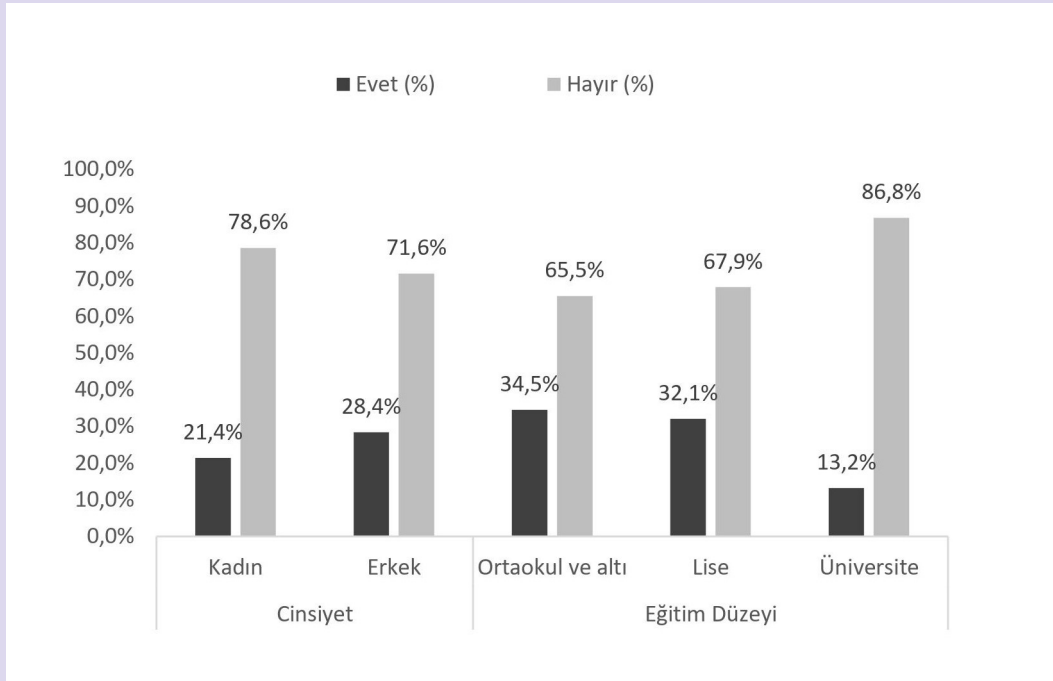
(çocuk, yaşlı) ilaç tavsiyesinde bulunma oranı da anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 4'te araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre evde son kullanma tarihi geçen ilaçları ne yaptıkları gösterilmiştir. Katılımcıların yaş grubu, eğitim düzeyi ve yaşadıkları yere göre "evde son kullanma tarihi geçen ilaçları ne yaptıkları" arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu tür ilaçları atma oranının 40 yaş altındaki bireylerde, üniversite mezunu olanlarda ve ilçe merkezinde yaşayanlarda daha fazla olduğu; 60 yaş ve üzerindeki, eğitim düzeyi ortaokul ve altında olanların ve kırsal kesimdekilerin ise daha fazla oranda sakladığı saptanmıştır.

Tablo 4. Araştırmaya katılanların tanımlayıcı özelliklerine göre evde son kullanma tarihi geçen ilaçları ne yaptıkları durumu

Tanımlayıcı özellikler	Evde son kullanma tarihi geçen ilaçları ne yaptığı durumu			X ²	p
	Atıyor n (%)	Saklıyor n (%)	Diğer n (%)		
Cinsiyet					
Kadın	131 (82,4)	23 (15,5)	5 (3,1)	0,332	0,896
Erkek	118 (83,7)	20 (14,2)	3 (2,1)		
Yaş grubu					
18-39	141 (89,2)	14 (8,9)	3 (1,9)	18,505	<0,001*
40-59	90 (81,8)	17 (15,5)	3 (2,7)		
60 yaş ve üzeri	18 (56,3)	12 (37,5)	2 (6,3)		
Eğitim düzeyi					
Ortaokul ve altı	63 (72,4)	20 (23,0)	4 (4,6)	9,423	0,039*
Lise	73 (86,9)	10 (11,9)	1 (1,2)		
Üniversite	113 (87,6)	13 (10,1)	3 (2,3)		
Yaşanılan yer					
İl merkezi	135 (81,8)	26 (15,8)	4 (2,4)	13,290	0,006*
İlçe merkezi	88 (91,7)	6 (6,3)	2 (2,1)		
Kasaba/köy	26 (66,7)	11 (28,2)	2 (5,1)		
Çalışma durumu					
Çalışıyor	121 (85,2)	17 (12,0)	4 (2,8)	1,279	0,534
Çalışmıyor	128 (81)	26 (16,5)	4 (2,5)		
Kronik hastalık durumu					
Evet	70 (77,8)	18 (20,0)	2 (2,2)	3,398	0,183
Hayır	179 (85,2)	25 (11,9)	6 (2,9)		

Ki-Kare Testi, Fisher's Exact Test * $p < 0,05$



Grafik 1. Katılımcıların cinsiyet ve eğitim düzeylerine göre grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetler için doktora muayene olmadan kendi başına antibiyotik kullanma durumu

Araştırmaya katılanların eğitim düzeylerine göre grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikayetler için doktora muayene olmadan kendi başına antibiyotik kullanma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,05$). Katılımcıların eğitim düzeyi yükseldikçe kendi başına antibiyotik kullanma oranı azalmaktadır. Katılımcıların cinsiyetine göre grip, nezle, soğuk algınlığı gibi durumlarda kendi başına antibiyotik kullanımı arasında ise anlamlı fark yoktur ($p > 0,05$) (Grafik 1).

Katılımcıların %47,3'ü herhangi bir hastalık durumunda tedavi olmak amacıyla tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine (şifalı bitkiler, sülük, hacamat, gıda takviyesi gibi) genellikle başvurduğunu, %28,0'ı bazen başvurduğunu, %24,7'si ise bu yöntemlere hiç başvurmadığını belirtmiştir. Katılımcıların cinsiyeti ve eğitim düzeyine göre bu tür yöntemlere başvurma durumu arasında anlamlı fark saptanmış olup kadınların ve üniversite mezunu olanların daha yüksek oranda bu tür yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Tartışma

Akılcı ilaç kullanımı için sağlık profesyonelleri, hasta ve hasta yakınlarının tam bir uyum içinde olması gerekmektedir. Bireylerin AOİK davranışlarının tespit edilmesi, sebeplerinin araştırılarak ortaya konulması AİK davranışlarının geliştirilmesinde önemlidir. Çalışmamızda hastaneye başvuran erişkin bireylerde AİK ve etkileyen faktörler incelenmiştir. Hastalardan beklenen herhangi bir hastalık durumunda hekime başvurmaları, kendi kendilerine veya tavsiye ile ilaç kullanmamalarıdır. Aksi halde tanı ve tedavi gecikmekte ve mevcut kaynaklar boşa harcanmaktadır. Araştırmamıza katılanların yarısı hekime başvurmadan ilaç kullandığını belirtirken, literatürde yapılan çalışmalarda ise katılımcıların büyük çoğunluğunun reçetesiz ilaç kullandığı bildirilmiştir (11-13). Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının komşuları, yakınları veya arkadaşları gibi çevresindeki bireylerin tavsiyesiyle ilaç kullandığı saptanmıştır. Literatürde yakın çevre tavsiyesiyle ilaç kullanma oranının bizim sonuçlarımıza göre daha düşük olarak bildirildiği çalışmalar mevcuttur

(14-17). Yapılan bir sistematik derlemede kronik hastalığı olan yaşlı bireylerin yaşa bağlı gelişebilen fizyolojik, ruhsal ve sosyal değişiklikler nedeniyle ilaçlarını zamanında kullanmama, reçetesiz ilaç kullanma veya yakınlarının tavsiyesi ile ilaç kullanma gibi ilaç kullanım hataları yaptıkları bildirilmiştir (18). Bizim çalışmamızda da 60 yaş ve üzerindeki bireylerde, ortaokul ve daha az eğitim görenlerde ve kronik hastalığı olanlarda yakın çevresindeki bireylerin tavsiyesiyle ilaç kullanım oranı daha yüksek olarak bulunmuştur.

Antibiyotiklerin uygunsuz kullanımı dünya genelinde bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmektedir (19). Türkiye OECD ülkeleri arasında halen en yüksek antibiyotik tüketen ülkeler arasındadır (20). Çalışmamızda katılımcıların dörtte birinin grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikâyetleri için doktora muayene olmadan kendi başına antibiyotik kullandığı belirlenmiştir. Çöplü'nün (2012) çalışmasında bizim sonuçlarımıza benzer şekilde katılımcıların dörtte birinin kendi kendine antibiyotik kullandığı, Gül ve ark.nın (2014) Ankara'da halkın kendi kendine antibiyotik kullanımı hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirildiği çalışmada ise bu oran daha yüksek (%64,3) olarak saptanmıştır (21, 22). Çalışmamızda elde ettiğimiz oran literatürdeki diğer araştırmalara göre nispeten daha olumlu olsa da azımsanamayacak durumdadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın "Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017" ile eczanelerde reçetesiz ilaç satışının öncelikli antibiyotikler olmak üzere yasaklanması ve AİK kampanyaları düzenlenerek viral hastalıkların kesinlikle antibiyotikle tedavi edilemeyeceği konusunda halkın bilinçlendirilmesinin çalışmamızda bulunan bu sonuç üzerine muhtemel katkısının olduğu düşünülmektedir (23).

Çalışmamızda katılımcıların dörtte üçü gibi ciddi bir oranı benzer şikâyetleri olan tanıdıklarına ilaç tavsiyesinde bulunmaktadır. Erkeklerin, 40 yaş ve üzerindeki bireylerin ve eğitim düzeyi ortaokul ve altı olanların daha çok çevrelerine ilaç tavsiyesinde buldukları belirlenmiştir. Çalışma sonuçlarımızdan farklı şekilde Coşkun ve ark.nın (2021) çalışmasında ise katılımcıların dörtte birinin kendilerine iyi gelen ilacı çevrelerine de tavsiye ettikleri, kadınların erkeklere göre anlamlı şekilde daha fazla ilaç tavsiyesinde bulunduğu, yaş grubu

ve eğitim düzeyinin ise ilaç tavsiyesinde bulunma durumuna anlamlı etkisi olmadığı bildirilmiştir (24). Yapıcı ve ark.nın (2011) çalışmasında da katılımcıların dörtte birinin kendilerine iyi gelen ilacı çevrelerine de tavsiye ettiği ve daha çok 19 yaş ve altındaki bireyler ile lise ve üzeri eğitim düzeyinde olanların ilaç tavsiyesinde bulunduğu saptanmıştır (15).

Hastaların hekimin önerdiği ilacı uygun doz ve sürede kullanması AİK açısından önemlidir. Bunun gerçekleştirilmesi için sağlık profesyonellerinin hastaları ilacın kullanımı ile ilgili açık ve anlaşılır bir biçimde bilgilendirmesi gerekmektedir. Eczacıların da bu konuda büyük sorumluluğu vardır. İlaçların uygun koşullarda eczaneye ulaştırılması ile başlayan süreç ilaçların doğru depolanması, reçetelerin değerlendirilmesi, reçetedeki talimatlara uygun olarak ilacın hazırlanması ile devam eder. Sonrasında da hastaya doğru kullanım şekli, yan etkiler ve olası ilaç etkileşimleri ve hastanın tedavisine ilişkin diğer konularda gerekli bilgilendirmeler yapılır (25). Çalışmamızda katılımcıların dörtte üçü eczaneden aldığı ilacın nasıl kullanılacağı hakkında eczacı tarafından bilgi verildiğini belirtirken, Macit ve ark.nın (2019) çalışmasında bu oran daha yüksek bulunmuştur. Yine aynı çalışmada katılımcıların yarısı eczacının önerdiği eşdeğer ilacı alır iken, bizim çalışmamızda ise bu oran daha yüksek olarak saptanmıştır (14). Türkiye'de jenerik (eşdeğer) ilaç kullanma oranı yıllara göre artış göstermektedir. Bu oran 2015 yılında %56,4 iken, bizim çalışma sonuçlarımızla uyumlu olacak şekilde 2020 yılında %59,6 olarak bildirilmiştir (9).

Çalışmamızda katılımcılar ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkileri en sık öğrendikleri kaynakları sırasıyla doktor, prospektüs, eczacı ve internet şeklinde belirtmiştir. Çalışmamızda katılımcıların dörtte biri bu bilgileri prospektüsten öğrendiğini belirtmesine karşılık, Çobanoğlu ve Alkanat'ın (2019) çalışmasına katılanların yarısından fazlasının ilaç kullanımı ile ilgili bilgileri ve olası yan etkileri ilaç prospektüsünden öğrendiği bildirilmiştir (26). Yapıcı ve ark.nın (2011) çalışmasında katılımcıların %73'ünün, Hatipoğlu ve Özyurt'un (2016) çalışmasında %67'sinin, Barutçu ve ark.nın (2017) çalışmasında %54'ünün ilaç kullanmadan önce kullanma talimatlarını okuduğu bildirilmiştir (15, 27, 28).

Çalışmamızda katılımcıların yarısından fazlası ilaçların uygulama şeklinin tedavi başarısında etkili olduğunu düşünmekte olup bu oran üniversite mezunlarında anlamlı şekilde daha fazla bulunmuştur. Macit ve ark.nın (2019) çalışmasında ise katılımcıların çoğunluğu ilaçların uygulama şeklinin tedavi başarısında etkili olduğunu ve enjektabl (iğne) olursa daha iyi tedavi olacaklarını belirtmiştir. Aynı çalışmada enjektabl ilaçlarla daha iyi tedavi olacaklarını düşünme oranı üniversite mezunlarında daha düşük olarak bulunmuştur (14). Bizim sonuçlarımıza göre bu farklılığın nedeninin çalışmaya katılanlar içinde üniversite mezunu olanların oranının daha fazla olmasına bağlanabilir.

Hastaların AİK'da sorumluluklarından biri de önerilen ilaçları zamanında almaları ve önerildiği şekilde kullanmalarıdır. Literatürde farklı zamanlarda yapılan çalışmalarda hastaların hekimin önerdiği süreden önce ilaç kullanmayı bırakma oranı % 10,8 ile %77,3 arasında değişmektedir (14, 16, 29, 30). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların yarısı doktorun yazdığı ilaçları bitinceye kadar kullandığını belirtmiştir. Bu oran 60 yaş ve üzeri, üniversite mezunları, il merkezinde yaşayanlar ve kronik hastalığı olmayanlarda daha fazla bulunmuştur.

Çalışmamızda katılımcılar "Doktorunuzun verdiği ilaçların alınma saatine uyuyor musunuz?" sorusuna %23,7'si her zaman ve %57,3'ü çoğunlukla şeklinde cevaplarırken, Ekenler ve Koçoğlu'nun (2016) çalışmasına katılanların %84,4'ü ilaçları doktorun önerdiği saatlerde aldığını, %73,8'i doktora danışmadan ilaç dozunu değiştirmediklerini ifade etmiştir (30). Hatipoğlu ve Özyurt'un (2016) çalışmasında katılımcıların %96'sı ilaçlarını kullanırken hekimin tarif ettiği şekilde kullandıklarını belirtmişlerdir (27). Bu çalışmaya göre daha düşük olacak şekilde bizim çalışmamızda ise katılımcıların %80,7'si ilaçları doktorun önerdiği şekilde kullanım dozuna uygun şekilde kullandığını belirtmiştir. Kadınların, 18-39 yaş grubunda olanların, üniversite mezunlarının, il merkezinde yaşayanların ve kronik hastalığı olmayanların daha fazla oranda ilaçların alınma saatine uydukları ve ilaçları doktorun önerdiği şekilde kullanım dozuna uygun biçimde kullandıkları saptanmıştır.

Hekimler ilaç tedavisine karar verirken hastaların

herhangi bir ilaç alerjisi olması, kullandığı ilaçlar ve mevcut kronik hastalıkları büyük önem arz etmektedir. Hastaların bu konularda hekimleri ve diğer sağlık personelinin bilgilendirmeleri doğru ilacın seçilmesi, istenmeyen yan etkiler, ilaç etkileşimleri ve herhangi bir komplikasyonun önüne geçilmesi açısından önemlidir. Araştırmamıza katılanların büyük çoğunluğu herhangi bir ilaca karşı alerjisi olup olmadığını, daha önce kullandığı ilaçları ve varsa kronik hastalıklarına ait raporları hakkında muayene sırasında doktor veya sağlık personelinin bilgilendirdiğini belirtmiştir. Literatürde çalışma sonuçlarımıza benzer şekilde katılımcıların büyük çoğunluğunun kullandığı ilaçlar ve varsa kronik hastalıkları hakkında kendisini takip eden hekimin bilgilendirdiğinin belirtildiği çalışmalar mevcuttur (14, 29).

Yaygın olarak görülen AOİK davranışlarından bazıları da tedavi sonrası arta kalan ilaçları ve son kullanma tarihi geçen ilaçları saklama ve gerekli olabileceği düşüncesiyle evde ilaç bulundurmaktır. Çalışmamızda katılımcıların %67,3'ü tedavi sonrası arta kalan ilaçları, %14,3'ü ise son kullanma tarihi geçen ilaçları sakladığını belirtmiştir. Barutçu ve ark.nın (2017) çalışmasında ise bizim sonuçlarımıza göre daha düşük olacak şekilde katılımcıların %39,7'sinin tedavi sonrası kalan ilaçları sakladığı belirlenmiştir (28). Çalışmamıza katılanların dörtte üçü daha önceden doktor tarafından yazılan ilaçlardan evinde hiç kullanılmamış veya yarım kalmış ilaç olduğunu ve gerekli olabileceği düşüncesiyle evinde ilaç bulundurduğunu belirtmiştir. İlhan ve ark.nın (2014) Ankara'da, İlhanlı Yaramış ve Ulupınar'ın (2021) Ordu'da yaptıkları çalışmalarda da bizim sonuçlarımıza benzer şekilde katılımcıların dörtte üçünün evinde ilaç bulundurduğu saptanmıştır (4, 17). Coşkun ve ark. nın (2021) Düzce'de ve Oral'ın (2021) Bursa'da yaptıkları çalışmalarda da katılımcıların yarısından fazlasının evlerinde hiç kullanılmamış ilaç bulundurdukları bildirilmiştir (24, 31). Hem literatürdeki bu çalışmalar hem de bizim çalışma sonuçlarımız toplumumuzda gerekli olabileceği düşüncesiyle evde ilaç bulundurma davranışının yaygın olduğunu göstermektedir.

Çalışmamıza katılanların yarısına yakını herhangi bir hastalık durumunda tedavi amacıyla şifalı bitkiler, sülük, hacamat, gıda takviyesi gibi

tamamlayıcı ve alternatif tıp yöntemlerine başvurmakta olup kadınların ve üniversite mezunlarının bu tür yöntemlere daha fazla başvurma eğiliminde oldukları saptanmıştır. Bizim çalışma sonuçlarımıza göre daha düşük olacak şekilde İlhan ve ark.nın (2009) çalışmasına katılanların beşte birinin, Coşkun ve ark. (2021) ile Ekenler ve Koçoğlu'nun (2016) çalışmalarına katılanların ise üçte birinin bu tür yöntemleri kullandığı belirlenmiştir (16, 24, 30).

Araştırmanın Kısıtlılıkları

Bu araştırma bir Üniversitesi Hastanesine başvuran hastalarda yapıldığı için sonuçların sadece araştırma grubuna genellenebilmesi kısıtlılıklarından biridir. Uygun örneklem yöntemleriyle farklı hasta gruplarını da temsil eden daha çok sayıda katılımın olduğu ileri araştırmalara ihtiyaç vardır. Araştırmanın bir diğer kısıtlılığı da kış ayında (Şubat) yapılmış olmasıdır. İlaç kullanım alışkanlıkları mevsimsel değişkenlik gösterebilmektedir. Özellikle kış aylarında grip, nezle, soğuk algınlığı gibi şikâyetler daha çok görüldüğü için bu duruma paralel olarak ilaç kullanımında da artış görülebilmektedir.

Sonuç

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık yarısının doktora muayene olmadan reçetesiz ilaç aldığı ve komşuları, yakınları veya arkadaşları gibi çevresindeki bireylerin tavsiyesiyle ilaç kullandıkları saptanmıştır. Akılcı ilaç kullanımı ile çelişen bu davranışların nedenlerinin tüm yönleriyle ortaya konulması, hem AİK davranışlarının geliştirilebilmesi hem de mevcut kaynakların boşuna kullanılmaması açısından önemlidir. Ayrıca bu oranlar her hastalığın ayrı değerlendirilmesi gerektiği, hekim kontrolü olmadan kullanılan ilaçların istenmeyen etkilere ve yanlı veya yetersiz tedaviye sebep olabileceği hakkında toplumun eğitimlerle bilgilendirilmesi gerekliliğini de göstermektedir.

Çalışmamızda katılımcıların ilaç kullanımıyla ilgili bilgileri doktor veya eczacıdan öğrenme oranı düşük bulunmuştur. Bu durum sağlık profesyonellerinin hastalara ilaçlar hakkında daha fazla bilgi vermesi ve geri bildirim alması gerekliliğini gözler önüne sermektedir. Hastaların büyük bir kısmı ilaçları doktorun önerdiği şekilde kullanım dozuna uygun biçimde kullanmakta, herhangi bir ilaç alerjisi varsa muayene sırasında

doktor veya sağlık personelini bilgilendirmekte ve daha önce kullandığı ilaçlar ve varsa kronik hastalıklarına ait raporları hakkında doktoruna bilgi vermektedir. Elde edilen sonuçlar olumlu olsa da arzu edilen ve ulaşılması gereken hedef her hastanın hekimini bu durumlarla ilgili bilgilendirmesidir. Çalışmamızdan elde edilen bir başka sonuç ise hastaların çoğunun evlerinde tedavi sonrası kalan ilaçları sakladığı, hasta olmadan gerekli olabileceği düşüncesiyle evinde ilaç bulundurduğudur. Bu durum son kullanma tarihi geçen ilaçların kullanılma riskini ortaya çıkarmakta olup dikkat edilmesi gereken önemli bir konudur.

Bu araştırmaya katılanların birçok davranışının AİK ilkeleriyle çeliştiği görülmüştür. Bu davranışların nedenlerinin daha çok sayıda katılımın olduğu ve özel grupları da (gebe, çocuk, yaşlı) kapsayan ileri araştırmalarla belirlenmesi ve bireylerin uygun eğitimlerle bilinçlendirilerek AİK davranışlarının topluma benimsetilmesi gerekmektedir.

Teşekkür

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Halk Sağlığı stajını yapan ve Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim elemanları eşliğinde anket uygulamasında katkıları olan intern doktorlara teşekkür ederiz.

Çıkar Çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını belirtmiştir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Rıza Çıtlı
E-Posta: rcitil38@gmail.com

Kaynaklar

1. Alp H, Türk S, Yılmaz S, Tiryaki ÜM, Yiğitbaşı M. Akılcı ilaç kullanımı. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi. 2018;9(33):20-8.
2. Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines. 2002: 1-6. Erişim adresi: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67438/WHO_EDM_2002.3.pdf Erişim tarihi: 25.09.2021.
3. WHO., Antimicrobial resistance: A threat to global health security. Rational use of medicines by prescribers and patients. Apr 2005;A58/14. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/20291> Erişim tarihi: 21.05.2020.
4. İlhan MN, Aydemir Ö, Çakır M, Aycan S. Akılcı olmayan ilaç kullanım davranışları: Ankara'da üç ilçe örneği. Turkish Journal of Public Health. 2014;12(3): 188-200.

5. Maxwell S. Rational prescribing: The principles of drug selection. *Clinical Medicine* 2009; 9:481-5.
6. Sürmelioglu N, Kiroglu O, Erdođdu T, Karataş Y. Akılcı olmayan ilaç kullanımını önlemeye yönelik tedbirler. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*. 2015;24(4):452-62.
7. Yılmaz M, Kırbıyıkoglu Fİ, Arıç Z, Kurşun B. Bir diş hekimliği fakültesi hastanesi'ne başvuran bireylerin akılcı ilaç kullanımlarının belirlenmesi. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 2014;2(1):39-47.
8. Karataş Y, Dinler B, Erdođdu T, Ertuğ P, Seydaođlu G. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi'ne başvuran hasta ve hasta yakınlarının ilaç kullanım alışkanlıklarının belirlenmesi. *Çukurova Medical Journal*. 2012;37(1):1-8.
9. İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Türkiye İlaç Pazarı. Erişim adresi: <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazarı>. Erişim tarihi: 11.04.2022.
10. TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2020. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2020-37192>. Erişim tarihi: 03.04.2022.
11. Karakurt P, Hacıhasanoğlu R, Yıldırım A, Sağlam R. Üniversite öğrencilerinde ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2010;9(5) 505-12.
12. Uçman T, Uysal N. Yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *BANÜ Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2021;3(2):126-133.
13. Dağtekin G, Demirtaş Z, Alaiye M, Sağlan R, Önsüz MF, Işıklı B, ve ark. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran erişkinlerin akılcı ilaç kullanım tutum ve davranışları. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*. 2018; 3(1),12-23.
14. Macit M, Karaman M, Parlak M. Bireylerin akılcı ilaç kullanım bilgi düzeylerinin incelenmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2019;6(2):372-87.
15. Yapıcı G, Balıkcı S, Uğur Ö. Birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuranların ilaç kullanımı konusundaki tutum ve davranışları. *Dicle Tıp Dergisi*. 2011;38(4):458-65.
16. İlhan MN, Durukan E, İlhan SÖ, Aksakal FN, Özkan S, Bumin MA. Self-medication with antibiotics: Questionnaire survey among primary care center attendants. *Pharmacoepidemiology Drug Safety*. 2009;18(12):1150-7.
17. İlhanlı Yaramış M, Ulupınar S. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı bireylerin akılcı ilaç kullanım davranışları. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi*. 2021;4(1): 10-20.
18. Durmaz S, Özvurmaz S, Büyüktarakçı MK, Aykaç Koçak A. Yaşlılarda ilaç kullanım hataları: Bir sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*. 2021;29(1):102-10.
19. Şarklı FD, Artantaş AB, Uğurlu M. Why do patients want antibiotics and why do physicians prescribe antibiotics?: A cross-sectional study in primary health care. *Ankara Medical Journal*. 2019;19(1):133-42.
20. Aydingöz SE, Michael Lux K. Türkiye'de antibiyotik tüketim miktarının ve birinci basamak sağlık hizmetlerinde antibiyotik reçeteleme uygulamalarının OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021; 30(1): 56-62.
21. Çöplü N. Antimikrobiyal direnç ve akılcı antibiyotik kullanımı. *Kırıkkale Üniversitesi Bilimde Gelişmeler Dergisi*. 2012;1(1):34-40.
22. Gül S, Öztürk DB, Yılmaz MS, Gül EU. Ankara halkının kendi kendine antibiyotik kullanımı hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*. 2014; 71(3): 107-12.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017, Ankara. Erişim adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/wp-content/uploads/2014/11/aik-ulusal-eylem-planı.pdf>. Erişim tarihi: 24.06.2020.
24. Coşkun NC, Sungur MA, Aydın M, Solmaz C.İ, Turhan EÇ, Dizman B, ve ark. Batı Karadeniz Bölgesi'nde bir üniversite hastanesine başvuran hasta ve hasta yakınlarının akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2021; 11(2): 206-213.
25. Altındış S. Akılcı ilaç kullanımına sistematik bir bakış. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*. 2017;1(2):34-8.
26. Çobanoğlu A, Alkanat HÖ. Hastanede yatan hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışlarının incelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;22(1):33-40.
27. Hatipoğlu S, Özyurt BC. Manisa ilindeki bazı aile sağlığı merkezlerinde akılcı ilaç kullanımı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(4):1-8.
28. Barutçu İA, Tengilimođlu D, Naldöken Ü. Vatandaşların akılcı ilaç kullanımı, bilgi ve tutum değerlendirmesi: Ankara ili metropol ilçeler örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*. 2017;19(3):1062-78.
29. Uğrak U, Teke A, Cihangirođlu N, Uzuntarla Y. Kardiyoloji kliniğinde yatan hastaların akılcı ilaç kullanımı konusundaki tutumları. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2015;14(2):137-44.
30. Ekenler Ş, Koçoğlu D. Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2016;3(3):44-55.
31. Oral S. Hastaların akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgi ve davranışları. *Abant Med J* 2021;10(3):330-344.

Sibel Kiyak¹, Rukiye Burucu²

DOI: 10.17942/sted.883678

Geliş/Received : 20.02.2021
Kabul/ Accepted : 18.04.2022

Öz

Amaç: Bu çalışma üniversite öğrencilerinin jinekolojik kanser farkındalıkları ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel türde bir çalışmadır. Araştırma 1026 üniversite öğrencisiyle yapılmıştır. Veriler Haziran-Ağustos 2020 tarihleri arasında; Kişisel Bilgi Formu, Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği (II)'nin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutları kullanılarak çevrimiçi şekilde toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortanca, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Dunn Testi ve Spearman Korelasyon Testi kullanılmıştır.

Bulgular: Öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalıkları ölçeğinin toplam puan ortanca değeri 154 olarak belirlenmiştir. Jinekolojik kanser farkındalıkları toplam ortanca puanını öğrencilerin kronik hastalıkları ve ailede kanser hastalığı olan yakınlarının öyküsü olma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p < 0,05$). Jinekolojik kanserler farkındalık puanı ile yaş, beslenme ve fiziksel aktivite puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Üniversite öğrencilerinin jinekolojik kanser farkındalıklarının orta düzeyin üstünde olduğu, mevcut kronik hastalığın olması, yaşanılan yer, sigara kullanımı, ailede kanser öyküsünün olması ve ailede kanser öyküsü bulunan kişinin yakınlığı farkındalık düzeyini etkileyen değişkenler olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanserlere işaret edebilecek semptomların farkındalığının artması, erken teşhis ve hayatta kalmaya katkı sunacaktır.

Anahtar sözcükler: Farkındalık, jinekolojik kanser, öğrenci

Abstract

Objective: This study was conducted to determine university students' awareness of gynecological cancer and related factors.

Method: This is a cross-sectional study. The research was conducted with 1026 university students. Data is between June-July 2020; The Personal Information Form was collected online using the nutrition and physical activity sub-dimensions of the Gynecological Cancers Awareness Scale and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale (II). Number, percentage, median, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Dunn Test and Spearman Correlation Test were used in statistical analysis.

Results: The median total score of the students' gynecological cancer awareness scale was determined to be 154. A statistically significant difference was found between the total median score of gynecological cancer awareness between the students' chronic diseases and the history of their relatives with cancer in the family ($p < 0.05$). A low positive correlation was found between the total median score of the gynecological cancer awareness scale and age, nutrition and physical activity score.

Conclusion: It was determined that university students' awareness of gynecological cancer was above the medium level, existing chronic disease, place of residence, smoking, family history of cancer and the closeness of a person with a family history of cancer were the variables affecting the level of awareness. Increasing awareness of symptoms that may indicate gynecological cancers will contribute to early diagnosis and survival.

Key words: Awareness, gynecological cancers, students

¹Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-7278-2094)

²Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-9284-5486)

Giriş

Jinekolojik kanserler; serviks, endometrium, over, vulva, vajina, fallop tüpü kanserleri ve koriokarsinomlarıdır. Bunlardan; serviks, endometrium ve over kanserleri, daha sık görülen ve kansere bağlı mortalite ve morbiditede önemli yeri olan kanser türleridir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2018 verilerine göre tüm kanser türleri içinde; serviks kanseri dört, uterus kanseri altı, over kanseri ise sekizinci sırada yer almakta ve mortalite oranlarının benzer olduğu belirtilmektedir (1). Ülkemizde ise benzer şekilde; uterus kanseri dört, over kanseri altı, serviks kanseri dokuzuncu sırada yer almaktadır (2). Jinekolojik kanserlere bağlı ölümlerin azaltılabilmesi için erken evrede yakalanması önemlidir. Bu sayede kanser, tedavi edilebilir bir aşamada tespit edilerek, bireyin yaşam kalitesi bozulmadan hayatta kalma şansı artırılmaktadır (3). Serviks kanseri dışında jinekolojik kanserler için tarama testi bulunmamaktadır. Bu nedenle erken tanı ve tedavide kadınların jinekolojik kanserlere karşı farkındalıkları önemli hale gelmektedir. Literatürde, kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının düşük (4, 5) ya da orta düzeyde olduğu belirtilmektedir (6). Kadınların farkındalıklarının artırılması; sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanmalarına, gerekli muayene ve kontrollerini yaparak/yaptırarak erken teşhis sağlanır (4, 5). Bunun yanında jinekolojik kanserlerin önlenmesinde sağlıklı bir yaşam tarzı (egzersiz, dengeli beslenme, alkol ve sigaradan uzak durma) ve riskli davranışlardan uzak durma önerilmektedir (7-12).

Kadınların farkındalığının artması sadece kanserden korunma değil aynı zamanda kronik hastalıklar ve bununla birlikte ortaya çıkan diğer sorunların önlenmesi/ azaltılmasında da etkili olacaktır. Örneğin, tip 2 diyabet için bireylerin erken yaşlarda kazandığı sağlıklı yaşam alışkanlıklarının ilerleyen yaşlarda kanser gibi başka hastalıkların oluşmasına engel olabildiği açıklanmaktadır (13). Kronik solunum yolu hastalıkları da solunan havanın kirliliği ve özellikle sigara kullanımı ile direkt kanserlerle ilişkilendirilmektedir. Oysa, kronik hastalıklar, önlenemez hastalıklardır ve önlenmesi için; sigara ve alkolden uzak durulması, sağlıklı beslenmesi ve sağlıklı yaşam alışkanlıkları kazanılması önerilmektedir (13). Bu kazanımların olmaması

durumunda karşılaşılabilecek sorunların başında kanserler yer almakta ve özellikle kadın kanserleri için büyük risk oluşturduğu belirtilmektedir. Gençlik dönemini sağlıklı ilgili davranışların kazanıldığı dönem olması, hem de kadınlarda görülen kanserlerin erken yaşta başlayan farkındalığın önemli olması sağlıklı bir yaşam temelinde önem arz etmektedir (10, 11, 14). Bu çalışma, üniversitede öğrenim gören öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalıkları ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem

Araştırma türü

Araştırma kesitsel türde web tabanlı bir çalışmadır.

Evren ve örneklem

Araştırmanın evrenini, Türkiye'deki üniversitelerde öğrenim gören ve sosyal medya hesaplarını kullanan kız öğrenciler oluşturmuştur. Çalışma örneklemini gelişigüzel örnekleme yöntemiyle Haziran-Ağustos 2020 tarihleri arasında sosyal medya hesaplarını kullanan, araştırma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 1026 kız öğrenci oluşturmuştur. Bu araştırma Gözlemsel Araştırma Raporlama Kriterleri (STROBE)'ye göre raporlanmıştır.

Araştırmaya alınma kriterleri

Türkiye'deki üniversitelerde 2019-2020 akademik yılında öğrenim gören, 18 yaş üstü, e-posta ve sosyal medya yoluyla ulaşılabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden kız öğrenciler çalışmaya alınmıştır.

Veri toplama araçları

Araştırma verileri "Kişisel Bilgi Formu", "Jinekolojik Kanser Farkındalık Ölçeği" ve "Sağlıklı Yaşama Biçimi Davranışları II Ölçeği" ile toplanmıştır.

1- Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak hazırlanmıştır (4, 5, 15-17). Formda, öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, kanser öyküsü ve mevcut hastalıklarını değerlendiren 13 soru yer almaktadır.

2- Jinekolojik Kanserler Farkındalık Ölçeği (JİKFÖ)

Jinekolojik kanser farkındalık düzeyini belirlemek için Al Dal ve Ertem (2017) tarafından geliştirilen

Jinekolojik Kanser Farkındalık Ölçeği (JKFÖ) kullanılmıştır. 20-65 yaş arası kadınlar için geliştirilen JKfÖ 41 maddeden oluşmaktadır. Beşli likert tipi bir ölçektir; 1; Kesinlikle katılmıyorum, 2; Katılmıyorum, 3; Kararsızım, 4; Katılıyorum, 5; Kesinlikle katılıyorum şeklinde değerlendirilir. Ölçek; jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı, jinekolojik kanser riskleri farkındalığı, jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı ve jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı olmak üzere dört alt boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,944, alt boyutlarının ise 0,708-0,979 arasındadır. Ölçek, toplam puan üzerinden değerlendirilmekte ve puan aralığı 41-205 arasında değişmektedir. Ölçek puanı arttıkça farkındalık düzeyi de artmaktadır (17). Bu çalışma verilerine göre, ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,903, alt boyutlarının ise 0.579-0.910 arasında bulunmuştur.

3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II
Araştırmada öğrencilerin sağlığı geliştirme davranışlarını ölçmek için, Walker ve ark. (1987) (18) tarafından geliştirilen Bahar ve ark. 2008 tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II kullanılmıştır. Ölçek toplam 52 maddeden ve altı alt boyuttan (manevi gelişim, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi) oluşmaktadır. Bu çalışma kapsamında beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutları kullanılmıştır. Dörtlü likert tipi bir ölçektir; 1; hiçbir zaman, 2; bazen, 3; sık sık, 4; düzenli olarak şeklinde değerlendirilir. Bu çalışmada ölçeğin beslenme ve egzersiz alt boyutları kullanılmıştır. Fiziksel aktivite, hafif, orta ve ağır egzersizleri düzenli olarak uygulamayı kapsamaktadır. Beslenme, bireyin öğünlerini seçme, düzenleme ve yiyecek seçimindeki değerini belirlemektedir. Ölçeğin fiziksel aktivite ve beslenme alt boyutlarının güvenilirlik katsayıları olan Cronbach Alpha değeri sırasıyla 0,79, 0.68'dir (19). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha değeri beslenme alt boyutunda 0.714, fiziksel aktivite alt boyutunda 0.672 olarak bulunmuştur.

Verilerin toplanması

Araştırma, kartopu yöntemiyle web tabanlı olarak, Haziran-Ağustos 2020 tarihinde Google formlar üzerinden yapılmıştır. COVID 19 pandemisi nedeniyle veriler çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Çalışma sorularını içeren çevrimiçi link öğrenci dernekleri ve sosyal medya aracılığı ile öğrencilere

iletmiştir. Anketler, sekiz hafta süresince erişime açık tutulmuş, sürenin sonunda elde edilen veriler değerlendirilmiştir.

Ön uygulama

Çalışma sorularının anlaşılabilirliğini değerlendirmek için sağlık, eğitim, sosyal bilimler ve mühendislik alanlarında eğitim gören 10 kız öğrenciyle ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulama yapılan kız öğrenciler araştırma kapsamına alınmamıştır.

Araştırma soruları

Üniversite öğrencilerinin;

1. Jinekolojik kanser farkındalık düzeyleri nedir?
2. Jinekolojik kanser farkındalık düzeyini etkileyen faktörler nelerdir?

Araştırmanın etik boyutu

Araştırma protokolü Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu tarafından (2020/2533) uygun bulunmuştur. Veri toplama formunun girişinde çalışmanın amacı açıklanarak öğrencilere bilgilendirme yapılmış, çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda "çalışmaya katılmayı onaylıyorum" beyanını seçmeleri istenmiştir. Formu online ortamda tamamlayan öğrenciler araştırmaya katılımı kabul etmiş sayılmıştır.

Verilerin analizi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 21 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Tanımlayıcı veriler mutlak sayı, yüzde, ortanca (1.çeyrek-3. çeyrek), $[M(Q1-Q3)]$ şeklinde özetlenmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ve varyans homojenliği için Levene testi kullanılarak test edilmiştir. Yapılan Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda verilerin normal dağılım göstermediği ve bu nedenle analiz için parametrik olmayan testlerden bağımsız iki grup için Mann Whitney U testi, bağımsız ikiden fazla grup için Kruskal Wallis testi ve Dunn testi ve Spearman Korelasyon testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan 1026 öğrencinin yaş ortalaması $20,89 \pm 2,56$ olup; öğrencilerin %34,3'ü hazırlık ve birinci sınıfta, %71,3'ü ise sağlık alanında öğrenim görmektedir. Öğrencilerin %71,9'u İç Anadolu bölgesinde yer alan bir üniversitede eğitim görmekte ve %44,3'ü büyükşehirde yaşamaktadır. Öğrencilerin beden kitle indeksi 21,91'dir.

Tablo 1. Öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalığını etkileyebilecek bazı belirleyicilere göre dağılımı (N=1026)

Belirleyiciler	Sayı	(%)
Kronik hastalık durumu		
Evet	97	9,5
Hayır	929	90,5
Mevcut kronik hastalıklar (n=97)		
Solunum sistemi	45	46,4
Sindirim sistemi	5	5,2
Dolaşım sistemi	13	13,4
Endokrin sistem	15	15,5
Diğer	19	19,5
Yaşadığı yer		
Köy-kasaba	121	11,8
İlçe	240	23,4
Şehir merkezi	210	20,5
Büyükşehir	455	44,3
Sigara içme durumu		
Evet	124	12,1
Hayır	902	87,9
Ailede kanser öyküsü		
Evet	265	25,8
Hayır	761	74,2
Ailede kanser öyküsü olan kişinin yakınlığı (n=265)		
Anne	66	24,9
Kız kardeş/abla	7	2,6
Teyze	38	14,3
Diğer	154	58,2
Ailede Kanser öyküsü (n=265)		
Meme CA*	89	33,6
Uterus CA	31	11,7
Akciğer CA	17	6,4
Kolon CA	17	6,4
Diğer CA**	111	41,9
*CA: Kanser		
**Beyin, böbrek, cilt, kemik iliği, over, ösafagus, pankreas, serviks, troid.		

Tablo 2. Öğrencilerin jinekolojik kanserler farkındalık ölçeğine ait ortalama ve medyan değerlerinin dağılımı

Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği	AO±SS	M (Q1-Q3) *
Jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı	86,3 ± 11,2	86 (79-94)
Jinekolojik kanser riskleri farkındalığı	28,1 ± 5,4	28 (25-31,25)
Jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı	22,7 ± 3,5	23 (21-25)
Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı	17,4 ± 2,2	18 (16-19)
Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği toplampuanı	154,5 ± 16,7	154 (144-165)

*M(Q1-Q3): ortanca (1.çeyrek-3.çeyrek)

Öğrencilerin %12,1'i sigara içmekte ve %9,5'i kronik bir hastalığa sahiptir; bunların %46,4'ünün solunum sistemiyle (astım, kronik bronşit ve sinüzit) ilgili hastalıkları bulunmaktadır. Öğrencilerin %25,8'nin ailesinde kanser öyküsü bulunduğu, bunların %24,9'unun annesinde kanser olduğu saptanmıştır. Ailesinde görülen kanser türleri sırasıyla %33,6'sı meme, %11,7'si uterus, %6,4'ü akciğer, %6,4'ü kolon kanseri olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Çalışmada öğrencilerin JİKÖ toplam puan ortanca değeri 154 bulunmuştur. JİKÖ alt boyutlarının ortanca değerleri jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı 18, jinekolojik kanser riskleri farkındalığı 28, jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı 23 ve jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı 86 olarak belirlenmiştir (Tablo 2). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin beslenme ve fiziksel aktivite alt boyutlarının puan ortalaması sırasıyla $19,35 \pm 4,0$, $19,31 \pm 3,79$ 'dur.

Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığının ortanca puanı büyükşehirde yaşayan, ailesinde kanser öyküsü olan ve annesinde kanser hastalığı olan öğrencilerde daha yüksek olduğu bulunmuştur (sırasıyla $p < 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,001$) (Tablo 3).

Jinekolojik kanser riskleri farkındalık puanı köy ve kasabada yaşayan, sigara içmeyen öğrencilerde daha yüksek elde edilmiştir ($p < 0,05$). Diğer gruplar arasında ise fark yoktur ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Öğrencilerin jinekolojik kanserden korunma farkındalığı kronik hastalıklar arasında farklılık göstermektedir ($p = 0,026$) ve diğer hastalıklar grubundan elde edilen değerler diğer tüm kronik hastalıklardan daha yüksek elde edilmiştir. Sigara içmeyen öğrencilerin jinekolojik kanserden korunma farkındalığı puanı sigara içen öğrenci puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 3).

Öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalık ölçeğinin toplam ortanca puanı kronik hastalık türleri arasında farklılık göstermektedir ($p = 0,008$) ve endokrin hastalığa sahip öğrencilere ait ortanca puanı, solunum sistemi hastalığına sahip öğrencilerinden daha yüksek elde edilmiştir. Diğer gruplara arasında ise fark yoktur. Annesinde kanser hastalığı olan öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalık ölçeğinin toplam ortanca değeri, kız kardeş ve ablasında kanser hastalığı olan öğrencilerin değerinden yüksek bulunmuştur ($p = 0,031$) (Tablo 3).

Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği toplam puanı ile yaş, beslenme ve fiziksel aktivite puanı arasında pozitif yönlü düşük düzey bir ilişki vardır (r değerleri sırasıyla 0,120, 0,202 ve 0,236). Kısmi korelasyon sonucunda ise yaş, beslenme ve fiziksel aktivite puanı ile jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği toplam puanı arasında bir ilişki tespit edilmiştir (sırasıyla $r = 0,085$; $p = 0,007$; $r = 0,095$, $p = 0,002$; $r = 0,132$, $p < 0,001$) (Tablo 4).

Tablo 3. Öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalık puanlarının bazı bağımsız değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı	Jinekolojik kanser riskleri farkındalığı	Jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı	Jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı	JİKFÖ toplam puanı
Mevcut kronik hastalıklar					
Solunum sistemi	17(14,5-16)	27(19,5-28,5)	21(16-19,5) ^a	80(68-78,5) ^a	144(127,5-141) ^a
Sindirim sistemi	18(17-18)	27(24-26)	22(20,5-21,5) ^{ab}	86(76-87) ^{ab}	152(143-157) ^{ab}
Dolaşım sistemi	17(16-17,5)	28(24-28,5)	24(21-24) ^{ab}	88(82-91,5) ^{ab}	157(149,5-168) ^{ab}
Endokrin sistem	18(16-17)	31(27,5-34)	24(20-23) ^{ab}	92(85-94) ^b	165(155-171,5) ^b
Diğer	18(15,5-16,5)	29(24-31)	24(19,5-21,5) ^b	87(75,5-86) ^{ab}	158(134,5-151) ^{ab}
Test İst.	3,958	5,056	11,096	10,516	13,921
p ²	0,412	0,282	0,026	0,033	0,008
Yaşanılan yer					
Köy-kasaba	17(10,5-12) ^{ab}	30(25-32) ^b	23(17,5-21)	26(36,5-78,5)	155(128,5-148)
İlçe	17(12,5-14) ^{ab}	28(18,5-27) ^{ab}	23(17-20,5)	27(35,5-77)	155(118,5-140)
Şehir Merkezi	17(14-15,5) ^a	28(21-26) ^{ab}	22(18-21,5)	25(44-86)	153(135,5-154)
Büyükşehir	18(14-15) ^b	28(18,5-27) ^a	23(17-20,5)	27(40,5-82)	155(133-153,5)
Test İst.	10,946	8,398	3,075	5,439	3,899
p ²	0,012	0,038	0,380	0,142	0,273
Sigara kullanımı					
Evet	18(15,5-16,5)/552,56	27(18-27)/437,23	21(16-20)/368,13	86(68,5-80)/523,69	151(130,5-148)/473,24
Hayır	17(10,5-12)/508,13	28(18,5-27)/523,98	23(17-20,5)/533,48	86(65-77)/512,10	155(118,5-140)/519,03
Test İst.	51,080	65,381	73,949	54,660	60,080
p ¹	0,111	0,002	<0,001	0,683	0,107
Ailede kanser öyküsü					
Evet	18(11-12)/549,96	28(18,5-27)/531,36	22(16,5-20,5)/495,07	88(71-82)/547,03	156(134,5-155,5)/536,81
Hayır	17(12,5-14,9)/500,80	28(18,5-27)/507,28	23(17-20,5)/519,92	86(65-77)/501,82	154(118-139)/505,38
Test İst.	91,169	96,099	105,715	91,946	94,656
p ¹	0,018	0,254	0,238	0,032	0,137
Ailede kanser öyküsü olan kişinin yakınlığı					
Anne	18(17,75-20)	26,5(23-32)	23(20-25,25)	90(84-99,25) ^b	157,5(147,75-173,25) ^a
Kız kardeş/abla	16(15-18)	28(21-28)	22(22-24)	80(80-81) ^a	145(142-145) ^b
Teyze	18,5(17,75-20)	30(26,75-33,25)	23(19,75-27)	87,5(81-97) ^{ab}	154(141-164) ^a
Diğer	18(16-19,25)	28(25,75-32)	22(20-24,25)	87(78-93,25) ^a	154(141-164) ^{ab}
Test İst.	15,541	4,125	3,272	11,434	8,851
p ²	0,001	0,248	0,352	0,010	0,031

¹Mann Whitney U testi, ortanca (_{Q1-Q3})/mean rank^{a-b}: Her bir ölçüm için aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur (Dunn testi), ²: Kruskal Wallis

Tablo 4. Jinekolojik kanser farkındalık ölçeğinin yaş, beden kitle indeksi, beslenme ve fiziksel aktivite puanı arasındaki ilişkinin incelenmesi

Ölçek	Değişkenler	r ₁	p	r ₂	p
Jinekolojik kanserlerde erken tanı ve bilgi farkındalığı	Yaş	0,062	0,046	0,029	0,353
	BKİ	0,071	0,024	0,075	0,016
	Beslenme	0,052	0,098	0,012	0,701
	Fiziksel aktivite	0,075	0,017	0,037	0,239
Jinekolojik kanser riskleri farkındalığı	Yaş	0,055	0,079	0,040	0,206
	BKİ	0,068	0,029	0,074	0,019
	Beslenme	0,069	0,027	0,039	0,215
	Fiziksel aktivite	0,084	0,007	0,062	0,049
Jinekolojik kanserlerden korunma farkındalığı	Yaş	0,083	0,008	0,085	0,006
	BKİ	0,012	0,697	0,020	0,516
	Beslenme	0,194	<0,001	0,087	0,006
	Fiziksel aktivite	0,214	<0,001	0,108	0,001
Jinekolojik kanserlerde rutin kontrol ve ciddi hastalık algısı farkındalığı	Yaş	0,115	<0,001	0,073	0,020
	BKİ	0,025	0,424	0,007	0,819
	Beslenme	0,205	<0,001	0,091	0,003
	Fiziksel aktivite	0,232	<0,001	0,123	<0,001
JİKFÖ toplam puanı	Yaş	0,120	<0,001	0,085	0,007
	BKİ	0,049	0,118	0,044	0,157
	Beslenme	0,202	<0,001	0,095	0,002
	Fiziksel aktivite	0,236	<0,001	0,132	<0,001

r₁: Spearman korelasyon analiz testi r₂: Kısmi korelasyon

Tartışma

Üniversitede öğrenim gören öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalıkları ve ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; jinekolojik kanser farkındalık düzeyinin orta düzeyin üzerinde olduğu, mevcut kronik hastalığın olması, yaşanılan yer, sigara kullanımı, ailede kanser öyküsünün olması ve ailede kanser öyküsü bulunan kişinin yakınlığı farkındalık düzeyini etkileyen değişkenler olduğu bulunmuştur. Jinekolojik kanserler farkındalık puanı ile yaş, beslenme ve fiziksel aktivite puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Jinekolojik kanser farkındalığının değerlendirildiği bazı çalışmalarda kadınların farkındalık düzeylerinin düşük/orta olduğu görülmektedir (6, 15). Mavi Aydoğdu ve Bekar (2016)'ın yaptığı

çalışmada üniversite öğrencilerinin jinekolojik kanser bilgisi orta düzeyde bulunmuştur (20). Literatür incelendiğinde jinekolojik kanserleri içeren çalışmaların sınırlı olduğu ve çoğunlukla serviks kanserine yönelik çalışmaların yer aldığı görülmektedir. Üniversite öğrencileriyle yapılan serviks kanseri farkındalık çalışmalarında sağlık alanındaki öğrencilerin farkındalık düzeyinin daha fazla (21) ve birinci sınıftaki öğrencilerin farkındalık düzeyinin daha düşük olduğu belirtilmektedir (16, 22). Bunun yaşla birlikte hem kanser görülme ihtimali hem de kanser farkındalığının arttığı ifade edilmektedir (23). Jinekolojik kanser farkındalıklarının; 30-39 yaş grubundaki kadınlarda daha yüksek olduğu (6), benzer şekilde serviks kanseri farkındalığının incelendiği diğer bir çalışmada, farkındalığın özellikle 30-45 yaş grubunda arttığı belirtilmiştir

(15). Bu çalışmada erken tanı ve bilgi, korunma, rutin kontrol ve ciddi hastalık ve toplam puanın yaşı büyük olanlarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızda bu yaş grubunda farkındalığın orta düzeyin üzerinde çıkması olumlu bir sonuç olarak değerlendirilebilir. Ancak grubun çoğunluğu (%73) sağlık alanında öğrenim gören öğrencilerdir. Öğrencilerin sağlıkla ilgili bir bölümde eğitim görüyor olmalarının farkındalıklarının artmasında etkili olduğu düşünülmektedir.

Yaş faktörünün yanında bireyin sağlık davranışları da yaşanan toplumun alışkanlıklarından, bireyin sosyo kültürel yapısı gibi birçok faktörden etkilenir. Serviks kanseri farkındalıklarının incelendiği çalışmalarda kırsal bölgede yaşayan kadınların farkındalıklarının daha düşük olduğu belirtilmektedir (15, 24). Bu çalışmada şehirde yaşayanların JİKFÖ'nün erken tanı ve bilgi farkındalığı alt boyut puanlarının, köyde yaşayanların ise risk farkındalığı alt boyut puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Şehirde yaşayanların sağlığa erişimlerinin daha kolay olması sebebiyle erken tanı ve bilgi farkındalıklarının daha yüksek, köyde yaşayanların ise yine erişimdeki yetersizliklerden etkilenerek risk farkındalıklarının daha yüksek olabileceği, kendilerini sürekli riskli olarak algıladıkları düşünülebilir.

Kanser farkındalığını etkileyen faktörlerden biri de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarıdır. Çünkü kanserin oluşumunu bireylerin yaşam biçimleri anlamlı şekilde etkilemektedir (3). Kanser vakalarının %30-35'inde sağlıksız ve dengesiz beslenmenin etkisi olduğu açıklanmaktadır (25). On altı çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında; kanser oluşumunda lifli gıdaları tüketmenin özellikle endometrium kanseri oluşmasını engellediği (RR: 0,86) (26), sebze ağırlıklı beslenmenin, lifli gıdaları tüketmenin ve tuz kısıtlamasının önemli olduğu belirtilmektedir (27). Bu çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinde beslenme puanları yükseldikçe; JİKFÖ toplam puanı, risk, korunma,

kontrol ve ciddi hastalık alt boyutlarında da artış olduğu tespit edilmiştir. Sağlıklı beslenme alışkanlığı olan öğrencilerin kadın kanserleri farkındalığının daha yüksek olduğu söylenebilir.

Kanser oluşumunu etkileyen bir diğer faktör de fiziksel aktivite durumudur. Çin' de yapılan bir çalışma, yetersiz fiziksel aktivitenin kansere bağlı ölümleri 1,5 kat artırdığını göstermektedir (27). Bariatrik cerrahi sonrası kilo veren kadınlarda da endometrium kanseri riskinin %80 azaldığı bildirmiştir (14). Japonya'da yapılan çalışma sonuçları ise BKİ artışının özellikle kadın kanserleri için destekleyici olabileceğini açıklamaktadır (23). Bu çalışmada egzersiz puanı yüksek olan öğrencilerin; JİKFÖ toplam puanı ve tüm alt boyut puanlarının yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak BKİ'nin kanser farkındalığında sadece iki alt boyutta (Erken tanı ve bilgi, risk farkındalığı) anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Kadın kanserleri hakkında farkındalığı yüksek olan grubun hareketli yaşam alışkanlığı olanlar olduğu görülmektedir. BKİ aslında egzersiz ve beslenmeden tamamen bağımsız bir durum olmamasına rağmen her birinde kanser farkındalıklarının farklı çıkması öğrencilerin BKİ'ni sadece estetik amaçlı olarak algıladıklarını düşündürülebilir.

Sağlıksız beslenme, hareketsiz yaşam tarzı ve buna bağlı BKİ'de artış, ayrıca sigara kullanımı da kadın kanserlerinin oluşmasına etki etmektedir. Jinekolojik kanser tanısı alıp tedavi edilmiş 1590 hastanın retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada hastalardan sigara kullananlarla kullanmayan arasında kanser yaşama oranında anlamlı fark olduğu bildirilmiştir. Özellikle en çok sigara tüketen grubun serviks kanseri teşhisi alanlar içinde yer aldığı (%23,5), endometrium ve over kanserinde sigara kullanan ve kullanmayanlar arasındaki farkın anlamlı olduğu belirtilmiştir (23). Kanser araştırmaları merkezi raporunda ise over kanserlerinde sigara kullanımının riski %21 artırdığını, serviks kanserini de tetiklediği açıklanmıştır (8). Bu çalışmada, sigara içmeyen öğrencilerin jinekolojik

kanserden koruma farkındalığı puanı sigara içen öğrencilerden daha yüksektir. Sigara kullanmayan öğrencilerin bilinçli olarak kullanmadıkları, riskin farkında oldukları düşünülebilir. Sigara içmeyen grubun sağlıklı yaşam davranışlarının yüksek olduğu söylenebilir.

Bireyin sigara kullanımı pek çok kanser türünde hücre yapısını bozarak kanseri tetiklemektedir. Ama özellikle kansere bağlı ölümlerin sigara kullanımına bağlı olarak % 150 oranında arttığı bildirilmektedir. Bunda da sigaranın etken olduğu kronik hastalıkların söz konusu olabileceği açıklanmıştır (27). 1590 jinekolojik kanser vakasından endometrium kanseri tanısı alan kadınlardan %13,2'sinin diyabetik olması (23), endometrium kanseri tanısı almış kadınların % 16,4'ünün ölümünden diyabetin sorumlu olduğunun açıklanması ve kadın kanserlerine bağlı ölümlerin diyabetin önlenmesine yönelik programlarla % 8,8 oranında azaltılabilecek olması diyabet ve kanser ilişkisini açıklamaktadır (27). Bu çalışmada solunum sistemi hastalığı olanların kanser farkındalığının düşük, endokrin sistem hastalığı olanın ise farkındalığı yüksek tespit edilmiştir. Burada "endokrin sistem hastalığı olanlar" şeklinde ifade edilen grubun çoğu diyabeti olan bireylerdir. Diyabeti olan hastalar ilk tanı konulmasından itibaren diyabet hemşiresinden eğitim almaktadır. Oysa solunum sistemi hastalığı olanların böyle bir rutin eğitimi ülke genelinde bulunmamaktadır. Hangi alan olursa olsun bireylere verilen sağlık eğitiminin sağlıkla ilgili başka alanlarda da kişilerin farkındalığını artırdığı söylenebilir.

Bireyin kendisinde bulunan hastalıkların yanında aile bireylerinde kanserin varlığı da kadın kanserlerinin gelişiminde önemli bir etkiye sahiptir. Yapılan bir çalışmada aile bireylerinde (1.,2. ve 3. derece yakınlar) kanser öyküsü olan kişilerin oranının % 41 olduğu ama bu ailedeki bireylerin % 43'ünün hiç kanser taraması yaptırmadığı açıklanmıştır. Aynı çalışmada kanser taraması yaptırmış olanlar içinde ailede

kanser öyküsü bulunanların oranı ise %55,4 olarak belirtilmektedir (28). Başka bir çalışmada serviks kanseri için tarama yaptırmama oranının %74,9 olduğu, bunların içinden de %30,3'ünde ailede tanılanmış kanser hastasının var olduğu açıklanmış, grubun %21'inin taramalardan haberdar olmadığı belirtilmiş, sağlık algısının ve bilinçli olmanın etkili olduğu söylenmiştir (29). Bu çalışmada ailede kanser öyküsünün varlığı durumunda; JİKFÖ toplam puanı, erken tanı ve bilgi, kontrol ve ciddi hastalık alt boyut puanlarının arttığı saptanmıştır. Ailede kanser öyküsü varlığının kanser farkındalığını artırmış olduğu söylenebilir.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışma, Türkiye'deki üniversitelerde eğitim gören, sosyal medya ve e-posta yoluyla ulaşılabilen öğrencileri kapsamaktadır. Ulaşılan öğrencilerin çoğunluğunu sağlık bilimleri alanında eğitim alan öğrenciler oluşturmuştur. Bu nedenle sadece uygulandığı zamana ve gruba genellenebilir. Ayrıca, çevrimiçi çalışmalardan elde edilen verileri yorumlarken dikkatli olunmalıdır, çünkü bilgiyle ilgili yanıtların kapsamını etkileyebilir.

Sonuç ve Öneriler

Üniversite öğrenim gören öğrencilerin jinekolojik kanser farkındalıklarının; orta düzeyin üstünde olduğu, mevcut kronik hastalığın olması, yaşanan yer, sigara kullanımı, ailede kanser öyküsünün olması ve ailede kanser öyküsü bulunan kişinin yakınlığı farkındalık düzeyini etkileyen değişkenler olduğu belirlenmiştir. Jinekolojik kanserler farkındalık puanı ile yaş, beslenme ve fiziksel aktivite puanı arasında pozitif yönlü düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Kanser kontrol edilmesinde hemşirelerin kanseri önleme, tarama ve tanılamada danışmanlık verme ve sağlık eğitimi yapma gibi rolleri bulunmaktadır. Hemşirelerin gençlere sağlıklı yaşam davranışlarını sürdürmesinde, riskli davranışlardan uzak durmasında ve tarama konusunda eğitim planlaması önerilir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Sibel Kiyak
E-Posta: sibel_kiyak15@hotmail.com

Kaynaklar

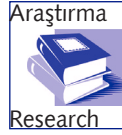
1. World Health Organization. Global Cancer Observatory. International Agency for Research on Cancer. <https://gco.iarc.fr/2018>. Erişim tarihi: 15 Mayıs 2020.
2. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri 2018. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>. Erişim tarihi: 15 Mayıs 2020.
3. Eroğlu K, Gülten K. Jinekolojik kanser kontrolü ve hemşirelik. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 2014;1(2):77-90.
4. Al Qadire M. Awareness of Cancer Signs and Barriers to Help Seeking: a National Survey. J Cancer Educ. 2018;33(6):1206-12.
5. Husain RSA, Ramya D, Pradeep MA, Govindaraju S, Ramakrishnan V. Knowledge on human papillomavirus and cervical cancer awareness among women in South India. Saudi Journal for Health Sciences. 2019;8(2):81-7.
6. Gözüyeşil E, Düzgün AA, Filiz T. Bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran kadınların jinekolojik kanser farkındalıklarının değerlendirilmesi. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020;14(2):177-85.
7. ACS. Cancer A-Z <https://www.cancer.org/>. Erişim tarihi: 20 Haziran 2020.
8. Funston G, O'Flynn H, Ryan NAJ, Hamilton W, Crosbie EJ. Recognizing Gynecological Cancer in Primary Care: Risk Factors, Red Flags, and Referrals. Adv Ther. 2018;35(4):577-89.
9. Günaldı O, Bozkurt HS, İltar E, Günaldı A, Çelik A, Ayan MT. Obezitenin kadın kanserleri üzerindeki etkileri: derleme makalesi. Maltepe Tıp Dergisi. 2019;11(3):88-97.
10. Park SH, Knobf MT, Kerstetter J, Jeon S. Adherence to American Cancer Society Guidelines on Nutrition and Physical Activity in Female Cancer Survivors: Results From a Randomized Controlled Trial (Yale Fitness Intervention Trial). Cancer Nurs. 2019;42(3):242-50.
11. Tucker K, Staley SA, Clark LH, Soper JT. Physical Activity: Impact on Survival in Gynecologic Cancer. Obstet Gynecol Surv. 2019;74(11):679-92.
12. Rieck G, Fiander A. The effect of lifestyle factors on gynaecological cancer. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology. 2006;20(2):227-51.
13. World Health Organization. Preventing Chronic Diseases: A Vital Investment 2015 https://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/part1.pdf?ua=12015. Erişim tarihi: 15 Ağustos 2020
14. Yarmolinsky J, Relton CL, Lophatananon A, Muir K, Menon U, Gentry-Maharaj A, et al. Appraising the role of previously reported risk factors in epithelial ovarian cancer risk: A Mendelian randomization analysis. PLoS Med. 2019;16(8):e1002893.
15. Chandana H, Madhu B, Narayana Murthy MR. Awareness about cervical cancer among women residing in urban slums of Mysuru city of Karnataka, India: A cross-sectional study. Clinical Epidemiology and Global Health. 2020;8(3):835-9.
16. Dönmez S, Öztürk R, Kısa S, Karaöz Weller B, Zeyneloğlu S. Knowledge and perception of female nursing students about human papillomavirus (HPV), cervical cancer, and attitudes toward HPV vaccination. J Am Coll Health. 2019;67(5):410-7.
17. Alp Dal N, Ertem G. Jinekolojik kanserler farkındalık ölçeği geliştirme çalışması. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi. 2017;6(5):2351-67.
18. Walker SN, Sechrist KR, Pender NJ. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. Nurs Res. 1987;36(2):76-81.
19. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği II'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2008;12(1):1-13.
20. Mavi Aydoğdu SG, Bekar M. Üniversite kız öğrencilerinin jinekolojik kanserden korunma ile ilgili bilgi ve davranışlarının belirlenmesi. Türk Jinekolojik Onkoloji Dergisi. 2016;19(1):25-32.
21. Chernyshov PV, Semushyna T. Differences in human papilloma virus vaccination prevalence, testing, knowledge on vaccination, cancer awareness and sexual activities between male and female medical and non-medical students. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2020;34(12):2902-6.
22. Rančić NK, Golubović MB, Ilić MV, Ignjatović AS, Živadinović RM, enić SN, et al. Knowledge about Cervical Cancer and Awareness of Human Papillomavirus (HPV) and HPV Vaccine among Female Students from Serbia. Medicina (Kaunas). 2020;56(8):406.

23. Okamoto K, Nakamura K, Matsuoka H, Matsubara Y, Haraga J, Ogawa C, et al. The presence of chronic diseases contributes to the occurrence risk factors for gynecological cancers in Japan. *Mol Clin Oncol*. 2020;12(4):336-42.
24. Kadian L, Gulshan G, Sharma S, Kumari I, Yadav C, Nanda S, et al. A Study on Knowledge and Awareness of Cervical Cancer Among Females of Rural and Urban Areas of Haryana, North India. *J Cancer Educ*. 2021;36(4):844-9.
25. Saha SK, Lee SB, Won J, Choi HY, Kim K, Yang GM, et al. Correlation between Oxidative Stress, Nutrition, and Cancer Initiation. *Int J Mol Sci*. 2017;18(7):1-30.
26. Li H, Mao H, Yu Y, Nan Y. Association between dietary fiber and endometrial cancer: a meta-analysis. *Nutr Cancer*. 2020;72(6):959-67.
27. Sun D, Li H, Cao M, He S, Lei L, Peng J, et al. Cancer burden in China: trends, risk factors and prevention. *Cancer Biol Med*. 2020;17(4):879-95.
28. Altun Y. Kadınların Kansere Katılımını Etkileyen Faktörler. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2020;14(2):210-5.
29. Şen SK, Öztürk YK. Sağlık Algısı ile Kansere Katılımı Farkındalığı Arasındaki İlişki. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2020;24(4):175-83.

Ailesinde Meme Kanseri Öyküsü Olan Kadınlarda Meme Kanseri Tarama Davranışları

Breast Cancer Screening Behaviors of Women Who have Family History of Breast Cancer

Emine Kadriye Özçelik¹, Selda Seçginli²



DOI: 10.17942/sted.897058

Geliş/Received : 15.03.2021
Kabul/ Accepted : 27.04.2022

Öz

Amaç: Çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını (KKMM, KMM, mamografi) ve ilişkili etmenleri incelemek amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın örneklemini, İstanbul'da bir şehir hastanesinin onkoloji kliniğinde Mart 2016-Mart 2017 tarihleri arasında tanı almış, meme kanserli hasta yakını olan 316 kadın oluşturdu. Çalışmada veriler, Birey Bilgi Formu, Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Mamografi Yeterlik Ölçeği ve Meme Kanseri Korku Ölçeği ile toplandı. Veriler tanımlayıcı istatistikler, tek yönlü anova testi, student t testi ve lojistik regresyon analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: Araştırmaya yaş ortalaması $36,91 \pm 13,12$ olan çoğunluğu 20-39 yaş grubunda (%65), evli (%61) ve çocuk sahibi (%65) olan kadınlar katıldı. Çalışmada düzenli kendi kendine meme muayenesi yapma oranı %29, klinik meme muayenesi yaptırmama oranı %28 ve 40 yaş üstü kadınlarda mamografi çektirme oranı %23'tür. KKMM yapma ile ilişkili etmenler eğitim, gelir, meme probleminin varlığı, KKMM yarar, güven, KKMM engel ve meme kanseri korkusudur ($p < 0,05$). KMM yaptırmama ile ilişkili etmenler yaş, meme probleminin varlığı, sağlık motivasyonu ve meme kanseri korkusudur ($p < 0,05$). Mamografi çektirme ile ilişkili etmenler yaş, meme probleminin varlığı, mamografi engel, mamografi yeterlik ve meme kanseri korkusudur ($p < 0,05$).

Sonuç: Aile öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarının sergilenme oranı düşüktür. Tarama davranışlarının sergilenme oranını artıracak yapılandırılmış meme sağlığını geliştiren programlara ihtiyaç vardır. Bu programlarda tarama davranışlarını etkileyen sağlık algılarının ve diğer faktörlerin dikkate alınması önemlidir.

Anahtar sözcükler: Aile öyküsü, kendi kendine meme muayenesi, klinik meme muayenesi, mamografi, sağlık algıları

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to examine the breast cancer screening behaviors (BSE, CBE, mammography) and the related factors among women who have breast cancer family history.

Material and Methodology: The sample of this cross sectional study was consisted of 316 women who have relatives of breast cancer patients with a diagnosis from an oncology clinic of a city hospital in Istanbul between March 2016 and March 2017. Data were collected with Individual Information Form, Champion's Health Belief Model Scale, Mammography Self-Efficacy Scale and Breast Cancer Fear Scale. Data were analyzed with descriptive statistics, one-way anova test, student's t-test, and logistic regression analysis.

Findings: Women with a mean age of 36.91 ± 13.12 and most of them were in the age of 20-39 years (%65), being married (%61) and had children (%65) participated in the study. In the study, 29% of the women reported performing BSE and 28% of them reported CBE on a regular basis. Women, over the age of 40, 23% reported mammography. Education level, income, presence of breast problem issues, BSE benefits, confidence for BSE, BSE barriers, and breast cancer fear were significantly associated factors with performing BSE ($p < 0,05$). Age, presence of breast problem issues, health motivation, and breast cancer fear were significantly associated factors with having CBE ($p < 0,05$). Age, presence of breast problem issues, mammography barrier perception, self-efficacy perception and breast cancer fear were significantly associated factors with having mammography ($p < 0,05$).

Conclusion: The rates of breast cancer screening behaviours are low among women who have breast cancer family history. To promote breast cancer screening level, tailored breast cancer health promotion programs should be developed based on a specific understanding of women's health beliefs and other affected factors.

Key words: Family history, breast self-examination, clinical breast-examination, mammography, health beliefs

¹Hemşire, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi (Orcid No: 0000-0001-5916-3312)

²Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid No: 0000-0002-7105-7616)

Giriş

Meme kanseri tüm dünyada kadınları etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Uluslararası raporlarda, 2020 yılında meme kanserinin kadınlarda tüm kanserlerin dörtte birini oluşturduğu bildirilmektedir (1). Amerika'da 2020 yılında 276.480 kadına meme kanseri tanısı konulduğu belirtilmektedir (2). Ülkemizde de benzer şekilde meme kanseri kadınlarda en sık rastlanan kanser olup, 2018 yılında yaşa bağlı standart hızı 100.000 kişide 45,6 olarak raporlandırılmıştır (3).

Meme kanseri tarama yöntemleri, meme kanserinde mortalite oranlarını düşürmede en etkili yaklaşımdır. Tarama yöntemleri ile memedeki patolojik değişimlerin en erken dönemde belirlenerek tedavi başarısının artırılması hedeflenir. Bu nedenle, meme kanserinin erken tanısında meme kanseri belirti ve bulguların kadınlar tarafından bilinmesi ve tarama yöntemlerinin düzenli uygulanması büyük öneme sahiptir. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi, meme kanserinin erken dönemde belirlenmesinde semptomsuz kadınlara önerilen tarama yöntemleridir (2,3). Çeşitli ülkelerde meme kanseri tarama yöntemlerinin öneri sıklıkları değişmekle birlikte, ülkemizde Sağlık Bakanlığı semptomsuz kadınlar için 40-69 yaş arasında iki yılda bir mamografi çektilmesini, 20 yaşından itibaren her ay KKMM ve her yıl KMM yapılmasını önermektedir (4). Ülkemizde belirtilen meme kanseri tarama önerileri düşük/ ortalama riskli olan semptomsuz kadınlar için geliştirilmiş önerilerdir. Artmış/ yüksek riskli kadınların (aile öyküsü, genetik taşıyıcılık, yoğun meme yapısı gibi) taranması konusunda, kadınlara yapılacak risk tanılması ve danışmanlığın önemli olduğu, taramaya daha erken yaşta başlanması ve yapılacak değerlendirmelere göre kadına özgü bireysel meme kanseri tarama yöntemleri ve/ veya risk azaltma stratejilerinin uygulanması önerilmektedir (5). Amerikan Kanser Birliği ulusal tarama programları içinde aile öyküsü gibi meme kanseri risk faktörü olan kadınlar için 30 yaşından itibaren yılda bir kez mamografi ve MR ile taramayı önermektedir (6). Türkiye'de aile öyküsü olan kadınlar riskli grup olarak tanımlanmakla birlikte, bu gruba özgü bir tarama yöntemi ulusal tarama programı içinde yer almamaktadır.

Meme kanseri etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, hastalığın oluşumunda çeşitli risk faktörlerinin etkili olduğu bilinmektedir. Ailesel meme kanseri öyküsünün olması meme kanseri riskini önemli ölçüde artırmaktadır. Bu nedenle aile öyküsü olan kadınların, meme kanseri aile öyküsünün genetik yatkınlığı artırdığı ve bu özelliğin kişileri yüksek riskli gruba soktuğunu bilmesi ve bu nedenle bireysel meme kanseri tarama yöntemlerini düzenli uygulamaları önemlidir. Ancak çeşitli çalışmalarda semptomsuz kadınlara benzer şekilde aile öyküsü bulunan kadınlarda da meme kanseri tarama davranışlarını sergileme oranlarının düşük olduğu raporlandırılmıştır (7-9).

Meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler arasında, kişilerin meme kanserine ilişkin sağlık algıları, meme kanseri ve tarama yöntemlerine ilişkin bilgi düzeyi, aile öyküsünün varlığı, yaş, eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sağlık hizmetine ulaşım, kültürel ve psikolojik özellikler sıklıkla yer almaktadır (10-16). Sağlık İnanç Modeli (SİM) kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen sağlık algılarını inceleyen çeşitli çalışmalarda yaygın olarak kullanılmıştır (16-19). Literatürde semptomsuz kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili etmenleri inceleyen çeşitli çalışmalar olmasına rağmen, aile öyküsü olan kadınlarda tarama davranışlarını etkileyen çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları (KKMM, KMM, mamografi) ve ilişkili etmenleri incelemek amaçlanmıştır. Çalışmada meme kanseri tarama davranışlarını etkileyen sağlık algıları SİM temel alınarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Çalışma kesitsel olarak planlandı.

Araştırmanın evreni ve örneklemi

Araştırma, Mart 2016- Mart 2017 tarihleri arasında İstanbul'da bir Şehir Hastanesi'nin Onkoloji kliniğinde yürütülmüştür. Çalışmanın evrenini, ilgili klinikte Mart 2016-Mart 2017 arasında tanı almış ve tedavisi devam eden 750 meme kanserli hastanın yakınları oluşturmuştur. Çalışmaya birinci, ikinci ya da üçüncü derece akrabası meme kanseri nedeniyle tedavi gören, daha önce meme kanseri tanısı ve genetik

danışmanlık almamış, herhangi bir fiziksel ya da zihinsel engeli bulunmayan, hamile olmayan, 20 yaş ve üstünde okuma ve yazma bilen kadınlar dahil edildi. Çalışmada örneklem büyüklüğü, "evreni bilinen örneklem büyüklüğü" formülü ile %95 güvenilirlik ve %5 örneklem hatasıyla 316 olarak hesaplandı.

Veri toplama araçları

Çalışmada veriler, Birey Bilgi Formu, Meme Kanseri Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Mamografi Yeterlik Ölçeği ve Meme Kanseri Korku Ölçeği kullanılarak toplandı. Birey bilgi formunda, kadınların tanıtıcı özelliklerine ve meme kanserine ilişkin sorular yer almıştır. Kadınların tanıtıcı özellikleri kapsamında yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir durumu algısı, sağlık güvencesi, sağlık durumu algısı; meme kanserine ilişkin özellikleri kapsamında ise daha önce meme ile ilgili bir sağlık probleminin varlığı, kronik bir hastalığının varlığı, meme kanseri ve meme kanseri tarama davranışlarına ilişkin bilgi alma durumları ve bilgiyi alma kaynakları doğrudan sorularak değerlendirilmiştir. Gelir durum algısı ve sağlık durum algısı "Aylık gelir durumunuzu nasıl tanımlarsınız?" ve "Sağlığınız genel olarak nasıldır?" sorularına verilen "Çok kötü", "Kötü", "Orta", "İyi" ve "Çok iyi" cevapları ile değerlendirilmiştir.

Meme Kanseri Sağlık İnanç Model Ölçeği, Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirilmiştir ve sağlık davranışlarında etkisi olan sağlık algılarını açıklamayı amaçlar. Ölçekte sekiz alt boyut ve 53 madde vardır. Bunlar yatkinlik algısı (5 madde), ciddiyet algısı (7 madde), KKMM yarar algısı (6 madde), KKMM engel algısı (6 madde), mamografi yarar algısı (6 madde), mamografi engel algısı (5 madde), güven (11 madde) ve sağlık motivasyonu (7 madde) alt boyutlarıdır. Ölçek, 5'li likert tipte olup, her bir maddeye ilişkin 1-"Kesinlikle katılmıyorum", 2-"Katılmıyorum", 3-"Kararsızım", 4-"Katılıyorum", 5-"Tamamen katılıyorum" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçeğin Türk diline adaptasyonu Seçginli ve Nahcivan tarafından 2002 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin ciddiyet algısı dışındaki diğer alt boyutları kullanılmıştır. Bu çalışmada Cronbach alfa değerleri yatkinlik algısı için 0,92; KKMM yarar algısı için 0,82; KKMM

engel algısı 0,85; güven algısı için 0,98; sağlık motivasyonu algısı için 0,82; mamografi yarar algısı için 0,87 ve mamografi engel algısı için 0,86 bulunmuştur.

Mamografi Yeterlik Ölçeği, Champion ve arkadaşları tarafından 2005 yılında geliştirilmiştir (20). Ölçek kadınların mamografi çektirebilmesine ilişkin bireysel algılarını tanımlar. Ölçek, 5'li likert tipte olup, 10 sorudan oluşmaktadır ve her bir maddeye ilişkin 1-"Kesinlikle katılmıyorum", 2-"Katılmıyorum", 3-"Kararsızım", 4-"Katılıyorum", 5-"Tamamen katılıyorum" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekmektedir. Ölçeğin Türk diline adaptasyonu 2012 yılında Seçginli tarafından yapılmıştır (21). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,91 bulunmuştur.

Meme Kanseri Korku Ölçeği, Champion ve arkadaşları tarafından 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçek kadınların meme kanserine ilişkin emosyonel ve fizyolojik yanıtlarına ilişkin algılarını tanımlar. Ölçek, 5'li likert tipte olup, 8 maddeye ilişkin 1- "Kesinlikle katılmıyorum", 2- "Katılmıyorum", 3- "Kararsızım", 4- "Katılıyorum", 5- "Tamamen katılıyorum" seçeneklerinden birisinin işaretlenmesi gerekir. Ölçekten alınan toplam puan en az 8, en fazla 40 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan toplam puanın 8-15 arasında olması düşük, 16-23 arasında olması orta ve 24-40 arasında olması yüksek korku algısını gösterir. Ölçeğin Türk diline adaptasyonu Seçginli tarafından 2012 yılında yapılmıştır (21). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,93 bulunmuştur.

Çalışmada veriler, etik kurul ve kurum izinleri alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile birinci araştırmacı tarafından toplanmıştır. Çalışmada veriler çalışmanın yapılacağı kliniğin sorumluları ve çalışanları ile görüşüldükten sonra klinik tarafından veri toplama için araştırmacıya sağlanan odada toplanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce T.C Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Tarih: 08.03.2016 Sayı: 434) ve verilerin toplandığı kurumdan çalışma izni alınmıştır.

Veri analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS (Statistical Package for the Social Sciences 21.0) istatistik paket programı kullanılmıştır. Çalışmada verilerin

analizi tanımlayıcı istatistikler, Tek Yönlü Anova Testi, Student t testi ve farklılıkların tespiti için ikili post hoc testleri ile yapılmıştır. Meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili etmenlerin belirlenmesi için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Analizlerde güven aralığı %95, istatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

Katılımcıların sosyo-demografik ve sağlık özellikleri
Araştırmada katılımcıların tamamı kadındır ($n=316$). Katılımcıların yaş ortalaması $36,91 \pm 13,12$ olup (minimum-maximum: 20-79 yıl), %65'i 20-39 yaş grubundadır. Katılımcıların %33'ü lise mezunu, %61'i evli, %65'i çocuk sahibi, %48'i gelir getiren bir işte çalışmakta ve %50'sinin aylık gelir durumu orta düzeydedir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%92) sağlık sigortası vardır ve genel sağlık durumunu iyi/ çok iyidir (%70).

Ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınların oluşturduğu çalışmada, katılımcıların %64'ünün birinci derece, %29'unun ikinci derece ve %7'sinin üçüncü derece akrabalarında meme kanseri öyküsü vardır. Katılımcıların tamamına yakınında (%96) daha önce meme ile ilgili sağlık probleminin olmadığı, uzman bir hekim tedavisi altında olmadığı (%79), daha önce meme kanseri (%63) ve meme kanseri tarama programları ile ilgili (%69) bilgi aldığı belirlenmiştir. Katılımcıların tarama programları ile ilgili bilgiyi en sık hemşire, ebe ve doktordan aldığı belirlendi (%29).

Katılımcıların Meme Kanseri Tarama Davranışları
Çalışmada katılımcıların %29'unun her ay düzenli KKMM yaptığı ve %28'inin bir yıl önce KMM yaptırdığı belirlendi. Çalışmada hiç mamografi çektirmeme oranının %61, bir yıl önce mamografi çektirme oranının %23 ve iki yıl

önce mamografi çektirme oranının %7 olduğu belirlendi.

Katılımcıların Meme Kanseri İlişkin Sağlık Algıları
Çalışmada katılımcıların meme kanserine ilişkin sağlık algıları Sağlık İnanç Modeli kapsamında değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, kadınların sağlık algısı puan ortalamalarının $13,98 \pm 4,05$ ile $31,71 \pm 12,14$ arasında değiştiği belirlenmiştir. Ölçek alt boyut puan ortalamaları yatkınlık algısı için $13,98 \pm 4,05$ (min-maks: 5-25), KKMM yarar algısı için $21,84 \pm 4,03$ (min-maks: 6-30), KKMM- engel algısı için $15,51 \pm 4,72$ (min-maks: 6-26), güven algısı için $31,71 \pm 12,14$ (min-maks: 11-55), sağlık motivasyonu algısı için $24,56 \pm 4,35$ (min-maks: 7-35), mamografi yarar algısı için $22,95 \pm 3,88$ (min-maks: 6-30) ve mamografi engel algısı için $14,46 \pm 3,88$ (min-maks: 5-23) olarak hesaplanmıştır. Çalışmada katılımcıların Mamografi Yeterlik Ölçeği puan ortalaması $39,11 \pm 5,90$ (min-maks: 15-50) ve Meme Kanseri Korku Ölçeği puan ortalaması $26,49 \pm 7,02$ (min-maks: 8-40) olduğu saptanmıştır.

Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Durumu ile İlişkili Etmenler

Çalışmada kadınların tanıtıcı özellikleri ile KKMM yapma durumları karşılaştırıldığında, düzenli KKMM yapan kadınların eğitim, gelir durumu ve daha önce meme ile ilgili bir problem yaşamaması arasında ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$). Lisans mezunu eğitimi olan kadınlar okuryazar olan kadınlara göre yaklaşık 7 kat, gelir düzeyi çok iyi/iyi olan kadınlar gelir düzeyleri çok kötü/ kötü olan kadınlara göre yaklaşık 5 kat ve daha önceden meme ile ilgili problem yaşayan kadınlar yaşamayanlara göre 6 kat daha fazla düzenli KKMM yapmaktadır ($p < 0,05$). Diğer değişkenler ile KKMM yapma arasında ilişki saptanmamıştır ($p > 0,05$) (Tablo 1).

Tablo 1. Kendi kendine meme muayenesi yapmada etkili olan tanıtıcı özellikler						
Değişkenler	β	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven aralığı
Yaş	0,49	0,37	1,77	0,18	1,63	0,79-3,33
Eğitim	2,78	1,34	12,25	0,02	6,91	1,91-25,08
Medeni hali	0,89	1,13	1,90	0,39	0,96	0,16-2,25
Çocuk sayısı	1,61	1,10	1,52	0,68	0,48	0,24-2,12
Gelir	1,93	0,66	2,53	0,04	4,53	1,38-54,07
Sağlık durumu	0,37	0,60	6,08	0,11	2,17	0,16-30,17
Meme probleminin varlığı	-2,29	1,12	4,23	0,04	6,25	2,50-10,40

Model ki-kare= 34,42, df 7, $p < 0,001$, β : Beta değeri S.H.: Standart Hata Exp(B): Odds oranı

Değişkenler	β	S.H.	p	Exp (B)	%95 Güven aralığı
Yatkınlık	0,05	0,04	0,22	1,06	-0.03- 0.14
KKMM yarar	-0,11	0,05	0,03	0,90	-0.21- 0.01
KKMM engel	0,11	0,05	0,01	1,12	0.02- 0.20
Güven	-0,09	0,02	0,01	0,91	-0.13- 0.05
Sağlık motivasyon	-0,07	0,04	0,11	0,93	-0.16- 0.01
Meme kanseri korkusu	0,09	0,02	0,01	1,09	0.04- 0.13

Model ki-kare= 137.57, df: 7, p<0,001, β : Beta değeri S.H.: Standart Hata Exp(B): Odds oranı

Çalışmada KKMM yarar algısı ve güven algısı yüksek olan kadınların yaklaşık bir kat fazla KKMM yaptığı belirlenmiştir. KKMM engel algısı ve meme kanseri korkusu yüksek olan kadınların yaklaşık bir kat daha az KKMM yaptığı belirlenmiştir. Yatkınlık algısı ve sağlık motivasyon algısı ile kadınların KKMM yapma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p >0,05) (Tablo 2).

Klinik Meme Muayenesi Yaptırma Durumu ile İlişkili Etmenler

Çalışmada kadınların tanıtıcı özellikleri ile düzenli KMM yaptırma durumları karşılaştırıldığında, yaş ve daha önce meme ile ilgili bir hastalık geçirme durumları arasında ilişki belirlenmiştir (p<0,05). 40 yaş üstü kadınların 20-39 yaş arasında olan kadınlara göre yaklaşık 10 kat, daha önceden meme ile ilgili problem yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre yaklaşık 8 kat daha fazla KMM yaptırdığı belirlenmiştir (p<0,05). Diğer değişkenler ile düzenli KMM yaptırma arasında ilişki saptanmamıştır (p>0,05) (Tablo 3). Çalışmada sağlık motivasyon algısı yüksek olan kadınların yaklaşık bir kat fazla, meme kanseri

korkusu yüksek olan kadınların yaklaşık bir kat az KMM yaptırdığı belirlenmiştir. Yatkınlık algısı ile KMM yaptırma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p >0,05) (Tablo 4).

Mamografi Çektirme ile İlişkili Etmenler

Çalışmada 40 yaş üzerinde olan kadınların 20-39 yaş arasında olan kadınlara göre yaklaşık 7 kat daha fazla mamografi çektirdiği belirlenmiştir (p<0,05). Daha önce meme ile ilgili problemi olan kadınlar olmayanlara göre 16 kat daha fazla mamografi çektirmektedir (p<0,05). Diğer değişkenler ile düzenli mamografi çektirme arasında ilişki bulunmamıştır (p>0,05) (Tablo 5). Çalışmada mamografi engel algısı yüksek olan kadınlar yaklaşık bir kat az mamografi çektirmektedir. Mamografi yeterlik ve meme kanseri korkusu yüksek olan kadınların yaklaşık bir kat az mamografi çektirdikleri belirlenmiştir. Yatkınlık algısı, sağlık motivasyon algısı ve mamografi yarar algısı ile düzenli mamografi çektirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır (p >0,05) (Tablo 6).

Değişkenler	β	S.H.	Wald	p	Exp (B)	%95 Güven aralığı
Yaş	-0,83	0,34	5,92	0,01	9,56	2,22- 16,85
Eğitim	-0,18	0,68	0,07	0,79	0,83	0,22- 3,14
Medeni hali	0,39	0,39	1,02	0,31	1,48	0,69- 3,16
Çocuk sayısı	0,41	0,43	0,92	0,34	1,51	0,65- 3,49
Gelir	-0,75	0,63	1,43	0,23	0,47	0,14- 1,61
Sağlık durumu	-1,38	0,91	2,30	0,13	0,25	0,04- 1,50
Meme probleminin varlığı	2,09	0,68	9,57	0,01	8,07	2,15- 30,31

Model ki-kare= 35,27, df: 7, p<0,001, β : Beta değeri S.H.: Standart Hata Exp (B): Odds oranı

Tablo 4. Klinik meme muayenesi yaptırmada etkili olan sağlık algıları

Değişkenler	β	S.H.	p	Exp (B)	%95 Güven aralığı
Yatkınlık	0,01	0,03	0,83	1,01	-0.06- 0.07
Sağlık motivasyon	0,14	0,03	0.01	1,15	0.08- 0.21
Meme kanseri korkusu	-0,05	0,02	0,01	0,95	-0.09- -0.01

Model ki-kare= 34.40, df: 4, p<0,001, β : Beta değeri S.H.: Standart Hata Exp(B): Odds oranı

Tablo 5. Mamografi çektirmede etkili olan tanıtıcı özellikler

Değişkenler	β	S.H.	Wald	p	Exp (B)	95% Güven aralığı
Yaş	-1,744	,408	18,248	0,01	6,88	2,65- 14,85
Eğitim	-0,18	0,68	0,07	0,212	1,01	0,207- 5,08
Medeni hali	0,39	0,39	1,02	0,977	0,79	0,216- 2,91
Çocuk sayısı	0,41	0,43	0,92	0,731	2,766	0,684- 11,21
Gelir	-0,75	0,63	1,43	0,154	1,750	0,612- 4,98
Sağlık durumu	-1,38	0,91	2,30	0,293	1,957	0,710- 5,39
Meme probleminin varlığı	2,927	,749	15,271	0,01	16,23	2,15- 23,14

Model ki-kare= 31,20, df: 7, p<0,001, β : Beta değeri S.H.: Standart Hata Exp(B): Odds oranı

Tablo 6. Mamografi çektirmede etkili olan sağlık algıları

Değişkenler	β	S.H.	p	Exp (B)	%95 Güven aralığı
Yatkınlık	0,05	0,04	0,25	1,05	-0.03- 0.13
Sağlık motivasyon	0,04	0,04	0,37	1,04	-0.05- 0.13
Mamografi yarar	0,10	0,05	0,06	1,11	-0.01- 0.21
Mamografi engel	-0,12	0,04	0,01	0,89	-0.21- -0.03
Mamografi yeterli	-0,07	0,03	0,03	0,93	-0.14- -0.01
Meme kanseri korkusu	-0,08	0,02	0,01	0,93	-0.13- -0.03

Model ki-kare= 35.54, df: 7, p<0,001, β : Beta değeri S.H.: Standart Hata Exp(B): Odds oranı

Tartışma

Bu çalışma, ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışlarını (KKMM, KMM, mamografi) ve tarama davranışlarını ile ilişkili etmenleri incelemek amacıyla yapıldı. Katılımcıların tamamının ailesinde (birinci derece, ikinci derece, üçüncü derece) meme kanseri öyküsü bulunmakla birlikte, büyük çoğunluğunda (%64) birinci derece akrabalarda meme kanseri varlığı raporlandırılmıştır. Katılımcılar bu özellikleri ile meme kanseri açısından artmış/ yüksek riskli grup içinde yer almakta olup, meme kanseri tarama

davranışlarını düzenli sergileme oranları önemlidir. Bu çalışmada her ay KKMM yapma oranının %29 ve bir yıl önce KMM yaptırmaya oranının %28 olduğu belirlendi. 2018 yılı Sağlık Bakanlığı istatistiklerine göre, kadınlarda düzenli KKMM yapma oranı %20 olarak raporlandırılmıştır (22).

Ülkemizde semptomsuz kadınların KKMM yapma oranlarını değerlendiren pek çok çalışma bulunmakla birlikte, aile öyküsü olan kadınlarda tarama oranlarını inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Ülkemizde aile öyküsü olan kadınlarda yapılan çalışmalarda KKMM yapma oranı sırasıyla %16 (23), %17 (9), %30 (24) ve %37 (25); KMM

yapma oranları ise % 16 (23), % 18 (9) ve % 36 (24) olarak raporlandırılmıştır. Çalışma bulguları, aile öyküsü bulunan kadınlarda düzenli KKMM yapma ve KMM yaptırma oranlarına ilişkin ulusal çalışmalarla benzer olmakla birlikte, tek bir coğrafi bölgeden seçilmiş kadınların KKMM ve KMM'ne ilişkin bulguları yansıtmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2018 yılı sağlık istatistiklerine göre, hiç mamografi yaptırmama oranı %71 iken, son iki yıl içinde yaptıranların oranı % 16 olarak raporlandırılmıştır (22). Bu çalışmada hiç mamografi yaptırmama oranı %61, bir yıl önce içinde mamografi yaptıran oranı %23 ve iki yıl önce yaptıran oranı %7 olarak belirlendi. Ülkemizde aile öyküsü olan kadınlarda yapılan çalışmalarda da mamografi yaptıran oranı % 16 (23), % 17 (9) ve % 37 (25) olarak raporlandırılmıştır. Ülkemizde toplum temelli mamografi yaptıran hedefinin % 70 olduğu düşünüldüğünde, bu oranlar ulusal mamografi yaptıran hedefinin oldukça altındadır. Çalışmamızda aile öyküsü olan kadınların her üç meme kanseri tarama davranışını düzenli sergilenme oranlarının düşük bulunması ulusal ve uluslararası literatür ile benzerlik göstermektedir (8,9,23,25). Bu oranlar, aile öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama oranlarını artıracak programların planlanmasına gereksinim olduğunu göstermektedir. Programlarda, aile öyküsünün varlığı gibi meme kanseri riskini artıran risk faktörlerine ilişkin kadınların farkındalıklarının artırılması ve taramaya yönlendirilmeleri önemlidir. Bununla birlikte, ailede meme kanseri öyküsünün bulunması ve yakın akrabaların kaç yaşında kanser tanısı aldıkları bilgisinin de riski artıran önemli özellikler olduğu kadınlarla paylaşılmalı ve bireysel risk tanılamalarına göre meme kanseri tarama davranışlarını düzenli sergilemelerinin önemi anlatılmalıdır. Ülkemizde birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin belirlendiği bir çalışmada, meme kanserinin nedenleri, belirti ve bulguları, tedavisi ve KKMM en fazla bilgiye ihtiyaç duyulan konu başlıkları olarak raporlandırılmıştır (24,25).

Ulusal ve uluslararası literatürde (26-29), sosyo demografik özellikler ile birlikte sağlık algılarının meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili etmenler olduğu belirlenmiştir. Sağlık inanç modeli (SİM) uzun yıllardır bireylerin sağlık davranışlarında etkisi olan tutum ve algıları

açıklayan psiko-sosyal modellerden birisi olup, meme kanseri tarama davranışları ile ilişkili etmenleri inceleyen çalışmalarda yoğun olarak kullanılmıştır. Modelde, bireylerin tarama davranışlarını etkileyen sağlık algıları yatkınlık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven algısı ve sağlık motivasyonudur. Modelin varsayımına göre, meme kanserine yakalanma konusunda kendini daha yatkın hisseden bir kadının düzenli KKMM yapması ve KMM, mamografi yaptırmaması beklenir. Benzer şekilde, meme kanseri tarama davranışlarının yararını kavrayan ve bu davranışların sergilenmesinde daha az engelle karşılaşılan bir kadının tarama davranışlarını düzenli yapması beklenir (30).

Çalışmamızda kadınların KKMM yapması, KMM ve mamografi yaptırmaması ile ilişkili etmenler SİM kapsamında incelenmiştir. Yapılan ileri analizlerde KKMM yapma ile eğitim, gelir, meme probleminin varlığı, KKMM yarar, güven, KKMM engel ve meme kanseri korkusunun etkili olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma ile benzer örneklem ve veri toplama aracının kullanıldığı Malezyalı kadınlarda yapılan bir çalışmada, bu çalışmaya benzer şekilde KKMM'nin nasıl yapılacağını bilmeme, KKMM yapmak için zamanının olmaması ve utanma gibi engeller KKMM'ni yapmayı engelleyen durumlar olarak raporlandırılmıştır (8). Ülkemizde yakın dönemde aile öyküsü bulunan kadınlarla yapılan bir başka çalışmada da meme kanseri korkusunun bu çalışmaya benzer şekilde yüksek olduğu raporlandırılmıştır (23). Yanı sıra, kadının kendini meme kanserine yatkın hissetmesini tanımlayan yatkınlık algısının her üç meme kanseri davranışını sıklıkla etkileyen bir etmen olduğu bilinmektedir. Nitekim aile öyküsü olan kadınlarda yapılan bu çalışmada da aile öyküsünün yatkınlık algısını artıran bir özellik olması beklenirken, yatkınlık algısının tarama davranışlarını etkileyen bir etmen olmadığı belirlenmiştir. Çalışmada kadınların yatkınlık algısı puanı $13,98 \pm 4,05$ (min-maks: 5-25) olup ailesinde meme kanseri olmayan kadınlarla yapılan çalışmalarda kıyaslandığında bu örneklemdeki yatkınlık algısı puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur (16, 31). Yanı sıra bu çalışmada, ailesinde meme kanseri öyküsü olan akrabaların yakınlık derecesine göre kadınların yatkınlık puan ortalamaları arasında fark olma durumu değerlendirilmemiştir. Bu nedenle benzer gruplarda özellikle KKMM yapma ile

yatkınlık algısının ilişkisini daha iyi ortaya koyacak çalışmaların yapılması önemlidir. Bununla birlikte, yatkınlık algısının KKMM yapmada etkili bir etmen olarak bulunmaması çeşitli çalışmalarda da belirtildiği gibi (26,32), örneklem grubundaki kadınların meme kanseri sıklığı, önemi ve aile öyküsünün meme kanseri riskini artırdığına ilişkin doğru ve yeterli bilgilerinin olmaması ve kaderci yaklaşımın etkisi ile açıklanabilir. Nitekim çalışmada kadınların yarısından fazlası daha önce meme kanseri ve meme kanseri tarama programları ile ilgili bilgi aldığı belirtmesine rağmen sıklıkla sağlık çalışanlarından bilgi aldığını belirtenlerin oranı düşüktür. Literatürde kadınlarda meme probleminin varlığı, meme kanseri ve tarama davranışları hakkında daha bilgili olmayı sağlaması ve gelecekte meme kanseri olabilecekleri konusunda kadınlarda anksiyete neden olabileceği gibi etkilerinden dolayı meme kanseri tarama davranışlarını artıran bir etki yaptığı belirtilmektedir (29,33). Çalışmamızda literatürle uyumlu şekilde, meme probleminin varlığı her üç tarama davranışını etkileyen bir faktördür. Kırca ve arkadaşlarının (2018) birinci derece akrabasında meme kanseri olan kadınlarda yaptığı çalışmasına benzer şekilde, gelir düzeyi çok iyi/iyi olan kadınların daha fazla KKMM yaptığı belirlenmiştir.

Bu çalışmada 40 yaş ve üstündeki kadınların, 20-39 yaş grubundaki kadınlara göre 10 kat daha fazla KMM yaptırdığı, daha önce meme ile ilgili sağlık problemi yaşayan kadınların yaşamayan kadınlara göre 8 kat daha fazla KMM yaptırdığı belirlendi. Bununla birlikte, literatürle (9,34) ve SİM varsayımına uyumlu olarak bu çalışmada yüksek sağlık motivasyonunun KMM yaptırmayı artırdığı bulundu. Bu çalışmada yaş, meme probleminin varlığı, mamografi engel algısı, mamografi yeterlik ve meme kanseri korkusunun mamografi çektirme ile ilişkili etmenler olduğu belirlendi. Bu çalışmada kadınların mamografi çektirme durumlarında etkili olan sağlık algıları literatürle uyumlu iken, mamografi yeterlik algısının mamografi çektirmeyen kadınlarda yüksek bulunması dikkat çeken bir bulgudur. Bu bulgu, mamografi çektirmede yeterlik algısının kültürel özelliklerle ilişkisini ve mamografi yeterlik algısını belirlemeye yönelik bu grupta yapılacak kalitatif çalışmaların gereksinime işaret etmektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları

Bu çalışmada, örneklemin tek bir coğrafi bölgeden seçilmiş olması nedeni ile çalışma sonuçları sadece araştırmanın örneklemini için genelleştirilebilir. Ayrıca, çalışmada kadınların meme kanseri tarama davranışlarının (KKMM yapma, KMM ve mamografi çektirme) öz bildirime dayalı olarak ölçülmesi çalışmanın sınırlılığdır.

Sonuç ve Öneriler

Çalışma bulguları, ülkemizde ailesinde meme kanseri öyküsü olan kadınlarda meme kanseri tarama davranışları ve ilişkili etmenleri içeren sınırlı çalışma olması nedeniyle ulusal literatüre önemli katkı yapmıştır. Çalışma bulguları meme kanseri tarama davranışlarının sergilenme oranlarının her üç davranış için ulusal tarama oranlarının altında olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, aile öyküsüne sahip olmanın meme kanseri riskini artıran önemli bir özellik olduğu düşünüldüğünde, aile öyküsü olan kadınlarda tarama davranışlarının sergilenme oranını artıracak yapılandırılmış meme sağlığını geliştiren programlara ihtiyaç vardır. Bu programlarda, bu çalışmada belirlenen tarama davranışlarını etkileyen sağlık algıları ve diğer faktörlerin dikkate alınması programların başarısı açısından önemlidir. Mamografinin meme kanseri tanısında altın bir standart olduğu ve KKMM, KMM ile birlikte yapılmasının önemli olduğu düşünüldüğünde, mamografiyi engelleyen durumlarla başedilmesi, kadınlara doğru ve etkin KKMM'nin yapılmasının öğretilmesi planlanacak programlarda önemlidir. Sağlık hizmeti almada ilk başvuru yeri olan birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları ve bu grup içinde kadınlarla sık karşılaşma ve çalışma fırsatı olan hemşireler toplumda meme kanseri tarama davranışlarını artırmada anahtar konumdadır. Hemşireler, kadınlarda meme kanseri farkındalığının artırılmasında ve bu kapsamda meme kanseri risk faktörleri ve tarama davranışlarının anlatılmasında, bireysel meme kanseri risklerinin belirlenmesinde, KKMM öğretilmesinde ve ülkemizde kadınların meme kanseri tarama programlarının artırılmasında kilit bir görev yapan Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezlerine yönlendirilmesinde daha etkin rol ve sorumluluk alabilirler.

İletişim: Prof. Dr. Selda Seçginli
E-Posta: secginli@iuc.edu.tr

Kaynaklar

1. GLOBOCAN 2020: New Global Cancer Data. Erişim Tarihi Mart 10, 2021, <https://www.uicc.org/news/globocan-2020-new-global-cancer-data>
2. Breast Cancer Facts & Figures. Amerikan Kanser Birliği. Erişim Tarihi Aralık 24, 2020, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/annual-cancer-facts-and-figures/2020/cancer-facts-and-figures-2020.pdf>.
3. Meme Kanseri Korunma, Tarama, Tanı, Tedavi ve İzlem Klinik Rehberi (Versiyon 1.0). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi Mart 10, 2021, <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/38131,memekanskr20200720pdf.pdf?0>
4. Meme Kanseri Tarama Programı Ulusal Standartları. Türkiye Halk Sağlığı Müdürlüğü Kanser Daire Başkanlığı. Erişim Tarihi Mart 10, 2021, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/meme-kanseri-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html>.
5. Güllüoğlu BM. Meme hastalıklarına yaklaşım: Meme kanseri için risk değerlendirmesi ve tarama stratejileri. Türk Aile Hek Derg 2008; 12(1): 9-17.
6. Breast Cancer Facts and Figures 2017-2018. American Cancer Society. Erişim Tarihi Mart, 10, 2021, <https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2017-2018.pdf>
7. Norman P, Brain K. An application of an extended health belief model to the prediction of breast self-examination among women with a family history of breast cancer. J Health Psychol. 2005; 10, 1-16.
8. Subramanian, P ve ark. Breast cancer knowledge and screening behavior among women with a positive family history: A cross sectional study. Asian Pac J Cancer Prev. 2013; 14(11), 6783.
9. Kırca N, Tuzcu A, Gozum S. Breast cancer screening behaviors of first degree relatives of women receiving breast cancer treatment and the affecting factors. Eur J Breast Health 2018; 14(1), 23-28.
10. Duman NB, Koçak DY, Albayrak SA. Kırk yaş üstü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi ve uygulamaları G.O.P. Taksim E.A.H. JAREN 2015;1(1):30-38.
11. Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. Hemşirelerin meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesine ilişkin inançları ve uygulama durumu. J Breast Health 2008; 4: 16-20.
12. Kersu Ö. Meme kanserinin erken tanısına yönelik eğitim verilen kadınlarda, KKMM yapma durumunun değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. T.C Osmangazi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2010, Eskişehir.
13. Çopurlar KC. Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi ile meme kanseri bilgi ve tarama davranışının incelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. T.C Dokuz Eylül Üniversitesi. Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. 2016, İzmir.
14. Brewer HR, Jones ME, Schoemaker MJ, Ashworth A, Swerdlow AJ. Family history and risk of breast cancer : an analysis accounting for family structure. Breast Cancer Res Treat. 2017; 165:193-200
15. Ahmadian M, Samah AA. A literature review of factors influencing breast cancer screening in Asian countries. Life Sci J. 2012; 9(2).
16. Secginli S, Nahcivan N. Factors associated with breast cancer screening behaviors in a sample of Turkish women: A questionnaire survey. Int J Nurs Stud. 2006; 43, 161-171.
17. Mikhail, B. The Health belief model: A review and critical evaluation of the model research and practice. In Chinn PL, ed. Developing substance mid-range theory in nursing. Advances in Nursing Science Series, An Aspen Publication. Maryland; 1994.
18. Cohen M, Azaiza F. Early breast cancer detection practices, health beliefs, and cancer worries in Jewish and Arab women. Preventive Medicine 2005.
19. Altuncan H, Akın B, Ege E. 20-60 yaş arası kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama davranışları ve farkındalık düzeyleri. J Breast Health. 2008; 84-91.
20. Champion V, Skinner CS, Menon U. Development of a self-efficacy scale for mammography. Res Nurs Health. 2005; 28: 329-336.
21. Secginli S. Mammography self-efficacy scale and breast cancer fear scale: psychometric testing of the Turkish versions. Cancer Nurs. 2012; 35(5):365-73.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Erişim Tarihi Mart 10, 2021, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0>
23. Taylan S, Çelik GK. Ailesel meme kanseri öyküsü olan ve olmayan kadınlarda meme kanseri tanılama davranışları. Cukurova Med J 2020; 45(4):1467-1475
24. Aslan, G. Meme kanseri olan bireylerin birinci derece akrabalarının bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2006, İzmir.
25. Andıç, S. Birinci derece yakınlarında meme kanseri olan kadınların bilgi ve destek gereksinimlerinin saptanması. Yüksek Lisans Tezi. T.C Dokuz Eylül

- Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2011, İzmir.
26. Nahcivan N.O, Secginli S. Health beliefs related to breast self-examination in a sample of Turkish women. *Oncol. Nurs. Forum*, 2007; 34 (2), 425-432.
 27. Secginli S, Nahcivan NO. The effectiveness of a nurse-delivered breast health promotion program on breast cancer screening behaviours in non-adherent Turkish women: A randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48(1):24-36.
 28. Ghaffari M, Esfahani SN, Rakhshanderou S, Koukamari PH. Evaluation of health belief model-based intervention on breast cancer screening behaviors among health volunteers. *J Cancer Educ*. 2019; 34(5):904-912.
 29. Farajzadegan Z, Fathollahi-Dehkordi F, Hematti S, Sirous R, Tavakoli N, & Rouzbahani R. The transtheoretical model, health belief model, and breast cancer screening among Iranian women with a family history of breast cancer. *J Res Med Sci*. 2016; 21: 122.
 30. Nahcivan N, Seçginli S. Kanserde tarama ve erken tanı. İçinde Can G, ed. *Onkoloji Hemşireliği*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul; 2020.
 31. Ersin F, Gozukara F, Polat P, Ercetin G, Bozkurt ME. Determining the health beliefs and breast cancer fear levels of women regarding mammography. *Turk J Med Sci*. 2015; 45: 775-781.
 32. Dewi TK, Massar K, Ruitter RAC, Leonardi T. (2019). Determinants of breast self-examination practice among women in Surabaya, Indonesia: An application of the health belief model. *BMC Public Health*. 2019; 19: 1581-1589.
 33. Parsa P, Kandiah M. Predictors of adherence to clinical breast examination and mammography screening among Malaysian women. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2010; 11(3):681-8.
 34. Hajian-Tilaki K, Auladi S. (2014). Health belief model and practice of breast self-examination and breast cancer screening in Iranian women. *Breast Cancer*. 21(4):429-34.

COVID-19 Pandemi sürecinde Tüberküloz Tanısı Alan Hastaların Deneyimleri: Nitel Araştırma

Experiences of Patients Diagnosed with Tuberculosis during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Research

Fatma Özlem Öztürk¹, Derya Öztomurcuk², Nazan Turan³, Muhammet Ali Oruç⁴

Araştırma



Research

DOI: 10.17942/sted.1069095

Geliş/Received : 08.02.2022
Kabul/ Accepted : 15.04.2022

Öz

Amaç: Bu araştırma, COVID-19 pandemi sürecinde tüberküloz tanısı alan hastaların yaşadıkları deneyimlerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür.

Yöntem: Nitel bir araştırma olarak yapılan çalışmada, Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı 14 tüberküloz hastası ile 19 Kasım-15 Aralık 2021 tarihleri arasında yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler esnasında, yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Elde edilen veriler tümevarımsal tematik analiz prosedürüne göre analiz edilmiştir.

Bulgular: Bu çalışmada iki ana tema belirlenmiştir. Bunlar; bireysel tepkiler ve baş etme temalarıdır. Bu temalar, alt temalara ayrılmıştır. Bireysel tepkiler temasının alt temaları duygusal, fizyolojik ve davranışsal tepkiler; baş etme temasının alt temaları dini baş etme ve kabullenmedir.

Sonuç: COVID-19 pandemi sürecinde tüberküloz hastalarının tanı aldıklarında duygusal, fizyolojik ve davranışsal olarak bireysel tepkiler gösterdikleri, dini baş etme ve kabullenme yöntemleri ile bu tepkilerle baş ettikleri belirlenmiştir. Tüberküloz hastalarında fizyolojik, duygusal ve davranışsal tepkilerin azaltılması ve bu tepkilerle etkili baş etme tekniklerinin öğretilmesi için hastalara tüberkülozun semptomları, semptom yönetimi, tedavi süreci, ilaçlar ve stresle baş etme teknikleri konularında eğitim verilmesi önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Tüberküloz, hasta, pandemi

Abstract

Objective: This research was carried out to determine the experiences of patients diagnosed with tuberculosis during the COVID-19 pandemic process.

Method: As a qualitative research, face-to-face interviews were conducted with 14 tuberculosis patients registered in Samsun İlkadım Tuberculosis Dispensary between 19 November and 15 December 2021. During the interviews, a semi-structured interview form was used. The obtained data were analyzed according to the inductive thematic analysis procedure.

Results: Two main themes were identified in this study. These are individual reactions and coping themes. These themes are divided into sub-themes. The sub-themes of the individual responses theme are emotional, physiological and behavioral responses, and the sub-themes of the coping theme are religious coping and acceptance.

Conclusion: During the COVID-19 pandemic, it has been determined that tuberculosis patients show individual reactions emotionally, physiologically and behaviorally when they are diagnosed, and they cope with these reactions by turning to religion and accepting methods. In order to reduce the physiological, emotional and behavioral reactions in tuberculosis patients and to teach effective coping techniques with these reactions, it is recommended that the patients be educated on the symptoms of tuberculosis, symptom management, treatment process, medications and stress coping techniques.

Key words: Tuberculosis, patient, pandemic

¹Öğr. Gör. Dr., Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi (Orcid No: 0000-0003-1942-6637)

²Dr., Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanseri (Orcid No: 0000-0003-3004-9270)

³Dr. Öğr. Üyesi, Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu (Orcid No: 0000-0001-9251-7282)

⁴Dr. Öğr. Üyesi, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü (Orcid No: 0000-0002-4320-8579)

Giriş

Tüberküloz hala dünya çapında ölüm nedenleri arasında ilk 10 nedenden biridir ve 2019 yılında yaklaşık 10 milyon kişinin tüberküloz tanısı aldığı tahmin edilmektedir (1). Son yıllarda tüberküloz kontrolünde sağlanan ilerlemelere rağmen dünya çapında ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak varlığını sürdürmektedir (2,3). Dünya Sağlık Örgütü küresel düzeyde tüberküloz insidansını yüz binde 127 olarak belirtmiştir (4) Ülkemizde "Türkiye'de Verem Savaşı 2020 Raporu" na göre tüberküloz insidansı 2005 yılında 29,4 iken giderek azalma göstermiş ve 2018 yılında yüz binde 14,1'e düşmüştür (5). Bu azalmalar, zaman periyodu boyunca binlerce kurtarılmış hayatı temsil etmektedir ve tüberküloz kontrolündeki bu kazanımların sürdürülmesi önemlidir.

COVID-19 pandemisi için alınan önlemlerin tüberküloz kontrolünde alınan yolu olumsuz etkileyebileceği ifade edilmektedir (2) Çin'de yapılan bir araştırmada pandemi kontrolü için tüberküloz laboratuvarının kapatıldığı ve laboratuvarında çalışan sağlık personelinin COVID-19 testi laboratuvarında görevlendirildiği belirtilmektedir (6). Hindistan'da yeni tüberküloz hastalarının tanı almasında gecikmeler, tüberküloz bağışıklama programındaki aksamalar, tüberküloz ilaçlarının temini ve takibi, tüberküloz hastalarının ve temaslılarının takibi gibi konularda zorluklar yaşandığı belirtilmektedir (7). COVID-19'un etkisini azaltmak için alınan ani toplumsal karantina önlemlerinin tanıyı geciktirebileceği, ev içi bulaşmayı artırabileceği öngörülmektedir (8). Pandemi kısıtlamalarının aylar içinde tüberküloz insidansı ve mortalitesini artırabileceği ancak bu durumun kontrolünün yıllar sürebileceği ifade edilmektedir (2,8). Ayrıca literatürde COVID-19 ve akciğer tüberkülozunun belirtilerinin birbirine benzediği, toplumun dikkati COVID-19 üzerinde olduğu için bu durumun tüberküloz tanısını geciktirebileceği ifade edilmektedir (8).

Tüberkülozun erken tanılanması için belirtiler konusunda toplumun bilinçli olması önemlidir (8). Tüberkülozda halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı, çocuklarda kilo almada duraklama, ateş, gece terlemesi, iki hafta ya da daha uzun süren öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, yan ağrısı, nefes darlığı, ses kısıklığı gibi semptomlar görülmektedir (9). Ancak bu

fiziksel semptomlara ek olarak hastalar emosyonel ve davranışsal semptomlar da yaşamaktadır. Türkiye'de yapılan iki araştırmada tüberküloz hastalarının üzüntü, korku, karamsarlık, endişe, umursamama ve kabullenme yaşadıkları belirtilmiştir (10,11). Etiyopya ve Çin'de yapılan araştırmalarda tüberküloz hastalarında anksiyete ve depresyon görüldüğü bildirilmiştir (12,13). COVID-19 pandemisinde alınan önlemlerin tüberküloz hastalarının yaşadıkları bu sıkıntıları olumsuz etkileyebileceği düşünülmektedir.

COVID-19 pandemisinin tüberküloz hastaları üzerindeki etkisi ve sonuçları henüz tam olarak bilinmemektedir. Literatürde bu konudaki araştırmalar istenen düzeyde değildir (14). Tüberküloz hastalarının görüşlerinin alınması, pandeminin tüberküloz hastalarına etkisini anlamaya yardımcı olacaktır. Bu araştırma, COVID-19 pandemi sürecinde tüberküloz tanısı alan hastaların yaşadıkları deneyimlerin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmadan elde edilecek verilerin, COVID-19 pandemi sürecinde tüberküloz hastalarına hizmet veren sağlık profesyonellerini hastaların yaşadığı deneyimler konusunda aydınlatması beklenmektedir. Ayrıca bu araştırma sonuçlarının tüberküloz hastaları ile yapılacak nicel araştırmalara fikir verebileceği öngörülmektedir.

Yöntem

Araştırmanın tipi: Bu araştırma bireylerin anlatımlarından yola çıkarak bireysel yaşantıları anlamak olan nitel araştırma yöntemi ile yürütülmüştür (15).

Araştırmanın Örnekleme

Araştırmada araştırmacıların keşfetmek, anlamak, iç görü kazanmak istediği ve çoğu bilginin öğrenilebileceği bir örneklem seçiminin zorunlu olduğu varsayımına dayanan amaçlı örnekleme yöntemi tercih edilmiştir (16). Bu sebeple araştırma grubunun Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanserinde 2020 yılının Mart ayında başlayan pandemi sürecinde tüberküloz tanı ve tedavi alan 92 hasta arasından belirlenmesine karar verilmiştir. Nitel araştırmalarda örneklem sayısı veriler doygunluk seviyesine ulaşıncaya kadar seçilebilir (17). Bu bilgiden yola çıkılarak verilerde doygunluğu sağlayan araştırmaya katılmayı kabul eden 14 tüberküloz hastası araştırmanın örneklem

grubunu oluşturmuştur.

Araştırmanın Yürütüldüğü Yer ve Özellikleri

Bu araştırma Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanseri'nde yürütülmüştür. Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanseri şehir merkezinde bir apartman dairesinin giriş ve birinci katında hizmet vermektedir. Giriş katta kayıt ve hasta kabul için bir banko, iki hemşire odası, bir numune kabul odası, bir poliklinik odası, bir röntgen teknisyeni odası, bir röntgen çekim odası; birinci katta ise PPD uygulama odası, iki doktor odası, bir hemşire odası, bir veri inceleme odası ve çay ocağı bulunmaktadır. Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanseri'nde iki doktor, 2 hemşire, 1 ebe, 1 sağlık memuru, 1 röntgen teknisyeni, 2 laboratuvar teknisyeni ve 4 diğer personel görev yapmaktadır. Dispansere kayıtlı hastaların yaklaşık %99'u sağlık personeli gözetimi ile doğrudan gözetimli tedavi almaktadır. Doğrudan gözetimli tedavi alan hastaların %60'ı da Tele-DGT diye isimlendirilen telefonda görüntülü görüşme ile tüberküloz ilaçlarını almaktadır.

Veri toplama araçları

Araştırmada veriler; tanıtıcı özellikler soru formu ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama araçları araştırmacılar tarafından literatür incelenerek oluşturulmuştur (2, 5,9).

Tanıtıcı Özellikler Soru Formu

Bu formda katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, gelir durumu, ilk başvurduğu sağlık kurumu, tanısının nerede konduğu, tanısı, doğrudan gözetimli tedavi uygulama yöntemi, tüberküloz olduğunu gizleme durumu, COVID-19 geçirme durumu, COVID-19 aşısı olma durumu, aşı dozu ve türü, kronik hastalık durumu hakkında sorular yer almaktadır.

Görüşme Formu

Görüşme formu; COVID-19 Pandemi sürecinde tüberküloz hastalarının yaşadıkları deneyimler konusunda görüşlerini incelemek amacı ile literatürde yer alan araştırmalar doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur (2). Sorular oluşturulurken yanıtıcı ve yönlendirici olmamasına dikkat edilmiş ve 6 adet açık uçlu soruya yer verilmiştir (Örnek soru; Tüberküloz

hastalığından bana biraz bahseder misiniz?).

Hazırlanan soruların netlik kazanması ve görüşme formunun güvenilirliğini sağlamak için alanında uzman üç kişiden (hekim, psikiyatri hemşireliğinde öğretim üyesi ve nitel araştırmaya dersi veren bir öğretim üyesi) uzman görüşü alınmış ve son şekli verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Görüşmeler 19 Kasım-15 Aralık 2021 tarihleri arasında, Samsun Tüberküloz İl Koordinatörü ve aynı zamanda araştırmanın ikinci yazarı tarafından verem savaş dispanserinde hasta görüşmelerinin yapıldığı bağımsız, gürültüden uzak bir odada yüz yüze gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın uygulanması sırasında, öncelikle katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine dair yazılı onamları alınmıştır. Görüşmelerde araştırmacılar tarafından oluşturulan görüşme formu kullanılmış, belirlenmiş soruların haricinde sondaj soru eklenmemiş ve bütün görüşmeler ses kayıt cihazı ile kayıt altına alınmıştır. Görüşmeler en az 15 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler, 'tümevarımsal tematik analiz' (inductive thematic analysis) prosedürüne göre analiz edilmiş ve herhangi bir bilgisayar programı kullanılmamıştır. Diğer nitel yöntemlerin temeli olarak ifade edilen ve sıklıkla tercih edilen tematik analiz, verilerin analiz edilmesini, temaların belirlenmesini ve raporlanmasını içeren bir yöntemdir (18). Bu doğrultuda araştırmacılar tarafından tematik analizin araştırma sorularını incelenmek için en uygun yöntem olduğuna karar verilmiştir.

İlk olarak 14 tüberküloz hastası ile yapılan görüşmelerde elde edilen ses kayıtları, yazılı metne dönüştürülmüştür. Ardından araştırmacılar tarafından veri seti bağımsız şekilde dikkatlice ve birkaç kez okunmuş, ayrı ayrı kodlanmıştır. Daha sonra tüm araştırmacılar bir araya gelerek, bireysel olarak elde ettikleri kodları yorumlayarak tartışmışlar ve bu kodları belirli temaların altında toplamışlardır. Veri seti tekrar gözden geçirilmiş, daha fazla tema ve alt tema üretilmeyeceği sonucuna varılmış ve veri doygunluğunun sağlandığı kabul edilmiştir. son olarak alanında

uzman üç kişiden (hekim, psikiyatri hemşireliğinde öğretim üyesi ve nitel araştırmaya dersi veren bir öğretim üyesi) uzman görüşü alınmış, son şekli verilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmacılar tarafından Bu araştırmanın her aşamasında Helsinki Bildirgesine (1998) uyulmuştur. Uygulamaya başlamadan önce Ufuk Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (Tarih: 05.11.2021, Sayı: 2021/08) etik kurul onayı, Samsun İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve aynı zamanda görüşme yapılacak olan katılımcılardan yazılı onam formu alınmıştır. Ayrıca gizlilik, özel hayata saygı ve zarar vermeme etik ilkesi göz önünde bulundurularak, katılımcıların kimlik bilgilerine yer verilmemiş ve kodlama sistemi kullanılmıştır.

Bulgular

Bu araştırmada katılımcıların yaş ortalamasının 41 olduğu, %64,3'ünün (n=9) erkek olduğu, %42,9'unun (n=6) ilkökul mezunu olduğu, %85,7'sinin (12) asgari ücretle geçindiği, %35,7'sinin (n=5) ilk olarak göğüs hastalıkları hastanesine başvurduğu, %85,7'sinin tanısının göğüs hastalıkları hastanesinde olduğu, %78,6'sının tanısının akciğer tüberkülozu olduğu, %78,6'sının (n=11) video gözetimli tedavide olduğu, %14,3'ünün (n=2) tüberküloz olduğunu başkalarından sakladığı, %28,6'sının (n=4) tüberküloz tedavisi alırken COVID-19 geçirdiği, %7,1'inin (n=1) COVID-19 aşısı olmadığı, %57,1'inin (n=8) 2 doz COVID-19 aşısı olduğu, %71,4'ünün (n=10) Biontech aşısı yaptırdığı, %28,6'sının (n=4) kronik hastalığı olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

COVID-19 pandemisinde tüberküloz tanılı 14 katılımcının tamamı bu süreçteki takip ve tedaviden, sağlık personellerinin yaklaşımlarından çok memnun olduklarını bildirmiştir. Bununla birlikte yapılan görüşmelerde hastalıkla ilgili dile getirdikleri deneyimlerin analizinde iki ana temaya ulaşılmıştır. Bunlar; "bireysel tepkiler" ve "baş etme" şeklindedir.

Tema 1: Bireysel tepkiler

Katılımcıların tüberküloz tanısı aldıktan sonra zorlandıkları "emosyonel", "fizyolojik" ve "davranışsal" olmak üzere üç alanda tepki gösterdikleri belirlenmiştir.

Tablo 1. Tanımlayıcı Özellikler (N=14)		
Bağımsız değişkenler	n	Ortalama
Yaş	14	41
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	5	35.7
Erkek	9	64.3
Eğitim durumu		
Okuma yazma bilmiyor	1	7.1
İlkokul	6	42.9
Ortaokul	3	21.4
Lise	3	21.4
Üniversite	1	7.1
Gelir durumu		
Asgari ücret	12	85.7
Asgari ücretten fazla	2	14.3
İlk başvurduğu sağlık kurumu		
Acil servis	3	21.4
Aile hekimi	1	7.1
Hastane	4	28.6
Göğüs hastalıkları hastanesi	5	35.7
Tanı konulan kurum		
Göğüs hastalıkları hastanesi	12	85.7
Diğer (VSD, ASM)	2	14.3
Tanı		
Akciğer tüberkülozu	11	78.6
Akciğer dışı tüberküloz	2	14.3
Çok ilaca dirençli tüberküloz	1	7.1
Doğrudan gözetimli tedavi şekli		
Video gözetimli tedavi	11	78.6
Diğer (Tele DGT ve ASM)	3	21.4
Tüberküloz olduğunu başkalarından gizleme durumu		
Gizlemedim	12	85.7
Gizledim	2	14.3
COVID-19 geçirme durumu		
Evet	4	28.6
Hayır	10	71.4
COVID-19 aşısı olma durumu		
Evet	13	92.9
Hayır	1	7.1
COVID-19 aşısı dozu		
1 doz	2	14.3
2 doz	8	57.1
3 doz	2	14.3
4 doz	1	7.1
COVID-19 aşısı türü		
Biontech	10	71.4
Sinovac	1	7.1
Hem biontech hem sinovac	2	14.3
Kronik hastalık durumu		
Evet	4	28.6
Hayır	10	71.4

a) Emosyonel tepkiler

Araştırmada yer alan katılımcıların, tüberküloz tanısı aldıklarında sıklıkla emosyonel tepkiler verdikleri belirlenmiştir. Özellikle tanıyı ilk duydukları anda başta şok olmak üzere moral kaybı, ruhsal sıkıntı, depresif belirtiler, korku, hissizleşme, dışlanma korkusu gibi emosyonel tepkilerin daha çok vurgulandığı dikkatleri çekmektedir. Bu tepkilerin temelinde ise hastalığın ve tedavi sürecinin belirsizliği gibi durumlar olduğu düşünülmektedir. Katılımcılar bu duruma ilişkin ifadelerini şu şekilde belirtmektedirler:

“Sadece şok oldum” (Hasta 4, kadın, 59 yaş).

“Ne oldu ben böyle verem pisliğine bulaştım, soru işareti edindim” (Hasta 11, erkek, 46 yaş).

“O günleri artık hatırlamak istemiyorum. Çok sıkıntılı süreçlerden geçtim. Kendini iyi hissetmeme, moral kaybı, herkes gezerken sen evdesin” (Hasta 1, erkek, 22 yaş).

“Hani çok korku da şaşırma da değil. Verem hakkında bilgim olmadığı için ne tür bir sıkıntı yaratır bende, onların bilincinde olmadığım için hani çok da bir şey hissetmedim” (hasta 5, kadın, 41 yaş).

“Bir keresinde devlet psikiyatri hastanesine iki kere de Anadolu Hastanesi'ne gittim. İlaç verdiler, ilaçları kullanamadım. Benim geçirmiş olduğum hastalığın üzüntüsüyle depresyona girmişsin dedi, bilinçaltına attığın için hasta hissediyorsun dedi, o hala sürüyor”. (Hasta 8, erkek, 49 yaş)

“İlk iki ay verem olduğumu söylemedim, çekindim. Verem olduğumu bilmeyen arkadaşlarım vardı” (Hasta 6, kadın, 19 yaş).

b) Fizyolojik tepkiler

Tüberküloz tanısı almış 14 katılımcının homeostatik dengesini sarsan fiziksel sıkıntılarının olduğu saptanmıştır. Ateş, nefes darlığı ve halsizlik katılımcıların ortak dile getirdikleri fiziksel semptomlar olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bunun haricinde titreme, Bu durumla ilişkili ifade edilen deneyimler şu şekilde ifade edilmiştir:

“Her gün ateşim çıkıyordu, nefes darlığım oluyordu”. (Hasta 6, kadın, 19 yaş)

“Sabah kalktığımda halsiz oluyorum, bugün yine iyi değilim dediğimde çocuklar kızıyor bana”. (Hasta 8, erkek, 49 yaş)

c) Davranışsal tepkiler

Yapılan görüşmelerde tanı sonrası davranışsal tepkilerin açığa çıktığı belirlenmiştir. Özellikle tüberküloz tanısı aldıktan sonra kimseyle görüşmeme, konuşmama veya hiçbir şey yokmuş gibi davrandıklarına dair görüş bildirmişlerdir.

“Düşüne düşünene ben bu hastalığı kapığımı zannediyorum. Tek şey insanlar dertlerini içine atmasınlar”. (Hasta 2, erkek, 67 yaş)

“Kimse ile pek yüz yüze gelmek, konuşmak istemedim”. (Hasta 1, erkek, 22 yaş)

“Verem olunca ilk iki ay bulaşıcı olduğu için biraz çekindim. Zaten odada tek başına yaşıyordum. Ailemle mesafeli olmak, arkadaşlarımla görüşememe biraz zor oluyordu”. (Hasta 6, kadın, 19 yaş)

Tema 2: Baş etme

Katılımcıların tanı ile birlikte ortaya çıkan fizyolojik ve emosyonel tepkilerin üstesinden gelmek için dini baş etme ve yaşadıklarını kabullenme şeklinde iki tür baş etme biçimi gösterdikleri belirlenmiştir.

a) Dini baş etme

Covid 19 pandemisi ile birlikte tüberküloz tanısı almış katılımcıların içinde buldukları durumu anlama, hastalığı anlamlandırma ve dolayısıyla baş etme hususunda daha çok dini inançlara yöneldikleri saptanmıştır. Özellikle katılımcıların hemen hemen çoğunun daha kötüsü başlarına gelmediği için Allah'a şükretme şeklindeki davranışları olduğu görülmüştür.

“Çok şükür her şey yolunda gitti” (Hasta 1, erkek, 22 yaş).

“İnsan psikolojik bozukluk yaşıyor Allah'a şükür rahat bir şekilde sıkıntılardan çıktım”(Hasta 13, erkek, 40 yaş).

b) Kabullenme

Yapılan görüşmelerde tüm katılımcılar tanı ve tedavi sürecinde yaşadıklarının zorluklarını dile getirirken, bazı katılımcıların bu süreci olduğu gibi kabul ettikleri görülmüştür.

“Açıkcası hiç modumu düşürmedim, olacak şeylerin önüne geçemiyoruz, tedavimizi aldık” (Hasta 5, kadın, 41 yaş).

“Niye ben yaşadım demiyorum, hatta iyi ki yaşamışım tecrübe ettim. Başkaları bu hastalığa yakalandığında onlara ne yapabileceğimi biliyorum. Şimdi bu hastalığı yaşayanlara destek olabilirim” (Hasta 6, kadın, 19 yaş).

Tartışma

Bu araştırma COVID-19 pandemi sürecinde tüberküloz tanısı alan hastaların yaşadıkları deneyimlerin belirlenmesi amacıyla yürütülmüştür. Tüberküloz hastaları ile yapılan görüşmeler sonucu “bireysel tepkiler” ve “baş etme” temaları elde edilmiştir.

Tüberküloz hastasının bulaştırıcılığı, tedavi başladıktan sonra üç haftada sona ermektedir. Hastanın bulaştırıcı olduğu dönemde evinde güneş alan bir odada istirahat etmesi, cerrahi maske kullanması hastalığın bulaşmasının önlenmesi için elzemdir (19). Bu çalışmada hastaların tüberkülozu aile üyelerine bulaştırmamak için evlerinde ayrı bir odada izole olmaları ve ev içinde maske kullanmaları, hastaların özgürlüklerini ve sosyal ilişkilerini kısıtlamış olabilir, bu durum da emosyonel tepkilere neden olmuş olabilir. Ek olarak tüberküloz hastaları COVID-19 pandemisine bağlı sokağa çıkma yasaklarının da potansiyel/olası etkisi ile bu emosyonel tepkileri yaşamış olabilirler. Elde edilen bulguların literatür ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Önceki çalışmalarda araştırmacılar tarafından hastaların tüberküloz tanısı aldıklarında üzüntü, korku, karamsarlık, endişe ve umursamama yaşadıklarını belirtilmiştir (10,11). Dasa ve arkadaşlarının (2019) yaptıkları çalışmada tüberküloz hastalarının yarısında depresyon görüldüğünü belirtmektedir (12). Wang ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada her beş tüberküloz hastasından birinde depresyon ve anksiyete görüldüğü ve bu tür ruhsal semptomların tüberküloz tedavi sürecini ve sonucunu olumsuz etkilediği belirtilmektedir (13). Ayrıca bu çalışmada iki hastanın tüberküloz olduklarını başkalarından gizlediği belirlenmiştir. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda tüberküloz hastalarının yaklaşık yarısının tüberküloz olduklarını herkesten gizledikleri ifade edilmektedir (20,21). Tüberküloz tanısı aldığını başkalarından gizleme durumu, dışlanma korkusundan kaynaklanabilir. Bu nedenle tüberküloz hastalarının tanı aldıktan

sonra tedavi sürecinde emosyonel olarak desteklenmeleri önemli olduğu düşünülmektedir. Hastaların tüberküloz tanısı aldıktan sonra özellikle dile getirdikleri fizyolojik semptomlar ateş, halsizlik ve nefes darlığı olduğu bilinmektedir. Tüberküloz hastalığında halsizlik, çabuk yorulma, iştahsızlık, kilo kaybı, çocuklarda kilo almada duraklama, ateş, gece terlemesi gibi genel semptomların yanında iki hafta ya da daha uzun süren öksürük, balgam, hemoptizi, göğüs ağrısı, sırt ağrısı, yan ağrısı, nefes darlığı, ses kısıklığı gibi akciğerle ilgili semptomlar görülmektedir (9). Bu çalışmaya katılan hastaların %78,6’sı akciğer tüberkülozu olduğu için hastalar ateş ve halsizlik gibi genel semptomlar ile birlikte akciğerle ilgili nefes darlığı semptomunu da yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu kapsamda tüberküloz hastalarının yaşadıkları semptomlara yönelik olarak semptom yönetimi ile ilgili farkındalık oluşturulmasının gerekli olduğu söylenebilir.

Bu çalışmada hastalarla yapılan görüşmelerde tanı sonrası kimseyle görüşmeme, konuşmama veya hiçbir şey yokmuş gibi davranma gibi davranışsal tepkilerin açığa çıktığı belirlenmiştir. Bu davranışsal tepkiler, hastaların sosyal destek yetersizliği sonucu ortaya çıkmış olabilir. Tüberküloz uzun süre tedavi gerektiren kronik bir hastalıktır ve bu süreçte hastalar desteğe ihtiyaç duyabilir. Bıyıklı ve arkadaşlarının (2021) yaptıkları çalışmada hastalarının yaklaşık üçte birinin ailesinden yeterince destek almadığı ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir (22). Aynı çalışmada tanı ve tedavi sürecinde psikolojik desteğin yetersiz olduğu ifade edilmiştir. Bu çalışmada ortaya çıkmış olan olumsuz davranışsal tepkilerin önlenmesi için tüberküloz hastalarına tanı ve tedavi sürecinde duygu ve düşüncelerini ifade etmelerinin, psikolojik ve sosyal destek sağlanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada tüberküloz hastaları fizyolojik, emosyonel ve davranışsal tepkilerin üstesinden gelmek için dine yönelme ve yaşadıklarını kabullenme şeklinde iki tür başa çıkma biçimi göstermişlerdir. Pratiwi ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında manevi aktivitenin artmasının tüberküloza hastalarının iyileşme motivasyonunu artırdığı belirtilmektedir (23).

Sadipun ve arkadaşlarının (2018) araştırmasında manevi bir yaklaşımla yapılan bilinçli farkındalık müdahalelerinin akciğer tüberkülozu olan yetişkin hastalarda duygusal kontrolü iyileştirdiği gösterilmiştir (24). Bu çalışmada tüm katılımcılar tanı ve tedavi sürecinde yaşadıkları zorlukları dile getirirken bazı katılımcıların bu süreci olduğu gibi kabul ettikleri görülmüştür. Bu bulgu literatürdeki araştırmalarla benzerlik göstermektedir. Kumsar ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında hastaların %19,2'si, Bayraktar ve Khorshd'in araştırmasında (2017) hastaların %33,9'u tüberküloz tanısı aldıklarında kabullenme yaşadıkları belirtilmiştir (10,11). Tüberküloz gibi kronik hastalığı olan bireylerin, hastalığa daha iyi uyum sağlayabilmek ve hastalıklarını yönetebilmek için hastalığı kabullenmeleri gerekmektedir (25). Hastalığını kabul etmeyi başaran bireylerin, hastalıkla birlikte günlük yaşantılarına daha rahat devam edilebildiği, hastalığın neden olduğu bireysel, ailevi, mesleki ve toplumsal sorunların üstesinden rahatlıkla gelebildiği ve yaşama karşı iyimser ve umutlu bir tutum geliştirdiği belirtilmektedir.

Sınırlılıklar

Bu araştırma sonuçları Samsun İlkadım Verem Savaş Dispanseri'ne kayıtlı 14 tüberküloz hastası ile yapılan görüşmelerde toplanan verilerle sınırlıdır, genelleme yapılmamalıdır. Ayrıca bu araştırma pandemi sürecinde yüz yüze yürütülmüş olup hastaların genel durumu göz önüne alınarak görüşme süresi sınırlandırılmıştır. Sürenin sınırlandırılması, veri havuzunu etkilediğinden bir sınırlılık olarak düşünülebilir.

Sonuç

COVID-19 pandemi sürecinde tüberküloz hastalarının tanı aldıklarında emosyonel, fizyolojik ve davranışsal olarak bireysel tepkiler gösterdikleri, dini baş etme ve kabullenme yöntemleri ile bu tepkilerle baş ettikleri belirlenmiştir. Tüberküloz hastalarına ve ailelerine tüberkülozun semptomları, semptom yönetimi, tedavi süreci, ilaçlar ve stresle baş etme teknikleri konularında eğitim verilmesinin hastalarda fizyolojik, emosyonel ve davranışsal tepkilerin azaltılması ve bu tepkilerle etkili baş etmelerinin sağlanmasına önemli katkısı olacağı düşünülmektedir. Ek olarak gelecek araştırmalarda tüberküloz olgu hızı, insidansı ve tedavi sonuçları üzerine COVID-19 pandemisinin uzun vadeli

etkisini incelemek amacıyla araştırmalar yapılması önerilmektedir. Ayrıca COVID-19 pandemisinin bulgulara olası etkisini ekarte etmek için benzer araştırmaların pandemi bittikten sonra da yapılması önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüberküloz hastalarına teşekkür ederiz.

İletişim: Öğr. Gör. Dr. Fatma Özlem Öztürk
E-Posta: footurk@ankara.edu.tr

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis> Erişim tarihi: 10/01/2022
2. Alene KA, Wangdi K, Clements AC. Impact of the COVID-19 pandemic on tuberculosis control: an overview. *Tropical Medicine and Infectious Disease* 2020; 5(3), 123.
3. Santos FLD, Souza LLL, Bruce ATI, Crispim JDA, Arroyo LH, Ramos ACV, Arcêncio RA. Patients' perceptions regarding multidrug-resistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: A qualitative study. *PloS one* 2021; 16(4), e0249822.
4. World Health Organization (WHO). Tuberculosis profile: Global https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&lan=%22EN%22&entity_type=%22group%22&group_code=%22global%22 Erişim tarihi: 10/01/2022
5. Tolunay T, Kara F. (Ed.) Türkiye'de Verem Savaşı 2020 Raporu. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti, 2021
6. Fei H, Yinyin X, Hui C, Ni W, Xin D, Wei C, Jianjun L. The impact of the COVID-19 epidemic on tuberculosis control in China. *The Lancet Regional Health-Western Pacific* 2020; 3, 100032.
7. Jain VK, Iyengar KP, Samy DA, Vaishya R. Tuberculosis in the era of COVID-19 in India. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews* 2020; 14(5), 1439-1443.
8. Cilloni L, Fu H, Vesga JF, Dowdy D, Pretorius C, Ahmedov S, Arinaminpathy N. The potential impact of the COVID-19 pandemic on the tuberculosis epidemic a modelling analysis. *EClinicalMedicine* 2020; 28, 100603.
9. Kara F. (Ed.) Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti, 2019.
10. Bayraktar D, Khorshd L. Sağlıklı ve Hasta Bireylerde Tüberküloza İlişkin Damgalanma Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric*

- Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği 2017; 8(3).
11. Kumsar AK, Güner A, Yılmaz FT. Tüberküloz Hastalarında Damgalama: Hastalığı Kabul ve Umutsuzluk Düzeyine Etkisi. Sağlık ve Toplum 2021, 31(1), 69-77.
 12. Dasa TT, Roba AA, Weldegebreal F, Mesfin F, Asfaw A, Mitiku H, Tesfaye E. Prevalence and associated factors of depression among tuberculosis patients in Eastern Ethiopia. BMC psychiatry 2019; 19(1), 1-7.
 13. Wang XB, Li XL, Zhang Q, Zhang J, Chen HY, Xu WY, Hou, G. A survey of anxiety and depressive symptoms in pulmonary tuberculosis patients with and without tracheobronchial tuberculosis. Frontiers in psychiatry 2018; 9, 308.
 14. Liu Q, Lu P, Shen Y, Li C, Wang J, Zhu L, Martinez L. Collateral impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic on tuberculosis control in Jiangsu Province, China. Clinical Infectious Diseases 2021, 73(3), 542-544
 15. Creswell JW. (2012) Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches. 3st ed. New York: SAGE Publications.
 16. Merriam SB, Nitel Araştırma - Desen ve uygulama için bir rehber. 2018, Ankara: Nobel.
 17. Kumar R, Araştırma yöntemleri. 3rd ed. 2011, Ankara: Edge Akademi Yayıncılık.
 18. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. Qualitative research in psychology 2006; 3(2), 77-101.
 19. Şencan İ., Musaonbaşıoğlu S. Verem (Tüberküloz) Bilgilendirme Rehberi ve Verem Hastalarının Sorumlulukları. Ankara: MT Butik Matbaa, 2016.
 20. Ozturk FO., Hisar F. Stigmatisation of tuberculosis patients. Int J Community Med Public Heal 2014; 1(1), 37.
 21. Baltacı M, Arslan S, Nemnezi S, Demirel Y. Tüberküloz hastalarında damgalanma ve ayırimcılığın analizi. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2021;35(1):11-21.
 22. Bıyıklı N., Lotfi, S. Tüberküloz Hastalarının Tedavi Sürecinde Sosyal Destek Süreçlerinin İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2021, 24(3), 457-468.
 23. Pratiwi IN, Hidayati L, Alviani NI, McKenna L. The correlation between anxiety levels and spiritual activities with motivation to recover in pulmonary tuberculosis. Enfermería Clínica 2021, 31, 535-539.
 24. Sadipun, D. K., Dwidiyanti, M., & Andriany, M. Effect of spiritual based mindfulness intervention on emotional control in adult patients with pulmonary tuberculosis. Belitung Nursing Journal 2018; 4(2), 226-231.
 25. Kocjan, J. Is quality of life related to illness and acceptance of illness?. Journal of Education, Health and Sport 2015; 5(7), 34-42.

Öz

Amaç: Primer enfeksiyon kontrol önlemi olan el hijyeni, okul çocuklarında bulaşıcı hastalıkların önlenmesi için önemlidir. Araştırmanın amacı "Okul Çocuğunda El Hijyeni Değerlendirme Soru Formu" nun Türkçe geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

Gereç ve Yöntem: İlkokul çocuklarında el hijyeni davranışını sorgulamak için kullanıla form, Tai ve arkadaşlarının Planlı Davranış Teorisi bileşenlerini temel alarak geliştirdiği "Sağlık Çalışanları için El Hijyeni ve Hastane Enfeksiyonları Soru Formu" ndan yararlanılarak, Türkçeye ve ilkokul yaş grubuna uyarlanmıştır. Soru formu 20 soru ve beş bölümden oluşmaktadır: El hijyeni için tutum, algılanan davranışsal kontrol, öznel norm, niyet ve davranış. Soru formunun geçerliği dil, kapsam ve yapı geçerliği ile sınanmıştır. Güvenirlik ise iç tutarlılık ve değişmezlik analizleri ile sınanmıştır. Verilerin analizinde SPSS ve AMOS programları kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini 263 3. ve 4. sınıf öğrencisi oluşturmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $8,8 \pm 0,9$ olup; %52,1'i kızdır. Formun Kapsam Geçerlik İndeksi 1,0'dır. Uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur (Kendall's $W=0,205$; $p=0,099$). Doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarına göre form, kabul edilebilir uyum (RMSEA=0,06; GFI=0,90) ve iyi uyum (CMIN/DF=1,95; SRMR=0,03) göstermiştir. Formun iç tutarlılığı yüksektir (Cronbach Alpha=0,853). Formda aynı şeyi ölçen birden fazla madde olmadığı belirlenmiştir (Hotelling $T_2=16,7$; $p=0,0001$). Değişmezlik analizi için iki hafta ara ile form 32 öğrenciye uygulanmış, formun değişmezlik ölçütünü sağladığı görülmüştür (Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı=0,751; $p<0,0001$).

Sonuç: Türk dili ve kültüründe ilkokul çocukları için geçerli ve güvenilir olduğu belirlenen soru formu, okul çocuklarında el hijyeni davranışının belirlenmesinde kullanılabilir.

Anahtar sözcükler: El hijyeni, ilkokullar, güvenirlik ve geçerlik, planlı davranış teorisi

Abstract

Objective: Hand hygiene is important for the prevention of infectious diseases in school children. Aim of the research; testing the Turkish validity and reliability of the "Hand Hygiene Assessment Question Form in Schoolchildren".

Material and Method: The form which will be used to assess the hand hygiene behavior in primary schoolchildren was adapted to the Turkish language and primary school age group by using "The questionnaire on hand hygiene and nosocomial infections for healthcare workers" developed by Tai et al. The questionnaire consists of 20 questions and five parts: Attitude for hand hygiene, perceived behavioral control, subjective norm, intention and behavior. The validity of the questionnaire was tested with language, content and construct validity. Reliability was tested with internal consistency and invariance analyses. SPSS and AMOS programs were used in the analysis of the data. The sample of the study consisted of 263 3rd and 4th grade students.

Results: The mean age of the students participating in the study was 8.8 ± 0.9 , and 52.1% of them were girls. The Content Validity Index of the form is 1. There was no statistically significant difference between expert opinions (Kendall's $W=0.205$; $p=0.099$). According to the confirmatory factor analysis results, the form showed acceptable fit (RMSEA=0.06; GFI=0.90) and good fit (CMIN/DF=1.95; SRMR=0.03). The internal consistency of the form is high (Cronbach Alpha=0.853). It was determined that there was not more than one item measuring the same thing in the form (Hotelling $T_2=16.7$; $p=0.0001$). For the invariance analysis, the form was applied to 32 students with an interval of two weeks, and it was observed that the form met the criterion of invariance (Pearson product-moment correlation coefficient=0.751; $p<0.0001$).

Conclusion: The question form, which was determined to be valid and reliable for primary schoolchildren in Turkish language and culture.

Key words: Hand hygiene, primary schools, reliability and validity, theory of planned behavior

¹Arş. Gör. Dr., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid No: 0000-0002-8096-6037)

²Prof. Dr., Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid No: 0000-0003-3805-6416)

Giriş

Okullar, çocukların ilk kez toplu olarak bulunduğu ortamlar olduğu için, enfeksiyon hastalıkları bulaşı yönünden riskler barındırmaktadır (1,2). El hijyeni, enfeksiyon hastalıklarının önlenmesinde etkin, kabul edilebilir ve kolay uygulanabilir bir yöntemdir. El hijyeni, geçici mikrobiyal florayı azaltmak için uygulanan her türlü el antisepsisini normal veya antimikrobiyal sabun ve su ile el yıkama veya alkol bazlı bir formülasyon ile el ovalama- tanımlamaktadır (3). Uygun el hijyeni için ellerde görünür kir bulunduğu mutlakla el yıkama önerilmekte, bunun dışında kalan durumlarda eğer sabun ve suya ulaşamıyorsa en az %60'lık alkol oranına sahip el antiseptikleri kullanılarak ellerin ovulabileceği belirtilmektedir (3,4). UNICEF'in raporlarında okul çocukları için önerilen iki kritik/önemli el yıkama endikasyonu; yemek yemeden veya yiyeceklere dokunmadan önce ile tuvaleti kullandıktan sonra el yıkamadır (5,6).

Literatür incelendiğinde okul çocuklarında doğru el yıkama oranının istenlik düzeyde olmadığı görülmektedir. Bir araştırmada okul çocuklarında sabunla el yıkama oranının %66, önerilen sürede el yıkama oranının ise %58 olduğu; yaş azaldıkça doğru el yıkama oranının da azaldığı belirtilmiştir (7). Bir başka araştırmada ise öğrencilerin yalnızca %42'si iyi el yıkama davranışı göstermiştir (8). Ülkemizde okul çocuklarının el yıkama davranışının değerlendirildiği büyük ölçekli bir araştırmaya rastlanmamıştır. Okul çocuklarında el hijyeni davranışını değerlendirebilen araçlara gereksinim duyulmaktadır. Bu araştırmanın amacı Planlı Davranış Teorisine göre geliştirilen "Okul Çocuğunda El Hijyeni Değerlendirme Soru Formu" nun Türk diline ve kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesidir.

Gereç ve Yöntem

Metodolojik tipte olan araştırma, bir büyükşehir merkez ilçesinde bulunan 20 ilkokul arasından amaca uygun olasılıksız örnekleme yöntemi ile seçilen bir ilkokulda gerçekleştirilmiştir. Örnekleme alınan okul orta sosyo-ekonomik seviyedeki bireylerin ikamet ettiği bölgeden seçilmiştir. Literatürde metodolojik araştırmalarda örneklem büyüklüğünün ölçek madde sayısının 5-10 kat fazlası olması önerilmektedir (9). Bu doğrultuda soru formundaki 20 sorunun 13,2

katına denk gelen 263 3. ve 4. sınıf öğrencisi araştırma örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmanın etik onayı Ege Üniversitesi Tıbbi Araştırmalar Etik Kurulundan (12.06.2019, Karar no: 19-6T/37), uygulama izni Milli Eğitim Bakanlığında alınmıştır (29.08.2019, Sayı: 70297673-605.01-E.15578047).

Veri toplama araçları

Sosyodemografik bilgi formu

Öğrencinin yaş, cinsiyet ve öğrenim gördüğü sınıf bilgisini içeren üç sorudan oluşmaktadır.

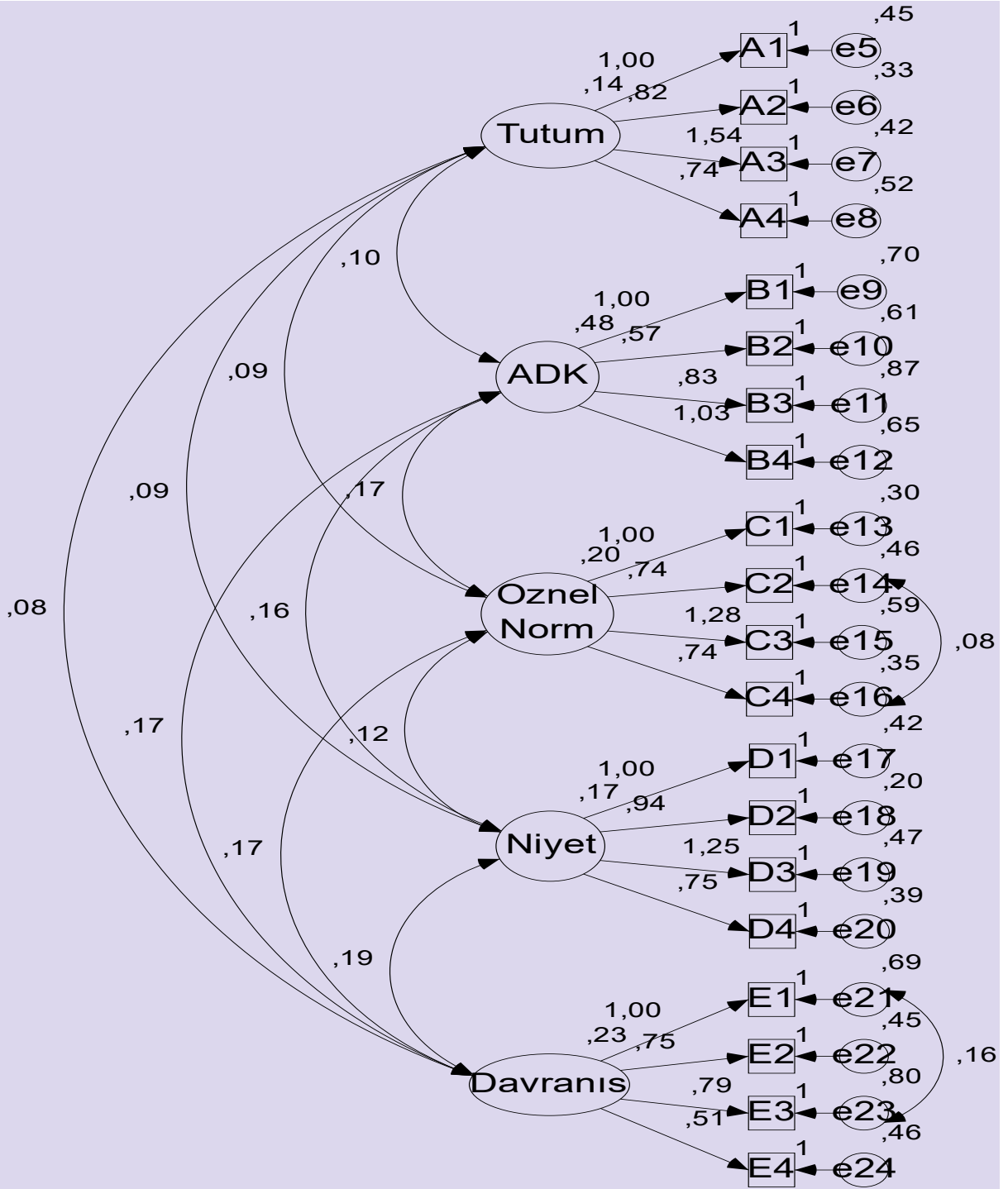
Okul Çocuğunda El Hijyeni Değerlendirme Soru Formu (EHDSF)

Öğrencilerin el hijyeni davranışını sorgulamak için kullanılan form, Tai ve arkadaşlarının (2009) Planlı Davranış Teorisine göre geliştirdiği "Sağlık Çalışanları için El Hijyeni ve Hastane Enfeksiyonları Soru Formu"ndan uyarlanmıştır (10). Uyarlama için yazarlardan izin alınmıştır. Soru formu toplam 20 soru ve beş bölümden oluşmaktadır.

- A bölümündeki sorular öğrencinin kendi el yıkama performansını ve temizliğin elindeki etkinliğini (tutumlar),
- B bölümündeki sorular öğrencinin el yıkamanın zorluk düzeyi ile ilgili değerlendirmesini (algılanan davranışsal kontrol),
- C bölümündeki sorular anne/baba gibi yetişkinlerin öğrencinin ellerini yıkamasını ne kadar istediklerini (öznel normlar),
- D bölümündeki sorular öğrencinin el yıkama niyetini,
- E bölümündeki sorular öğrencinin el yıkama davranışını değerlendirmektedir.

Her bölümde kelimelere dayalı Likert seçeneklerin ifadeleri farklılaşmakta, 0-4 arasında puanlanmaktadır. Bölümlerin puanı öğrencinin o bölümde cevapladığı soru sayısına bölünerek elde edilmekte, formun geneli için toplam puan hesaplanmamaktadır. Her bölüm için alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 4'tür.

Soru formu bir ders saatinde öğrencilere dağıtılmış ve cevaplamaları istenmiştir. Öğrencilerin formu cevaplama süresi ortalama 20-25 dakikadır.



Şekil 1. El Hijyeni Değerlendirme Soru Formu Path Diyagramı

İstatistik

Veri setinde tek yönlü ve çok yönlü uç değer analizi yapılmıştır. Tespit edilen altı uç değer daha güvenilir bir sonuç elde edebilmek amacıyla analize dahil edilmemiştir. Soru formunun geçerliği Kapsam Geçerlik İndeksi (CVI), Kendall's W testi ve Doğrulayıcı Faktör

Analizi (DFA) ile değerlendirilmiştir. Formun güvenilirliği ise iç tutarlılık için Cronbach Alpha katsayısı, değişmezlik için Pearson momentler çarpımı korelasyonu ile analiz edilmiştir. Formdaki soruların zorluk dereceleri, normal dağılıma uygunluğu ve aynı kavramı ölçen birden fazla soru bulunma durumu ise Hotelling T² testi ile

İndeks	İyi Uyum	Kabul edilebilir uyum	Ölçüm	Sonuç
CMIN/DF	$0,00 < \chi^2/sd \leq 3,00$	$3,00 < \chi^2/sd \leq 5,00$	1,95	İyi uyum
RMSEA	$0,00 \leq RMSEA \leq 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,08$	0,06	Kabul edilebilir uyum
SRMR	$0,00 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 \leq SRMR \leq 0,10$	0,03	İyi uyum
GFI	$0,95 < GFI \leq 1,00$	$0,90 < GFI \leq 0,94$	0,90	Kabul edilebilir uyum

değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $8,8 \pm 0,9$, %52,1'i kız ve %53,2'si 4. sınıfta öğrenim görmektedir.

Geçerlik

Soru formunun geçerliği, dil geçerliği, içerik/kapsam geçerliği ve yapı/kavram geçerliği ile sınanmıştır.

Dil geçerliğini sağlamak amacıyla, sağlık personeli için geliştirilen soru formu iki uzman tarafından, İngilizce'den Türkçe'ye çevirilerek okul çocuklarına uyarlanmış ve geri çeviris yapılmıştır. Yetişkinler için kullanılan orijinal form yedili Likert tipte sayısal dereceleme (1'den 7'ye kadar puan) sahiptir. Form okul çocukları için uyarlanırken değerlendirmede kelimelere dayalı beşli Likert yapı kullanılmıştır.

Kapsam geçerliği için yedi uzmandan görüş alınmıştır. Uzman önerileri doğrultusunda "bulaşıcı hastalıkları önlemek" ifadesi "bulaşıcı hastalıklardan korunmak"; "burun, eller" ifadeleri iyelik ekleri eklenerek "burnunu, ellerini" olarak düzenlenmiş, 0-4 arası puanlanan beşli Likert tipi değerlendirme sözel ifadelerle dönüştürülmüştür. Davis tekniği kullanılarak hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi (CVI) bir bulunmuş, uygun kabul edilmiştir. Kapsam geçerliği değerlendirme puanları; Kendall's W testi ile analiz edildiğinde; uzman görüşleri arasında istatistiksel olarak fark olmadığı bulunmuştur (Kendall's W=0,205; $p=0,099$).

Yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi (DFA) yapılmıştır. DFA sonuçlarına göre uyum iyiliği değerlerinin kabul edilebilir uyum (RMSEA=0,06;

GFI=0,90) ve iyi uyum (CMIN/DF=1,95; SRMR=0,03) gösterdiği belirlenmiştir (Tablo 1). Doğrulayıcı faktör analizi path diyagramına göre, PDT'nin beş bileşeninde de (tutum, algılanan davranışsal kontrol, öznel norm, niyet, davranış) yemek ve el hijyeni ile ilgili olan birinci maddelerin en düşük faktör yüküne sahip olduğu görülmüştür (Şekil 1). "Yemek ve el hijyeni arasındaki ilişki bu yapı için iyi çalışmamıştır" şeklinde yorumlanmıştır.

Güvenirlilik

Formun güvenirliliği iç tutarlılık ve değişmezlik analizleri ile sınanmıştır. İç tutarlılık için hesaplanan Cronbach Alpha katsayısı soru formunun toplamı için (20 soru) 0,853; PDT'nin beş bileşeni için 0,612-0,690 arasındadır. Hotelling T² testine göre soru formunun maddelerinin birbirinden farklı olduğu, aynı şeyi ölçen birden fazla madde olmadığı belirlenmiştir (Hotelling T²= 16,7; $p=0,0001$).

Değişmezlik analizi için iki hafta ara ile form 32 öğrenciye uygulanmış, formun değişmezlik ölçütünü sağladığı görülmüştür (Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı=0,751; $p<0,0001$) (Tablo 2).

	Ölçüm	Sonuç
Cronbach Alpha katsayısı	0,853	Yüksek düzeyde güvenilir*
Hotelling T ²	16,700	$p=0,0001$
Pearson momentler çarpımı korelasyon katsayısı	0,751	$p<0,0001$
* $0,81 < \alpha < 1,00$ yüksek düzeyde güvenilir		

Tartışma

Uygun el hijyeni davranışı kazanmak ve sürdürmek, yaşam boyu bulaşıcı hastalıklardan korunmada önemlidir. Ancak küçük yaş, toplu yaşam alanında bulunma gibi riskleri nedeniyle okul çağı çocuklarda bulaşın daha kolay olduğu düşünüldüğünde, okul çocuğunda el hijyeni daha fazla önem kazanmaktadır. Bu araştırmada Planlı Davranış Teorisine göre geliştirilen “Okul Çocuğunda El Hijyeni Değerlendirme Soru Formu” nun Türk dili ve kültürüne uyarlanması, geçerlik ve güvenilirliğinin test edilmesi amaçlanmıştır.

Geçerlik bir aracın çalışılan yapının özelliklerini ölçebilme yeteneğidir (11,12). Kapsam geçerliğinin diğer geçerlik türlerinden önce, öncelikli olarak sınanması gerekmektedir (11). Bu araştırmada dil geçerliği aşamasında form okul çocukları için uyarlanırken sayısal dereceli yedili Likert yapıdan, kelimelere dayalı beşli Likert yapıya dönüştürülmüştür. Bilişsel gelişim kuramcılarında Piaget çocuklarda 7-11 yaş somut işlemsel dönem olarak adlandırmaktadır. Bu yaş grubunda Likert tipi ölçekler somut/fiziksel değerlendirmeler için kullanıldığında daha doğru sonuç vermektedir (13). Literatürde, çocuklara davranış ya da düşüncenin sıklığı soruluyorsa Likert tipi değerlendirme yönteminin uygun olduğu, beşli Likert ölçeğin kullanılabileceği, kelimelere dayalı beşli Likert ölçek (1 puan hiçbir zaman- 5 puan her zaman gibi) kullanımının daha uygun olduğu belirtilmektedir (13). Üçlü ve beşli Likert ölçümün karşılaştırıldığı bir araştırmada yanıt formatının basitleştirilmesinin çocukların ölçek kullanma kapasitesini artırmadığı ifade edilmektedir (14). EHDSF için yedi uzmanın görüşüne göre hesaplanan Kapsam Geçerlik İndeksi 1,0'dır ve uzman görüşleri benzerdir. Buna göre soru formundaki her soru, çocuklarda el hijyeni davranışını değerlendirmekte, formun kapsam geçerliği bulunmaktadır (15,16).

Yapı geçerliği bir ölçüm aracının doğrudan gözlenemeyen ancak kuramsal olarak açıklanan soyut bir kavramı ya da davranışı ne derece doğru ölçebildiğini değerlendirmektedir (17,18). Bu amaçla Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizinden yararlanılmaktadır. Genel olarak AFA bir teorik yapı ortaya koymakta, DFA ise teoriyi test etmektedir (19). Bu araştırmada soru formunun

Planlı Davranış Teorisine göre yapılandırılması ve ölçek çalışması olmaması göz önüne alınarak AFA uygulanmamıştır. Formun yapı geçerliği için doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. DFA sonuçlarına göre EHDSF kabul edilebilir uyum ve iyi uyum göstermiştir (17,18). Form okul çocuklarında el hijyeni davranışını doğru ölçebilmektedir.

Araştırmada EHDSF'nin güvenilirliği için iç tutarlılık ve değişmezlik analizleri yapılmıştır. İç tutarlılık katsayısı, bir ölçme aracının bütün yönlerinin, ölçme yeteneğine sahip olup olmadığını belirlemektedir (12). EHDSF'nin iç tutarlılığı için hesaplanan Cronbach Alpha değeri formun yüksek düzeyde güvenilir olduğunu göstermiştir (20). Değişmezlik analizi için test aralıklı tekrar test yöntemi uygulanmış, elde edilen puanlar arasında yüksek düzeyde korelasyon olduğu ve EHDSF'nin her uygulamada tutarlı sonuçlar verdiği görülmüştür (21).

Sonuç

EHDSF Türk toplumundaki ilkökul çocukları için geçerli ve güvenilir bulunmuştur.

Çıkar Çatışması: Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

İletişim: Arş. Gör. Dr. Gülçin Uyanık
E-Posta: gulcinyelten@hotmail.com

Kaynaklar

1. Jasper C, Le T-T, Bartram J. Water and sanitation in schools: A systematic review of the health and educational outcomes. *Int J Environ Res Public Health*. 2012;9:2772–87.
2. Mbakaya BC, Lee PH, Lee RLT. Hand hygiene intervention strategies to reduce diarrhoea and respiratory infections among schoolchildren in developing countries: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2017 Apr 1;14(4):371.
3. Hand hygiene: Why, how & when? World Health Organization. Accessed April 10, 2018, at https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/hand-hygiene-why-how-and-when-brochure.pdf?sfvrsn=9b52e145_2&download=true#:~:text=Thousands%20of%20people%20die%20every,acquired%20while%20receiving%20health%20care.&text=Hands%20are%20the%20main%20pathways%20of%20germ%20transmission%20during%20health%20care.&text=Hand%20hygiene%20is%20therefore%20the,prevent%20health%20care%-

- 2Dassociated%20infections.
4. WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. World Health Organization. Accessed April 10, 2018, at https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=224ABDC6D28D5430D7403F55FB51A82A?-sequence=1
 5. Handwashing promotion monitoring and evaluation module. UNICEF. Accessed April 10, 2018, at <https://www.unicef.org/documents/handwashing-promotion-monitoring-and-evaluation-module>
 6. WASH in schools monitoring package. UNICEF. Accessed April 10, 2018, at <https://data.unicef.org/topic/water-and-sanitation/wash-in-schools/>
 7. Thanh Xuan LT, Hoat LN. Handwashing among schoolchildren in an ethnically diverse population in northern rural Vietnam. *Glob Health Action*. 2013;6:18869.
 8. Chen X, Ran L, Liu Q, Hu Q, Du X, Tan X. Hand hygiene, mask-wearing behaviors and its associated factors during the COVID-19 epidemic: A cross-sectional study among primary school students in Wuhan, China. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17:2893.
 9. Yurdugül H. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. İçinde: XIV Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, Denizli, Türkiye; 2005. Accessed June 7, 2019, at <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~yurdugul/3/indir/Pamukka-leBildiri.pdf>
 10. Tai JWM, Mok ESB, Ching PTY, Seto WH, Pittet D. Nurses and physicians' perceptions of the importance and impact of healthcare-associated infections and hand hygiene: A multi-center exploratory study in Hong Kong. *Infection*. 2009;37(4):320–33.
 11. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A-R. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. *J Caring Sci*. 2015;4(2):165–78.
 12. Esin MN. Veri toplama yöntem ve araçları & veri toplama araçlarının güvenilirlik ve geçerliği. İçinde: Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, editörler. *Hemşirelikte Araştırma Süreci, Uygulama ve Kritik*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2014. s. 193–233.
 13. Mellor D, Moore KA. The use of likert scales with children. *J Pediatr Psychol*. 2014;39(3):369–79.
 14. Chambers CT, Johnston C. Developmental differences in children's use of rating scales. *J Pediatr Psychol*. 2002;27(1):27–36.
 15. Gözüm S, Aksayan S. Kültürlerarası ölçek uyarlaması için rehber II: Psikometrik özellikler ve kültürlerarası karşılaştırma. *HEMAR-G*. 2003;5(1):3–14.
 16. Rutherford-Hemming T. Content Validity Ratio. İçinde: *The SAGE Encyclopedia of Educational Research, Measurement, and Evaluation*. Thousand Oaks; 2018. s. 397–8.
 17. Ginty AT. Construct Validity. İçinde: *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. Springer New York; 2013. s. 487–487.
 18. Strauss ME, Smith GT. Construct validity: Advances in theory and methodology. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5(1):1–25.
 19. Kılıç AF, Koyuncu İ. Ölçek uyarlama çalışmalarının yapı geçerliği açısından incelenmesi. *Küreselleşen Dünyada Eğitim*. 2017;(November):415–38.
 20. Özdamar K. *Paket Programlar ile İstatistik Veri Analizi*. 5. Baskı. Eskişehir, Türkiye: Kaan Kitabevi; 2004.
 21. Tang W, Cui Y, Babenko O. Internal Consistency: Do we really know what it is and how to assess it? *J Psychol Behav Sci*. 2014;2(2):205–20.

Okul Çocuklarında El Hijyeni Değerlendirme Soru Formu (EHDSF)

Bu soru formunda el hijyeni uygulamaları ile ilgili fikrinle ilgileniyoruz.

A. Lütfen aşağıdaki önemli durumlarda bulaşıcı hastalıklardan korunmak için elleri temizlemenin etkililiği hakkındaki görüşünü belirten kutucuğu işaretle.

1. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için yemek yemeden veya yiyeceklere dokunmadan önce el yıkamak ne kadar etkilidir?

Hiç etkili değil	Çok az etkili	Orta etkili	Etkili	Çok etkili
------------------	---------------	-------------	--------	------------

2. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için tuvaleti kullandıktan sonra el yıkamak ne kadar etkilidir?

Hiç etkili değil	Çok az etkili	Orta etkili	Etkili	Çok etkili
------------------	---------------	-------------	--------	------------

3. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için burun sildikten sonra veya öksürdükten/hapşırıdıktan sonra el yıkamak ne kadar etkilidir?

Hiç etkili değil	Çok az etkili	Orta etkili	Etkili	Çok etkili
------------------	---------------	-------------	--------	------------

4. Bulaşıcı hastalıklardan korunmak için ellerin kirli görüldüğünde el yıkamak ne kadar etkilidir?

Hiç etkili değil	Çok az etkili	Orta etkili	Etkili	Çok etkili
------------------	---------------	-------------	--------	------------

B. Lütfen aşağıdaki önemli durumlarda ellerini temizlemenin senin için ne kadar zor ya da kolay olduğunu belirt.

1. Yemek yemeden veya yiyeceklere dokunmadan önce el yıkamak senin için ne kadar kolaydır?

Çok zor	Zor	Normal	Kolay	Çok kolay
---------	-----	--------	-------	-----------

2. Tuvaleti kullandıktan sonra el yıkamak senin için ne kadar kolaydır?

Çok zor	Zor	Normal	Kolay	Çok kolay
---------	-----	--------	-------	-----------

3. Burnunu sildikten sonra veya öksürdükten/hapşırıdıktan sonra el yıkamak senin için ne kadar kolaydır?

Çok zor	Zor	Normal	Kolay	Çok kolay
---------	-----	--------	-------	-----------

4. Ellerin kirli görüldüğünde el yıkamak senin için ne kadar kolaydır?

Çok zor	Zor	Normal	Kolay	Çok kolay
---------	-----	--------	-------	-----------

C. Aşağıdaki önemli durumlarda sence büyüklerin (anne/baba) ellerini temizlemeni ne sıklıkla ister veya önemserler? Lütfen düşünceni belirten kutucuğu işaretle.

1. Büyüklerin, yemek yemeden veya yiyeceklere dokunmadan önce ellerini yıkamanı ne sıklıkla ister?

Hiç önemsemezler	Genellikle önemsemezler	Bazen önemserler bazen önemsemezler	Genellikle önemserler	Hep önemserler
------------------	-------------------------	--	-----------------------	----------------

2. Büyüklerin, tuvaleti kullandıktan sonra ellerini yıkamanı ne sıklıkla ister?

Hiç önemsemezler	Genellikle önemsemezler	Bazen önemserler bazen önemsemezler	Genellikle önemserler	Hep önemserler
------------------	-------------------------	--	-----------------------	----------------

3. Büyüklerin, burnunu sildikten sonra veya öksürdükten/hapşırdıktan sonra ellerini yıkamayı ne sıklıkla ister?

Hiç önemsemezler	Genellikle önemsemezler	Bazen önemserler bazen önemsemezler	Genellikle önemserler	Hep önemserler
------------------	-------------------------	-------------------------------------	-----------------------	----------------

4. Büyüklerin, ellerini kirli gördüklerinde ellerini yıkamayı ne sıklıkla ister?

Hiç önemsemezler	Genellikle önemsemezler	Bazen önemserler bazen	Genellikle önemserler	Hep önemserler
------------------	-------------------------	------------------------	-----------------------	----------------

D. Lütfen aşağıdaki önemli durumlardan her biri için ellerini temizleme niyetinin/isteğinin ne kadar olduğunu belirt.

1. Yemek yemeden veya yiyeceklere dokunmadan önce ellerini yıkamayı ne kadar istersin?

Hiç istemem	Az isterim	Ne az ne çok isterim	İsterim	Çok isterim
-------------	------------	----------------------	---------	-------------

2. Tuvaleti kullandıktan sonra ellerini yıkamayı ne kadar istersin?

Hiç istemem	Az isterim	Ne az ne çok isterim	İsterim	Çok isterim
-------------	------------	----------------------	---------	-------------

3. Burnunu sildikten sonra veya öksürdükten/hapşırdıktan sonra ellerini yıkamayı ne kadar istersin?

Hiç istemem	Az isterim	Ne az ne çok isterim	İsterim	Çok isterim
-------------	------------	----------------------	---------	-------------

4. Ellerin kirli görüldüğünde ellerini yıkamayı ne kadar istersin?

Hiç istemem	Az isterim	Ne az ne çok isterim	İsterim	Çok isterim
-------------	------------	----------------------	---------	-------------

E. Lütfen aşağıdaki önemli durumlardan her biri için ellerini gerçekten ne sıklıkla yıkadığını belirt.

1. Yemek yemeden veya yiyeceklere dokunmadan önce ellerini gerçekten ne sıklıkla yıkarsın?

Hiç yıkamam	Ara sıra yıkarım	Çoğu zaman yıkarım	Genellikle yıkarım	Her zaman yıkarım
-------------	------------------	--------------------	--------------------	-------------------

2. Tuvaleti kullandıktan sonra ellerini gerçekten ne sıklıkla yıkarsın?

Hiç yıkamam	Ara sıra	Çoğu zaman	Genellikle	Her zaman
-------------	----------	------------	------------	-----------

3. Burnunu sildikten sonra veya öksürdükten/hapşırdıktan sonra ellerini gerçekten ne sıklıkla yıkarsın?

Hiç yıkamam	Ara sıra yıkarım	Çoğu zaman yıkarım	Genellikle yıkarım	Her zaman yıkarım
-------------	------------------	--------------------	--------------------	-------------------

4. Ellerin kirli görüldüğünde ellerini gerçekten ne sıklıkla yıkarsın?

Hiç yıkamam	Ara sıra yıkarım	Çoğu zaman yıkarım	Genellikle yıkarım	Her zaman yıkarım
-------------	------------------	--------------------	--------------------	-------------------



Hülya Çaşkurlu¹, Özlem Şen Aydın², Pınar Ergen³

DOI: 10.17942/sted.891734

Geliş/Received : 06.03.2021
Kabul/ Accepted : 30.05.2022

Öz

Amaç: Aşılama, bulaşıcı hastalıkları önlemede kişisel hijyen, çevre sağlığı uygulamalarından sonra, en etkili ve güvenli koruyucu sağlık hizmetidir. Aşılama ile enfeksiyon hastalığı ve ölüm riskleri, sakatlıklar azaltılabilmektedir. Aşı ile önlenebilir hastalıkların çocuklarda azalırken, ergenlerde ve erişkinlerde daha fazla görülmeye başladığı rapor edilmektedir. Bu nedenle hastanemizde, beş yıl süresince yapılan erişkin aşılamaları değerlendirilerek erişkin aşılamasına dikkat çekmek için bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Göztepe Şehir Hastanemizde Ocak 2015 –Ocak 2020 yılları arasında yapılan aşı kayıtları retrospektif olarak çıkarıldı ve aşılanan hastaların klinik ve demografik özellikleri tespit edildi.

Bulgular: Hastanemizde Ocak 2015-Ocak 2020 tarihleri arasında toplam 15095 aşı yapılmıştır .Bu aşılardan dağılımı;12908 tetanoz (%85,5), 124 (%0,09) mevsimsel influenza, 1151 (%7,6) konjuge 13 valanlı pnömokok aşısı, 750 (%4,9) kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı, 71 varicella zoster aşısı, 61 konjuge meningokok aşısı, 28 hepatit B, 2 hepatit A şeklindedir.

Sonuç: Hastanemizin beş yıllık aşılama sayıları değerlendirildiğinde erişkinlerde uygulanması önerilen influenza ve pnömokok aşılama oranlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Erişkin aşılama daha çok birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmesine rağmen 3.basamak sağlık kuruluşlarında da hekim ve hasta bazında farkındalığı artırmak ve erişkinde aşılama oranlarını yükseltmek gerektiğini vurgulamaktayız.

Anahtar sözcükler: Erişkin, aşılama, aktif bağışıklama

Abstract

Objective: Vaccination is the most effective and safe preventive health service after personal hygiene and environmental health practices to prevent infectious diseases. The risks of infectious diseases, death, and disabilities can be reduced with vaccination. While vaccine-preventable diseases are decreasing in children, it is reported that they are more common in adolescents and adults. Therefore, this study aimed to evaluate the adult vaccination performed in our hospital for five years and to draw attention to adult vaccination in our hospital.

Material and Methods: Vaccination records made in our hospital, Istanbul Medeniyet University Prof. Dr. Suleyman Yalcin City Hospital, between January 2015 - January 2020 were removed retrospectively from the information processing center. Clinical information about the patients was determined by the vaccine nursing records.

Results: A total of 15095 vaccines were administered in our hospital between January 2015 and January 2020. The distribution of these vaccines was 12908 tetanus (85.5%), 124 (0.09%) seasonal influenza, 1151 (7.6%) conjugated 13-valent pneumococcal vaccine, 750 (4.9%) measles-rubella mumps vaccine, 71 varicella-zoster vaccines, 61 conjugated meningococcal vaccines, 28 hepatitis B, 2 hepatitis A.

Conclusion: After the five-year vaccination numbers of our hospital were evaluated, it was seen that the recommended influenza and pneumococcal vaccination rates for adults were not at the desired level. Although adult vaccination is mostly held in primary health care institutions, we emphasize that it is necessary to raise awareness on the basis of physicians and patients and to increase vaccination rates in adults in third-level health institutions as well.

Key words: Adult, vaccination, active immunization

¹ Doç.Dr.İstanbul Medeniyet Üniversitesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Göztepe Şehir Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD(Orcid No: 0000-0002-6760-2052)

² Uzm. Dr., İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları AD (Orcid No: 0000-0003-0398-9216)

³ Uzm. Dr. Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi (Orcid No: 0000-0003-3990-7956)

Giriş

Bağışıklama, bulaşıcı hastalıkları önlemede kişisel hijyen, çevre sağlığı uygulamalarından sonra, en etkili, ucuz ve güvenli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Bağışıklama, aktif ve pasif bağışıklama şeklinde yapay bağışıklığı uyararak hastalıklardan korunmayı sağlamaktadır. Aktif bağışıklamada,,aşı ile vücudun antikorla ve hücre aracılığıyla olan bağışıklık sistemi uyarılarak enfeksiyon etkenlerine karşı koruma sağlanmaktadır. Pasif bağışıklamada ise hazır olan spesifik antikor verilerek kısa süreli bağışıklık sağlanmaktadır (1).

Aşılama ile enfeksiyon hastalığı ve ölüm riskleri, sakatlıklar azaltılabilmektedir .Aşılamanın ilk olarak 12.yüzyılda Çin’de Çiçek aşısının yapılmasıyla başladığı ve 18. yüzyılda da Osmanlı’dan Avrupa’ya geçtiği bilinmektedir. 19. ve 20. yüzyılda pek çok bulaşıcı hastalığa karşı yeni aşılar üretilmiş ve yaygın olarak kullanılmıştır.20.yüzyılda aşı ile önlenebilir hastalıkların çoğunun insidansı aşılamalar sonucunda %99’dan fazla azaltılmış, hatta Çiçek hastalığı gibi bazı hastalıklar tamamen ortadan kaldırılmıştır (2).

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) yenidoğan, çocuklar ve yetişkinler için aşıyla önlenebilir onyediyi hastalık için rutin aşı şemaları önermektedir (3).

Küresel düzeyde Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP) sayesinde her yıl, 5 yaşından küçük 2,5 milyon çocukta ölümün önlendiği rapor edilmektedir. Ülkemizde bağışıklama çalışmalarının 1930 yıllarında çiçek aşısıyla başladığı ardından difteri-boğmaca, BCG, oral çocuk felci, difteri-boğmaca-tetanoz ve kızamık aşılması ile devam ettiği, ancak bu döneme ait aşılamaların yüksek olmadığı bildirilmektedir (4). Ülkemizde 1985 yılından beri başlatılan genişletilmiş aşı programı (GBP) yürütülmektedir (5).Aşı ile önlenebilir hastalıklar, çocuklarda azalırken, ergenlerde ve erişkinlerde daha fazla görülmektedir (6). Bunun başlıca nedenleri aşılarla elde edilen bağışıklığın zamanla azalması, ergen ve erişkinlerde önerilen rapel aşı dozlarının yapılmaması, çocukluk döneminde aşıları eksik kalan ya da hiç aşılanmayan kişilerin varlığı ile açıklanmaktadır. Bu durum ergen, erişkin ve yaşlıları aşı ile önlenebilir hastalıklar açısından riskli bir grup haline getirmektedir.

Yaşlanma ve eşlik eden kronik hastalıklar bağışıklık sistemini zayıflatarak enfeksiyon hastalıklarına sebep olmaktadır. Bunun sonucunda yaşlılarda aşı ile önlenebilen hastalıklar artmakta ve yaşlılar aşılamaya için önemli bir hedef nüfus haline gelmektedir. Bununla beraber, çocukluk döneminde yapılan tetanoz, difteri gibi bazı aşıların koruyuculuklarının ömür boyu sürmemesi, çocukluk döneminde aşılanamayan kişilerin aşı ile önlenebilen hastalıklara karşı duyarlı olması nedeniyle erişkinde aşılmasının devam etmesi gerekmektedir (7).

Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) ve Central Disease preventive Control (CDC) yetişkinlerin yaş, medical durumları ve önceki aşılanmalarına göre biri yetişkin yaş grupları diğeri altta yatan hastalığı olan 19 yaş üzeri yetişkinler için olmak üzere iki aşı şeması oluşturmuştur. Erişkinler için influenza, pnömokok, herpes zoster, hepatit B, tetanoz-difteri, asellüler boğmaca aşıları önerilmektedir. Ayrıca yetişkinlerde rutin aşı şemalarına ilaveten seyahatle ilişkili ve mesleki riske göre de aşılamaya önerilmektedir (1).

Ülkemizde de ileri yaş nüfusun giderek artmasıyla, kronik hastalıklar ve kanserlerde de buna bağlı bir artış görülmektedir. Bu nedenle Sağlık Bakanlığı gebeler, yaşlılar, kronik hastalığı olanlar, bağışıklık yetmezliği bulunanlar ve diğeri risk gruplarında aşılamaya çalışmaları yürütmektedir (5).

Yetişkinler arasında aşıyla önlenebilen hastalıklardan hastaneye yatış, ölüm, sakat kalma önemli bir sorun olmasına rağmen yetişkin aşılamaya şemalarının uygulanması hala düşük düzeydedir. Ülkemizde de erişkin aşılamaya oranları düşük oranlarda seyretmektedir (8, 9, 10).

Bu nedenle hastanemizde 5 yıl süresince yapılan erişkin aşılmasını değerlendirmek ve erişkin aşılmasına dikkat çekmek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma öncesi İstanbul Medeniyet Üniversitesi Hastanesi Prof. Dr. Süleyman Yalçın Göztepe Şehir Hastanesi Etik Kurul’undan (Etik kurul no: 2020/0163) onay alınmıştır. Ocak 2015 –Ocak 2020 yılları arasında hastanemizde yapılan aşı kayıtları retrospektif olarak taranarak aşılanan hastaların klinik ve demografik özellikleri tespit edilmiştir.

Tablo 1. Aşıların yaş ve cinsiyete göre dağılımı			
Aşı Adı	Aşı Adeti	Cinsiyet (K/E)	Yaş
Tetanoz	12.908	2479/6748	18-96
Mevsimsel İnfluenza	124	80/44	18-92
Konjuge 13 Valanlı Pnömonokok	1.151	585/566	21-95
Kızamık Kızamıkçık Kabakulak	750	484/261	18-25
Varicella Zoster	71	56/15	20-65
Konjuge Meningokok	61	25/34	18-86
Hepatit B	28	10/18	18-72
Hepatit A	2	2/0	20-22
Toplam	15.095	3721/7451	18-96

Bulgular

Hastanemizde Ocak 2015-Ocak 2020 tarihleri arasında toplam 15095 aşı yapılmıştır. Bu aşıların dağılımı; 12908 tetanoz (%85,5), 124 (%0,09) mevsimsel influenza, 1151 (%7,6) konjuge 13 valanlı pnömokok aşısı, 750 (%4,9) kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı, 71 varicella zoster aşısı, 61 konjuge meningokok aşısı, 28 hepatit B, 2 hepatit A aşısı şeklindedir (Tablo1).

Hepatit B aşısı yapılan 38 hastanın 18'i erkek, 10'u kadın, konjuge meningokok aşısı yapılan 61 hastanın 34'ü erkek, 25'i kadın, tetanoz aşısı yapılanların 2479'u kadın, 6748'i erkek idi. Mevsimsel influenza aşısı yapılanların 80'i kadın 44'ü erkek, varicella aşısı yapılanların 56'sı kadın 15' erkek, kızamık kızamıkçık kabakulak aşısı yapılanların 484'ü kadın 261'i erkek ve idi.

Tetanoz aşılarının, acil serviste kesici delici alet yaralanması sonucu uygulandığı saptanmıştır. Pnömonokok aşısı yapılan 836 hastanın 585'i erkek, 566'sı kadın, %38,8'i 65 yaş üzeridir. Kronik hastalıkları olan erişkinler için önerilen pnömokok aşısı yapılanların %21'i KOAH ve Astma, %11,6'sı Diabetes mellitus, %7'si splenektomi, %6 malignite, %2,5 HIV enfeksiyonu olan, %13'ü kalp ve romatolojik hastalığı, BOS kaçağı olan hastalardan oluştuğu belirlenmiştir. Kronik hastalıklar için önerilen influenza aşısı uygulanan hasta grupları belirlenmemiştir. Acilde uygulanan tetanoz aşıları dışındaki diğer aşıların %86'sı iç hastalıkları polikliniğinden, %10'u enfeksiyon hastalıkları, %4'ünün ise aile hekimliği, genel cerrahi, kulak burun boğaz polikliniklerinden gönderildiği belirlenmiştir.

Tartışma

Aşılama, günümüzde bulaşıcı hastalıklara karşı en etkili ve kesinlikle en uygun maliyetli tıbbi müdahalelerden biri olmaya devam etmektedir. Çocuklarda ve daha büyük bebeklerde immün yanıtların oluşturulabilmesinin kolaylığı nedeniyle, yüksek düzeyde aşı uygulanmasıyla birçok çocukluk hastalığını kontrol etmek ve hatta ortadan kaldırmak mümkün olmuştur. Bağışıklama ile özellikle gelişmiş ülkelerde tüm ölümlerin neredeyse yarısına katkıda bulunan bulaşıcı hastalıklar büyük ölçüde azaltılmış olsa da, yaşlı yetişkinlerde bulaşıcı hastalık yükü immün yaşlanma nedeniyle devam etmektedir. Aşıların etkinliği yaşlı popülasyonda azalmasına rağmen, önerilen aşılar ile yine de koruma sağlanmaktadır. Bu nedenle yaşlı popülasyona önerilen aşıların yapılması gereklidir. Ancak farklı yaş gruplarında aşı uygulanmasının neredeyse evrensel olarak aynı bölgedeki bebek veya çocuklara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Erişkinlerde aşı ile önlenbilir hastalıklar nedeniyle ortaya çıkan maliyetler toplumda önemli düzeyde ekonomik yük meydana getirmektedir.

Erişkinlerde riskli grupların aşılanması, çocukluk çağında yapılan aşıların tekrarlanması, çocukluk çağında aşılanmayan kişilerin aşı programına alınması önemlidir. Her yıl çocuklardan yüzlerce fazla erişkin, aşıyla önlenbilir hastalıklar nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Erişkin ve yaşlılarda pnömokok kaynaklı pnömoni, influenza, kızamık, suçiçeği, hepatit A, hepatit B, kızamıkçık, tetanoz gibi ciddi komplikasyonlarla veya ölümcül seyredabilen birçok enfeksiyon aşı ile önlenbilir hastalıklar arasındadır (1,3,6,9).

Diğer yandan sağlıklı yaşlanma, dünyamızda önemli bir sorundur. Yaşlanan nüfusta özellikle gelişmiş ülkelerde aşılama, sağlıklı diyet ve egzersiz sağlıklı yaşlanmada önemli olmaktadır (7, 8, 12).

Erişkin aşılama uygulamasının düşük olması ülkeden ülkeye değişmekle beraber aşı maliyeti, aşı hizmetine erişimin zor olması, sağlık çalışanlarının hastalarını aşıya yönlendirmemesi, kişilerin aşı talebinde bulunmaması, halk sağlığını geliştirme ve önleme stratejilerinin bir parçası olarak görülmemesi gibi nedenlere bağlanmaktadır (2, 4, 11, 12).

Ülkemizde 2009 yılında Sağlık Bakanlığı genişletilmiş aşı programını başlatmış ve 2010 yılında da aile hekimlerine yönelik, 65 yaş üzeri erişkinler, altta yatan hastalığı olan erişkinler için aşı takvimi belirlemiştir. Türkiye'de 65 yaş üzeri erişkinler, sağlık çalışanları, seyahat ile ilişkili aşılama, gebelik, askerlik görevindekiler ve risk gruplarında aşılama yapılmaktadır (9).

Ülkemizde çocukluk çağında aşılama oranı yüksek bulunurken riskli erişkinlerde aşılama oranları düşük seviyededir (13, 14). İç hastalıkları uzmanlık derneğinin raporunda Diyabetik hasta grubunda influenza aşılama oranı %9,1, pnömokok aşılama oranı %0,1, kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan grupta ise influenza aşılama oranı %14,9, pnömokok aşılama oranı %10-15 oranında belirtilmiştir. Ülkemizde Konya da yapılan bir çalışmada; çalışmaya katılanların %59 oranında aşılandığı ve tetanoz aşılama oranının çoğunlukla askerlik ve gebelik sırasında uygulandığı saptanmıştır (4). Bu çalışmada kesici delici alet yaralanmaları tetanoz aşısı yapılma sebepleri içinde %50,6 sıklıkla ilk sırada saptanmıştır. Özışık ve arkadaşlarının çalışmasında da 19-64 yaş aralığında en sık yapılan aşının tetanoz aşısı olduğu, influenza aşısının ise kronik hastalığı olanlarda yapıldığı gösterilmiştir (13). Hekimlerin aşı farkındalığı hakkında yapılan bir çalışmada; hekimlerin aşılama oranları hepatit B aşısı %33, tetanoz aşısı %32, influenza aşısı %18 oranında düşük olarak bulunmuştur (15).

Hastanemiz aile hekimliğinde 2017 yılında 65 yaş üzeri erişkinlerde yapılan bir anket çalışmasında da çalışmaya katılanların %33,4'ünün influenza, %9,91'inin pnömokok, %1,34'ünün tetanoz,

%0,70'inin hepatit B aşısı yaptırdığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan erişkinlerin hipertansiyon (HT), Diabetes Mellitus (DM), kronik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), kronik böbrek hastalığı, kronik karaciğer hastalığı olduğu belirtilmiştir (16).

Ege bölgesinde diyabetik hasta grubunda yapılan çalışmada pnömokok aşılama oranı %0,1, influenza aşılama oranı %9,1 oranında bulunmuştur (9).

Aşık ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların %33,94'ünün influenza, %9,91'i pnömokok, %1,34'ü tetanoz, %0,70'i hepatit B aşısı yaptırdığı en fazla bilinen erişkin aşısının influenza aşısı olduğu tespit edilmiştir (17).

Hastanemizde yapılan aşılama başında %85,5 oranı ile tetanoz aşısı gelmektedir. Bunun nedeni ise diğer çalışmalarda olduğu gibi acile kesici delici alet yaralanması sonucunda yapılan başvurulardır. 2018 yılında Lu PJ nin yaptığı çalışmada tetanoz aşısı oranı %94,1 yetişkinler arasında influenza aşısı kapsamı %46,1, pnömokok %65, hepatit B %67,2 olarak bulunmuştur (18). Çin 'de 2016 yılında yapılan çalışmada influenza aşılama oranlarının beş yıllık sürede artarak %44,5 a ulaştığı bulunmuştur (19). Burke ve arkadaşları 65 yaş üzeri erişkinlerde influenza aşılama oranını %65,3 olarak saptamışlardır (20). Hastanemizde pnömokok ve kızamık kızamıkçık kabakulak aşılması, influenza aşısından belirgin derecede yüksek bulunmuştur Kızamık kızamıkçık ve kabakulak aşılama oranının influenza aşısından daha fazla olması hastanemize staj için başvuran öğrencilere aşı uygulanması nedeniyledir. Hastanemizde uygulanan influenza aşılarının ülkemizdeki diğer çalışmalardan düşük olduğu, pnömokok aşılarının ise diğer çalışmalara yakın olduğu görülmektedir. Tetanoz aşılama oranlarımızın Lu PJ'nin çalışması ile yakın olmasına rağmen influenza ve pnömokok aşılama oranlarımız oldukça düşük bulunmuştur. Erişkin aşılması uygulaması için gönderilen hastaların, çoğunlukla (%86) dahiliye polikliniklerinden ,geriye kalan kısmının ise enfeksiyon hastalıkları, aile hekimliği ve diğer polikliniklerden yönlendirildiği saptanmıştır. Hastanemizde erişkinlere önerilen aşıardan influenza, pnömokok aşılama oranlarının diğer ülkelere göre oldukça düşük olduğu görülmektedir (19, 20).

Hastanemizin beş yıllık aşılama sayıları değerlendirildiğinde erişkinlerde uygulanması önerilen influenza ve pnömokok aşılama oranlarının istenilen düzeyde olmadığı görülmüştür. Erişkin aşılama daha çok birinci basamak sağlık kuruluşlarında yürütülmesine rağmen 3.basamak sağlık kuruluşlarında da hekim ve hasta bazında farkındalığı artırmak ve erişkinde aşılama oranlarını yükseltmek gerektiğini vurgulamaktayız.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Hülya Çaşkurlu
E-Posta: hcaskurlu@hotmail.com

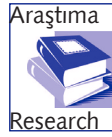
Kaynaklar

1. Bennett JE, Dolin R, Blaser BJ. Mandell, Douglas, and Bennett's. Principles and Practice of Infectious Diseases: Immunization. 8th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2021. p. 3516-3553.
2. Toprak D, Akan H, Köksal İ & Sargın M. Erişkin aşılama, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamaındaki rolü. Türk Aile Hek Derg 2018;22(3):166-74.
3. Kroger A, Bahta L, Hunter P. General Best Practice Guidelines for Immunization. Best Practices Guidance of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Accessed March 15, 2022 at [www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/downloads/general-recs.pdf].
4. Bolatkale MK, Kutlu R & Eryılmaz, MA. Aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin erişkin aşıları hakkındaki bilgileri ve aşılama durumları. Konuralp Tıp Dergisi 2019; 11(3): 362-368.
5. T.C Sağlık Bakanlığı Aşı Portalı. Accessed May 05, 2022 at https://asi.saglik.gov.tr
6. Williams WW, Lu PJ, O'Halloran, A, Kim DK, Grohskopf LA, Pilishvili, T, ... & Bridges, C. B. Surveillance of vaccination coverage among adult populations—United States, 2014. Morbidity and Mortality Weekly Report: Surveillance Summaries, 2016; 65(1), 1-36.
7. Doherty TM, Del Giudice G, Maggi S. Adult vaccination as part of a healthy life style: moving from medical intervention to health promotion. Ann Med 2019;51(2): 128-140.
8. Tan L. Adult vaccination: Now is the time to realize an unfulfilled potential. Human vaccines & immunotherapeutics. 2015;11(9): 2158-66.
9. Alici DE, Sayiner A, Unal S. Barriers to adult immunization and solutions: Personalized approaches. Human Vaccines & Immunotherapeutic 2017;13(1): 213-5.
10. Leidner, AJ, Murthy N, Chesson HW, Biggerstaff M, Stoecker C, Harris AM, ... & Bridges CB. Cost-effectiveness of adult vaccinations: A systematic review. Vaccine, 2019; 37(2), 226-234.
11. de Gomensoro, E., Del Giudice, G., & Doherty, T. M. (2018). Challenges in adult vaccination. Annals of medicine, 50(3), 181-192.
12. Rochman-Fowler, J., Duarte Walsh, V., & Barratt, J. (2018). Adult immunisation: A key element of public health programs: Synopsis of Asia Pacific Adult Immunisation Meeting, Tokyo, 1–2 December 2016. Australasian Journal on Ageing, 37(2), 151-154.
13. Ozisik L, Basaran NC, Oz SG, Guven GS, Tanriover MD. Perceptions and attitudes of patients about adult vaccination and their vaccination status: Still a longway to go? Medical science monitor: International Medical Journal of Experimental and Clinical Research 2017;23:3178.
14. Türk Geriatri Derneği. Ulusal Aşı Çalıştayı Raporu. Ankara 2014 Mart; 27-9
15. Yürüyen G, Toprak İ D, Kutlu Y. Adult vaccination awareness in physicians. Bosphorus Med J 2019;6(3):89-93.
16. Mutlu HH, Coşkun FO, Sargın M. Aile hekimliği polikliniğine başvuran 65 yaş ve üstü kişilerde aşılama sıklığı ve farkındalığı. Ankara Medical Journal 2018;18(1):1-13.
17. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşıları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. Türk Aile Hek Derg 2013;17(3):113-18.
18. Lu PJ, Hung MC, Srivastav A, Grohskopf LA, Kobayashi M, Harris AM, ... & Williams WW. (2021). Surveillance of vaccination coverage among adult populations—United States, 2018. MMWR Surveillance Summaries, 70(3), 1.
19. Tian C, Wang H, Wang W, & Luo X. (2019). Characteristics associated with influenza vaccination uptake among adults. Journal of Public Health, 41(3), e267-e273.
20. Burke M. (2018). Vaccinations for older adults. Current Geriatrics Reports, 7(4), 250-255.

Bebek-Çocuk-Ergen İzlem Protokolleri Kapsamında Sağlıklı Adölesanlarda Hepatit B Seroloji Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Evaluation The Results of Hepatitis B Serology in Healthy Adolescents Within Newborn-Child-Adolescent Screening Protocols

Halil Salkaya¹, Raziye Dut², Zuhale Aydan Sağlam³, Serdar Cömert⁴



DOI: 10.17942/sted.941378

Geliş/Received : 23.05.2021
Kabul/ Accepted : 07.06.2022

Öz

Giriş: Aşılama, genel sağlık, hijyen ve bulaş yolları konularında yapılacak farkındalık çalışmaları hepatit B enfeksiyonu ile mücadelede oldukça önemlidir. Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokolleri kapsamında 10-18 yaş adölesanlarda HbsAg ve AntiHbs sonuçlarını inceledik.

Metod: Tek merkezli, retrospektif bu çalışmada, 2016-2020 yılları arasında, ulusal aşılama programına uygun olarak hepatit B aşısı yapılmış, 500 sağlıklı adölesanın HbsAg ve AntiHbs verileri incelenmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunun 251'i (%50,2) kız idi. Olguların %42,2'sinin AntiHBS değeri <10 (mIU/ml) saptandı. Ortalama HbsAg ve AntiHbs değerleri $0,25 \pm 0,21$ ve $96,1 \pm 215,7$ mIU/ml idi. AntiHBS ≥ 10 (mIU/ml) olan grupta erkek olguların sayısı daha yüksekti ($p = 0.029$).

Sonuç: Olguların yaklaşık yarısında Hepatit B antikor düzeyi istenen değerden düşüktü. HbsAg düzeyi yüksek ve/veya AntiHbs düzeyi düşük adölesanlar enfeksiyon açısından takip edilmeli, rapel doz uygulaması için güncel çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Adölesan, Hepatit B, Aşılama, Antikor.

Abstract

Introduction: The awareness studies on vaccination, general health, hygiene and transmission routes are very important in combating hepatitis B infection. The levels of HBsAg and AntiHbs in adolescents aged 10-18 years old within the infant-child-adolescent screening protocols, were analyzed.

Methodology: In this single-center, retrospective study, HBsAg and AntiHbs data of 500 healthy adolescents who were vaccinated against hepatitis B in accordance with the national vaccination program, between 2016 and 2020 were examined.

Results: 251 (50.2%) of the participants were female. AntiHBS value of 42.2% of the cases was found <10 (mIU/mL). The mean HbsAg and AntiHbs values were 0.25 ± 0.21 and 96.1 ± 215.7 mIU/mL. The number of male cases was higher in the group with antiHBS ≥ 10 (mIU/mL) ($p = 0.029$).

Conclusion: Hepatitis B antibody levels were lower than desired value approximately in half of the cases. Adolescents with high HBsAg and /or low AntiHbs levels should be followed for infection, and new studies should be conducted for booster dosing.

Key words: Adolescent, Hepatitis B, Vaccination, Antibody

¹ Uzm. Dr., Aile Sağlığı Hekimi, Küçükçekmece 13 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, İstanbul (Orcid no: 0000-0003-3032-0219)

² Doç. Dr., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Adölesan Polikliniği, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Ek Hizmet Binası, İstanbul (Orcid no: 0000-0002-3202-6614)

³ Prof. Dr. Aile Sağlığı Hekimliği, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul (Orcid no: 0000-0003-2523-3495)

⁴ Prof. Dr. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Yenidoğan Ünitesi, İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi, Süleymaniye Ek Hizmet Binası, İstanbul (Orcid no: 0000-0001-5843-3034)

Giriş

Hepatit B virüsü (HBV) tüm dünyada en yaygın önlenebilir enfeksiyöz ajanlardan biri olup, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya genelinde iki milyar kişinin HBV ile enfekte olduğunu, 240 milyon kişinin de kronik HBV enfeksiyonu olduğunu ve her yıl 650 bin kişinin kronik HBV enfeksiyonu komplikasyonlarından öldüğünü bildirmektedir (1). Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023, dünyada her üç kişiden birinin HBV ile karşılaştığını ve yaklaşık 250 milyondan fazla kişide HBV enfeksiyonu olduğunu, 18 yaş üzeri her üç kişiden birinin HBV ile karşılaşmış olduğuna ve erişkin yaş grubunda iki milyondan fazla HBsAg pozitifliği olabileceğine işaret etmektedir (2). 1997 yılından itibaren tüm dünyada; 1998 yılından itibaren ülkemizde 0-1 yaş grubu çocuklar aile sağlığı merkezlerinde (ASM) ücretsiz olarak hepatit B aşısı ile aşılanmaktadır (3).

Aşı şeması 0,1,2 ve 6 aylarda olmak üzere üç dozdur ve koruyucu antikor seviyesi 10IU/L'nin üzeri kabul edilmektedir (4). Rutin aşı şeması uygulanamamış adölesanlarda da üç dozluk aşı şemasının 11 yaşına kadar tamamlanması önerilmektedir (4). Aşılamada aşı yanıtı %95 üzerinde olduğundan antiHBs düzeyine bakılması veya sağlıklı bireyler için rapel dozların yapılması rutin olarak önerilmemektedir (4). Ancak; 0-16 yaş 429 sağlıklı vakada yapılan çalışmada, %42,2'inde hepatit B aşısının tam olduğu, ancak %39,6'ında aşıya bağlı antikor geliştiği gösterilmiştir (5). Literatüre bakıldığında; 1200 numuneden dördünde (%0,3) HBsAg pozitif bulunmuş. 7-12 yaş grubunda bir, 13-17 yaş grubunda üç kişi HBsAg pozitif bulunmuş. %40'ında antiHBs (≥ 10 mIU/ml) ve antikor prevalansının 1-6 yaş çocuklarda %63,8, 7-12 yaş %32,8 ve 13-17 yaş %23,5'e kadar düştüğü bildirilmiştir (6). 2008-2011 yılları arasında Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği tarafından 18 yaş üzeri 5471 kişinin incelendiği çalışmada, HBsAg pozitifliği %4, anti-Hbc total pozitifliği %30,6,

AntiHbs pozitifliği %32 bulunmuş ve HBsAg pozitifliğinin yaşla artış gösterdiği bildirilmiştir (7).

Ülkemizde 2018 yılında revize edilen Bebek Çocuk ve Ergen İzlem Prokollerinde, 10-21 yaş aralığında her yıl izlem yapılması gerektiği, aşıların sorgulanması, aşısız ya da eksik aşıli olanların aşılarının tamamlanması önerilmektedir (8). Bu bilgiler doğrultusunda; Bebek Çocuk Ergen İzlem Protokollerine uygun olarak yürütülen tarama programında adölesan yaş grubunda hepatit B aşısının antikor düzeyini incelemek, yaşla değişimini göstermek için bu çalışmayı planladık.

Gereç ve Yöntem

2016–2020 yılları arasında Sağlık Bakanlığı Okul Tarama Programı kapsamında ASM'ye başvuran 10-18 yaş sağlıklı (kronik hastalığı bulunmayan, sürekli kullandığı ilaç olmayan, 3 gün öncesinde herhangi bir enfeksiyon geçirmeyen) 500 adölesanın HbsAg ve AntiHBs sonuçları retrospektif olarak incelendi. Veri detayları İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Laboratuvar sisteminden bilgisayar ortamında alındı. İlgili kayıtlardan doğum tarihi, başvuru tarihi, yaş, cinsiyet, boy, vücut ağırlığı(VA), HbsAg, AntiHbs değerleri analiz edildi. Çalışmanın etik onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırma Etik Kurul'undan 06.12.2019 tarih ve No:2077 karar no ile alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Sonuçların değerlendirmesinde "Statistical Package for Social Sciences- SPSS 26" yazılımı, verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma(SS), medyan en düşük, en yüksek, frekans ve oran değerleri kullanıldı. Değişkenlerin dağılımı Kolmogorov Smirnov testi ile ölçüldü. Nicel bağımsız verilerin analizinde Mann-Whitney-U testi, nitel bağımsız verilerin analizinde Ki-Kare testi, korelasyon analizinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. $P < \%5$ anlamlı kabul edilmiştir.

		Min.-Mak.			Medyan	Ort.±ss/n-%		
Yaş		10,0	-	18,0	12,0	12,2	±	2,1
Cinsiyet	Kız					251		%50,2
	Erkek					249		%49,8
Boy (cm)		122,0	-	195,0	155,0	154,2	±	13,4
VA (kg)		19,0	-	98,0	47,0	48,1	±	14,1
VKİ (kg/m ²)		11,2	-	35,1	19,4	19,8	±	3,6
HbsAg(mIU/mL)		0,00	-	3,70	0,22	0,25	±	0,21
AntiHbs(mIU/mL)		0,0	-	1000,0	14,5	96,1	±	215,7

Bulgular

Ortalama yaş 12,2±2,1 ve %50,2 kız idi. Çalışma grubunun tanımlayıcı özellikleri Tablo1'de gösterilmiştir.

Olguların %42,2'sinin AntiHbs değerinin < 10mIU/ml olduğu görüldü. AntiHbs<10 mIU/mL ve AntiHbs≥10 mIU/mL gruplarının demografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Yaş, boy, VA, VKİ ile AntiHbs değerleri arasında

ilişki bulunamadı (Tablo3). Olguların yaş ortalaması ile HBsAg değeri arasında (r=0.089/p=0.046) pozitif korelasyon gözlemlenmiştir. Ancak, boy (r=0.048/p=0.288), VA(r=0.047/p=0.296) ve VKİ (r=0.047/p=0.293) ile HBsAg değeri arasında anlamlı korelasyon gözlenmemiştir.

AntiHbs değerleri erkeklerde kızlara göre daha yüksekti (p= 0.029) (Tablo 4).

		AntiHbs <10(mIU/mL)				AntiHbs ≥10(mIU/mL)					
		Ort.±ss/n-%		Medyan	Ort.±ss/n-%		Medyan				
Yaş		12,1	±	2,0	12,0	12,3	±	2,2	12,0	0,526	^m
Cinsiyet	Kız	118		%55,9		133		%46,0		0,029	^{x²}
	Erkek	93		%44,1		156		%54,0			
Boy(cm)		154,6	±	12,7	155,0	154,0	±	13,9	156,0	0,739	^m
VA(kg)		48,2	±	14,1	48,0	48,0	±	14,2	47,0	0,801	^m
VKİ (kg/m ²)		19,8	±	3,6	19,3	19,8	±	3,6	19,4	0,864	^m

^m Mann-whitney u test/ ^{x²} Ki-kare test

		AntiHbs (mIU/mL)	
		R	p
Yaş		0,019	0,664
Boy (cm)		0,010	0,827
VA (kg)		0,008	0,858
VKİ (kg/m ²)		0,015	0,734

Tablo 4. Cinsiyete Göre AntiHbs ve HbsAg Değerleri

	Kız				Erkek				P	
	Ort.±ss		Medyan	Ort.±ss		Medyan				
HbsAg (mIU/ml)	0,24	±	0,15	0.21	0,25	±	0,26	0,22	0,976	^m
AntiHbs (mIU/ml)	81,6	±	189,6	12.0	110,7	±	238,7	19,4	0,029	^m

^m Mann-Whitney u test

Tartışma

Dünya genelinde uygulanmakta olan aşılama programları ile HBV enfeksiyonunda anlamlı azalma olmasına rağmen yeni hepatit B enfeksiyonu olan vakalar olduğu bildirilmiştir (9). Ülkemizde Hepatit B aşılmasının rutin uygulama haline getirilmesinin genç popülasyonda HBV enfeksiyonu bulaşıklığını arttırdığı ve 1991 yılından sonra doğanların HBsAg pozitifliği oranlarının 1991 öncesinde doğanlardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir (10). İstanbul'da yapılan erişkin ve çocuk yaş gruplarının karşılaştırıldığı çalışmada; antiHbs ve HBsAg seropozitifliği açısından anlamlı farklılıklar gözlenmiştir (11). Çin'de yapılmış bir çalışmada yenidoğan döneminde aşılanmış 15-17 yaş 1479 kişiden oluşan çalışma popülasyonun %58,2'sinin antiHbs değerinin 10mIU/ml'nin altında olduğu görülmüştür. Aynı çalışma içindeki 100 kişiye rapel doz aşılama yapılmış ve 84 kişide antiHbs'nin 10mIU/ml'un üzerine çıktığı görülmüştür (12). Bizim çalışmamızda; olguların %42,2'nin AntiHbs değerinin < 10mIU/ml olduğu tespit edilmiştir. Primer aşılama sonrası antiHbs düzeyinin ilk yıl içinde hızlıca azaldığı, daha sonra yavaş olarak azalmaya devam ettiği ve 5-15 yıl sonra genç erişkinlerin % 15-50'sinde antiHbs düzeyinin saptanamayacak düzeye inebileceği bildirilmiştir (13). 2003 yılında 493 olgunun katıldığı çalışmada, üç doz hepatit B aşılması yapılan kişilerin % 60'ında antiHbs düzeylerinin ≥ 10 mIU/mL olduğu görülmüştür. Tek doz rapel uygulamadan sonra yapılan incelemede ise katılımcıların %87'sinde antiHbs düzeylerinin ≥ 10 mIU/mL olduğu görülmüştür

(14). Belçika, Ukrayna ve Avusturya'da yürütülen başka bir çalışmada ise 2 veya 3 doz Hepatit B aşısı alan çocukların antiHbs seropozitifliği beş yıl boyunca takip edilmiş ve beş yılın sonunda 2 doz aşı olan çocukların %79,5'inde; 3 doz aşı olan çocukların ise %91,4'ünde seropozitiflik tespit edilmiştir. Beş yılın sonunda rapel doz aşı uygulaması olan çocukların ise tamamının antiHbs düzeyinin ≥ 10 mIU/mL olduğu görülmüştür (15).

Çalışmamızda diğer önemli bir sonuç, AntiHbs sonucunun yaş ile korelasyon göstermemesidir. Ancak; okul çağı taramaları tetanoz aşısı ile birlikte genel olarak 8. sınıf çocuklarda yapıldığı için grup içi yaş dağılımı yaşla ilgili korelasyon konusunda karar vermek açısından çok güvenilir olmayabilir. Ancak yaş ve AntiHbs karşılaştırılmasının yapıldığı çalışmada; yenidoğan döneminde aşılanmış adölesanların antikor titrasyonu <10mIU/ml olanlara 20 mikrogramlık aşı rapel olarak yapılmış ve antikor cevabının alkol, sigara, obezite ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (16, 17). Farklı bir çalışmada da, yaş ile antiHbs arasında anlamlı bir ilişki bulunamamış ve bu durumun kişilerin ileri yaş dönemlerinde aşılama yaptırmış olabileceği ile alakalı olduğu düşünülmüştür (11). Cinsiyet ve aşılama arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmalardan birinde ise sosyoekonomik düzey bakımından iki farklı okulun öğrencilerine ait antiHbs değerleri kıyaslanmış, cinsiyet ve antiHbs değerleri arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir (18). Bizim çalışmamızda ise erkek olguların antiHbs değerlerinin kızlara

göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan HBsAg ile yaş faktörünü inceleyen çalışmalara bakıldığında; Afyon ilinde yürütülen bir araştırmada yaş ve HBsAg değeri arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir (19). Ancak İstanbul ilinde gerçekleştirilen çalışmada yaş arttıkça HBsAg seropozitiflik oranının da arttığı bildirilmiştir (11). Bizim çalışmamızda da yaş ve HBsAg değeri arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon olduğu görülmüştür. Yaş ilerledikçe HBV ile karşılaşma ihtimalinin de artması da yaş değişkenini açıklayabilmektedir.

Çalışmamızdan elde edilen veriler örneklem grubunun neredeyse yarısında AntiHBs değerlerinin istenilen miktardan düşük olduğunu göstermektedir. Ülkemizin orta endemik bölgede bulunuyor olması bu konuyla ilgili çalışmaların ciddiyetle yürütülmesini gerektirmektedir. Hem halk sağlığı için tehdit oluşturan hem de ülkenin sağlık giderleri açısından yük oluşturabilen Hepatit B enfeksiyonlarını önlemek için HBsAg düzeyi yüksek ve/veya AntiHbs düzeyi düşük adölesanların aktif enfeksiyon açısından takip edilmesi, olası enfeksiyon riski tespit edilerek güncel koruma metodlarının araştırılması önerilir.

İletişim: Doç. Dr. Raziye Dut
E-Posta: raziye.mektup@yahoo.com

Kaynakça

1. WHO. World Health Organization Guidelines for the prevention, care and treatment of persons with chronic hepatitis B infection. Geneva. 2015.
2. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye Viral Hepatit Önleme ve Kontrol Programı 2018-2023. Ankara 2018.
3. <https://www.ttb.org.tr/STED/sted0402/hepatit.pdf>
4. Öztürk C. HBV Aşılı. *Türk J Immunol.* 2010;15(1):14-9.
5. Demirel F, Acun C, Söğüt A, Çınar F, Numanoğlu K.V, Tomaç N. (2003). Elektif şartlarda cerrahi operasyon planlanan çocuk hastalarda hepatit B, hepatit C ve HIV seroprevalansı. *Çocuk Dergisi*, 3(3), 200 - 203.
6. Ang LW, Tey SH, Cutter J, James L, Goh KT. Seroprevalence of hepatitis B virus infection among children and adolescents in Singapore, 2008-2010. *J Med Virol.* 2013;85(4):583-8.
7. Tosun S. Viral Hepatitlerin Ülkemizdeki Değişen Epidemiyolojisi. *ANKEM Derg.* 2013;27 (2):128-34.
8. T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı. *Bebek, Çocuk Ergen İzlemleri.* Ankara. 2018.
9. Baş B. Hepatit B prevalansı ve aile içi bulaşım yolları. *Akademik gastroenteroloji dergisi.* 2017; 16(1):12-17.
10. Aktepe E. Ülkemizde Uygulanan Hepatit B Aşı Programlarının Erişkinlerde Etkililiğinin Değerlendirilmesi. Ankara: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2017.
11. Sağlam H. Hepatit B Aşı Programının Çocuklarda Uygulanması ile Uzun Dönemde HBsAg ve AntiHBsAg Seroprevalansına Etkisi. İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2019.
12. Wang ZZ, Gao YH, Lu W, Jin CD, Zeng Y, Yan L, et al. Long-term persistence in protection and response to a hepatitis B vaccine booster among adolescents immunized in infancy in the western region of China. *Hum Vaccin Immunother.* 2017;13(4):909-15.
13. Tosun S. Hepatit B Virüs Aşılması. *Viral Hepatit Dergisi.* 2012; 18(2):37-46.
14. McMahon BJ, Bruden DL, Petersen KM, Bulkow LR, Parkinson AJ, Nainan O, et al. Antibody levels and protection after hepatitis B vaccination: results of a 15-year follow-up. *Ann Intern Med.* 2005;142(5):333-41.
15. Van Damme P, Moiseeva A, Marichev I, Kervyn AD, Booy R, Kuriyakose S, et al. Five years follow-up following two or three doses of a hepatitis B vaccine in adolescents aged 11-15 years: a randomised controlled study. *BMC Infect Dis.* 2010;10:357.
16. Levie K, Beran J, Collard F, Nguyen C. Long term (24 months) follow-up of a hepatitis A and B vaccine, comparing a two and three dose schedule in adolescents aged 12-15 years. *Vaccine.* 2002;20(19-20):2579-84.
17. Fügen Ç.Ç. Adölesan Sağlığı 2. İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi. 2008;63:89-94.
18. Salihoğlu B. Bölgemiz Sosyoekonomik Düzeyi Farklı İki İlköğretim Okulundaki Hepatit A ve Hepatit B Seroprevalansı. İstanbul: Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2004.
19. Mıngır S. Hepatit B Aşısının 13 ve 17 Yaş Okulçağı Çocuklarında Etkinliğinin Değerlendirilmesi Hepatit A ve Hepatit C Serolojilerinin Araştırılması. Afyon: Afyon Kocatepe Üniversitesi; 2017.

Yaşlı Bireylerin Günlük Yaşam Aktiviteleri ile Düşme Riski Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

The Relationship Between Activities of Daily Living And Fall Risk in Older People

Canan Bozkurt¹, Berna Cafer Karalar², Serap Hoşaf³, Ayfer Karadakovan⁴



DOI: 10.17942/sted.991482

Geliş/Received : 05.09.2021
Kabul/ Accepted : 20.06.2022

Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı geriatri kliniğinde tedavi gören 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivite durumu ile düşme riski arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmanın yöntemi tanımlayıcı, kesitsel ve ilişkisel olup örneklemini dâhil edilme kriterlerine uyan ve bir geriatri kliniğinde tedavi gören 65 yaş üzerindeki 96 yaşlı birey oluşturmuştur. Veri toplama aracı olarak literatüre dayanarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuş 11 soruluk "Birey Tanılama Formu", "Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği" ve "Mors Düşme Riski Ölçeği" kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 75,17±7,06, %64,6 kadın, %47,9'u fazla kilolu, tümünde en az bir kronik hastalık mevcuttur. Yaşlı bireylerin Katz GYA ölçeği puan ortalaması 2,14±2,36; %58,3'ü bağımlıdır. Morse düşme ölçeği puan ortalaması 49,11±24,80 ve %34,4'ü yüksek risk grubundadır. Cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı ve polifarmasi gibi değişkenlerle günlük yaşam aktiviteleri ve düşme riski ile anlamlı fark bulunurken ($p<0,05$); günlük yaşam aktiviteleri ve düşme risk puanlarının arasında negatif yönde ve orta düzeyde anlamlı ilişkisi bulunmuştur ($r= -0,644$; $p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen sonuca göre değiştirilemeyen risk faktörleri olmasına karşın yaşlı bireyin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmesi için bağımsızlığını sürdürmesi ve otonomi kazanmasının düşme riskini azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler: Düşmeler, geriatri, günlük yaşam aktiviteleri, yaşlı

Abstract

Purpose: This study is to examine the relationship between daily living activity status and fall risk in elderly individuals aged 65 and over who are treated in a geriatric clinic.

Materials and Methods: This study was descriptive, cross-sectional and relational, and its sample consisted of 96 elderly individuals over 65 years of age who met the inclusion criteria and were treated in a geriatrics clinic. "Individual Identification Form" consisting of 11 questions, "Katz Activities of Daily Living Scale" and "Morse Fall Risk Scale" were used as data collection tools, which were created by the researchers based on the literature.

Results: The mean age of the participants was 75.17±7.06, 64.6% female, 47.9% overweight, all of them had at least one chronic disease and regular drug use. The mean score of the KATZ ADL scale of the elderly individuals was 2.14±2.36; 58.3% of them are dependent. Morse fall scale mean score was 49.11±24.80 and 34.4% were in the high-risk group. While there was a significant difference between variables such as gender, education level, marital status, employment status, smoking and alcohol use, and polypharmacy, activities of daily living and risk of falling ($p<0.05$); A negative and moderately significant relationship was found between activities of daily living and fall risk scores ($r= -0.644$; $p<0.05$).

Conclusion: According to the result obtained from this study, although there are risk factors that cannot be changed, it is thought that maintaining independence and gaining autonomy in order to fulfill the daily activities of the elderly will reduce the risk of falling.

Key words: Falls, geriatrics, activities of daily living, elderly

¹ Arş. Gör., Bandırma Onyediy Eylül Üniv. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıklar Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0001-8034-4062)

² Uzm. Hemşire, Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıklar Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0001-9429-238X)

³ Uzm. Hemşire, Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıklar Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-1250-9264)

⁴ Prof. Dr. Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıklar Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-7225-6860)

Giriş

Yaşlanma, canlının olgunlaşma süreci tamamlandıktan sonra fizyolojik rezerv kapasitelerinin zamanla azalarak yaşamsal işlevlerde kayıpların meydana geldiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır (1). Tıptaki güncel gelişmeler, teknolojinin ilerlemesi ve bulaşıcı hastalıklar ile mücadelede başarılı olunması gibi faktörler yaşam yılının artmasına neden olmuştur. Dünyadaki yaşlı nüfusun 2019 yılında 60 yaş ve üzeri insan sayısının bir milyar olduğu; 2030 yılına kadar 1,4 milyara ve 2050 yılına kadar ise 2,1 milyara çıkacağı öngörülmektedir (2). Dünyada olduğu gibi Türkiye'nin nüfus piramidinin de yıllar içinde değişime uğradığı ve 2016 yılında %8,3 olan yaşlı nüfus oranınının 2021 yılında %9,7'e ulaştığı bildirilmiştir. Bu bağlamda Türkiye İstatistik Kurumu yaşlı nüfus oranını 2025 yılında % 11, 2030 yılında % 12,9, 2040 yılında % 16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağını öngörmektedir (3).

Yaşlanmakta olan bireylerin öncelikli isteği, yürüyüş, merdiven çıkma, bulunduğu yerden kalkma gibi günlük yaşam aktivitelerini (GYA) mümkün olduğu kadar bağımsız bir şekilde sürdürmektir (4,5). Ancak her yıl daha önceki yıla göre GYA'ni bağımsız yerine getiren yaşlı bireylerin % 10'u kısıtlanma ve bununla birlikte yardıma gereksinim duymaktadır. Dahası bu yaşlı bireylerin %30'undan fazlası dört yıllık bir zaman aralığı içinde hareket yeteneğini ciddi şekilde kaybetmektedirler (4). Yaşlanmayla birlikte meydana gelen işlevsel ve zihinsel kapasitede azalma nedeniyle uyku ve yaşam kalitesinde azalma, günlük yaşamlarında bireysel ve sosyal işlevlerini yerine getirirken bağımsız hareket etmelerinde zorluklara ve yardıma gereksinim duyulmasına yol açmakta ve düşmelere neden olmaktadır (6,7).

Geriatrik bir sendrom olarak düşmeler, hastanede tedavi gören, bakım merkezinde yaşayan ve evde bakım alan yaşlı bireylerde yaralanmaların önemli bir bölümünü oluşturmaktadır (8). Düşme sonrası meydana gelen yaralanma sonucu bireyler, ek tedavi ve uzun süreli hastanede yatışa maruz kalmaktadır. Wong ve arkadaşları (2011)'nin çalışmasında yaralanmalı düşmelerin hastanede kalış süresini 6,3 gün uzattığı ve düşme sonucu yaralanmanın bir bireye ortalama maliyetinin yaklaşık 14.000 ABD doları (9); ülkemizde

yapılan bir çalışmada ise düşmeler sonucu oluşan yaralanmalar için ek maliyetin 8.726,94 TL olduğu ve düşmelerin, hastanede yatış süresini 14,61 gün uzattığı bildirilmiştir (10). Bu durum yaşlılığın kesin bir sonucu olmamakta ancak çeşitli nedenlerle düşme ve düşme riski artmaktadır. Sağlık durumunun iyi olmaması, aktivite yetersizliği veya kronik hastalıklar nedeniyle azalmış hareketlilik, denge bozukluğu, daha önceki düşme öyküleri ve bazı sosyodemografik özellikler düşme için önemli risk faktörlerindedir (11,12). Özellikle düşme deneyimleyen bireylerin %25'inin yeniden düşmekten korkarak düşme korkusu geliştirmeye yatkın olduğu tahmin edilmektedir (7).

Her bireyin düşme riski olmasına karşın yaşlı bireylerde bu riskin daha yüksek olduğu ve beraberinde sağlık bakım maliyeti, hastaneye yatış, ölüm riski ve mortalitede artışa neden olduğu bilinmektedir (4). Özellikle hastanedeki klinik ortamlarda ve bakım kurumlarında hastalar ile en çok zaman geçiren hemşirelerin düşmelerin önlenmesi, risk faktörlerinin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınmasında önemli ve ciddi anahtar rolleri bulunmaktadır. Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları ve bireye özgü hemşirelik girişimleri ile düşmeler için önlem alınabilmekte ve düşmeler önlenabilmektedir (8, 13).

Bu bilgiler ışığında araştırmanın amacı, geriatri kliniğinde tedavi gören 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile düşme riski arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ile düşme riski arasındaki ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma; Ege Üniversite Hastanesi Geriatri Kliniği'nde 23 Mart – 25 Nisan 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evreni ve Örneklem

Araştırmanın evrenini; bir üniversite hastanesinin Geriatri Kliniğinde yatarak tedavi gören 65 yaş ve üzerindeki yaşlı bireyler oluşturmaktadır. Örneklemi ise 23 Mart – 25 Nisan 2020 tarihleri arasında bu klinikte yatarak tedavi

gören ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzerindeki 96 yaşlı birey oluşturmuştur. Türkçe bilmeyen ve okuma – yazması olmayan, araştırmaya katılmak istemeyen, Parkinson, demans, Alzheimer ve herhangi bir psikiyatrik hastalığı tanısı alan ve konuşma, görme ve işitme sorunu olan hastalar araştırma kapsamına alınmamıştır.

Verilerin Toplanması

Anket uygulaması 23 Mart – 25 Nisan 2020 tarihleri arasında, yaklaşık 10-15 dakikalık bir sürede yüz yüze görüşme tekniği ile araştırmacılar tarafından toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik veriler için "Birey Tanılama Formu", "Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği" ve "Morse Düşme Ölçeği" kullanılmıştır.

Birey Tanılama Formu: Bu form, araştırmacılar tarafından literatürdeki bilgilerden yararlanılarak oluşturulmuştur. Formda hastaların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni durum ve gelir düzeyi gibi demografik özellikleri, beden kütle indeksi (BKİ), sigara ve alkol alışkanlığı, tanı aldığı kronik hastalıklar ve kullanılan ilaçlar gibi sağlığa ve hastalığa ilişkin özellikleri kapsayan toplam 11 soru yer almaktadır.

Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri (GYA) Ölçeği: 1963'te Katz tarafından geliştirilmiş günlük aktivitelerini ne kadar bağımsız yapabildiğini gösteren bir ölçektir. Kronik hastalık ve yaşlı popülasyonda özbakım fonksiyonlarını değerlendirmek üzere tasarlanmıştır. Geçerlilik ve güvenilirliği test edilmiştir. Sadece en temel özbakım fonksiyonlarını değerlendirildiğinden normale yakın işlevi olan kişilerde değişikliğe duyarlı değildir. Banyo yapmak, giyinmek, tuvalete gitmek, transfer, kontinans, yemek yemek gibi altı günlük yaşam aktivitesine bakılmaktadır. Ölçekten alınan puan azaldıkça günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmekte zorlanma ve bağımlılıkta artma olduğu görülmektedir. Ölçekten alınan puana göre 0-2 bağımlı, 3-4 yarı bağımlı, 5-6 ise bağımsız olarak sınıflandırılan bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2018 yılında Özkan Pehlivanoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. KATZ GYA ölçeğinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,83

olarak bulunmuş olup bu çalışmada iç tutarlılık katsayısı 0,91'dir (1).

Morse Düşme Ölçeği: Yılmaz Demir ve Seren İntepeler tarafından 2012 yılında Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan bu ölçek altı ana başlık üzerine odaklanmış ve ölçekten alınan puan arttıkça düşme riskinin de arttığı belirtilmiştir. Hastanın aldığı puana göre 0-24 arası düşük riskli, 25-50 arası orta riskli ve 51'den yüksek puan alanlar yüksek riskli grup olarak tanımlanmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenirliliğin yapıldığı çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,55 bulunurken bu çalışmada Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,61 olarak saptanmıştır (14).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi özel bir bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 23 paket programında yapılmıştır. Değişkenler sayı ve yüzde dağılımlarıyla verilmiş olup sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma (SS) hesaplanmıştır. Normal dağılıma uyan verilerin farklılıkları değerlendirmek için Independent Sample t test; normal dağılıma uymayan veriler için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Üç ve üzeri gruplar için farklılığa neden olan grubun belirlenmesi için Tukey's b testi uygulanmıştır. Yaş, GYA ve düşme risk puanları normal dağılımı nedeniyle aralarındaki ilişkiyi saptamak için Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır (15).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın uygulanabilmesi için ilgili üniversitenin Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu'ndan kurul izni ve Geriatri Kliniği Anabilim Dalından kurum izinleri alınmıştır (No:19-12.1T/47). Ayrıca Geriatri Kliniği'nde yatan tüm hastalara işlemin amacı yüz yüze görüşme yöntemi ile açıklanarak yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın tek bir merkezde ve klinikte yürütülmesinin yanı sıra yapıldığı tarihlerin pandemi dönemine denk gelmesi nedeniyle veri toplama süresinin planlanan süreden kısa olması araştırmanın sınırlılıklarındandır.

Bulgular

Yaşlı bireylerin yaş ortalaması $75,17 \pm 7,06$, olup; KATZ GYA ölçeğinden alınan en düşük puan 0, en

Tablo 1. Yaşlı bireylerin günlük yaşam aktiviteleri ve düşme riski puanlarına ilişkin özellikleri	
Özellikler	n (%)
Yaş (Ortalama±SS)	75,17±7,06 (65-93)
KATZ GYA Ölçeği	2,14±2,36 (0-6)
KATZ GYA Durumu	
Bağımsız (5-6 puan)	21 (21,9)
Yarı Bağımlı (3-4 puan)	19 (19,8)
Bağımlı (0-2 puan)	56 (58,3)
Morse Düşme Ölçeği (Ortalama±SS)	49,11±24,80 (15-125)
Morse Düşme Riski	
Düşük Risk (0-24)	12 (12,5)
Orta Risk (25-50)	51 (53,1)
Yüksek Risk (≥51)	33 (34,4)
Toplam	96 (100,0)

yüksek puan ise 6'dır ve ortalama $2,14 \pm 2,36$ 'dır. Ölçekten alınan puanlar sınıflandırıldığında yaşlı bireylerin %58,3'ü bağımlı iken %21,9'u bağımsızdır. Morse düşme ölçeğinden alınan puanlar en düşük 15, en yüksek 125'tir (Ortalama±SS=49,11±24,80). Ölçekten alınan puana göre yaşlı bireylerin %53,1'i orta risk grubunda, %34,4'ü yüksek risk grubundadır (Tablo 1).

Katılımcıların %64,6'sı kadın, %37,5'i ilköğretim mezunu, %65,6'sı bekâr/duldur. Araştırmaya alınan yaşlı bireylerin yarısından fazlası (%53,1) çalışmayan ya da ev hanımı, %68,8'inin geliri giderinden az, %74'ü ilçe ya da şehir merkezinde yaşamaktadır. Tanımlayıcı özelliklerinin GYA ve Morse düşme riski puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında cinsiyet, eğitim düzeyi ve çalışma durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Elde edilen verilere göre kadın cinsiyetin, düşük eğitim düzeyinin ve çalışmamış olanların GYA puan ortalamaları daha düşük; düşme riski puan ortalamaları ise daha yüksek bulunmuştur. Gelir durumu her iki ölçekte de anlamlı fark oluşturmazken ($p > 0,05$); medeni durum sadece GYA puan ortalamalarında, ikamet yeri ise sadece düşme riski puan ortalamasında anlamlı saptanmıştır ($p < 0,05$). KATZ GYA puan ortalaması bekâr/dul olan yaşlı bireylerde; Morse düşme riski puan ortalaması ise ilçe ya da şehir merkezinde yaşayan yaşlı bireylerde daha yüksek

bulunmuştur (Tablo 2).

Beden kütle indeksi incelenen yaşlı bireylerin %47,9'u fazla kilolu olup %75'i hiç sigara kullanmadığını, %90,6'sı ise hiç alkol almadığını bildirmiştir. Yaşlı bireylerin tamamında kronik hastalık vardır ve en az bir ilaç kullanılmaktadırlar. En fazla görülen kronik hastalık %78,1 ile hipertansiyon, en çok kullanılan ilaç %58,3 ile antikoagülandır. Kronik hastalık sayısı bir ile beş arası değişirken ortalama $2,58 \pm 1,03$ 'dür ve %83,3'ünde eşlik eden hastalık (≥ 2) bulunmaktadır. Bireylerin kullandıkları ilaç sayısı ise bir ile sekiz arasında değişmekte olup ($4,18 \pm 1,78$); %37,5'inde polifarmasi (≥ 5 ilaç) olduğu görülmüştür. Katılımcıların sağlığa ve hastalığa ilişkin özelliklerinin GYA ve Morse düşme riski puan ortalamalarına göre karşılaştırıldığında sigara ve alkol alışkanlıkları ile polifarmasi istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken ($p < 0,05$); BKİ anlamlı bulunmamıştır ($p > 0,05$). Yapılan ileri analiz sonucuna göre sigara ve alkol alışkanlığı olan yaşlı bireyler ile hiç sigara ve alkol kullanmamış yaşlı bireyler arasındaki ölçek puan ortalamalarında farklılık olduğu görülmüştür. Komorbidite ise sadece GYA puanlarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülürken ($p < 0,05$); düşme riski puanları için anlamlı görülmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Tablo 2. Yaşlı bireylerin tanımlayıcı özelliklerinin günlük yaşam aktiviteleri ve düşme riski puanlarına göre karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	KATZ GYA Ölçeği	Morse Düşme Ölçeği
	96 (100,0)	2,14±2,36 (0-6)	49,11±24,80 (15-125)
Yaş Ortalama: 75,17±7,06		r= -0,503 p=0,000**	r=0,234 p=0,022*
Cinsiyet			
Erkek	34 (35,4)	3,15±2,55	39,56±17,85
Kadın	62 (64,6)	1,58±2,07 t=3,264 p=0,002*	54,35±26,59 t= -3,246 p=0,002*
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar	35 (36,5)	0,54±1,01	56,53±29,20
İlköğretim	36 (37,5)	2,50±2,29	48,43±17,69
Lise ve üzeri	25 (26,0)	3,84±2,46 x ² =27,829 p=0,000**	39,40±23,82 x ² =6,299 p=0,043*
Medeni Durum			
Evli	33 (34,4)	3,76±2,57	44,55±25,23
Bekâr/Dul	63 (65,6)	1,29±1,73 t=4,962 p=0,000**	51,51±24,44 t= -1,311 p=0,193
Çalışma Durumu			
Çalışmamış	51 (53,1)	1,53±2,02	53,92±27,21
Emekli	45 (46,9)	2,82±2,54 t= -2,732 p=0,008*	43,67±20,74 t= 2,055 p=0,043*
Gelir Durumu			
Gelir>gider	10 (10,4)	1,80±2,10	54,50±21,00
Gelir=gider	20 (20,8)	3,00±2,68	48,00±30,88
Gelir<gider	66 (68,8)	1,92±2,27 x ² =2,538 p=0,281	48,64±23,54 x ² =2,244 p=0,326
İkamet Yeri			
İlçe/Şehir Merkezi	71 (74,0)	2,27±2,35	45,35±21,60
Köy/Kasaba	25 (26,0)	1,76±2,39 Z= -1,046 p=0,295	59,80±30,22 Z= -2,422 p=0,015*

**p<0,001;

*p<0,05;

t= Bağımsız Örneklem t testi;

x²=Kruskall Wallis testi;

Z=Mann Whitney U testi

[#]Altı çizili değerler, gruplar arası anlamlılığa neden olan grubun ortalamasını göstermektedir.

Tablo 3. Yaşlı bireylerin sağlığa ve hastalığa ilişkin özelliklerinin günlük yaşam aktiviteleri ve düşme riski puanlarına göre karşılaştırılması

Özellikler	n (%)	KATZ GYA Ölçeği	Morse Düşme Ölçeği
	96 (100,0)	2,14±2,36 (0-6)	49,11±24,80 (15-125)
BKİ			
Normal	35 (36,5)	1,91±2,33	58,29±29,83
Fazla Kilolu	46 (47,9)	2,22±2,33	40,65±17,24
Obez	15 (15,6)	2,40±2,64 $\chi^2=0,503$ $p=0,478$	53,67±24,31 $\chi^2=3,241$ $p=0,064$
Sigara Alışkanlığı			
Var	18 (18,8)	4,22±2,49	35,00±21,63
Yok	72 (75,0)	1,58±1,98	53,54±24,53
Birakmış	6 (6,2)	2,50±2,95 $\chi^2=14,942$ $p=0,001^*$	38,33±20,41 $\chi^2=8,610$ $p=0,013^*$
Alkol Alışkanlığı			
Var	6 (6,3)	4,67±2,42	31,67±23,38
Yok	87 (90,6)	1,92±2,25	50,80±24,27
Birakmış	3 (3,1)	3,33±3,06 $Z=-2,577$ $p=0,028^*$	35,00±34,64 $Z=-2,358$ $p=0,040^*$
Komorbidite			
Var (≥ 2)	80 (83,3)	1,86±2,19	50,75±25,46
Hayır (< 2)	16 (16,7)	3,50±2,76 $Z=-2,276$ $p=0,023^*$	40,94±19,93 $Z=-1,063$ $p=0,288$
Polifarmasi			
Evet (≥ 5)	36 (37,5)	2,81±2,33	37,78±14,90
Hayır (< 5)	60 (62,5)	1,73±2,31 $t=2,198$ $p=0,030^*$	55,92±27,08 $t=-4,229$ $p=0,000^{**}$

** $p<0,001$;

* $p<0,05$;

t= Bağımsız Örneklem

t testi; χ^2 =Kruskall Wallis testi;

Z=Mann Whitney U testi

Yaşlı bireylerin yaşları ile GYA ve düşme riski arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Elde edilen verilere göre yaşın GYA puanları ile orta düzeyde negatif yönde ($r=-0,503$) anlamlı bir ilişkisi olduğu; düşme risk puanları ile ise pozitif yönde çok düşük düzeyde olduğu

bulunmuştur ($r=0,234$). GYA ile düşme riski arasındaki ilişkide ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,001$). Bu sonuca göre yaşlı bireylerin GYA ile düşme riski arasında orta düzeyde negatif yönde ($r=-0,644$) bir ilişki saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Yaşlı bireylerin yaş, günlük yaşam aktiviteleri ve düşme riski ile ilişkisi		
Özellikler	KATZ GYA	Morse Düşme
KATZ GYA	1	r= -0,644 p=0,000**
Morse Düşme Riski	r= -0,644 p=0,000**	1
**p<0,001; *p<0,05; r=Pearson Korelasyon		

Tartışma

Yaşlanma ile azalan fizyolojik rezerv kapasiteleri, yaşamsal işlevlerin kesintiye uğramasına ve zamanla bireyin GYA'yı yerine getirmesini kısıtlayarak bireyin bağımlı hale gelmesine neden olmaktadır (1,5). Bu çalışmadaki yaşlı bireylerin yarısından fazlasının tam ya da yarı bağımlı olduğu görülmüştür. Yapılmış bazı çalışmalar da bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (4,16). Bu çalışmadaki sosyodemografik özellikler incelendiğinde ileri yaşın, kadın cinsiyetin, düşük eğitim düzeyinin, çalışmamış ve bekâr/dul olanların GYA'yı yerine getirmekte daha bağımlı oldukları görülmüştür. Bu çalışma sonuçlarına benzer şekilde yapılmış çalışmalarda ileri yaşın, kadın cinsiyetin, düşük eğitim düzeyinin ve bekâr/dul olmanın GYA'yı yerine getirirken daha bağımlı oldukları bildirilmiştir (16-20). Bu çalışma sonuçlarından farklı olarak literatürde ileri yaşın, cinsiyetin, eğitim düzeyinin ve medeni durumun GYA'daki bağımlılığı etkilemediğini belirten çalışmalara da rastlanmıştır (5,7,17,18). Çalışmaların yapıldığı ülkelerin, toplumların ve örneklem gruplarının farklı olması, sosyodemografik özelliklerin yanı sıra kültürel ve bireysel farklılıkların da GYA bağımlılık düzeylerini etkileyebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde bir işte çalışmış olanların Fariás-Antúnez ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına benzer şekilde GYA'da daha bağımsız olduğu görülmüştür (19). Bu sonucun çalışmamış olan yaşlı bireylerin çoğunluğunun kadınlardan oluşmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Gelir düzeyi incelendiğinde ise bu çalışmaya benzer şekilde gelir düzeyinin GYA'daki bağımsızlığa etkisi olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (7,17). Aksine Kankaya ve Karadakovan (2017) çalışmasında gelir düzeyinin GYA'ya etkisi olduğunu bildirmişlerdir (5). Gelir düzeyinin yaşlı bireyde oluşan fizyolojik ve zihinsel

sorunları azaltabileceği öngörülse de tek faktör olarak değerlendirilmesinin tartışmalı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada yapılmış başka çalışmalara benzer şekilde BKİ'nin ise GYA'ya etkisi olmadığı görülmüştür (19,21). Vagetti ve arkadaşları (2017) tarafından 65 yaş ve üzeri kadın bireylerde yapılan çalışmada yüksek BKİ'nin GYA'da bağımlılığı arttırdığı bildirilmiştir (22). Bu çalışmada gruplar arası farklılık olmamasının nedeninin hiç "zayıf" birey olmaması ve yarısından fazlasının zaten fazla kilolu veya obez olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Sigara alışkanlığı incelendiğinde ise Alexandre ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında sigara kullanım öyküsü olan kadınların, erkeklere göre daha bağımlı oldukları bildirilmiştir (18). Nunes ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise daha önce sigara içen ve bırakan yaşlı bireylerin, hiç sigara içmemiş olanlara göre %22 oranında daha bağımlı olduğu, yazarlar tarafından da bunun nedeninin sigara bırakmanın genellikle bireyin sağlık durumunun kötüleşmesinden kaynaklanarak işlevsel performansta bir düşüşe yol açabileceği olarak yorumlanmıştır (20). Sigara içenlerin tamamına yakının erkek olmasından dolayı bu çalışmada farklılık görüldüğü düşünülmektedir.

Alkol alışkanlığında ise alkol kullanan yaşlı bireylerin, kullanmayanlara göre daha bağımsız olduğu görülmesine karşın sigara kullanımına benzer şekilde tamamının erkek olduğu görülmüştür. Alexandre ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da bu çalışmaya benzer şekilde GYA'da bağımlı olan erkek bireylerin daha az ya da hiç alkol alışkanlığı olmadığı bildirilmiştir (18). Nunes ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında da benzer şekilde alkol tüketmeyen yaşlı bireylerin, GYA'da daha bağımlı oldukları bulunmuştur (20).

Fariás-Antúnez ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise alkol alışkanlığının GYA üzerine etkisi olmadığı bildirilmiştir (19). Literatürdeki bu sonuçlardan yola çıkarak sigara ve alkol tüketim miktarı ve sıklığına bağlı olarak bu durumun neden olacağı madde bağımlılıkları ve vücutta meydana getireceği fizyolojik sorunlar nedeniyle bu sonuçlara önyargılı yaklaşmak ve cinsiyet gibi karıştırıcı faktörlerin göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

Yapılmış çalışmalarda komorbiditenin GYA için bağımlılığı artıran bir faktör olduğu görülmüş ve bu çalışmayla benzerlik göstermiştir (4,16,19). Bu çalışmaların aksine komorbiditenin GYA'ya etkisi olmadığını bildiren çalışmalara da rastlanmıştır (7,17). Komorbiditenin GYA'ya bağımlılığı artırması beklenen bir sonuç olmasına karşın tek bir kronik hastalığın dahi birey tarafından göz ardı edilmesi veya iyi yönetilememesi, iyi yönetilen komorbiditeden daha olumsuz sonuçlara da neden olabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada polifarmasinin ise beklenenin aksine GYA puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bleijenberg ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında ise toplum temelli polifarmasili yaşlı bireylerin yarısından fazlasının GYA'da bağımlı olduğu bildirilmiştir (4). Bu çalışmada karşılaşılan ilginç sonucun kullanılan ilaçların akılcı ilaç kullanımı ile komplikasyonları gideren ve bağımsızlığı artırabilen ilaçlar olabileceği düşünülmesine karşın bu sonuca ön yargılı yaklaşılmaktadır.

Düşmeler ise dünya çapında kaza sonucu veya kasıtsız yaralanma ölümlerinin ikinci önde gelen nedenidir ve düşmelerin ölümlerle sonuçlanması en çok 65 yaş üzeri yaşlı bireylerde görülmektedir (12). Bu çalışmaya katılan dört yaşlı bireyden üçünün yüksek riskli olduğu bulunmuş ve Noh ve arkadaşlarının (2021) çalışmasına benzer şekilde olduğu görülmüştür (23). Sosyodemografik özellikler incelendiğinde yapılmış çalışmalarda ileri yaşın, kadın cinsiyetin, düşük eğitim düzeyinin ve bir işte çalışmamış olmanın düşmeler için yüksek risk faktörleri olduğu bildirilmiş ve bu çalışma sonuçlarıyla benzerlik göstermiştir (24-26). Bu çalışmaların aksine ileri yaşın, cinsiyetin ve eğitim durumunun düşme riskine etkisi olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (21,23,24,27,28). Bir işte çalışmamış olanların ise düşme riskinin daha yüksek olmasının nedeni çoğunluğun kadınlardan oluşması ve

ev içi düşmelere daha yatkın olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Kırsal bölgede yaşamak, DSÖ'nün de bildirdiği gibi düşmeler için yüksek bir risk faktörüdür ve bu çalışmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir (12). Bunun nedeninin ise yaşanılan ev ve çevresindeki düzenlemelerin ve güvenliğin ilçe ve şehir merkezlerinden daha yetersiz olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Yaşlılıkta Düşmeyi Önleme Küresel Raporuna (2007) göre yalnız yaşayan ve düşük gelir düzeyine sahip olan yaşlı bireylerin düşme için yüksek risk grubunda oldukları bildirilmesine karşın bu çalışmada düşme riskini etkileyen sosyodemografik özelliklerden olmadığı belirlenmiştir (12). Akgül ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında da medeni durumun düşme riskini etkileyen bir faktör olmadığı bildirilmiştir (24). Bu çalışmanın aksine yapılmış bazı çalışmalarda bekâr/dul olan yaşlı bireylerin düşme riski daha yüksek bulunmuştur (13,25). Aydeniz ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise yalnız ya da biriyle birlikte (eş veya çocuk) yaşamının geçirilmiş düşme öykülerine etkisi olmadığını bildirilmiştir (28). Bu sonuçlardan yola çıkarak yaşlı bireylerin bekâr/dul olmasının bir karıştırıcı faktör olabileceği gibi tek başlarına yaşamıyor olabilecekleri; akrabalarıyla ya da huzurevi/bakım evi gibi kurumlarda yaşadıkları düşünülmektedir. Gelir düzeyi incelendiğinde ise bu çalışmanın aksine yapılmış çalışmalar düşme riskine etkisi olduğunu bildirmişlerdir (25,28). Bu çalışmada gelir düzeylerinin düşme riskini etkilememesinin nedeninin çoğunluğun hali hazırda orta ve yüksek riskli olması ve gelir algısının bireysel farklılık gösterebileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada BKİ'nin düşme riskine etkisi olmadığı görülmüş; Saltan ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına benzer bulunmuştur (21). Bu çalışmanın aksine karşın Noh ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastanede yatan ve düşme deneyimleyen yaşlı bireylerin, düşmeyenlere göre BKİ ortalamasının daha düşük olduğu bildirilmiştir (23). Brodie ve arkadaşları (2017) ise çalışmalarında yüksek BKİ'nin düşme riskiyle ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (26). Akgül ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ise BKİ ortalamasının yüksek olduğu ve yüksek düşme riskinin %93 olduğu bildirilmiştir (24). Bu çalışmada "zayıf" birey olmaması ve yarısından

fazlasının zaten fazla kilolu veya obez olması nedeniyle tüm grupların orta/yüksek düşme riskli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada sigara ve alkol alışkanlığı olmayan yaşlı bireylerin olanlara göre daha düşük riskli olması beklenmeyen bir sonuçtur. Noh ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında hastanede tedavi gören ve düşme deneyimleyenler ile deneyimlemeyen yaşlı bireyler arasında sigara ve alkol alışkanlığının etkisi olmadığı görülmüştür (23). Ancak bu çalışmaya karşıt bir görüş olarak DSÖ, alkol kullanımının düşmeler için yüksek bir risk faktörü olduğunu bildirmiştir (12). Bu çalışmadaki çelişkinin GYA'ya benzer şekilde sigara ve alkol kullanan bireylerin tamamına yakınının erkek olmasından kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Yaşın artmasıyla birlikte azalan fizyolojik rezerv ve organ hasarları, yaşlı bireylerde kronik hastalıklara ve beraberinde düzenli ilaç kullanımına neden olmaktadır. Yapılmış bazı çalışmalarda yaşlı bireylerde en az bir kronik hastalık olması ve düzenli ilaç kullanması yüksek düşme riski bildirmektedir (24,27). Bununla birlikte komorbidite ve polifarmasinin de yapılmış çalışmalarda düşmeler için yüksek risk bildirilmesine karşın bu çalışmada düşme riskine etkisi olmadığı görülmüştür (13,24). Choi ve arkadaşlarının (2020) çalışması da bu çalışmaya benzer şekilde düşme deneyimleyenlerde polifarmasinin etkisi olmadığını bildirmişlerdir (29). Bu çalışmadaki yaşlı bireylerin tamamının en az bir hastalığa sahip olduğu ve en az bir ilaç kullandığı göz önüne alındığında aslında sayıdan bağımsız olarak grupların orta ve yüksek düşme riskli olduğu görülmektedir. Literatürün aksine bu çalışmada polifarmasiye sahip bireylerin daha düşük risk puanı almasının çelişkili olduğu ancak kullanılan ilaçların akılcı ilaç kullanımı sonucu düşmelere neden olabilecek fizyopatolojik süreçleri iyileştirebildiği düşünülmektedir.

Yaşlı bireylerin GYA ile düşme riski arasındaki negatif yönde orta düzeydeki ilişkiye göre GYA'ni yerine getirebilen ve daha bağımsız olan yaşlı bireylerin daha düşük düşme riski olduğu; bağımlılık arttıkça düşme riskinin de artabileceği bulunmuştur. Ülkemizde bu çalışmadan farklı olarak Çınarlı ve Koç (2017)'un acil servise başvuran yaşlı bireylerde yaptıkları çalışmada da benzer sonuç bulunmuş olup farklı ülkelerde yapılmış ve bu çalışmanın sonucunu destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (7,13,27). Ayrıca

Choi ve arkadaşları (2020) tarafından yapılan çalışmada daha önce düşme deneyimleyenlerin, düşmeyenlere göre GYA için daha çok desteğe gereksinimi olduğu bildirilmiştir (29). Tornero- Quiñones ve arkadaşları (2020) ise çalışmasında fiziksel aktivitenin fonksiyonel kapasiteyi artırarak GYA'yı gerçekleştirmede özerkliği artırdığını ve düşme riskini azalttığını bildirmişlerdir (30).

Sonuç

Dünyada ve ülkemizde bakıma ve desteğe gereksinim duyan yaşlı sayısı giderek artmaktadır. Öyle ki yaşlanma, işlevi ve yeterliliği geri döndürülemeyen bir kayıp sürecidir. Yaşlanma süreci ile birlikte, bireyin günlük yaşamı için gerekli olan eylemleri gerçekleştirme yeteneğinde ve hareket edebilme yeterliliğinde azalma bireyi bağımlı hale getirmektedir. Biyopsikososyal kayıpların erken tespiti yaşlılar için olduğu kadar yaşamı tehdit eden riskleri önlemek, sağlık, hastalık ve bakım yükünü azaltmak açısından da oldukça önemlidir. Özellikle düşmeyi önlemeye yönelik eğitim programları, güç ve dengeyi artırmak, ilaçlarının düzenlenmesi ve çevresel faktörlerin düzeltilmesi uygulanabilecek başlıca girişimlerdir. Giderek artan ve yaşamı tehdit eden risk faktörlerinin başta hemşireler olmak üzere kanıta dayalı olarak erken tanınması, önleme ve koruma programlarının geliştirilmesi ile yaşlı bireylerin bağımsızlığını daha uzun süre devam ettirebilecekleri ve hastaneye yatışları azaltarak sağlık maliyetini düşüreceği düşünülmektedir.

İletişim: Arş.Gör., Canan Bozkurt
E-Posta: cbozkurt@bandirma.edu.tr

Kaynaklar

1. Özkan Pehlivanoğlu EF, Özkan MU, Balcıoğlu H, Bilge U, Ünlüoğlu İ. Adjustment and reliability of Katz Daily Life Activity Measures for elderly in Turkish. Ankara Med J. 2018;18(2). doi:10.17098/amj.435264
2. World Health Organization. Ageing. https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1 17 Haziran 2022'de erişildi.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2021-45636> 17 Haziran 2022'de erişildi.
4. Bleijenberg N, Zuithoff NPA, Smith AK, de Wit NJ, Schuurmans MJ. Disability in the individual ADL, IADL, and mobility among older adults:

- A prospective cohort study. *J Nutr Heal Aging*. 2017;21(8):897-903. doi:10.1007/s12603-017-0891-6
5. Kankaya H, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde günlük yaşam aktivite düzeylerinin yaşam kalitesi ve yaşam doyumuna etkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi*. 2017;6(4):21-29.
 6. Sibley KM, Voth J, Munce SE, et al. Chronic disease and falls in community-dwelling Canadians over 65 years old: a population-based study exploring associations with number and pattern of chronic conditions. *BMC Geriatr*. 2014;14-22. doi:10.1186/1471-2318-14-22.
 7. De Araújo HS, Costa Cruz ADF, Simionatto J, Dos Santos Oliveira PC, Barbosa SRM. Risk and fear of falls in the elderly of Campo Grande, Mato Grosso do Sul: Sociodemographic and functional characteristics. *Mundo da Saude*. 2020;44(1):3-11. doi:10.15343/0104-7809.202044003011
 8. The Joint Commission. Preventing falls and fall-related injuries in health care facilities. *Sentinel Event Alert 2015*, 55 1-5. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_55_falls_4_26_16.pdf 17 Haziran 2022'de erişildi.
 9. Wong CA, Recktenwald AJ, Jones ML, Waterman BM, Bollini ML, Dunagan WC. The cost of serious fall-related injuries at three midwestern hospitals. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. Published online 2011. doi:10.1016/S1553-7250(11)37010-9
 10. Baris VK, Intepeler SS, Yeginboy EY. The cost of serious patient fall-related injuries at hospitals in Turkey: A matched case-control study. *Clin Nurs Res*. 2018;27(2):162-79. doi:10.1177/1054773816671521
 11. Sardo PMG, Simões CSO, Alvarelhão JJM, Simões JFFL, Melo EM de OP de. Fall risk assessment: retrospective analysis of Morse Fall Scale scores in Portuguese hospitalized adult patients. *Appl Nurs Res*. 2016;31:34-40. doi:10.1016/j.apnr.2015.11.013
 12. World Health Organization (WHO). WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Vol 15.; 2007. doi:10.1353/jowh.2004.0010 20 Aralık 2020'de erişildi.
 13. Chu JJ, Chen XJ, Shen SS, et al. A poor performance in comprehensive geriatric assessment is associated with increased fall risk in elders with hypertension: A cross-sectional study. *J Geriatr Cardiol*. 2015;12(2):113-8. doi:10.11909/j.issn.1671-5411.2015.02.006
 14. Yılmaz Demir N, Seren İntepeler Ş. Morse Düşme Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması ve duyarlılık-seçicilik düzeyinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2012;28(1):57-71.
 15. Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 6.Baskı. Boston: Pearson; 2013.
 16. Rasheedy D, Abou-Hashem RM. Overestimated functional dependency in older patients: Can we blame gender difference, unneeded assistance or assessment tools? *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;88(January):104018. doi:10.1016/j.archger.2020.104018
 17. Silva LMA, dos Santos Tavares DM, Rodrigues LR. Transition and factors associated with the level of physical activity combined with sedentary behavior of the elderly: A longitudinal study. *Biomedica*. 2020;40(2):322-335. doi:10.7705/biomedica.5108
 18. Alexandre T da S, Corona LP, Nunes DP, Santos JLF, Duarte YA de O, Lebrão ML. Disability in instrumental activities of daily living among older adults: gender differences. *Rev Saude Publica*. 2014;48(3):379-89. doi:10.1590/S0034-8910.2014048004754
 19. Farias-Antúnez S, Lima NP, Bierhals IO, Gomes AP, Vieira LS, Tomasi E. Disability related to basic and instrumental activities of daily living: A population-based study with elderly in Pelotas, Rio Grande do Sul, 2014. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2018;27(2):e2017290. doi:10.5123/S1679-49742018000200005
 20. Nunes JD, Saes M de O, Nunes BP, et al. Indicadores de incapacidade funcional e fatores associados em idosos: estudo de base populacional em Bagé, Rio Grande do Sul. *Epidemiol e Serv Saude Rev do Sist Unico Saude do Bras*. 2017;26(2):295-304. doi:10.5123/S1679-49742017000200007
 21. Saltan A, Mert Boğa S, Kalındemirtaş Küçük M. Yaşlı bireylerde fiziksel sağlık ve işlev ile uyku durumunun incelenmesi. *Sağlık ve Toplum*. 2018;2(9):31-37.
 22. Vagetti GC, de Oliveira V, Silva MP, Pacifico AB, Costa TRA, de Campos W. Association of body mass index with the functional fitness of elderly women attending a physical activity program. *Brazilian Journal of Geriatrics and Gerontology*. 2017;20(2):214-24. doi: 10.1590/1981-22562017020.160160
 23. Noh HM, Song HJ, Park YS, Han J, Roh YK. Fall predictors beyond fall risk assessment tool items

- for acute hospitalized older adults: A matched case–control study. *Sci Rep.* 2021;11(1):1-9. doi:10.1038/s41598-021-81034-9
24. Akgül A, Arman N, Tarakci E, et al. Determination falling prevalence and the risks of falls in elders living in the district of Bahcelievler, İstanbul. *Turkiye Klin J Med Sci.* 2018;38(2):105-15. doi:10.5336/medsci.2018-59776
25. Kim T, Choi SD, Xiong S. Epidemiology of fall and its socioeconomic risk factors in community-dwelling Korean elderly. *PLoS One.* 2020;15(6):6-10. doi:10.1371/journal.pone.0234787
26. Brodie MA, Coppens MJ, Ejupi A, et al. Comparison between clinical gait and daily-life gait assessments of fall risk in older people. *Geriatr Gerontol Int.* 2017;17(11):2274-2282. doi:10.1111/ggi.12979
27. Çınarlı T, Koç Z. Fear and risk of falling, activities of daily living, and quality of life: Assessment when older adults receive emergency department care. *Nurs Res.* 2017;66(4):330-335. doi:10.1097/NNR.0000000000000227
28. Aydeniz A, Eskiuyurt N, Yazgan P, et al. Physical, functional and sociocultural parameters that predict fall in elderly: multicenter study. *J PMR Sci.* 2015;18:170-7.
29. Choi P, Wei T, Motl RW, Agiovlasitis S. Risk factors associated with history of falls in adults with intellectual disability. *Res Dev Disabil.* 2020;106(July):103748. doi:10.1016/j.ridd.2020.103748
30. Tornero-Quiñones I, Sáez-Padilla J, Díaz AE, Robles MTA, Robles ÁS. Functional ability, frailty and risk of falls in the elderly: Relations with autonomy in daily living. *Int J Environ Res Public Health.* Published online 2020. doi:10.3390/ijerph17031006

COVID-19 Pandemisinde Gün Yüzüne Çıkan Bir Sorun: Regl Yoksulluğu ve Halk Sağlığı Hemşiresinin Sorumlulukları

A Problem Coming Forth in The Covid-19 Pandemic:
Period Poverty and Responsibilities of the Public Health Nurse

Ebru Sönmez Sarı¹, Handan Terzi²



Geliş/Received : 21.10.2021
Kabul/ Accepted : 15.04.2022

DOI: 10.17942/sted.1013011

Öz

Menstrüasyon, bireyler için bedensel, ruhsal ve toplumsal uyum gerektiren bir konudur. Regl olan bireylerin büyük çoğunluğu, aylık menstrual döngülerini sağlıklı ve saygın bir şekilde yönetme konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadır. Menstrüel ürünlere erişimin olmaması durumu olarak tanımlanan regl yoksulluğu, dünyanın birçok ülkesinde bireylerin eğitim, iş ve sosyal yaşamları gibi pek çok alanda dezavantaj yaratan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu konuda tüm dünyada toplum farkındalığını artıran sosyal medya kampanyaları ve vergilerin kaldırılması veya azaltılmasına yönelik bir takım girişimler yapılmaktadır. Regl yoksulluğu, COVID-19 pandemisi ile günümüzde daha görünür hale gelmiştir. Regl yoksulluğu kaynaklı ortaya çıkan eşitsizliklerin yönetiminde, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesinin birincil sorumlusu olan halk sağlığı hemşirelerinin eğitim, rehberlik, danışmanlık, savunuculuk ve işbirlikçi rollerini etkin kullanması bir gerekliliktir. Bu derleme çalışmasında ihmal edilmiş ve COVID-19 pandemi sürecinde bireysel ve toplumsal etkileri daha da görünür boyuta ulaşan bir halk sağlığı sorunu olan regl yoksulluğu kavramının, halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumlulukları özelinde proaktif pencereden ele alınması amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: hemşire; halk sağlığı; korona virüs; menstrüasyon; regl yoksulluğu

Abstract

Menstruation is an issue which requires physical, mental and social adaptation for individuals. Most menstruating individuals face with serious problems in managing their monthly menstrual cycles in a healthy and respectable way. Period poverty, defined as the lack of access to menstrual products, is a noteworthy public health problem in the world which creates disadvantages in education, work and social life of individuals. In this regard, social media campaigns which increase public awareness and some attempts to repeal or reduce taxes are carried out across the globe. Period poverty has become more evident by the COVID-19 pandemic. In the management of inequalities arising from period poverty, it is a necessity for public health nurses, who are primarily responsible for the protection and promotion of public health, to use their education, guidance, counselling, advocacy and collaborative roles effectively. In this review, it was aimed to deal with the concept of period poverty, a neglected public health problem and whose individual and social effects have become more perceptible during the COVID-19 pandemic, from a proactive perspective in terms of the roles and responsibilities of the public health nurse.

Key words: coronavirus; menstruation; nurse; period poverty; public health

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Bayburt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid No: 0000-0001-7337-4853)

² Dr. Öğr. Üyesi, Ufuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, Halk Sağlığı Hemşireliği AD (Orcid No: 0000-0001-8450-4481)

Giriş

Menstruasyon (regl, adet) üreme sisteminin fizyolojik ve doğal bir sürecidir. Dünya genelinde her gün 300 milyondan fazla bireyin regl olduğu bildirilmektedir (1). Menstruasyon, bireyler için bedensel, ruhsal ve toplumsal uyum gerektiren önemli bir konudur. Regl olan bireylerin büyük çoğunluğunun aylık menstrual döngülerini sağlıklı ve saygın bir şekilde yönetme konusunda ciddi sorunlar yaşadıkları bilinmektedir (2, 3). Bu bağlamda menstrual sağlık ve hijyen yönetimi kavramı küresel boyutta önemli bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.

UNICEF, menstrual sağlık ve hijyen yönetiminin, menstruasyon ile sağlık, iyilik hali, cinsiyet eşitliği, eğitim, toplumsal alanda eşitlik, bireyleri güçlendirme politikaları ve insan haklarını bağdaştırarak, daha geniş bir çerçevede incelenmesi gerektiğinin altını çizmektedir (4). Güncel literatürde, düşük ve orta sosyoekonomik düzeydeki ülkelerde yaşayan 15-49 yaş grubu kadınların menstrual hijyen yönetiminde karşılaştıkları sorunların sağlık, eğitim, iş yaşamına katılım ve iyilik hallerini olumsuz etkilediği bildirilmektedir (3, 5, 6). Menstruasyonun pek çok kültürde halen büyük bir tabu olarak algılanması ve kadınların damgalamaya maruz kalmasının, menstrual sağlık ve hijyen yönetimini zorlaştırdığı bilinmektedir (2, 7, 8). Yapılan bir çalışmada, orta adölesan dönemdeki kızların menstrual sağlık ve hijyen yönetimi ile ilgili konuşma konusunda desteklenmediklerini ve kızların adet dönemlerinde kendilerini "pis" ve "kirli" hissettiklerini ifade ettikleri belirlenmiştir (8). Başka bir çalışmada, okulların menstrual sağlık ve hijyen yönetimi konusundaki önerilerinin sınırlı olmasının adölesan kızların konuyla ilgili uygulamalarını gizlemelerine ve böylece tabu kültürünün büyümesine neden olduğu bulunmuştur (9). ABD'de yapılan bir çalışmada, toplum içerisinde menstruasyon hakkında konuşmanın bir tabu olarak görülmesinin, kadınların menstrual sağlık ve hijyen yönetiminde yaşadıkları zorlukları arttırdığı belirlenmiştir (7).

Tüm dünyada kadınların karşılanmamış menstrual hijyen ihtiyaçlarının oldukça fazla olduğu bilinmektedir (10, 11). Bu ihtiyaçlar arasında,

bilgili sağlık ve eğitim profesyonellerine erişim, olumlu sosyal normlar ve menstrual sağlık ve hijyen savunuculuğu ve politikaları, uygun su kaynaklarına, güvenli ve temiz tesislere ve düşük maliyetli menstrual ürünlere erişimin ilk sıralarda geldiği bildirilmektedir (4, 7, 10). Bu bağlamda menstrual sağlık ve hijyen yönetiminin, su kaynakları, sanitasyon ve hijyen (WASH), eğitim, halk sağlığı, cinsel sağlık ve üreme sağlığı ve hakları, şehir gelişimi ve özel sektör çalışanları ve hizmet sunucularının iş birliği yoluyla etkili bir şekilde ele alınması gereken sektörler arası bir konu olduğu söylenebilir (12).

Literatürde, eğitim ve refah durumunun menstrual sağlık ve hijyen yönetimindeki en önemli faktörler olduğu bildirilmektedir (2). Bununla birlikte, engellilik, yaş, cinsiyet kimliği, yaşanan yer, evsizlik, göçebe yaşam, tutukluluk, afetler, din, etnik köken, sosyal sınıf, kültür gibi pek çok faktörün menstrüel deneyimleri etkilediği bilinmektedir (2, 3). Menstrüel sağlık ve hijyen yönetiminin bireysel boyutta istenik düzeyde olmamasının, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden ikinci, üçüncü, dördüncü, beşinci, altıncı, sekizinci ve 12. hedeflere ulaşmayı olumsuz etkilediği düşünülmektedir. Ayrıca, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri ve ilişkili amaçlarda menstrüel sağlık ve hijyen yönetiminden açıkça bahsedilmemiş olmasının, konunun gelişen dünyada göz ardı edilmesine ve yeterince finanse edilmemesine zemin hazırladığı bildirilmektedir (4, 13). Bu durumun, ülkelerin sosyoekonomik düzeylerine bağlı olmaksızın regl yoksulluğuna neden olduğu belirtilmektedir (3, 11).

Menstrüel ürünlere erişimin olmaması durumu Regl Yoksulluğu (period poverty) olarak ifade edilmektedir (14). ABD'de yapılan bir çalışmada, kadınların % 14,2'sinin bir yıl içerisinde, % 10'unun ise her ay regl yoksulluğunu deneyimlemiş olduğu bulunmuştur (11). Sosyoekonomik düzeyi yüksek olan bir ABD eyaletinde yaşayan düşük gelirli 183 kadını yapılan başka bir çalışmada, kadınların % 64'ünün bir önceki yıl menstrual ürünleri satın alamadıkları belirlenmiştir (10). Hindistan'da yapılan bir çalışmada, lisede okuyan kız öğrencilerin

% 12,5'inin COVID-19 pandemisi nedeniyle ülke genelinde uygulanan karantina sürecinde hijyenik petlere erişimde zorluklar yaşadıkları belirlenmiştir (6). Gana'da yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan adölesan kızların %46'sının marketten hijyenik ürün alamadıkları, buna en önemli nedenin hijyenik ürünlerin maliyeti olduğu (%75,7) saptanmıştır (8). Bu bağlamda, menstrual sağlık ve hijyen yönetiminde maliyet etkin politikalar gözetilerek çözüm üretilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Regl yoksulluğu konusu ile ilgili bireysel farkındalığın artmasıyla, konunun küresel önem kazandığı belirtilmektedir (15). Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Konseyi, ilk kez 2014 yılında kötü menstrüel hijyen ve sağlık yönetimi ve menstrüasyonla ilişkili damgalanmanın, cinsiyet eşitliğini olumsuz etkilediğini bildirmiştir (16). Aynı yıl, Almanya'daki "WASH United" kuruluşu tarafından 28 Mayıs "Uluslararası Menstrüel Hijyen Günü" olarak ilan edilmiştir. Bu gelişme ile menstrual sağlık ve hijyen yönetiminin regl olan tüm bireylerin temel bir ihtiyacı ve bir insan hakkı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, regl yoksulluğu tüm dünyada çözüme ulaştırılması gereken bir konudur (10).

Bu derlemede, ihmal edilmiş toplumsal bir sorun olan ve çözümünü için sektörler arası iş birliği gereken regl yoksulluğunun proaktif bakış açısıyla ele alınması ve halk sağlığı hemşiresinin rol ve sorumluluklarının tartışılması amaçlanmıştır.

Regl Yoksulluğu

Bu kavram ilk defa Crichton ve arkadaşları tarafından, Kenya'da adölesan kızların menstrüasyon deneyimlerine ilişkin yapılan niteliksel çalışmada, menstrüel hijyen yönetiminde yaşanan ekonomik ve psikososyal yoksulluğu ifade etmek için kullanılmıştır (17). Regl yoksulluğu, menstrüel hijyen ürünlerini karşılayamama, menstrüel hijyen için ihtiyaç duyulan malzeme ve hizmetlere yetersiz erişim, menstrüasyon ile ilgili bilgi eksikliği, menstrüasyon ile ilişkili damgalanma ve utanç durumunun birleşimi olarak da tanımlanmaktadır (15). Regl yoksulluğu literatürde menstrüel eşitsizlik (menstrual inequality), menstrüel yoksulluk (menstrual poverty) ve üreme hakkı ihlali

(reproductive injustice) gibi kavramlar olarak da karşımıza çıkmaktadır (18).

Regl Yoksulluğunun Etkileri

Regl yoksulluğu dünyanın birçok ülkesinde bireylerin eğitim, iş ve sosyal yaşamları da dahil olmak üzere hayatın birçok alanında dezavantaj yaratan önemli bir halk sağlığı sorunudur (11, 12, 19).

Regl yoksulluğu, başlarda düşük gelirli ülkeleri etkileyen bir sorun olarak görülmüş olsa da, günümüzde birçok gelişmiş/gelişmekte olan ülke regl yoksulluğu ile büyük mücadele vermektedir (3, 10, 11). Regl yoksulluğunun adölesan kızların eğitim hakkından, ülkelerin ekonomik kalkınmalarına kadar çeşitli etkilerinin olduğu bildirilmektedir (3, 5, 8, 9). Regl yoksulluğunun özellikle okul çağında olan adölesan kızların regl dönemlerini yönetmelerinde birçok zorluk yaşamalarına neden olduğu bilinmektedir (9). Menstrüasyonla ilgili bilgi kaynağının anneler, ablalar ve yakın arkadaşlar olması, okullarda bu konunun tabu olarak görülerek adölesan kızlara yeterli bilginin ve sosyal desteğin verilmemesi, okullarda hijyen ve sanitasyon imkanlarının yetersizliği gibi nedenlerin, bu grupta regl yoksulluğuna zemin hazırlayan önemli faktörler olduğu saptanmıştır (5, 8). Yaşanılan bu zorluklar, adölesan kızların eğitim haklarından mahrum kalmalarına neden olmaktadır (4). UNESCO, dünya genelinde yaklaşık 130 milyon kızın okula gidemediğini ve bunun en önemli nedenlerinden birinin regl yoksulluğu olduğunu ifade etmektedir (20, 21). Etiyopya'da yapılan bir çalışmada, çalışmaya katılan kız öğrencilerin büyük çoğunluğunun dismenore yaşaması, regl sıvısının giysiye bulaşması ile ilgili korkularının olması, menstrual ürünlere ve temiz ve kullanıma uygun tuvalet/lavabolara erişim olanaklarının olmaması nedenleriyle yaklaşık iki gün okula devam edemedikleri bulunmuştur (5). Yeni Zelanda'da yapılan bir çalışmada yoksulluğun, adölesan kızların okula gidememelerinin yanı sıra, uygun fiyatlı hijyenik ürünleri bulamamalarına ve regl sıvısını gizlemek için güvenli olmayan materyalleri (bez parçası, yaprak, çorap, not defteri ve gazete kağıdı gibi) kullanmalarına sebep olduğu saptanmıştır (19).

Bununla birlikte, kadınların ev/iş ortamında regl döneminde kullandığı menstrüel hijyen ürünlerini değiştirmek ve atmak için temiz ve kullanıma uygun su ve tuvalet/lavabo olanaklarına erişimden yoksun olduğu bilinmektedir (2, 10).

ABD’de yapılan bir çalışmada kadınların menstrüel sağlık ve hijyen yönetimindeki engellerinin hijyen ürünlerini satın almak için yeterli maddi güçlerinin olmaması, ucuz marketlere ulaşımında yaşadıkları sorunlar ve tuvalet tesislerini kullanmada karşılaştıkları güvenlik ve gizlilik sorunları olduğu saptanmıştır (10). Bu bağlamda regl yoksulluğu hem menstrüasyon döneminde bireylerin hijyenik olmayan malzemeleri kullanmasına hem de temiz ve kullanıma uygun su ve tuvalet/lavabo olanaklarının olmamasına bağlı üreme sistemi ve idrar yolu enfeksiyonları gelişmesine yol açarak, yaşam kalitesini etkileyen önemli bir sağlık sorunu olarak da ele alınmalıdır (3).

Birçok ülkede menstrüel ürünler üzerinden toplanan “lüks vergisi”nin yaşanan regl yoksulluğunu artırdığı bilinmektedir (8, 10). Menstrüel ürünlerin uygun fiyatlı olmamasının özellikle yoksul olan bireylerin bu ürünleri satın alma durumlarını daha da zorlaştırdığı bildirilmektedir (14, 19). Menstrüel ürünler Birleşik Krallık, Kenya, Avustralya, Kanada, Hindistan, Jamaika, Nikaragua, Nijerya, Tanzanya, Lübnan, Malezya, Kolombiya, Güney Afrika, Namibya, Ruanda ve bazı AB ülkelerinde vergiden muaf tutulmaktadır. Almanya’da menstrüel ürünlerin vergi oranı %7 iken, ülkemizde lüks ürün kategorisinde sayılan bu ürünlerden alınan vergi oranı %18’den 29 Mart 2022 tarihli Resmî Gazetede yayımlanan 5359 sayılı Cumhurbaşkanı Kararı ile %8’e düşürülmüştür (22, 23). Menstrüel ürün vergilerini kaldırmaya yönelik politikaların, bu ürünlerin satın alınabilirliğini artırmada ve kadınlar ve aileleri üzerindeki ekonomik yükü azaltmada etkili olacağı düşünülmektedir. Böylece, regl yoksulluğu ortadan kaldırılarak menstrüel sağlık ve hijyen yönetiminde eşitsizliklerin kontrol altına alınabileceği ön görülmektedir (3).

Regl yoksulluğu, COVID-19 pandemisi ile daha görünür hale gelmiştir (15, 24).

COVID-19’un Regl Yoksulluğuna Etkileri
COVID-19 pandemisi, dünyadaki tüm dengeleri

etkilemiş ve etkilemeye devam etmektedir. Pandeminin bireylerin menstrüel sağlık ve hijyen yönetimi konusunda yaşadıkları zorlukları da artırdığı bilinmektedir (6, 25).

Pandemi ekonomik boyutta bireylerin ve ailelerin diğer temel ihtiyaçlara (gıda, elektrik, su vb. faturaları) öncelik vermesine neden olmuştur (12). Uygun fiyatlı menstrüel ürünlere erişimde yaşanan güçlükler, sorunlardan biri olarak belirtilmiştir (14). Pandeminin menstrüel hijyen ürünlerini satın alabilecek durumda olanlar için bile bu sorunu görünür hale getirdiği ifade edilmiştir. Pandeminin ilk haftalarında bireylerin hijyen ürünlerini stoklama amaçlı satın aldıkları ve bu durumun dünya genelinde genel hijyen ürünleri ve menstrüel hijyen ürünlerinin kıtlığı sorununa yol açtığı bildirilmiştir. Bu kıtlık durumunun hem bu ürünlere ulaşamamasına hem de fiyatların artmasına neden olduğu belirtilmiştir (15). Sokağa çıkma kısıtlaması da menstrüel ürünlere erişime engel olan bir durum olarak bildirilmiştir (6). Pandemi sırasında bazı ülkelerde umumi tuvalet veya lavaboların kapatılmış olmasının sorun olduğu ve bazı yerlerde de su veya sabuna erişimi engel teşkil ettiği belirtilmiştir (6, 25). Ayrıca salgın sırasında bireylerin menstrüasyonla ilgili bilgi ve destek kaynaklarının azalmış olması bir başka sorun olarak ifade edilmiştir (6). Çoğu menstrüel ürüne daha fazla erişimin olmasını sağlayan okulların pandemi sürecinde kapatılması, bu süreci olumsuz etkilemiştir (6, 25).

Menstrüel hijyen ürünlerine erişim, COVID-19 pandemisinde yoğun mesai harcayan sağlık çalışanları için de sorun olmuştur (26). Sağlık personelinin özellikle yoğun çalışma saatleri nedeniyle menstrüel hijyen ürünleri için alışveriş yapma durumlarının önemli ölçüde engellendiği, Çin’de bazı sağlık çalışanlarının pandemi sürecinde regl olmayı durdurmak için oral kontraseptif ilaçlar aldığı bildirilmiştir (26).

COVID-19 pandemisi ile daha görünür hale gelen regl yoksulluğu sorunun çözümü için hem dünyada hem de ülkemizde birtakım girişimler yapılmaktadır.

Dünyada ve Ülkemizde Regl Yoksulluğu ile İlgili Aktiviteler

Regl yoksulluğu, daha önce düşük gelirli ülkeleri etkileyen bir sorun olarak görülse de birçok gelişmiş/gelişmekte olan ülke regl yoksulluğu ile büyük mücadele vermekte ve bu durum ile ilgili kampanyalar düzenlemektedir (20). İskoçya Hükümeti 2017 yılının Temmuz ayında, menstrüel ürünleri ihtiyaç sahibi bireylere ulaştırmak için ülkedeki çeşitli okullar ve üniversitelerde ücretsiz hijyen ürünleri sağlamaya yönelik bir girişim başlatmıştır (27). Bu girişim ile tıpkı tuvalet kağıdı ve sabun gibi menstrüel hijyen ürünlerinin de tuvaletlerde bulunması sağlanmıştır. Bu, dünyadaki regl yoksulluğunu ele almak ve regl dönemindeki damgalanma ve utanç ortadan kaldırmaya yönelik çok önemli adımlardan biri olarak kabul edilmektedir (18, 20, 27). Ülkemizde ise, regl yoksulluğu ile mücadele eden ve tabuları yıkmaya çalışan “Konuşmamız Gerek” isimli bir sivil toplum kuruluşunun olduğu bilinmektedir. Faaliyetlerine devam eden bu kuruluş sosyoekonomik düzeyi düşük genç kızlar, tarım işçisi ve mülteci kadınlar gibi regl yoksulluğu açısından dezavantajlı gruplarla birçok saha çalışması ve proje gerçekleştirmiştir (28).

Regl yoksulluğunun çözümü için yapılan projelere ek olarak toplumun sağlığını koruma ve geliştirme ile ilgili önemli sorumluluğu olan halk sağlığı hemşiresinin toplumsal farkındalık çalışmalarına aktif olarak katılması önem arz etmektedir.

Regl Yoksulluğunun Yönetilmesinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Eğitim, rehberlik ve danışmanlık, savunuculuk, işbirlikçi gibi rolleri olan hemşirelerin temel amacı; sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesidir. Toplumla iç içe olan halk sağlığı hemşiresi olumsuz bir durumun bireylerin sağlığı ve refahı üzerindeki etkilerini doğrudan gözlemleyebilmektedir. Bu nedenle özellikle sağlık eşitsizlikleri ve yoksulluk gibi sorunlarda halk sağlığı hemşiresinin aktif rol alması gerektiği yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (29, 30). Dünyanın birçok ülkesinde bireylerin eğitim, iş ve sosyal yaşamları da dahil olmak üzere hayatlarının birçok alanını olumsuz etkileyen regl yoksulluğu, toplumun sağlığını koruma ve geliştirme ile ilgili önemli sorumluluğu olan halk sağlığı hemşiresi tarafından ele alınması gereken

önemli bir konudur (19). Regl yoksulluğu özellikle okul çağında olan genç kızları etkilemekte ve devamsızlık yapmalarına neden olmaktadır (20, 21). Bu bağlamda özellikle okul hemşireleri regl yoksulluğunun boyutunu tespit etmede anahtar bir roledir. Bununla birlikte, halk sağlığı hemşiresi menstrüasyon döneminde menstrüel ürünlere erişmenin bir lüks olmadığı konusunda toplumlardaki farkındalığın artırılmasına yönelik çalışmalar yapmalı ve regl yoksulluğunu ortadan kaldırmaya yönelik yapılacak çalışmalarda aktif görev almalıdır.

Sonuç

Regl yoksulluğu tüm dünyada ihmal edilmiş olan ve COVID-19 pandemisiyle birlikte görünürlüğü daha da artan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kadınların menstrüel sağlığına yatırım yapılmasının, anne ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında uzun vadede ülkelere fayda sağlayacağı ve ekonomik büyümeye katkıda bulunacağı düşünülmektedir. COVID-19 pandemisi ile daha görünür hale gelen bu konuda toplumun farkındalığının artırılması önemlidir. Toplum sağlığını koruma ve geliştirme ile ilgili önemli sorumluluğu olan halk sağlığı hemşiresinin eğitim, rehberlik ve danışmanlık, savunuculuk, işbirlikçi rollerini etkin kullanarak eşitsizliklerle savaşması bir gerekliliktir. Halk sağlığı hemşireleri, menstrüel ürünlere erişmenin bir insan hakkı olduğu konusunda toplumsal farkındalığın artırılmasına yönelik girişimler yapmalıdır. Regl yoksulluğunu ortadan kaldırmaya yönelik yapılacak çalışmalarda politika yapımcılarla birlikte disiplinlerarası bir ekip üyesi olarak çalışmalıdır.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Handan Terzi
E-Posta: handan4806@hotmail.com

Kaynaklar

1. Making the case for investing in menstrual health and hygiene. Population Services International, Global Menstual Collective. Accessed September 18, 2021, at https://menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2021/01/Making-the-Case-for-Investing-in-MHH-Report_Final.pdf
2. Hennegan J, Shannon AK, Rubli J, Schwab KJ, Melendez-Torres GJ. Women's and girls' experiences of menstruation in low- and

- middle-income countries: A systematic review and qualitative metasynthesis. *PLoS Med* 2019;16(5):e1002803.
3. Rossouw L, Ross H. Understanding period poverty: socio-economic inequalities in menstrual hygiene management in eight low-and middle-income countries. *Int. J. Environ. Res* 2021;18(5):2571.
 4. Guidance on Menstrual Health and Hygiene. United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF). Accessed September 18, 2021, at <https://www.unicef.org/media/91341/file/UNICEF-Guidance-menstrual-health-hygiene-2019.pdf>
 5. Habtegiorgis Y, Sisay T, Kloos H, Malede A, Yalew M, Arefaynie M, et al. Menstrual hygiene practices among high school girls in urban areas in Northeastern Ethiopia: A neglected issue in water, sanitation, and hygiene research. *PloS one*. 2021;16(6):e0248825.
 6. Garg SG, Alvi R, Gupta S, Ahmad A. Exploring college student's menstruation-related difficulties during early COVID-19 lockdown period in North India. *J Public Health Prim Care* 2020;1(1):22.
 7. DeMaria AL, Delay C, Sundstrom B, Wakefield AL, Naoum Z, Ramos-Ortiz J, et al. "My mama told me it would happen": menarche and menstruation experiences across generations. *Women Health* 2020;60(1):87-98.
 8. Mohammed S, Larsen-Reindorf RE. Menstrual knowledge, sociocultural restrictions, and barriers to menstrual hygiene management in Ghana: Evidence from a multi-method survey among adolescent schoolgirls and schoolboys. *Plos one*. 2020;15(10):e0241106.
 9. Rheinländer T, Gyapong M, Akpakli DE, Konradsen F. Secrets, shame and discipline: School girls' experiences of sanitation and menstrual hygiene management in a peri-urban community in Ghana. *Health Care Women Int* 2019;40(1):13-32.
 10. Kuhlmann AS, Bergquist EP, Danjoint D, Wall LL. Unmet menstrual hygiene needs among low-income women. *Obstet Gynecol* 2019;133(2):238-44.
 11. Cardoso LF, Scolese AM, Hamidaddin A, Gupta J. Period poverty and mental health implications among college-aged women in the United States. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):14.
 12. Achuthan K, Muthupalani S, Kolil VK, Bist A, Sreesuthan K, Sreedevi A. A novel banana fiber pad for menstrual hygiene in India: a feasibility and acceptability study. *BMC Women's Health*. 2021;21(1):1-14.
 13. Sustainable Development Goals: 2030. United Nations Development Programme. Accessed September 18, 2021, at <https://www.undp.org/sustainable-development-goals>
 14. Singh B, Zhang J, Segars J. Period poverty and the menstrual product tax in the United States [29F]. *Obstet Gynecol* 2020;135:68S.
 15. Crawford BJ, Waldman E. Period Poverty in a Pandemic: Harnessing Law to Achieve Menstrual Equity, 98 *Washington University Law Review* 1569 (2021), Accessed September 18, 2021, at <https://ssrn.com/abstract=3692802SSRN>
 16. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu. Report of the Special Rapporteur on the human right to safe drinking water and sanitation, Catarina de Albuquerque. Twenty-seventh session. 2014:1-28.
 17. Crichton J, Okal J, Kabiru CW, Zulu EM. Emotional and psychosocial aspects of menstrual poverty in resource-poor settings: a qualitative study of the experiences of adolescent girls in an informal settlement in Nairobi. *Health Care Women Int*. 2013;34(10):891-916.
 18. Withanarachchie V. Period poverty in New Zealand: the failed recognition of menstrual products as basic health necessities: ResearchSpace at Auckland; 2020.
 19. Wootton SA. Menstrual poverty and discourses of menstruation in New Zealand school girls' narratives: "It's just not a subject that comes up in talking": a thesis presented in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Science in Health Psychology at Massey University, Manawatū, New Zealand: Massey University; 2018.
 20. Plan International UK, Tingle C. Break the Barriers: Girls' experiences of menstruation in the UK: 2018.
 21. Guyatt T. UNESCO: Millions of girls are out of school-but data show that gender alone is not the main culprit. Accessed September, 18, 2021, at <http://uis.unesco.org/en/blog/millions-girls-are-out-school-data-show-gender-alone-not-main-culprit>
 22. Rodriguez L. Global Citizen: The Tampon Tax: Everything You Need to Know 2021 Accessed September, 18, 2021, at <https://www.globalcitizen.org/en/content/tampon-tax-explained-definition-facts-statistics/>
 23. T.C. Resmi Gazete. Mal ve Hizmetlere Uygulanacak Katma Değer Vergisi Oranlarının Tespitine İlişkin Kararda Değişiklik Yapılmasına Dair Karar (Karar Sayısı: 5359). Accessed April, 15, 2022, at <https://www.resmigazete.gov.tr/29.03.2022>
 24. UNICEF. Periods in the pandemic: 9 things we need to know Accessed September, 18, 2021, at <https://www.unicef.org/coronavirus/covid-19-periods-in-pandemic-9-things-to-know>
 25. Bawa M, Seshu U, Rai Gupta A, Sindhu M, Arora M, Dabriwal S. COVID-19 Induced menstrual hygiene management adversities and impact

- assessment of project Baala's intervention in response to these adversities in peri-urban fringes of Delhi. SSRN 2020:3733664.
26. Li A. How China's coronavirus health care workers exposed the taboo on menstruation. South China Morning Post 2020.
 27. Zipp S, Mørk Røstvik C, Purcell C. Ending period poverty: Scotland's plan for free menstrual products shatters taboos and leads a global movement. The Conversation 2018.
 28. Konuşmamız Gerek Derneği. Accessed September, 18, 2021, at <https://konusmamizgerek.org/>
 29. Cohen BE, McKay M. The role of public health agencies in addressing child and family poverty: Public health nurses' perspectives. Open Nurs 2010;4:60.
 30. Welch D, Kneipp S. Low-income housing policy and socioeconomic inequalities in women's health: the importance of nursing inquiry and intervention. Policy Polit Nurs Pract 2005;6(4):335-42.

DOI: 10.17942/sted.1006125

Geliş/Received : 07.10.2021
Kabul/ Accepted : 27.05.2022

Öz

COVID-19 pandemi süreci birçok kalıcı ve geçici davranışsal değişikliklerine sebep olduğu gibi birçok yeni kavramı da beraberinde getirmiştir. Pandemi döneminde bağımlılık düzeyleri de bu davranış değişikliklerinden farklı şekilde etkilenmeler göstermiş olup, teknoloji bağımlılığının artmış ihtiyaçlara bağlı olarak beklentilerin üstünde arttığı gözlenmiştir. Yazımızda yeni bir kavram olan nomofobinin COVID-19 süreciyle ilişkisine yer verdik.

Anahtar sözcükler: Nomofobi, COVID-19, Davranış

Abstract

The COVID-19 pandemic process has caused many permanent and temporary behavioral changes, as well as brought many new concepts. During the pandemic period, addiction levels were also affected differently by these behavioral changes, and it was observed that technology addiction increased above expectations due to increased needs. In our article, we have included the relationship of nomophobia, which is a new concept, with the COVID-19 process.

Key words: Nomophobia, COVID-19, Behavior

¹ Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD (Orcid No: 0000-0001-9848-8697)

² Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD (Orcid No: 0000-0002-3330-9317)

³ Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD (Orcid No: 0000-0002-5153-2184)

Sayın Editör,

Nomofobi; “no”, “mobile” ve “phobia” kelimelerinden birleşerek oluşmuş olup, adından da anlaşıldığı üzere telefonsuz kalma korkusunu anlatmaktadır. Günümüzde akıllı telefonlar, bilgisayarlara göre daha kolay kullanımı ve ulaşımı nedeniyle tercih edilmektedir. Günlük yaşamda ihtiyacımız olan tüm gereksinimlere akıllı telefon uygulamaları ile ulaşılabilir. Bu durum tüm ticaret alanı başta olmak üzere birçok alanda köklü değişikliklere neden olmuştur (1,2).

Akıllı telefonların kullanımının yaygınlaşması COVID-19 pandemi döneminde gençler başta olmak üzere tüm yaş grupları için teknoloji kullanımının zorunluluklar arasına girmesine

ve dolayısıyla da teknoloji bağımlılığının yaygınlaşması ve artmasına neden olmuştur. Gençlerin teknoloji kullanımının hem eğitim hem eğlence alanlarında artması davranış değişikliklerine neden olabilmekte ve bağımlılık düzeylerinin de artmasına neden olabilmektedir (Şekil 1) (3,4).

Bağımlılıklar genel olarak; alkol, madde, kumar, tütün bağımlılığı olarak sınıflandırılırken günümüzde teknoloji bağımlılığı bu sınıflamalara eklenmiştir. Bağımlılıklar birbirleriyle ilişkili olabilmekte olup, her hangi bir bağımlılığı olan kişilerin diğer tür bağımlılık düzeylerinin artması daha kolay olabilmektedir (5).

Bağımlılık düzeyleri çeşitli yöntemlerle



Şekil 1. COVID-19 pandemisi ve nomofobi (Çizim: Yücel Özalp)

ölçülebilmekte olup, nomofobi düzeyini ölçen de testler/ölçekler mevcuttur (6). Günümüzde bu alan psikoloji ve psikiyatri biliminin yetkinliğine girmektedir. Ancak hastaların sağlık hizmetlerine en kolay erişim yeri olan birinci basamak sağlık hizmetlerinin bu alanda sorumluluğu olduğu açıktır. Ergen izlemleri içinde sorgulanan bağımlılık durumu bize tüm bağımlılıklar için bilgi sağlamak ve bağımlılığın yönetim kararı için de bizi yönlendirmektedir.

Özellikle de teknoloji bağımlılık düzeyi yüksek olan kişilerde nomofobi düzeyinin de ölçülerek kişilerin bağımlılıklarının azaltılması ve sonlandırılması için gerekli tedavi ve yönlendirmelerinin yapılması büyük önem arz etmektedir. Aksi halde nomofobik gençlerin sosyal hayattan izolasyonları ve duygu durumlarındaki kötüleşmelerin önüne geçilemeyecek olup, diğer bağımlılık türlerinin daha kolay edinilmesi kaçınılmaz olacaktır (7,8). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ana bileşeni olan Aile hekimliklerinde, ergen izlemlerinin düzenli ve

uygun yapılması ile nomofobi düzeyi yüksek olan kişilerin saptanması ve gerekli müdahalelerin yapılması ile mümkün olacaktır.

Nomofobi oluşması davranış değişikliklerinin oluşması ile oluşabilmekte olup tedavide de aynı şekilde davranış değişikliği modelinin temelini oluşturan transteoretik modelin kullanılması ile başarı sağlanabilecektir. Transteoretik modelin başlıca kullanım alanı olan sigara bıraktırmadaki uygulamalarına/basamaklarına (Düşünmeme, Düşünme, Hazırlık, Hareket, Devam ettirme ve Karar alma) (Şekil 2) benzer şekilde davranış değişiklikleri sağlanarak nomofobi ve teknoloji bağımlılığından kurtulmaları sağlanabilmekte olup (9,10), aile hekimliklerinde tedavilerinin sağlanması ile hem üst basamak sağlık hizmetleri meşgul edilmemiş hem de hastalara ulaşım daha kolaylıkla sağlanabilecektir.

İletişim: Doç. Dr. İzzet Fidancı
E-Posta: izzetfidanci@gmail.com



Şekil 2. Transteoretik model döngüsü

Kaynaklar

1. Bhattacharya S, Bashar MA, Srivastava A, Singh A. NOMOPHOBIA: NO MOBILE PHONE PHOBIA. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(4):1297-1300. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_71_19
2. Uysal Ş, Özen H, Madenoğlu C. Social phobia in higher education: the influence of nomophobia on social phobia. *The Global e-learning Journal* 2016;5(2):1-8.
3. Fidancı İ, Aksoy H, Yengil Taci D, Ayhan Başer D, Cankurtaran M. Effect of COVID-19 Restrictions on Nomophobia and Smartphone Addiction Levels. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22(4): 395-402.
4. Visweswaraiah V. Nomophobia before and after the COVID-19 Pandemic-Can Social Media be Used to Understand Mobile Phone Dependency. *Int J Clin Med Info*. 2021;4(1):31-43.
5. Gifford E, Humphreys K. The psychological science of addiction. *Addiction* 2007;102(3):352-361.
6. Yildirim C, Correia AP. Exploring the dimensions of nomophobia: Development and validation of a self-reported questionnaire. *Computers in Human Behavior* 2015;49:130-7.
7. Özgür Güler E, Veysikarani D. Nomofobi üzerine bir araştırma: üniversite öğrencileri örneği. *Beykoz Akademi Dergisi* 2019;7(1):75-88.
8. Ozdemir B, Cakir O, Hussain I. Prevalence of Nomophobia among university students: A comparative study of Pakistani and Turkish undergraduate students. *Eurasia Journal of Mathematics, Science and Technology Education* 2018;14(4):1519-1532.
9. Fidancı I, Oztürk O, Unal M. Transtheoretic model in smoking cessation. *J. Exp. Clin. Med.* 2017; 34(1): 9-13.
10. Erol S, Erdoğan S. Sağlık Davranışlarını Geliştirmek ve Değiştirmek İçin Transteoretik Modelin Kullanılması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;10(2):86-94. At L. Mis. Mei is, facendam feco cul hebendum noter adhum



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup STED, 2012 yılı başında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

1. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen ç.bölümdür.

2. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

Tipik dergi makalesi: Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increasead risk for pancreatobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

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

Kitap bölümü: Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlang;1988. p.521-32.

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

3. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

4. Şekiller ve Fotoğraflar: Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

4. Rakamlar: Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

5. İlaç adları: Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

6. Kısaltmalar: Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özette kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Sözcük sayısı: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir.

Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirmeye alınmayacaktır.