

Turkish Journal of Family Medicine & Primary Care

Year 2023 / December / Volume 17 / Issue 4 / e-ISSN: 1307-2048

Official Journal of Family Medicine Academy

The Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care (TJFMPC) is published online 4 times a year; March, June, September and December since 2007. The peer-reviewed journal's chief objective is to provide high-quality continuing professional development for family physicians and other primary care professionals.

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

Electronic Journal (e-ISSN: 1307-2048)

Owner/ İmtiyaz Sahibi

Aile Hekimliği Akademisi Derneği Adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof.Dr.Okay Başak

Editor in Chief/ Baş Editör

Prof.Dr.Nafiz Bozdemir
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Emekli Öğretim Üyesi
Adana, Türkiye

E-mail

tjfmpe@gmail.com

Tel: 90-507-2618148

Publisher/Yayıncı

Aile Hekimliği Akademisi Derneği

Publisher Address/Yayıncı Adresi

Aile Hekimliği Akademisi Derneği
DEÜ Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD.
İnciraltı 35340 İzmir-Türkiye

Kapak görseli; Dr.S.Haluk Uygur'a aittir. Destekleri için teşekkür ederiz.

Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care

Editor in Chief

Nafiz Bozdemir (Çukurova University, Türkiye, retired lecturer)

Editorial Advisory Board

Sevgi Özcan (Çukurova University, Türkiye)

Okay Başak (Adnan Menderes University, Türkiye)

Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Türkiye)

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Editors

Sevgi Özcan (Çukurova University, Türkiye)

Okay Başak (Adnan Menderes University, Türkiye)

Hatice Kurdak (Çukurova University, Türkiye)

Dilek Güldal (Dokuz Eylül University, Türkiye)

M. Mümtaz Mazırcıoğlu (Erciyes University, Türkiye)

Erkan Melih Şahin (Onsekizmart University, Türkiye)

Recep Erol Sezer (Yeditepe University, Türkiye)

Ruhuşen Kutlu (NE University, Türkiye)

Ümit Aydoğan (Sağlık Bilimleri University, Türkiye)

Rıza Çitil (Gaziosmanpaşa University, Türkiye)

Nil Tekin (Narlıdere Huzur Evi, Türkiye)

Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Türkiye)

Tamer Edirne (Pamukkale University, Türkiye)

Derya İren Akbıyık (Hitit University, Türkiye)

Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Türkiye)

Yusuf Çetin Doğaner (SBÜ Gülhane Tıp Fakültesi, Türkiye)

Language Editors

English Language:

Tolga Günvar (Dokuz Eylül University, Türkiye)

Özden Gökdemir (İzmir Ekonomi University, Türkiye)

Yusuf Çetin Doğaner (Sağlık Bilimleri University)

Çiğdem Gereklioğlu (Çukurova University, Türkiye)

Turkish Language:

Hatice Kurdak (Çukurova University, Türkiye)

Yusuf Ziya Halefoğlu (Çukurova University, Türkiye)

Onur Dursun (Çukurova University, Türkiye)

Filiz Yıldız (Çukurova University, Türkiye)

Aslı Korur (Başkent University, Türkiye)

Zeliha Yelda Özer (Çukurova University, Türkiye)

Ayşe Nur Topuz (Çukurova University, Türkiye)

International Editors

Lewis D. Ritchie (Aberdeen University, UK)

Donald B. Middleton (University of Pittsburgh, USA)

Valius Leonas (Kaunas University, Lithuania)

Mehmet Ungan (WONCA Europe, President Elect)

Radost Assenova (University of Plovdiv, Bulgaria)

Shlomo Vinker (Tel Aviv University, ISR)

Statistics Editors

Refik Burgut (Maltepe University, Türkiye)

Cahit Özer (Mustafa Kemal University, Türkiye)

İlker Ünal (Çukurova University, Türkiye)

Yaşar Sertdemir (Çukurova University, Türkiye)

Graphic Editors

Mustafa Çelik (Ministry of Health, Ankara, Türkiye)

Ömer Tuğrul Çelik (TOBB Eco. And Tech. University, Türkiye)

Scientific Board

Abdullah Sarıöz	Deniz Tuncel	Gülcan Bahcivan	Naim Nur	Serdar Öztora
Abdülkadir Kaya	Deniz Karayün	Gülşah Akyol	Naim Karagöz	Serkan Kumbasar
Ali Timuçin Atayoğlu	Deniz Koçoğlu	Gülşen Hasçelik	Nazan Bilgel	Şerpil Aydın Demirağ
Ahmet Barış Güzel	Deniz Tanyer	Güzel Dişçigil	Nazan Karaoğlu	Seval Akgün
Ahmet Muhtar Şengül	Dercan Gençbaş	Hacer Bozdemir	Nazlı Şensoy	Sevgi Özcan
Ali Batuş	Derya İren Akbıyık	Hacer Yapıcıoğlu	Neşe Akın	Sevgül Dönmez
Ali Deniz	Deya Kaya Şenol	Hakan Kaleağası	Nevin Uslu	Seza Ayşe Inal
Ali Güneş	Derya Tanrıverdi	Hakan Özdoğu	Nezih Dağdeviren	Songül Duran
Ali Rıza Şişman	Didem Sunay	Hasan Basri Üstünbaş	Nihal Zekiye Erdem	Sunay Fırat
Aliye Mavili	Dilek Avcı	Hatice Kurdak	Nigar Çelik	Süheyl Asma
Aliye Mandracıoğlu	Dilek Çingil	Hatice Küçükceran	Nil Tekin	Süleyman Görpelioğlu
Altan Eşşizoğlu	Dilek Özcan	Hikmet Pekcan	Nilgün Özçakar	Süleyman Özdemir
Anıl Tombak	Dilek Toprak	Hülya Akan	Nuray Egelioğlu Cetişli	Sümeyye Akyüz
Arda Yılmaz	Duygu Ayhan Başer	Hülya Çakmur	Nurcan Yabancı	Şebnem Bıçakçı
Arzu Uzuner	Duygu İlke Yıldırım	Hülya Elmalı Şimşek	Nurdan Evliyaoğlu	Şebnem Yosunkaya
Arzu Yıldırım	Ebru Gözüyeşil	Hülya Türkmen	Nurgül Güngör Tavşanlı	Şefika Dilek Güven
Aslı Uçar	Ediz Yeşilkaya	Hüseyin Avni Şahin	Nurettin Oğuz	Şenay Aras Doğan
Aslıhan Ulu	Elif Deniz Şafak	Hüseyin Balcıoğlu	Nurşen Düzgün	Şengül Yaman
Asya Banu Babaoğlu	Elif Gökçearslan	Hüseyin Per	Nurver Turfaner	Şule Gökyıldız
Asuman İnan	Emre Benlidayı	İbrahim Başhan	Sipahioğlu	Tacetin İnandı
Ayça Şolt Kırcı	Ercan Çalışkan	İbrahim Öztur	Oğuz Tekin	Tamer Edirne
Aydan Gülsüm Genç	Ercüment Erbay	İlhami Ünlüoğlu	Okay Başak	Tamer Tetiker
Ayfer Gemalmaz	Erkan Melih Şahin	İlker Ünal	Onur Dursun	Taşkır Ketenci
Ayla Uzunchek	Erol Kesiktaş	İlknur Aydın Avcı	Onur Öztürk	Timur Ekiz
Aylin Yalçın İrmak	Ertan Mert	İlknur Yeşilçınar	Orçun Yalav	Tijen Şengezer
Aynur Çetinkaya	Esat Veli Karakoç	İrfan Yurdabakan	Orhan Murat Koçak	Tolga Günvar
Aysun Ardiç	Esra Ataoğlu	İshak Aydemir	Özge Tuncer	Tonguç Berkol
Ayşe Serpen	Esra Çalık Var	İzzet Fidancı	Özgür Enginyurt	Tuba Özaydın
Ayşe Semra Demir Akca	Eyüp Gencil	Kadir Özdel	Özlem Bulantekin	Tuğba Yıldırım
Ayşegül Özcan	Ezgi Ağadayı	Kevser Tarı Selçuk	Düzalan	Tunay Sarpel
Ayşegül Yolga Tahiroğlu	Ezgi Özyılmaz	Kurtuluş Öngel	Özlem Çınar Özdemir	Tunç Ozan
Bahadır Yazıcıoğlu	Fatma Sayiner	Kürşad Akadlı Özşahin	Özlem Güner	Turan Set
Bediye Öztaş	Ferda Dağlı	Mahcubec Cubukcu	Özüm Erkin	Umut R. Gündüz
Behice Kurtaran	Ferdi Tanır	Melihat Demirbilek	Papatya Karakurt	Ülken Tunga Babaoğlu
Bektaş Murat Yalçın	Fahri Özsungur	Mehmet Akman	Pemra C. Ünalın	Ümit Aydoğan
Berrin Telatar	Fatma Gökşin Cihan	M. Mümtaz Mazcıoğlu	Ramazan Akçan	Veli Duyan
Bihter Akın	Fevziye Çetinkaya	Mehmet Karakaş	Recep Civan Yüksel	Vildan Mevsim
Bilge Sümbül	Fevziye Toros	Mehmet Sargın	Recep Erol Sezer	Volkan İzol
Bilgen Başkut	Figen Turan	Mehmet Özen	Refik BURGUT	Yasemin Çayır
Bilgin Yüksel	Fikret Bademkiran	Mehmet Uğurlu	Rengin Güzel	Yasemin Korkut
Binali Çatak	Filiz Adana	Mehmet Ungan	Reşat Dabak	Yasin Şahintürk
Biröl Güvenç	Filiz Polat	Mehtap Evran	Rıza Çıtl	Yavuz Selim Yıldırım
Burcu Avcıbay	Fisun Sözen	Mehtap Kartal	Ruhuşen Kutlu	Yeliz Mercan
Burcu Ceylan	Funda Pınar Çakıroğlu	Melihat Akdeniz	Rukuye Aylaz	Yeltekin Demirel
Burcu Kayhan Tetik	Funda Yıldırım Baş	Melihat Demirbilek	Saliha Bozdoğan Yeşilot	Yener Aydın
Cahit Özer	Fusun Ersoy	Meryem Fırat	Sami hatipoğlu	Yeşim Uncu
Can Öner	Gamze Özcürümez	Meryem Öztürk Haney	Seçil Günher Arıca	Yeter Durgun Ozan
Canan Kaş Güner	Bilgili	Mesut Sancar	Sedef Kuran	Yiğit Akın
Cem Doğan	Giray Kolcu	Mete Korkut Gülmen	Selahattin Gelbal	Yusuf Karataş
Cengiz Eser	Gonca Karataş Karakuş	Metin Ocak	Selçuk Mistik	Yusuf Çetin Doğaner
Cevriye Cansız Ersöz	Gonca Polat	Meyreme Aksoy	Selim Kadioğlu	Yüksel Ersoy
Cüneyt Karaaslan	Gökhan Tümgör	Mikail Özdemir	Selma Çivi	Yüksel Ufuktepe
Çiçek Hocoaoğlu	Gökmen Özceylan	Mustafa Çelik	Semiha Aydın Özkan	Zeynep Güngörmüşler
Çiğdem Apaydın Kaya	Göknur Kalkan	Mustafa Erol	Semra Çelikli	Zeynep Tuzcular Vural
Cihangir Özcan	Gözde Gökçe İşbir	Mustafa Fevzi Dikici	Semra Saruç	Zuhal Sağlam
Çanturk Capık	Gülşen Özçelikle	Muhammed Oylumlu	Serap Daşbaş	
Damla Bayrak	Gülendam Karadağ	Muhammed Bayraktar	Serap Çifçili	
Deniz Çalışkan	Gülbin Gökçay	Muhteşem Erol Yayla	Serdar Gürel	
Deniz Tanyer	Gülcan Arusoğlu	Nafiz Bozdemir		

International Editorial Board

Afshin Peyrovani, Iran	P.Pandiyani Pachimuthu, India
Alireza Abdollah Shamshirsaz, USA	Pratik Kalsaria, USA
Arthanari Ganesan, India	Radost Assenova, Bulgaria
Boonchu Pattama, Tayland	Sanjay Yadav, India
Deepak Chopra, India	Shlomo Vinker, Israel
Ebiringa Blaise Anyanwu, Nigeria	Suhel Ashraff, UK
Han Xu, China	Suneel Pratap Bhatnagar, India
Inam Danish Khan, India	Supriya Bhat, India
Mahsa Gilanipoor, Iran	Tamanna S Sinha, India
Murlean Mills, Australia	Waris Qidwai, Pakistan
Muhammad Salman, UK	Wendy Barber, Canada
Ndifreke Udonwa, Nigeria	
Olabode Alli, Nigeria	
Olanrewaju Jerry-Ijshakin, UK	

Author Guidelines

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

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

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

Conflict of interest:

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

Contributions of authorship

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

Financial support

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

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

Copyright

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

Text Format

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

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

Manuscripts should include the following sections:

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

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

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

Sub Headings

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

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

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

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

References

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

Examples for References (please note the punctuation marks) :

1.Articles:

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

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

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

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

2.Books:

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

Books published in a foreign language

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

Books in Turkish:

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

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

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

Translated books:

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

3.Publications in conference proceedings

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

4.Dissertations

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

Yazarlara Bilgi

Yayın Politikası

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı hazırlama kuralları:

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

Bir yazı şu bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yabancı dilde yayımlanan kitap:

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

Türkçe kitap:

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

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

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

Çeviri kitap:

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

Letter to the Editor

- 1. Problems and Solutions in Primary Health Care Services in Antakya After the Earthquake**
Tacettin İNANDI, Cahit ÖZER
TJFMPC, 2023; 17 (4) :467-469 DOI: 10.21763/tjfm.1353992

Original Research

- 2. Duration Of Mothers Breastfeeding And Possible Factors Affecting It**
Sergen Talat GÖKTEPE, Onur ÖZTÜRK
TJFMPC, 2023; 17 (4) :470-478 DOI: 10.21763/tjfm.1265079
- 3. Investigation Of Pressure Sores Frequency And Risk Factors Of Patients Registered To Home Health Unit**
Osman Buğra SALAR, Özge TUNCER
TJFMPC, 2023; 17 (4) :479-488 DOI: 10.21763/tjfm.1300394
- 4. The Effect of Fear of Covid-19 on Fear of Vaccination and Death**
Merve KOLCU, Elif BÜLBÜL
TJFMPC, 2023; 17 (4) :489-496 DOI: 10.21763/tjfm.1242149
- 5. Evaluation of Emotional Status and Eating Attitudes among White-Collar Workers**
Saliha YURTÇİÇEK EREN, Gözde ÇALIŞKAN AKIMAL, Neşe ÖZDEMİR
TJFMPC, 2023; 17 (4) :497-504 DOI: 10.21763/tjfm.1286173
- 6. Colorectal Cancer-Related Health Beliefs and Colorectal Cancer Screening Behaviors of Adults**
Serap Açıkgoz
TJFMPC, 2023; 17 (4) :505-511 DOI: 10.21763/tjfm.1353726
- 7. The Relationship Between Self-Awareness of Rational Drug Use and Health Literacy in Adult Individuals: A Cross-Sectional Study**
Mahinur DURMUŞ İSKENDER, Ebru ÖZCAN, Ahmet GÜLSOY, Yusuf UYAN
TJFMPC, 2023; 17 (4) :512-520 DOI: 10.21763/tjfm.1341723
- 8. Evaluation of Adults' Intention to Quit Smoking and Related Factors in a Primary Care Center**
Duygu AYHAN BAŞER, Murat ÇEVİK
TJFMPC, 2023; 17 (4) :521-528 DOI: 10.21763/tjfm.1339081
- 9. Women's Emergency Contraception Knowledge Level, Some Related Factors And Relationship With Health Literacy**
Ayten ARIÖZ DÜZGÜN, Sevil ŞAHİN, Döndü SEVİMLİ GÜLER, Alaettin ÜNSAL
TJFMPC, 2023; 17 (4) :529-539 DOI: 10.21763/tjfm.1256893
- 10. Effects of Health Belief Model – Based Online Training on Health Beliefs and Fear of Breast Cancer**
Fatma USLU ŞAHAN, Aslı ER KORUCU
TJFMPC, 2023; 17 (4) :540-548 DOI: 10.21763/tjfm.1267442
- 11. Frequency of Breast Self-Examination and Risk Levels of Breast Cancer in Women Living in a District with Rural Conditions**
Derya İŞIKLAR ÖZBERK, Ömer ÖZBERK
TJFMPC, 2023; 17 (4) :549-557 DOI: 10.21763/tjfm.1254185

Review

- 12. The Legal Nature of the Patient-Doctor Relationship and the Doctor's Liability for Compensation in the Event of Medical Malpractice**
Ömer Faruk ASANOĞLU
TJFMPC, 2023; 17 (4) :558-563 DOI: 10.21763/tjfm.1288194
- 13. A Current Evaluation About The Impact Of Technological Developments On The Autism Spectrum Disorder**
Zehra ÇAKIL, Birgül PİYAL
TJFMPC, 2023; 17 (4) :564-571 DOI: 10.21763/tjfm.1294603
- 14. Quaternary Prevention And Overmedicalization**
Uğur BÜYÜKOKUDAN, Kadriye AVCI
TJFMPC, 2023; 17 (4) :572-581 DOI: 10.21763/tjfm.1329929
- 15. The Place Of Intermittent Fasting In Obesity Treatment**
Fadime Figen KARAHAN, Esin YEŞİL
TJFMPC, 2023; 17 (4) :582-589 DOI: 10.21763/tjfm.1329260

Case Report

- 16. A Case Of Syphilis In A Family Health Center In**
Ayşen MERT, Gamze DUR
TJFMPC, 2023;17(1):132-138 DOI: 10.21763/tjfm.1058638



Letter to the Editor / Editöre Mektup

Problems and Solutions in Primary Health Care Services in Antakya After the Earthquake

Deprem Sonrası Antakya ve Defne İlçelerinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Tacettin İNANDI¹, Cahit ÖZER²

Summary

In this article, it has been tried to determine the problems related to primary health care services in Antakya and Defne districts, which suffered great damage after the earthquake, and to develop solutions to these problems.

Key words: Earthquake, Primary care, Refractory primary care

Özet

Bu yazıda deprem sonrasında büyük bir zarar gören Antakya ve Defne ilçelerinde yaşanan birinci basamak sağlık hizmetlerine ilişkin sorunların saptanmasına ve bu sorunlara çözüm önerileri geliştirilmeye çalışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Deprem, Birinci basamak, Dirençli birinci basamak

Geliş tarihi / Received: 1.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 9.10.2023

¹ Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı

² Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Tacettin İNANDI. Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı. Antakya – Hatay E-posta: inandit@gmail.com Tel: +90 5065450095

İnandı T, Özer C. *Problems and Solutions in Primary Health Care Services in Antakya After the Earthquake*. *TJFMPC*, 2023; 17 (4) :467-469
DOI: 10.21763/tjfmpe.1353992

Deprem çok sayıda il ve ilçeyi etkilemiş, önce 11 il, sonra 6 il daha eklenerek 17 il afet bölgesi ilan edilmiştir. Bununla birlikte bu etki ilden ile, hatta aynı il içerisinde ilçeden ilçeye çok büyük farklılıklar göstermiştir. Bu farklı etki sonucu şu anki mevcut durum ve koşullar açısından ilçelere göre büyük farklılıklar yaratmıştır. İlçeleri afetten etkilenim düzeyine göre en azından, ağır, orta ve hafif olmak üzere 3 gruba ayırmak, çözümleri ve destekleri de bu düzeyi dikkate alarak yapmak öncelikli işlerden biridir.

Bu yazıda afetten en çok etkilenen Antakya ve Defne gibi ilçelerde birinci basamak sağlık hizmetlerindeki sorunlar ve çözümüne ilişkin öneriler özetlenmeye çalışılmıştır. Sorunların saptanması ve çözüm önerileri gözlem, deneyim ve görüşmelere dayanmaktadır. Yazarlar depremin ilk gününden bu yana bölgede yaşamakta ve hizmet sunmaktadır. Saha raporları ve hizmetin değerlendirilmesi için sahada çok sayıda görüşmeler ve gözlemlerde bulunmuşlardır. Görüşme yapılan kişiler arasında toplum bireyleri, aile hekimleri ve sağlık yöneticileri yer almaktadır.

Antakya'da toplam 43 Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) 28'i yıkılmış ve deprem sonrasında gerek il dışına gerekse de il içinde büyük bir göç yaşanmıştır. Şu anda yıkılan ASM'lerin mevcut yerinde hizmet vermesi de mümkün gözükmemektedir. Hekimlerin önemli bir kısmı konteyner kentlere yerleştirilmiş ancak burada nasıl bir hizmet vereceğine ilişkin yazılı bir bilgi verilmemiştir. Hekimler kayıtlı hastalarını takip edememekte, geçici yerleşim alanlarında görevlendirilmekte, yeni görev bölgelerinde de aile hekimliği uygulamalarının çoğunu sunamamaktadırlar. Esnek ve dönüşümlü olarak çalıştıkları için önceki çalışma şekli ve düzeninden çok farklı bir sistem içerisinde hizmet sunmaları beklenmektedir. Durumun böyle devam etmesi halinde birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli aksaklıklar ve buna bağlı sorunlar kaçınılmazdır. Kızamık başta olmak üzere bulaşıcı hastalık salgınları, kronik hastalık, gebe ve çocuk izlemlerinde sorunlar görülecektir.

Deprem bölgesinde ağır hasar alan yerlerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve ASM'lerin işleyişinde 3 temel sorun mevcuttur.

- Mevzuat eksikliği
- İnsan gücü kaybı, motivasyon düşüklüğü
- Altyapı sorunları

Mevzuat Eksikliği

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde olağandışı durumlar için tek bir cümle bulunmaktadır. "Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları deprem, sel felaketi ve salgın gibi olağanüstü durumlarda çalışma saatlerine bağlı kalımsızın çalıştırılabilirler." denmektedir. Bunun dışında herhangi bir madde yoktur. Bu konuda bir mevzuat boşluğu vardır ve bu boşluğun doldurulması hem bugün hem de gelecekte yaşanabilecek afetler açısından önemlidir. Aile hekimlerinin konteyner kentlere atamaları yapılmaktadır. Ancak böylesi durumlarda ne iş yapacakları, kime bakacakları nasıl çalışacakları konusunda bir mevzuat yoktur.¹ Bunun için yeni bir düzenleme yapılmalıdır.

Mevzuat Eksikliğine Çözüm Önerisi: Aile hekimlerinin kayıtlı nüfusları geçici bir süre dondurularak, hizmet sunduğu yerdeki insanlardan oluşan yeni nüfus tanımlanabilir. Bu uygulama kişi başı ödeme nedeniyle oluşacak ekonomik kayıpların da önüne geçecektir. Afet öncesinde yapmakta olduğu işler yeni bölgesinde yeni liste ile sürdürülür. Bu düzenlemeler ya merkezi otorite ya da yerelde hıfzıssıhha kurulu aracılığı ile yapılabilir.

İnsan Gücü Yetersizliği

Aile hekimlerinin bir kısmı ölmüş, bir kısmı da travmatize olmuş veya örselenmiştir. Bazıları da psiko-sosyal nedenlerle, çalışma konusunda kararsızdır. Öte yandan nüfus azalsa da hizmet gereksinimi önemli ölçüde artmış, hizmet sunum koşulları zorlaşmıştır. Bu da sağlıkta insan gücü kaynağına olan gereksinimi artırmıştır.

İnsan Gücü Yetersizliğine Çözüm Önerisi: Örselenmiş, deprem yaşamış personele bölge dışında tayin hakkı verilebilir. Bölgede çalışma koşulları ekonomik ve sosyal açıdan teşvik edilebilir. Çalışma ücretleri ve yıpranma ile ilgili katsayılar yükseltilebilir. Yıllık izinler iki katına çıkarılabilir. Barınma ve beslenme desteği sağlanabilir. Bir yıllık süreler ile sözleşmeli atamalar yapılır, ihtiyaç halinde ve isteklilik halinde birer yıl süre ile uzatılabilir. Afet yönetiminin temel ilkesine uygun hareket ederek insan gücü kaynağını afet bölgesi dışından sağlamak daha uygundur. Yapılacak teşvikler, dışarı gidecek olanların sayısını azaltarak dışarıdan alınması gereken destek miktarını azaltabilir.

Altyapı Sorunları

Elektrik ve su tesisatı kurulmamış, iklimlendirilmesi yapılmış çalışma ortamları hem çalışanlar açısından hem de aşı gibi hizmetler bakımından önemlidir. İnsanların hizmete erişimi toplu taşımadaki yetersizlik ve dağınık yerleşim nedeni ile güçtür. Mobil hizmet sunumu bu dönemde daha önemli hale gelmektedir.

Altyapı Sorunlarına Çözüm Önerisi: Mobil hizmet için araç temini, bakımı ve yakıt gibi giderler bakanlık tarafından karşılanmalıdır. Depremzede olan hizmet sundukları binaları ve malzemeleri zarar gören aile hekimlerinin bunları kısa sürede temini mümkün değildir, adil de gözükmemektedir. Tüm bu gereksinimlerin kamu tarafından karşılanması beklenir.

Sonuç olarak, depremden ağır etkilenen Antakya ve Defne ilçelerinde birinci basamağa ilişkin çok önemli sorunlar mevcuttur. Birinci basamak sağlık hizmeti veren yerlerin deprem ve afete dirençli yerler olması önemlidir.² Bunların çözümü için hızla bazı adımlar atılmalıdır. Buradaki deneyimlerden yararlanılarak afet koşullarında birinci basamak sağlık hizmetlerinin nasıl olacağı, diğer afetlere hazırlık bakımından da önem taşıyacaktır. Afete dirençli birinci basamak sağlık hizmetlerinin koşulları, yasal çerçevesi oluşturulmalıdır. Aksi halde başta bulaşıcı hastalıklar olmak üzere önemli sorunlar ortaya çıkacak ve yeni afetlerde benzeri sorunlar yaşanacaktır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1-Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarihi: 25.01.2013 Resmî Gazete Sayısı: 28539.

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17051&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

2-Yılmaz TE. Afetlere Dayanıklı Aile Sağlığı Merkezlerinden Dirençli Kentlere, Topluma ve Ailelere. Ankara Med J, 2020;(3):773-776.

https://jag.journalagent.com/amj/pdfs/AMJ-70973-LETTER_TO_EDITOR-YILMAZ.pdf



Original Research / Orijinal Araştırma

Duration Of Mothers Breastfeeding And Possible Factors Affecting It

Annelerin Bebeklerini Emzirme Süresi Ve Bunu Etkileyen Olası Faktörler

Sergen Talat GÖKTEPE¹, Onur ÖZTÜRK²

Abstract

Introduction: Breast milk is the best form of nutrition for babies. In this study, it is aimed to determine the duration of breastfeeding of mothers' babies and the possible factors affecting it.

Method: This cross-sectional, retrospective study was carried out between February 1, 2022 and April 30, 2022. A total of 400 people who gave birth between January 1, 2018 and December 31, 2019 attended. The data were collected by calling the hospital phone with the data collection form prepared from the literature. Statistical analyzes were performed using the SPSS version 19.0 for Windows.

Results: The mean gestational age of the participants in the study was 28.6±5.4 years. The pregnancy pattern of 98.8% of women is singular. 55% of the participants gave birth by cesarean section. 77.3% of mothers breastfed within the first 1 hour after birth. 55% of babies were exclusively breastfed for the first 6 months. During the neonatal period, 78.3% of mothers breastfed their babies as they cried. The rate of breastfeeding for 24 months and over is 48%. The average duration of breastfeeding is 19.4±9.7 months. 20.5% of the mothers stopped breastfeeding because the baby did not want to continue, 14.5% did not have enough milk, 9% got pregnant.

Conclusion: The duration of breastfeeding, the rate in the first hour after birth, and the rate of exclusive breastfeeding were found to be higher than the Turkey Demographic and Health Survey reports, but not at the level recommended by WHO. The most important reasons for discontinuation of breastfeeding were 'the filling of the process', 'the unwillingness of the baby' and 'the lack of breast milk'. It was found that the total breastfeeding duration of mothers who fed their babies with only breast milk for the first 6 months was longer than mothers who fed them with other foods.

Key words: Mothers, Breast milk, Breastfeeding

Özet

Giriş: Anne sütü bebekler için en iyi beslenme şeklidir. Bu çalışmada annelerin bebeklerini emzirme süresi ve bunu etkileyen olası faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel, retrospektif türde dizayn edilen bu çalışma 1 Şubat 2022- 30 Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. 1 Ocak 2018- 31 Aralık 2019 tarihleri arasında doğum yapmış 400 kişi katılmıştır. Veriler, literatürden hazırlanan veri toplama formu ile hastane telefonundan aranarak toplanmıştır. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 19.0 for Windows kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılanların gebelik yaş ortalaması 28,6±5,4 yıldır. Kadınların %98,8'inin gebelik şekli tekildir. Katılımcıların %55'i sezaryen ile doğum yapmıştır. Annelerin %77,3'ü doğumdan sonraki ilk 1 saat içinde emzirmiştir. Bebeklerin %55'i ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmiştir. Yenidoğan döneminde annelerin %78,3'ü bebeklerini ağladıkça emzirmiştir. 24 ay ve üzerinde emzirme oranı %48'dir. Emzirme süresi ortalaması 19,4±9,7 aydır. Annelerin %20,5'i bebeği istemediği, %14,5'i sütü yetmediği, %9'u hamile kaldığı için emzirmeyi kesmiştir.

Sonuç: Emzirme süresi, doğumdan sonra ilk bir saat içindeki emzirme oranı ve sadece anne sütü ile beslenme oranı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması raporlarına göre yüksek bulunmuştur ancak WHO'nun önerdiği seviyede değildir. Emzirmeyi kesmenin en önemli nedenleri arasında 'sürecin dolması', 'bebeğin istememesi' ve 'anne sütü yetersizliği' yer almıştır. İlk 6 ay sadece anne sütü ile bebeğini besleyen annelerin toplam emzirme sürelerinin diğer besinlerle besleyen annelere göre daha uzun olduğu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Anne, Anne sütü, Emzirme

Geliş tarihi / Received: 14.03.2023 Kabul tarihi / Accepted: 30.08.2023

¹ Asarcık District State Hospital, Samsun

² Samsun University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Samsun

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Onur ÖZTÜRK. Samsun University, Faculty of Medicine, Department of Family Medicine, Samsun
E-posta: dr.onurozturk@yahoo.com Tel: +905547536566

Öztürk O , Göktepe ST. *Duration Of Mothers Breastfeeding And Possible Factors Affecting It. TJFMPC, 2023; 17 (4) :470-478*
DOI: 10.21763/tjfm.1265079

Giriş

Anne sütü hemen tüm bebekler için en uygun besin kaynağıdır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler Çocuk Yardım Fonu (UNICEF), çocukların doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlamalarını ve hayatlarının ilk 6 ayı boyunca sadece anne sütüyle beslenmelerini önermektedir. Bebekler gece ve gündüz her istediklerinde emzirmeli, 6 aydan sonra ek gıdaya geçilmeli ve ideal şartlar altında en az ikinci doğum gününe kadar emzirmelidir.¹ Bu öneriler, Amerikan Pediatri Akademisi, Amerikan Aile Hekimleri Akademisi, Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji gibi birçok tıbbi ve profesyonel kuruluş tarafından güçlü bir şekilde desteklenmektedir.²⁻⁴

Anne sütü, bebeğin fizyolojik olgunluk derecesine uygun enerji ve besin maddelerinin yanı sıra hastalıklara karşı koruyucu etkenleri de içinde barındırır ve bu da anne sütünü yaşamın ilk ayları için ideal besin kaynağı kılmaktadır.⁵

Altı ay boyunca sadece anne sütüyle beslenmenin ve hayatın ilk yılında emzirmeye devam edilmesinin beş yaş altındaki çocuklarda yılda 10 milyondan fazla ölümün %13'ünü önleyebileceğini tahmin edilmektedir.⁶ WHO verilerine göre dünya genelinde ilk 6 ay sadece anne sütü verilme oranı % 41'dir ve yeni doğan her 5 bebekten 3'ü yaşamının ilk saatinde anne sütü almamaktadır.¹

Aile hekimliği anne ile ilk ve sık karşılaşması nedeniyle annenin emzirme ile ilgili sorunlarının erken dönemde fark edilip, çözümünün bulunup, emzirmenin devamı ve etkin olması açısından kritik öneme sahiptir.^{7,8} Çalışmamızda annelerin bebeklerini emzirme süresi ve bunu etkileyen olası faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Kesitsel, retrospektif türde dizayn edilen bu çalışma 1 Şubat 2022- 30 Nisan 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın ve Çocuk Hastalıkları Yerleşkesinde 1 Ocak 2018- 31 Aralık 2019 tarihleri arasında doğum yapmış olan 12003 kadın oluşturmaktadır. Örneklem hesaplamasına göre %5 kabul edilebilir hata ve % 95 güven seviyesi ile en az 385 kişiye ulaşılması gerekmiştir. Randomizasyonla belirlenen 400 kişiye ulaşılmıştır. Bu kişilerin tabakalandırma yöntemi ile iki yıl içerisinde her 3 aylık döneme eşit dağılım göstermesi sağlanmıştır, böylece her iki yılın da 1-3. ayları arasında 50, 4-6. ayları arasında 50, 7-9. ayları arasında 50 ve 10-12. ayları arasında 50 kişiye ulaşılmıştır. Annelerin doğum bilgileri hastane arşivinden taranmıştır, anneler hastane telefonundan çalışmanın yazarları tarafınca aranmıştır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri: ilgili merkezde ve ilgili tarih aralığında doğum yapmış olmak, ≥ 18 yaşında olmak ve iletişime engel fiziksel ve zihinsel ciddi bir sorunu bulunmamaktır.

Veri toplama formu

Veriler; ilgili konuda daha önce geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan bir ankete ulaşamadığı için, yazarlar tarafından literatür derlemesi ile oluşturulan, açık uçlu sorularla dizayn edilen 29 soruluk bir veri toplama formu kullanılarak toplanmıştır. Bir formun doldurulması ortalama 10 dakika sürmüştür. İlk 20 soru demografik verileri, sonraki 5 soru emzirme uygulaması ve son 4 soru emzirme ile ilgili bilgi içeren sorulardan oluşmaktadır. Gelir düzeyi ile ilgili soruyu analiz ederken asgari ücretin güncel resmi gazetede günlük 166,80 Türk lirası, yoksulluk sınırının Türkiye İstatistik Kurumu'nun güncel verilerine göre aylık 11,227 Türk lirası olduğu dikkate alınmıştır.^{9,10}

İstatistik

İstatistiksel analizler 'Statistical Package for Social Science versiyon 19.0 for Windows' kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı ölçütler; ortalama ve standart sapma, ortanca, minimum- maksimum değerler ve yüzde dağılımı olarak sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov- Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Dağılımlarının karşılaştırılması için Pearson ki-kare analizi, iki grup arasında ortalamaların karşılaştırılması için Student T testi, ikiden fazla grupta ortalamaların karşılaştırılması için ANOVA, sürekli değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi için Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Etik onay

Bu çalışma için Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan BAEK/2022/2/14 numaralı etik onay alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılanların gebelik yaşı ortalaması $28,6 \pm 5,4$ yıldır, 387'si (%96,8) evlidir, 297'si (%74,2) ev hanımıdır, 281'i (%70,3) merkez ilçelerde yaşamaktadır. Annelerin eğitim düzeyi en sık lise düzeyindedir ($n=118$, %29,5), 382'sinin (%95,6) emzirmeye engel bir durumu yoktur. Gebeliklerin 395'i (%98,8) tekil gebeliktir. Katılımcıların gebelik sayısı ortancası 2,0 (minimum:1 – maksimum:9), kürtaj ve düşük sayısı ortancası 0,0 (minimum:0 – maksimum:6)'dır, 299'unun (%74,7) gebeliği planlıdır, 220'si (%55,0) sezaryen ile doğum yapmıştır, 203'ü (%50,7) kız bebeğe sahiptir, 309'u (%77,2) ilk 1 saat içinde emzirmeye başlamıştır, 220'si (%55,0) sadece anne sütü ile ilk 6 ay bebeğini beslemiştir, 176'sı (%44,0) anne sütü alınması gereken minimum süreyi doğru bilmiştir, 251'i (%62,8) anne sütü alınması gereken ideal süreyi doğru bilmiştir, 299'u (%74,7) ek gıdaya geçilme süresini doğru bilmiştir. Katılımcıların bebeklerinin doğum ağırlığı ortalaması $3271,6 \pm 532$ gramdır, gebelik haftası

ortalaması 38,6±1,6 haftadır, emzirme süresi ortalaması 19,4±9,7 aydır. Sosyodemografik, doğurganlık ve emzirme ile ilgili detaylı bilgiler Tablo 1, 2 ve 3'te gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılanların sosyodemografik bilgileri

	n	%
Yaş ortalaması*	28,6	5,4
Medeni durum		
Evli	387	96,8
Bekar/dul	13	3,2
Meslek		
Ev hanımı	297	74,2
Serbest meslek	38	9,5
İşçi	9	2,3
Memur	56	14,0
Gebelik		
Tekil	395	98,8
Çoğul	5	1,2
Yaşanılan yer		
Merkez ilçeler	281	70,3
Merkezi olmayan ilçeler	119	29,7
Anne eğitim durumu		
Eğitimsiz	6	1,5
İlkokul	83	20,7
Ortaokul	82	20,5
Lise	118	29,5
Yükseköğrenim	111	27,8
Baba eğitim durumu		
İlkokul	71	17,7
Ortaokul	88	22,0
Lise	119	29,8
Yükseköğrenim	122	30,5
Aile tipi		
Çekirdek	353	88,2
Geniş	47	11,8
Toplam gelir durumu		
Asgari ücret ve altı	247	61,7
Asgari ve yoksulluk düzeyi arası	62	15,5
Yoksulluk düzeyi ve üstü	91	22,8
Ahşkanlıklar ve ilaç kullanımı		
Yok	363	90,7
Nöropsikiyatrik	6	1,5
Kardiyak	3	0,8
Endokrin	9	2,3
Sigara	11	2,7
Diğer	8	2,0
Emzirmeye engel durum		
İlaç kullanımı	1	0,2
Memede abse	1	0,2
Preeklampsi	1	0,2
Süt gelmemesi	14	3,6
Yarık damak	1	0,2
Yok	382	95,6
Bebeğin cinsiyeti		
Kız	203	50,7
Erkek	197	49,3

*Ortalama ve standart sapma kullanılmıştır.

- Diğer verilerde sayı ve yüzde kullanılmıştır

Tablo 2. Araştırmaya katılanların doğurganlık bilgileri

	n	%
Toplam gebelik sayısı		
1	69	17,2
2	147	36,8
3	110	27,5
4	46	11,5
5 ve üstü	28	7,0
Yaşayan çocuk sayısı		
1	86	21,5
2	175	43,7
3	110	27,5
4 ve üstü	29	7,3
Kürtaj ve düşük sayısı		
0	300	75,0
1	71	17,8
2	20	5,0
3 ve üstü	9	2,2
Gebelik planlı mıydı?		
Evet	299	74,7
Hayır	101	25,3
Doğum şekli		
Normal	180	45,0
Sezaryen	220	55,0
Doğum ağırlığı		
1000 gram altı	1	0,2
1000 – 1500 gram	1	0,2
1501 – 2500 gram	21	5,3
2501 – 4000 gram	352	88,0
4000 gram üzeri	25	6,3
Gebelik Süresi		
<37 hafta	28	7,0
37 – 38 hafta	36	9,0
39 – 42 hafta	336	84,0

-Sayı ve yüzde kullanılmıştır.

Tablo 3. Araştırmaya katılanların emzirme deneyim, bilgi ve tutumları

	n	%
Doğumdan ne kadar sonra emzirme		
0-1 saat		
1-24 saat arası	309	77,2
24 saatten sonra	32	8,0
Emzirmemiş	46	11,5
	13	3,3
İlk 6 ay beslenme şekli		
Sadece anne sütü	220	55,0
Anne sütü + mama	86	21,5
Mama	13	3,3
Sulu kombinasyonlar	81	20,2
İlk 28 günde ne sıklıkta emzirme		
Emzirmemiş	15	3,7
Ağladıkça	313	78,2
Otuz dakikada bir	4	1,0
Saatte bir	10	2,5
İki saatte bir	41	10,3
Üç saatte bir	16	4,0
Altı saatte bir	1	0,3
Ne kadar emzirdi?		
0-6 ay	57	14,3
6-12 ay	55	13,7
12-24 ay	80	20,0
24 ay ve üzeri	192	48,0
Emzirmemiş	16	4,0
Emzirmeyi kesme nedeni		
Hamile kaldığı için	36	9,0
Annenin sağlık sorunları	22	5,5
Anne sütü yetersizliği	58	14,5
Bebeğin sağlık sorunları	2	0,5
Bebeğin istememesi	82	20,5
Bebeğin ek gıdayı tercih etmesi	43	10,7
Süreç dolduğu için	99	24,8
Annenin emzirmek istememesi	48	12,0
Annenin çalışmaya başlaması	10	2,5
Anne sütü alınması gereken minimum süreyi		
Biliyor	176	44,0
Yanlış biliyor - bilmiyor	224	56,0
Anne sütü alınması gereken ideal süreyi		
Biliyor	251	62,8
Yanlış biliyor - bilmiyor	149	37,2
Ek gıdaya ne zaman geçilmesi gerektiğini		
Biliyor	299	74,7
Yanlış biliyor – bilmiyor	101	25,3
Anne sütü ile ilgili bilgilere nereden ulaştınız?		
Çevreden	62	16,0
Kendi görüşü	67	17,3
Sağlık personeli	258	66,7

-Sayı ve yüzde kullanılmıştır.

Gebelik yaşı ile emzirme süresi arasında pozitif yönde düşük oranda anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır (R=0,167 , p<0,001). İlk 6 ay sadece anne sütü ile bebeğini besleyen annelerin toplam emzirme süreleri diğer besinlerle besleyen annelere göre daha uzundur (p<0,001). Endokrin sebeplerden ötürü ilaç kullanan annelerin diğer annelere göre daha kısa emzirme süresi olduğu saptanmıştır (p=0,027). Emzirme süresi ve yaşayan çocuk sayısı arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon saptanmıştır (R=0,027 , p<0,001). Emzirme süresi ve bebeğin doğum ağırlığı arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon bulunmuştur (R= 0,024 , p=0,002). Gebelik haftası ile emzirme süresi arasında pozitif yönde düşük düzeyde korelasyon görülmüştür (R=0,068 , p=0,001). Doğumdan sonra ilk 30 dakika içinde emzirilen bebeklerin 2 yıl emzirilme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,012). Ayrıntılı parametre kıyaslamaları Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 4. Annelerin bebeklerini emzirme süresi, besleme şekilleri ve bilgi düzeylerinin sorgulanan değişkenlerle ilişkisi

	Bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri	Bebeğin ne sıklıkta beslendiği	Emzirme süresi	Bebeğin emzirilmesi için gereken ideal süre hakkındaki bilgi düzeyi	Bebeğin emzirilmesi için gereken minimum süre hakkındaki bilgi düzeyi	Ek gıdaya ne zaman geçileceği bilgisi
	P değeri	P değeri	P değeri	P değeri	P değeri	P değeri
Gebelik haftası	0,791*	0,045*	0,001*	0,133*	0,193*	0,059*
Annenin mesleği	0,909**	0,719**	0,825***	0,007**	<0,001**	0,065**
Annenin yaşadığı yer	0,272**	0,262**	0,805*	0,024**	0,326**	0,012**
Gebelik şekli	0,272**	0,666**	0,566*	0,083**	0,106**	0,072**
Yaşayan çocuk sayısı	0,836*	0,032*	<0,001*	0,006*	0,013*	0,313*
Annenin eğitim durumu	0,141**	0,479**	0,247***	<0,001**	0,007**	0,020**
Babanın eğitim durumu	0,738**	0,867**	0,631***	0,039**	0,023**	0,485**
Gelir durumu	0,243**	0,847**	0,563***	0,001**	0,243**	0,993**
Doğum haftası	0,361**	0,045**	0,188*	0,669**	0,361**	0,621**
İlk emzirme süresi	0,171**	0,042**	0,012*	0,007**	0,001**	0,317**
Gebeliğin planlı olup olmaması	0,425**	0,643**	0,485*	0,001**	0,425**	0,085**
Aile tipi	0,035**	0,936**	0,079*	0,037**	0,033**	0,046**
Doğum şekli	0,043**	0,439**	0,491*	0,037**	0,106**	0,555**
Anne sütü ile ilgili bilginin nereden alındığı	0,056**	0,151**	0,163***	0,172**	0,309**	0,079**
Bebeğin ne kadar süre emzirildiği	0,001**	0,027**	Uygulanabilir değil	0,001**	0,001**	0,938**
Medeni durum	0,013**	0,324**	0,999*	0,044**	0,013**	0,322**
Doğumdan ne kadar süre sonra emzirildiği	0,001**	0,036**	0,179***	0,007**	0,580**	0,317**
Bebeğin emzirilmesi için gereken ideal süreyi bilmek	0,001**	0,336**	0,133*	Uygulanabilir değil	0,542**	0,134**
Bebeğin emzirilmesi için gereken minimum süreyi bilmek	0,968**	0,080**	0,908*	0,458**	Uygulanabilir değil	0,198**
Gebelik yaşı	0,354*	0,874*	<0,001*	0,097*	0,127*	0,414*
Bebeklerin ilk 6 ay beslenme şekilleri	Uygulanabilir değil	0,001**	<0,001*	0,001**	0,001**	0,029**
Annenin alışkanlıkları ve ilaç kullanımı	0,299**	0,135**	0,027*	0,130**	0,299**	0,793**
Bebeğin doğum ağırlığı	0,015**	0,004**	0,002*	0,955**	0,616**	0,015**

*Student t testi

**Pearson ki-kare testi

***ANOVA

Tartışma

Emzirme danışmalığı vermek birinci basamak sağlık kuruluşlarının en önemli görevlerinden biridir, öyle ki etkin bir emzirme ile dünyada her yıl yaklaşık 820.000 bebeğin ölümünün önlenebileceği öngörülmektedir.¹¹ Aile hekimleri takip ettiği annenin sosyokültürel özelliğini daha iyi bildiğinden emzirme danışmalığı da daha etkili olmaktadır. Emzirme danışmalığı verirken anne sütünün faydaları, emzirmenin nasıl uygulanacağı, bebek gelişiminin nasıl olması gerektiği anneye aktarılmalıdır.⁸ Bu çalışmadaki çıktılar birinci basamak sağlık kuruluşlarına faydalı olabilir ve bundan sonraki politikalar için yön gösterici olabilir.

Anne sütünün önemi ve emzirme süresi ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar genellikle 6 ay ve 1 yıl kategorisinde yapılmıştır. Literatürü incelediğimizde 2 yıl ve üzeri ile yapılan çalışmalar sınırlıdır. WHO bebeklerin iki yaşına kadar emzirilmesini önermektedir.¹ Çalışmamızın metodolojisi belirlenirken önerilen emzirme süresi olan 2 yılın tamamlanmış olması dikkate alınmıştır, bu yüzden çalışma ideal emzirme süresini tamamlamış olan annelerle yapılmıştır ve annelerin bebeklerini emzirme süresi ve bunu etkileyen olası faktörler incelenmiştir.

Çalışmamızdaki annelerin yarısından fazlası ilk 6 ay bebeğini sadece anne sütü ile beslediğini belirtmiştir. TNSA 2018 raporunda sadece anne sütü ile beslenme oranı %41'dir.¹² WHO ve UNICEF'in 2020 verilerine göre dünyada çocukların %44'ü sadece anne sütü ile beslenmektedir.^{1,13} Literatür ile kıyasladığımızda çalışmamızdaki oran daha yüksektir. Bunda hastanemizin bebek dostu hastane olması ve gebe okulu programının yapıyor olması etkili olmuş olabilir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile bebeğini besleyen annelerin toplam emzirme sürelerinin diğer besinlerle besleyen annelere göre daha uzun olduğu saptanmıştır. Daha eğitimli ve merkez ilçelerde yaşayan annelerin bebeğin emzirilmesi için gereken ideal süreyi diğer annelere göre daha yüksek oranda bildikleri görülmüştür. Sosyokültürel değişkenlerin emzirmeyi etkilediği görülmektedir.

İlk 1 saat içinde emzirme oranı 2018 TNSA verilerinde %71 saptanmıştır.¹² UNICEF 2016 raporunda erken emzirme oranının %80 ve üzerinde olması en başarılı emzirme uygulaması olarak renklendirilmiştir.¹⁴

Çalışmamızda anneler 0-1 saat içinde %77,3 oranında emzirmeye başlamıştır. Sonuçlar küresel erken emzirme oranının üstünde iken ülkemizde yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir.^{15,16} Bu oranı yükseltmek için hastane politika ve stratejisini gözden geçirerek daha başarılı olunabilir.

Literatürde sezaryen ile doğan bebeklerin emzirmeye daha geç başladığını gösteren çalışmalar mevcuttur.^{17,18}

Çalışmamızda doğum şekli sezaryen olanların normal doğum yapanlara göre daha büyük oranda bebeklerini doğumdan 24 saat sonra emzirdikleri bulunmuştur. Sezaryen ile doğumun ağırlı olması, anestezinin etkisi, bebeklerini emzirme pozisyonunda tutmalarının zor olması gibi etkenlerden dolayı emzirmeye geç başlanmış olunabilir.

Çalışmamızda normal doğum ile doğan bebekler sezaryen ile doğan bebeklere göre daha yüksek oranda ilk 6 ay sadece anne sütü ile beslenmişlerdir. Benzer şekilde, Nijerya'da 400 anne ile yapılan çalışmada sezaryen ile doğum yapanların normal doğum yapanlara göre sadece anne sütü verme oranları 0,38 kat daha az bulunmuştur.¹⁹ Normal doğum yapan anneler daha az ağrı ve sağlık sorunu yaşadıklarından ötürü emzirmeye erken dönemde başlayabilirler. Erken emzirmeye başlamak anne sütü üretimini ve idamesini sağladığı için uzun süre sadece anne sütü alma oranını arttırmış olabilir.²⁰

Çalışmamızda doğum ağırlığı <2500 olanlar ve <37 haftadan önce doğum yapanların bebeklerini doğumdan 24 saat sonra emzirdikleri görülmüştür. Bu bebeklerin daha sıkı gözlem altında tutulduğu ve yoğun bakım ihtiyacı olabileceği için daha geç emzirilmeye başlandığı düşünülebilir.

Maharlouei ve ark.'nın 2640 anne ile yürüttükleri çalışmada sadece anne sütü verilmesiyle annenin eğitim düzeyi, babanın eğitim düzeyi, annenin mesleği ve gebelik şekli ile ilişki saptanırken gelir durumu ile saptanmamıştır.²¹

Şafak ve ark.'nın çalışmasında sadece anne sütü verilmesinin annenin eğitim düzeyi, ikamet yeri, gelir durumu, gebelik şekli, gebelik haftası ile ilişkili olduğu belirtilmiştir.²² Araştırmamızda sadece anne sütü verilmesi ile gebelik haftası, meslek, annenin yaşadığı yer, anne ve baba eğitim düzeyi, gebelik şekli, gelir durumu, doğum haftası ve yaşayan çocuk sayısı arasında ilişki saptanmamıştır. Sosyoekonomik, kültürel, coğrafya, eğitim durumu farklılıkları bunu açıklayabilir.

Ata Yüzügüllü ve ark. ilk 6 ay sadece anne sütü alma durumunun geniş aile yapısında olan annelerde daha az olduğunu belirtmiştir.²³ Araştırmamızda çekirdek aile tipinde olan ailelerin bebeklerini geniş aile tipindeki ailelere kıyasla daha yüksek oranda ilk 6 ay sadece anne sütü ile besledikleri görülmüştür. Muhtemelen çekirdek aile yapısında olan annelerin bebeklerini emzirirken diğer aile fertleri olmadığı için utanma, çekinme gibi davranışları daha az olmaktadır.

Çalışmamızda 6 aydan uzun süre emziren annelerin 2 saatten daha sık emzirdiği saptanmıştır. Kültürsöz ve ark.'nın hazırladığı rehberde bebeğin doğumdan sonraki günlerde 10-12 defa emzirilmesinin süt yapımının başlatılması ve idame ettirilmesinde önemli olduğu vurgulanmıştır.²⁴ Emzirmenin daha sık olmasıyla anne sütünün gelmesi için gereken uyarı sağlanmış olabilir ve daha uzun emzirme süresi sağlanabilir.

Kostecka ve ark.'nın Polonya'da yaptığı çalışmada anne ikamet yeri ile emzirme süresi arasında ilişki bulunmamıştır.²⁵ Al-Kandari ve ark. yaşı büyük olan annelerin bebeklerini genç annelere göre daha uzun süre emzirdiklerini belirtmiştir.²⁶ Ávila-Ortiz ve ark.'nın 189 kişi ile yaptığı araştırmada annelerin %17,7'si ilaç kullanımı nedeni ile emzirmeyi bırakmıştır.²⁷ Kartika Yunita ve ark. emzirme süresi ile bebeğin beslenme şekli arasında bir ilişki bulmamıştır.²⁸ Gümüştakım ve ark. emzirme süresi ile anne-baba eğitim durumu ve gelir düzeyi arasında ilişki bulmamıştır.²⁹ Çalışmamızda gebelik yaşı ile emzirme süresi arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Endokrin sebeplerden dolayı ilaç kullanımı emzirme süresini kısaltmıştır. Meslek, ikamet yeri, anne-baba eğitim düzeyi, aile tipi, gelir durumu ve gebeliğin planlı olup olmamasının beslenme şekli ile ilişkisi saptanmamıştır. Sosyodemografik özelliklerin hem ülkeler arasında hem de Türkiye'de bölgeler arasında farklılıklar göstermesi bunun nedeni olabilir.

Çakmak ve Dengi'nin çalışmasında iki çocuğa sahip olan annelerin anne sütü ve emzirme bilgi düzeylerinin tek çocuğa sahip olan annelere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.⁷ Çalışmamızda da yaşayan çocuk sayısı arttıkça emzirme süresi ve doğum ağırlığının arttığı tespit edilmiştir. Çocuk sayısının artmasının annenin hem tecrübesini hem de bilgisini artırdığı, buna bağlı olarak daha başarılı bir şekilde emzirdiği düşünülebilir.

Çalışmamızda annelerin neredeyse yarısı 24 ay ve üzeri emzirme oranı yakalamıştır. Bu oran ülkemizdeki diğer benzer çalışmalardan daha yüksektir.³⁰⁻³² Bunun nedeni aile sağlığı merkezlerinde gebe takiplerinin yıllar içerisinde giderek daha sıkı ve etkili yapılması olabilir.

2013 ve 2018 TNSA raporlarında göre ülkemizde ortalama emzirme süresi 16,7 aydır.¹² Araştırmamızın verileri Türkiye ortalamasına göre daha yüksek olsa da emzirme süresini 2 yıla çıkartmak için güçlü emzirme ve anne sütü politikaları gerekmektedir. Nitekim önemli bir katılımcı oranı iki yıldan kısa sürede hamile kaldığı için emzirmeyi bırakmıştır.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmamızın evreninin tek bir hastanede ve belirli tarihlerde doğum yapmış kadınlarla sınırlı olması sonuçların ülke geneline kıyaslanmasını güçleştirmektedir. Veri toplamanın telefonla aranarak gerçekleştirilmesi ve doğumdan en az 2 yıl sonra yapılması annelerin bilgileri hatırlamada güçlük çekme ve yanlış bilgi verme ihtimalini artırmıştır. Daha önce güvenilirlik ve geçerlilik çalışması olan bir anket formuna ulaşamadığımız için literatür derlemesi ile oluşturduğumuz veri toplama formunun kullanılmış olması da bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir.

Sonuç

Çalışmamızda emzirme süresi, doğumdan sonra ilk bir saat içindeki oranı, sadece anne sütü ile beslenme oranı ülkemizde yayınlanan TNSA raporlarına göre yüksek bulunmuştur ancak WHO'nun önerdiği seviyede değildir. Bilgi sorularına verilen cevaplar doğrultusunda annelerin bilgi eksikliklerinin olduğu görülmüştür. Emzirmeyi kesme nedenlerinin en önemlileri sürecin dolması, bebeğin istememesi ve anne sütü yetersizliğidir. İlk 6 ay sadece anne sütü ile bebeğini besleyen annelerin toplam emzirme sürelerinin diğer besinlerle besleyen annelere göre daha uzun olduğu bulunmuştur. Emzirmenin yaygınlaşması ve normal doğumun teşvik edilmesi için il sağlık müdürlüklerinin ve aile sağlığı merkezlerinin organize edeceği, saha ziyaretlerine odaklanan daha güçlü uygulamalar gerekmektedir. Akademisyenlerin emzirme sürecini detaylı analiz eden anketler üretmeleri değerli olacaktır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. WHO. Breastfeeding 2022 [Available from: https://www.who.int/health-topics/breastfeeding#tab=tab_2 (Son erişim 20.05.2022).
2. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012 Mar;129(3):e827-41. doi: 10.1542/peds.2011-3552. Epub 2012 Feb 27.
3. Breastfeeding, Family Physicians Supporting (Position Paper) 2022 [Available from: <https://www.aafp.org/about/policies/all/breastfeeding-position-paper.html> (Son erişim 20.05.2022).
4. ACOG Committee Opinion No. 756: Optimizing Support for Breastfeeding as Part of Obstetric Practice. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):e187-e96.
5. Lopes WC, Marques FKS, Oliveira CF, Rodrigues JA, Silveira MF, Caldeira AP, et al. Infant feeding in the first two years of life. *Rev Paul Pediatr*. 2018;36(2):164-70.
6. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;2016(8):Cd006462.
7. Çakmak S, Dengi ASD. Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg*. 2019;23(1):9-19.
8. Çiftetepe Öztürk D, Öztora S. Aile hekimliğinde emzirme danışmanlığı: Aile Hekimliğinde Anne Sütünün Anne ve Bebek Sağlığı Açısından Önemi. *Türkiye Klinikleri*. 2019;1:76-80.
9. Asgari Ücret Tespit Komisyon Kararı 2021 [Available from: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2021/12/20211217-8.pdf> (Son erişim 20.05.2022).
10. TÜİK. Türkiye İstatistik Kurumu, 2021 yılı yoksulluk sınırı 2021 [Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/DownloadIstatistikselTablo?p=dzF1sX13wNWwkgOAKr1bDmVrvjPY1OzE7ba3dggq15Dx1r27tRivpq1qN79HjSu4Z> (Son erişim 20.05.2022).
11. Yang SF, Salamonson Y, Burns E, Schmied V. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professional students: a systematic review. *Int Breastfeed J*. 2018;13:8.
12. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara. 2019, sayfa: 139.
13. UNICEF. Breastfeeding 2021 [Available from: <https://data.unicef.org/topic/nutrition/breastfeeding/> (Son erişim 20.05.2022).
14. UNICEF. From the first hour of life. Making the case for improved infant and young child feeding everywhere 2016 [Available from: file:///C:/Users/sergen/Downloads/From-the-first-hour-of-life-1.pdf.
15. Koç Z, Çınarlı T, Sağlam Z. Annelerin anne sütü ve emzirme hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;2(1):1-13.
16. Şimşek A, Balkan E, Çalışkan E, Genç Koyucu R. Annelerin emzirme öyküleri ve emzirme davranışlarının incelenmesi: Bir Türkiye örneği. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2021;4(3):222-31.
17. Şahin BB, Özyurt BC. Manisa'da yarı-kentsel bir bölgede 0-24 ay çocuklarda anne sütü alma durumu ve beslenme alışkanlıkları. *Turkish Journal of Public Health*. 2017;15(3):164.
18. Mekonen L, Seifu W, Shiferaw Z. Timely initiation of breastfeeding and associated factors among mothers of infants under 12 months in South Gondar zone, Amhara regional state, Ethiopia; 2013. *Int Breastfeed J*. 2018;13:17.
19. Onah S, Osuorah DI, Ebenebe J, Ezechukwu C, Ekwochi U, Ndukwu I. Infant feeding practices and maternal socio-demographic factors that influence practice of exclusive breastfeeding among mothers in Nnewi South-East Nigeria: a cross-sectional and analytical study. *Int Breastfeed J*. 2014;9:6.
20. Islam GMR, Igarashi I, Kawabuchi K. Inequality and Mother's Age as Determinants of Breastfeeding Continuation in Bangladesh. *Tohoku J Exp Med*. 2018;246(1):15-25.
21. Maharlouei NM, Pourhaghighi AMs, Raeisi Shahraki HP, Zohoori DM, Lankarani KM. Factors Affecting Exclusive Breastfeeding, Using Adaptive LASSO Regression. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2018;6(3):260-71.
22. Şafak Ç, Ata Tutkun N. Anne sütü ile beslenme sürelerinin yaşam çözümlemesi ile incelenmesi: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti örneği. *İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast Dergisi*. 2015;5(3):167-76.
23. Ata Yüzügüllü D, Aytaç N, Akbaba M. Annelerin ilk altı ay sadece anne sütü verme durumlarına etki eden etmenlerin incelenmesi. *Turkish Archives of Pediatrics*. 2018;53(2).
24. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi 2018 Güncellemesi 2018 [Available from: https://www.neonatology.org.tr/storage/2020/04/term_beslenme_2018.pdf (Son erişim 20.05.2022).
25. Kostecka M, Jackowska I, Kostecka J. Factors Affecting Complementary Feeding of Infants. A Pilot Study Conducted after the Introduction of New Infant Feeding Guidelines in Poland. *Nutrients*. 2020;13(1).
26. Al-Kandari Y, Ahmed RA. Social, psychological and demographic variables related to breastfeeding among Kuwaiti mothers. *East Mediterr Health J*. 2018;24(7):624-30.
27. Ávila-Ortiz MN, Castro-Sánchez AE, Martínez-González EA, Núñez-Rocha GM, Zambrano-Moreno A. Factors associated with abandoning exclusive breastfeeding in Mexican mothers at two private hospitals. *Int Breastfeed J*. 2020;15(1):73.
28. Kartika Yunita D, Budiati T. Effects of the duration of breastfeeding and partner support for breastfeeding mothers on the nutritional status of infants aged 0-6 months. *J Public Health Res*. 2021;10(s1).
29. Gümüştakım RŞ, Aksoy HD, Cebeci SE, Kanuncu S, Çakır L, Yavuz E. 0-2 yaş çocuklarda beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmesi: Çok merkezli çalışma. *Fam Pract Palliat Care*. 2017;2(1):1-8.
30. Battaloğlu İnanç B. 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2013;17(2):51-5.
31. Öztürk Ö, Sarıkaya P, Özdemir Ş, Çikendin Z, Zünbül N. Anne sütü ve emzirme ile ilgili anneler tarafından bilinen doğrular ve yanlışlar. *Güncel Pediatri*. 2018;16(2):40-54.
32. Elkin N, Ören MM, Demirel A, Önal AE. Bir aile sağlığı merkezine başvuran gebelerin anne sütü ve emzirmeye ilişkin bilgi ve tutumları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2015;2(24):41-8.



Original Research / Orijinal Araştırma

Investigation Of Pressure Sores Frequency And Risk Factors Of Patients Registered To Home Health Unit

Evde Sağlık Birimine Kayıtlı Hastaların Bası Yarası Sıklığı Ve Risk Faktörlerinin Araştırılması

Osman Buğra SALAR¹, Özge TUNCER¹

Abstract

Aim: The study was to investigate the frequency of pressure sores, the risk factors causing their formation, and their relationship with nutrition in patients receiving home health services.

Materials and Methods: After scanning all 4098 patients registered with the Home Health Unit of an Education and Research Hospital in İzmir, Turkey, it was discovered that 186 of them had pressure sores. The study concluded with 151 patients as 35 patients passed away during the data collection process. The questionnaire employed in the study comprised two parts: The first part examined patients' sociodemographic and clinical characteristics, while the second part utilized the Pressure Ulcer Scale for Healing, Braden Pressure Ulcer Risk Assessment Scale, and Malnutrition Universal Screening Tool.

Results: Pressure sores were found in 3.69% of the 4098 patients. The mean age of the patients was 78.29 (78.28±14.51), and 103 (68.2%) were female patients. Upon analyzing patients based on the presence of chronic diseases, it was noted that the risk of pressure sore development was notably higher in the high and very high-risk groups, particularly among those with neurological diseases. Approximately 44.4% of the patients utilized nutritional products. A statistically significant correlation was observed between the use of high-protein dietary products and the Braden scale score.

Conclusion: This study shows that the patients receiving Home Health Care Services are in the risky group in terms of pressure sores and malnutrition, but the incidence decreases with good care and caregiver education. The most important factors that increased the risk of pressure sore formation and the severity of pressure sores were neurological disease, nutritional status, and urinary and fecal incontinence.

Keywords: Pressure Sore, Malnutrition, Geriatrics, Home Care Services

Özet

Amaç: Evde Sağlık Hizmeti alan hastalarda bası yarasının sıklığı, yara oluşumuna neden olan risk faktörleri ve beslenme ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: İzmir ilinde bir Eğitim Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Birimine kayıtlı 4098 hastanın tamamının taranması sonrasında 186'sında bası yarası olduğu saptanmıştır. Veri toplama sürecinde 186 hastadan 35'i exitus olması nedeniyle çalışmadan çıkartılmış ve çalışma 151 hasta ile tamamlanmıştır. Uygulanan anketin ilk bölümünde hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri incelenmiş, ikinci bölümde ise üç ölçek kullanılmıştır. Basınç yarasının Basınç Ülseri İyileşme Değerlendirme Ölçeği, Braden Basınç Yarısı Risk Değerlendirme Ölçeği ve Malnütrisyon Universal Tarama Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Evde sağlık birimine kayıtlı toplam 4098 hastadan %3,69'unda bası yarası saptanmıştır. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 78,29 (78,28±14,51) olup 103'ü kadın (%68,2) hastalardan oluşmaktadır. Hastalar kronik hastalık varlığına göre incelendiğinde özellikle nörolojik hastalığı olanların bası yarası oluşma riskinin yüksek ve çok yüksek risk grubunda yoğunlaştığı görülmektedir. Hastaların %44,4'ü beslenme ürünü kullanmaktadır. Yüksek proteinli beslenme ürünü kullanımı ile Braden ölçeği skoru arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı.

Sonuç: Bu çalışma Evde Sağlık Hizmeti alan hasta grubunun bası yarası ve malnütrisyon açısından riskli grupta olmasıyla birlikte iyi bir bakım hizmeti ve danışmanlık ile görülme sıklığının azaldığı görülmektedir. Bası yarası oluşma riskini ve bası yarasının ciddiyetini arttıran en önemli etkenlerin hastaların nörolojik hastalığının olması, beslenme durumu, idrar-gaita inkontinans durumu olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Bası Yarası, Malnütrisyon, Geriatri, Evde Bakım Hizmetleri

Geliş tarihi / Received: 22.05.2023 Kabul tarihi / Accepted: 20.09.2023

¹ HSU İzmir Medical Faculty Bozyaka Education and Research Hospital, Department of Family Medicine

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Osman Buğra SALAR. Bahar Mah., Saim Çıkrıkçı Cd. No:59, 35170 Karabağlar/İzmir Turkey

E-posta: bugrasalar@gmail.com Tel: +905458400985

Salar OB, Tuncer Ö. *Investigation Of Pressure Sores Frequency And Risk Factors Of Patients Registered To Home Health Unit.*

TJFMPC, 2023; 17 (4) :479-488

DOI: 10.21763/tjfmpe.1300394

Introduction

In today's world, rapid technological advancements and the discovery of new medical treatment protocols have led to a decrease in mortality rates and an increase in life expectancy. Consequently, the global population of older adults is on the rise. This growing older adults population, coupled with the long-term treatment of complications arising from chronic diseases, has resulted in a significant upsurge in healthcare expenditures. Home healthcare services (HHS) play a crucial role in ensuring equitable access to healthcare services for those in need. This is especially pertinent in countries like Turkey, where the healthcare budget per capita is insufficient, and the number of hospital beds available falls short.¹

Broadly defined, home healthcare services refer to the provision of medical examinations, tests, treatments, and rehabilitation services by professional healthcare teams within the homes of older adults, disabled individuals, and bedridden patients who face difficulties accessing traditional healthcare facilities due to various illnesses.² The close monitoring and treatment of these patients can substantially mitigate the risk of acute and chronic complications. The prevention of such complications contributes to cost savings by reducing hospitalizations and overall healthcare expenses.³

Pressure sores, characterized by tissue necrosis and ulcers resulting from reduced capillary circulation due to prolonged and repeated pressure, primarily afflict bedridden and long-term immobilized patients.⁴ According to the USA National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP) data, the prevalence of pressure sores varies between 10% and 18% in acute care units, 2.3-28% in long-term care units, and 0-29% in-home care services.⁵ They carry high morbidity and mortality rates and impose a significant burden on caregivers, along with substantial care expenses. The treatment of pressure sores ranks as the third-highest cost category following malignancies and cardiovascular diseases.⁶ Despite increased awareness through education provided to doctors, healthcare professionals, and caregivers for pressure sore prevention in recent years, it remains a significant healthcare challenge, both in our country and globally.⁷

When considering the general population, it becomes evident that the group of patients receiving home healthcare services is particularly vulnerable to pressure sores. Providing education to prevent pressure sores is not only easier but also less costly than offering treatment after tissue damage has occurred.⁸

We conducted an analysis of patients receiving Home Healthcare Services who have pressure sores. The study examined the relationship between the patients' wound conditions and various socio-demographic factors such as age, income level, education level, and the degree of proximity of the caregiver. Additionally, we investigated patient-specific factors including chronic illnesses, dietary habits, and nutritional status to understand their correlation with pressure sores.

Material And Methods

Our study was initiated with the approval of the Clinical Research Ethics Committee on August 20, 2021. The research site is the Home Health Unit of a Training and Research Hospital in Izmir.

During the study, file scans of all 4,098 patients registered with the Home Health Unit were conducted, and after home visits were made, pressure sores were detected in 186 of them. Thirty-five patients were excluded from the study due to their passing away during the data collection process. The study was completed with 151 patients.

Between December 1, 2021, and February 28, 2022, 151 active patients registered with the Home Health Unit were reached by phone, visited at home or while they were admitted to the outpatient clinic, and then asked for their consent to participate in the study. Consent has been obtained from the primary caregivers of patients with cognitive impairments for the study. Patients who were under 18 years of age were included in the study after obtaining consent from them and their caregiver parents individually before the questionnaire was administered.

The questionnaire consisted of two parts. The first one consisted of 20 questions on the participants' consent form, sociodemographic data, and introductory features of the participants. The second part included the Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH), the Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk, and the Malnutrition Universal Screening Tool (MUST).

The PUSH consists of three subscales: tissue type, amount of exudate, and pressure sore area. The total score, ranging from 0 to 17, reflects information about the ulcer's condition, with a higher score indicating greater severity of the ulcer.^{9,10}

The Braden Scale for Predicting Pressure Sore Risk was developed by Braden and Bergstrom, and a validity and reliability study were conducted in Turkey in 1997. The total score ranges from 6 to 23 by adding the subscale scores. A score of 15-16 is considered low risk (for people over 75 years of age, a score of 15-18 is considered low risk), a score of 13-14 is considered moderate risk, and a score of 12 or lower is considered high risk.¹¹

The MUST is recommended by the ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) and the British Association for Parenteral and Enteral Nutrition (BAPEN). The total score of the MUST is used to classify individuals into low, medium, and high-risk groups formal nutrition, with a score of 0 indicating a low risk, a score

of 1 indicating a moderate risk, and a score of 2 or higher indicating a high risk. Nutritional therapy and management are recommended based on the risk level.^{12,13}

The statistical analyses were performed using the IBM SPSS Statistics 24.0 statistical package program. A Cronbach's alpha reliability analysis was conducted to determine the reliability of the data collection tool. Independent sample t-tests and ANOVA tests were employed for normally distributed data, while the Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were used for data that did not follow a normal distribution. Chi-square tests, Fisher's exact test, Fisher-Freeman-Halton test, and Continuity (Yates) correction analyses were conducted for the comparison of qualitative data. Adjusted residual values were examined to measure the statistical significance between groups. Considering the distribution of $z=1.96$ at a 95% significance level ($\text{sig}= 0.05$), values greater than ± 1.96 were considered significant

Results

In our study, the demographic characteristics of the 151 patients with pressure sores are given in Table 1. 103 of the patients were female (68.2%). The mean age was 78.28 ± 14.51 (15-104) years. Especially in the 85 years and older group, 41 patients (74.55%) were female.

Table 1. Socio-demographic and Health Information Characteristics of the Patients ($n = 151$)

Değişkenler		Number(N)	Percentage (%)
Gender	Male	48	31.8
	Female	103	68.2
Age (years)	0-17	1	0.7
	18-64	22	14.6
	65-73	18	11.9
	74-84	55	36.4
	85+	55	36.4
Level of Income	Subminimum rate	67	44.4
	Minimum wage	35	23.2
	Above minimum wage	49	32.5
Education Status	Under high school	131	86.8
	High school	16	10.6
	Post-secondary	4	2.6
Nutritional Status	Oral	129	85.4
	PEG	12	7.9
	NG	10	6.6
Enteral/Oral Nutrition Product Usage Status	Yes	67	44.4
	No	84	55.6
Marital Status	Married	45	29.8
	Single	8	5.3
	Widow	98	64.9
Health Insurance	Yes	141	93.4
	No	10	6.6
Degree of Closeness of the Carer	1./2. Degree relative	104	68.9
	Partner	30	19.9
	Others (Caregiver, Relatives vb.)	17	11.3
Urinary and/or Fecal Incontinence Condition	With probe	37	24.5
	Urinary and fecal incontinence	89	58.9
	Use bedside toilet-potty	25	16.6
Pressure Mattress Use Condition	Yes	53	35.1
	No	98	64.9
The situation of Giving Medical Dressing Training at Home Health	Yes	135	89.4
	No	16	10.6
Pressure Sore Stage	Stage 1-2	87	57.6
	Stage 2-3	33	21.9
	Stages 3-4	18	11.9
	Unstageable	13	8.6
TOTAL		151	%100

No significant correlation was found between Braden pressure ulcer risk assessment scores, gender, and diet (Table 2). However, there is a significant relationship between the groups according to the use and differences of nutritional products, urinary and fecal incontinence status, use of air mattresses, dressing replacement frequency, treatment type, and presence of chronic disease. As Braden risk scores increase, there is a significant increase in the use of enteral/oral nutrition products in patients. In particular, the use of nutritional products with high protein content increases significantly as Braden risk scores increase. When patients are evaluated according to the presence of chronic disease, individuals with neurological diseases are concentrated in high and very high-risk categories according to the Braden scale. Neurological disorders increase the risk of pressure ulcers significantly more than cardiovascular diseases and other chronic diseases. According to the Braden Risk Assessment Scale, patients with a high-risk level replace dressings more frequently, twice a day and every other day.

Table 2. Braden Scale Results Based on the Demographic and Health Variables of the Patients

Independent variables		Severe Risk		High Risk		Moderate Risk		Mild Risk		None		X ²	Sd	P
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%			
Gender	Male	14	36.8	14	33.3	3	13	14	35.9	3	33.3	0.713	2	0.700
	Female	24	63.2	28	66.7	20	87	25	64.1	6	66.7			
Nutritional Status	Oral	27	71.1	37	88.1	20	87	36	92.3	9	100	11.453	8	0.177
	PEG	6	15.8	4	9.5	1	4.3	1	2.6	0	0.0			
	NG	5	13.2	1	2.4	2	8.7	2	5.1	0	0.0			
Use of Enteral/Oral Nutrition Product	Yes	24	63.2	22	52.4	12	52.2	8	20.5	1	11.1	20.120	4	0.000*
	No	14	36.8	20	47.6	11	47.8	31	79.5	8	88.9			
Type of Nutritional Product Used	Nutritional Product Rich in Protein Content	12	31.6	7	16.7	3	13	2	5.1	0	0.0	25.031	12	0.015*
	Diabetic Nutrition Product	6	15.8	6	14.3	3	13	4	10.3	0	0.0			
	Balanced Nutrition Product	6	15.8	9	21.4	5	21.7	2	5.1	1	11.1			
	Not Use Nutritional Products	14	36.8	20	47.6	12	52.2	31	79.5	8	88.9			
Urinary and/or Fecal Incontinence Condition	Urine Catheter	13	34.2	12	28.6	4	17.4	7	17.9	1	11.1	39.589	8	0.000*
	Urinary and Fecal Incontinence	23	60.5	28	66.7	18	78.3	18	46.2	2	22.2			
	Bedside Toilet-Potty	2	5.3	2	4.8	1	4.3	14	35.9	6	66.7			
Dressing replacement frequencies	More than 2 times a day	8	34.2	10	28.6	7	17.4	8	17.9	1	11.1	32.799	16	0.008*
	Everyday	25	60.5	25	66.7	14	78.3	20	46.2	2	22.2			
	Once in 2 Days	4	5.3	4	4.8	2	4.3	9	35.9	6	66.7			
	1 Time per week	0	47.4	2	38.1	0	52.2	2	17.9	0	0.0			
	None	1	52.6	1	61.9	0	47.8	0	82.1	9	100			
Evaluation in Terms of the Product Used in Dressing (Medicine)	Adequate Treatment	25	89.5	26	61.9	15	65.2	16	41.0	2	22.2	10.555	4	0.032*
	Inadequate Treatment	13	10.5	16	38.1	8	34.8	23	59.0	7	77.8			
Chronic Disease	Cardiovascular	2	5.26	6	14.29	2	8.7	6	15.38	2	22.22	28.345	12	0.005*
	Neurological	34	89.47	31	73.81	19	82.61	24	61.54	2	22.22			
	Endocrine	1	2.63	4	9.52	2	8.7	8	20.51	3	33.33			
	Others	1	2.63	1	2.38	0	0.0	1	2.56	2	22.22			

*Chi-Square Analysis

In Table 3, an increase in the use of enteral nutrition products was observed in patients with a high level of malnutrition risk. However, diabetic nutrition product no significant increase/decrease was observed in patients using protein-rich and a significant relationship between patients using balanced nutrition products and the MUST scale was found. In other words, patients with high-moderate malnutrition level increased intake of balanced and protein-intensive dietary supplements.

It was found that MUST scores were lower in patients who could use bedside toilet-potty. In addition, MUST scores increased in patients with urinary/fecal incontinence who were followed up with a catheter.

Table 3. MUST Scale Results Based on the Demographic and Health Variables of the Patients

Independent variables		Low Malnutrition Risk		Moderate Malnutrition Risk		High Malnutrition Risk		X ²	Sd	P
		N	%	N	%	N	%			
Gender	Male	15	31.9	11	37.9	22	29.3	0.713	2	0.700
	Female	32	68.1	18	62.1	53	70.7			
Nutritional Status	Oral	39	83	26	89.7	64	85.3	1.268	4	0.867
	PEG	5	10.6	1	3.4	6	8			
	NG	3	6.4	2	6.9	5	6.7			
Use of Enteral/Oral Nutrition Product	Yes	17	36.2	9	31	41	54.7	6.591	2	0.037*
	No	30	63.8	20	69	34	45.3			
Type of Nutritional Product Used	Nutritional Product Rich in Protein Content	5	10.6	1	3.4	18	24	18.08 3	6	0.001*
	Diabetic Nutrition Product	8	17	5	17.2	6	8			
	Balanced Nutrition Product	4	8.5	2	6.9	17	22.7			
	Not Use Nutritional Products	30	63.8	21	72.4	34	45.3			
Urinary and/or Fecal Incontinence Condition	Urine Catheter	13	27.7	5	17.2	19	25.3	10.38 1	4	0.034*
	Urinary and Fecal Incontinence	21	44.7	18	62.1	50	66.7			
	Bedside Toilet- Potty	13	27.7	6	20.7	6	8			
Chronic Disease	Cardiovascular	7	14.89	3	10.34	8	10.67	10.91 6	6	0.091
	Neurological	29	61.7	19	65.52	62	82.67			
	Endocrine	8	17.02	5	17.24	5	6.67			
	Others	3	6.38	2	6.90	0	0.0			

*Chi-Square Analysis

In Table 4, it is seen that patients who can use toilet-bedside toilets, have a high-income level, and replace dressing once a week have very low-Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH) scores.

Table 4. Pressure Ulcer Recovery Rating (PUSH) Scale Results Based on the Demographic and Health Variables of the Patients

		N	RankAvg.	
Urinary and/or Fecal Incontinence Condition	(1) Urine Catheter	37	82.73	(1,2) * (1,3) * (2,3) * KWH(X ²)= 16.915 Sd=2 p=0.001
	(2) Urinary and Fecal Incontinence	89	82.39	
	(3) Bedside Toilet- Potty	25	43.28	
	Total	151		
Level of Income	Subminimum rate	67	62.00	KWH(X ²)=9.526 Sd=2 p=0.009
	Minimum wage	35	61.27	
	Above minimum wage	49	55.33	
	Total	151		
Dressing replacement frequencies	More than 2 times a day	33	73.56	(1,4) * (2,4) * (3,4) * KWH(X ²)=20,014 Sd=4 p=0,001
	Everyday	89	85.05	
	Once in 2 Days	19	65.68	
	1 Time per week	7	18.64	
	None	3	33.50	
	Total	151		
Chronic Disease	Cardiovascular	18	70.11	KWH(X ²)= 1.593 Sd=3 p=0.661
	Neurological	110	78.70	
	Endocrine	18	68.03	
	Others	5	66.50	
	Total	151		

* Kruskal Wallis Test Analysis

Discussion

In our study, pressure sores were detected in 3.69% of patients in the Home Health Services Unit. The data we analyzed were consistent with the literature.⁽⁵⁾ The low incidence of pressure sores in our unit is thought to be the result of effective service, treatment and caregiver training.

According to World Health Organization (WHO) data, women tend to have longer life expectancies than men, and as life expectancy increases, the incidence of chronic diseases and the need for home health services also increase.

⁽¹⁴⁾ In the study, more than half of patients were women. Similar studies conducted in Turkey have found that the proportion of women receiving HHS ranges from 41.6% to 86.9%, with a higher proportion of female patients receiving HHS.^(15,16)

The average age of the patients participating in the study was 78.29 years (78.28±14.51). When focusing on the group aged 85 years and older, it was found that 41 patients were women (74.55%), and 14 patients were men (25.45%). Similar age distributions have been observed in studies examining the population receiving home health services in Turkey.^(1,17,18) Furthermore, international studies on home health services have also reported a prevalence of individuals aged 65 years and older receiving home care services, with figures as high as 83% in Austria, 78% in Germany, and 63% in the United States.⁽¹⁹⁾

The predominance of older adults in our study aligns with the established role of age as a contributing factor in the development of pressure sores. Numerous studies have indicated that the risk of pressure sores escalates with age due to reduced skin turgor pressure and alterations in the collagen structure of the skin.⁽²⁰⁻²²⁾

When we examined the correlation between PUSH scores and the income levels of the patients, a significant trend emerged: as the income level of the patients increased, the PUSH scores decreased, indicating less severe ulcers. This trend could be attributed to improved access to wound care products and better nutrition among patients with higher income levels. It's worth noting that while a majority of the patients had low-income levels, those with social security coverage may have had better access to healthcare services, which likely facilitated more thorough follow-up and treatment. This observation can be interpreted as a positive outcome for home health services.

When caregivers were categorized based on their level of proximity, the analysis revealed that 19.9% of patients were cared for by their spouses, while 68.9% received care from their first- and second-degree relatives. Furthermore, when examining the gender of caregivers, it was determined that 75.5% were female, and 24.5% were male. These findings align with similar patterns observed in previous studies. For instance, Adıgüzel et al. reported that 42.5% of care was provided by first-degree relatives and other family members, and in Zaybak et al.'s study, 24% of care was offered by spouses and 38% by children.^(23,24) Given the prevalence of spousal loss in old age and the advanced age of surviving spouses, it's common for first- and second-degree relatives, such as children and siblings, to become more involved in-patient care.

In our study, it was observed that approximately half of the patients used enteral nutrition products, while 14.5% were administered nutrition through NG (Nasogastric)/PEG (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy) methods. In a study conducted by Guduk et al. on home healthcare patients, it was found that 7% of patients were fed via NG/PEG, and 32% used enteral nutrition products.⁽²⁵⁾ The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN, 2018) has reported that supplementing with oral/enteral nutrition products can expedite wound healing in patients with pressure sores and multiple chronic diseases.⁽²⁶⁾

Existing literature has consistently shown that a patient's nutritional status plays a pivotal role in the development of pressure sores and tissue healing.⁽²⁷⁻²⁹⁾ Moreover, our analysis revealed a significant correlation between the use of nutritional products and the Braden risk score. Specifically, as the Braden risk score increased, the utilization of nutritional products also significantly increased. Remarkably, among low-risk patients, 88.9% did not require nutritional supplements, whereas 11.1% used balanced nutritional products. Since the Braden scale is commonly employed to monitor patients registered with home healthcare units for pressure sores, the initiation of nutritional products as a supplement to high-risk patients underscores the effectiveness of healthcare services. In a study by Doran et al., it was also demonstrated that nutritional support substantially reduces the occurrence of pressure sores in patients with nutritional disorders.⁽³⁰⁾

In our study, pressure sores were identified in the heel and sacral area in a majority of patients, specifically, 93.37%. When we examined the stages of these pressure sores, it was observed that 57.6% were categorized as Stage 1/2, 11.9% as Stage 3/4, and 8.6% as unstageable (necrotic). Among the 55 patients aged 85 and older, 29 of them (52.72%) were at Stage 1/2, while 15 (27.27%) were at Stage 2/3.

Comparing our findings with previous studies, Barzac et al. reported a Stage 1/2 pressure sore rate of 74%, Berquit et al. found that 49.1% were at Stage 1 and 50% were at Stage 2, and Akturk et al. observed that 12% of the patients had Stage 1 and 33% had Stage 2 pressure sores.⁽³¹⁻³³⁾ Generally, Stage 1/2 pressure sores are predominantly located in the heel and sacral area.⁽³⁴⁾

We observed that a majority of patients assessed as high-risk according to the Braden scoring system had issues with urinary and fecal incontinence. Furthermore, it was determined that the risk of pressure sores was significantly lower in patients who used bedside toilets or commodes.

Interestingly, our data additionally revealed that, in comparison to patients who relied on bedside toilets and commodes, patients with urinary/fecal incontinence who were handled with catheterization had considerably higher PUSH ratings, indicating more severe pressure sores. This disparity is probably caused by the fact that, in comparison to bedridden patients with urine/fecal incontinence, individuals who are able to use bedside toilets or commodes usually have higher levels of mobility and sensory sensitivity, which gives them superior resistance against pressure. Another factor that lowers the likelihood of pressure sores is the comparatively shorter skin-to-urine and skin-to-feet contact time among users of bedside toilets or commodes.

Upon examining the distribution of chronic illnesses among the patients, a noteworthy trend emerged. The group of patients with neurological diseases was prominently concentrated within the high and very high-risk categories according to the Braden pressure sore risk scoring system. This finding aligns with existing literature, which consistently indicates that patients with neurological diseases face an elevated risk of developing pressure sores.⁽³⁵⁾ Specifically, patients with cerebrovascular diseases are particularly vulnerable due to the substantial loss of motor and cognitive functions, as well as slower recovery progress. These factors result in longer periods of being bedridden. Moreover, the presence of sensory loss and an impaired ability to perceive pressure further contribute to the heightened risk in this patient population.⁽³⁶⁾

In our unit, the use of the PUSH scale to assess wound severity and to monitor and plan treatment for patients with pressure sores has been a notable practice. This approach aligns with recommendations from USA National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP), which underscores the importance of healthcare professionals employing the PUSH scale to standardize the monitoring and treatment of pressure sores.⁽³⁷⁾

Furthermore, an analysis of various sociodemographic characteristics of patients in relation to PUSH scores revealed intriguing insights. It was observed that as patients' income levels increased, and particularly among patients who were orally fed, there were lower PUSH scores, indicating less severe wounds compared to those fed through PEG and NG methods. Simultaneously, the use of high-protein nutritional products was linked with more severe and larger pressure sores. This is expected since high-protein nutrition is a crucial component of pressure sore treatment. Consequently, these findings underscore the importance of initiating appropriate nutritional supplementation, especially for patients with stage 3-4 pressure sores.

Conclusion

In our study, the incidence of pressure sores was found to be low. Although the prevalence of pressure sores is low, it is an important health problem that affects the morbidity and mortality of individuals.

Among the various factors contributing to the etiology of pressure sores, advanced age and the presence of neurological diseases in patients emerge as the most critical. Notably, 36.4% of our patients were aged 85 and older, with 74.55% of them being female. Pressure sores predominantly manifest in the heel and sacral areas, often at stage 1/2. Given that these sores typically develop in regions subjected to prolonged pressure, there is an opportunity for caregiver education aimed at preventing their formation.

Within the scope of our services, our teams must assess wound status, evaluate nutritional adequacy, and identify risk factors for patients with pressure sores during their initial encounters. This proactive approach is essential for preventing new wounds and enhancing the quality and efficiency of the care provided. Therefore, the inclusion of forms containing PUSH, MUST, and Braden scores—tools we utilized—in the record-keeping process within our units, along with their comprehensive completion and regular follow-up assessments, becomes crucial for improving the overall effectiveness and quality of our services. It's noteworthy that our study contributes to the literature, as there is limited research on the application of the PUSH scale in our country.

The limitation of our study is that it was conducted on patients who were registered in the Home Health Services Unit of a Training and Research Hospital in Izmir. It cannot be generalized to all home health care patients. However, studies that be conducted on a wider population regarding pressure sores, which are considered an important public health issue, would be informative for the prevention and treatment of this pathology.

References

1. Tuna R Y, Özdemir U, Güden E, Demirel I, Öksüzkaya A . Evde sağlık hizmetleri kayseri örneği. Halk Sağlığı Etkinlikleri. HASUDER. 2012.
2. Çayır Y, Işık M. Terminal dönem kanser hastalarında evde sağlık hizmetleri. Smyrna Tıp Dergisi. 2012;2:87-9.
3. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Özer Z C. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi. 2011;38(1).
4. Smith J, Aston S. Plastic and Aesthetic Nursing. Grabb and Smith's plastic surgery.4th ed.Boston, MA: Little, Brown, and Company.1991;11(1):29.
5. Baydar M, Peker Ö. Epidemiology of pressure ulcer. Türkiye Klinikleri J Int Med Sci. 2007; 3: 1-5.
6. Agrawal K, Chauhan N. Pressure ulcers: Back to the basics. Indian Journal of Plastic Surgery. 2012;45(02):244-254.
7. Özgenel GY, Kahveci R, Akın S, Özbek S, Özcan M. Bası Yaralarında Tedavi Prensiplerimiz ve Sonuçlarımız. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2002; 28(2): 27-32.
8. Simpson A, Bowers K, Weir-Hughies D. "Preventative management." Pressure sore prevention. London: Whurr Publishers. 1996 : 47-57.
9. Kökçü Ö D, Önen S. Basınç ülseri takip ve tedavisinde kullanılan ölçekler. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi. 2020; 24(3): 199-208.
10. Şahin E. Basınç yaralanmalarında topikal negatif basınç terapisinin iyileşmeye etkisi. 2018. Master's Thesis. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
11. Oğuz S, Olgun N. Braden Ölçeği ile hastaların risklerinin belirlenmesi ve planlı hemşirelik bakımının bası yaralarının önlenmesindeki etkinliğinin saptanması. Hemşirelik Forum. 1998;1(3):131-135
12. Gündüz S, Doğan D, Bayraktar E. Nutrisyonel risk değerlendirme ölçeklerinin istatistiksel testlerle karşılaştırılması. OPUS International Journal of Society Researches. 2019;10(17):815-834.
13. Türkoğlu İ., Ilgaz F., Yalçın T., Yürük A. A., Aksan A., Çerçi A., et al. Hastanede yatan yetişkin hastalarda malnütrisyon prevalansı: dört farklı beslenme tarama aracının karşılaştırılması. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2015;43(2), 135-142.
14. Havens B. Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva: World Health Organization. 1999;13311: 4-6.
15. Eker E, Özerdoğan Ö, Yıldırım E, Oymak S, Bakar C. Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2019; 12(3): 457-468.
16. Limnili G, Özçakar N. Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013; 17(1): 13-17.
17. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. Smyrna Tıp Dergisi 2012; 2 (1): 45-48.
18. Çatak B, Kılınç A, Badıllıoğlu O, Sütlü S, Sofuoğlu A E, Aslan D. Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Turkish Journal of Public Health. 2012;10(1): 13-21.
19. Thomé B, Dykes A K, Hallberg I R. Home care about the definition, care recipients, content and outcome: systematic literature review. Journal of clinical nursing. 2003;12(6):860-872.
20. Cox J. Predictors of pressure ulcers in adult critical care patients. American journal of critical care. 2011;20(5):364-375.
21. Chacon J M F, Blanes L, Hochman B, Ferreira L M. Prevalence of pressure ulcers among the elderly living in long-stay institutions in São Paulo. Sao Paulo Medical Journal. 2009;127:211-215.
22. Donini L M, De Felice M R, Tagliaccica A, De Bernardini L, Cannella C. Comorbidity, frailty, and evolution of pressure ulcers in geriatrics. Med Sci Monit. 2005;11(7): 336.
23. Adıgüzel E, Tek N. Evde bakım hizmeti alan bireylerin bakım alma nedenlerine göre beslenme durumlarının değerlendirilmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2018;11(1): 34-40.
24. Zaybak A, Güneş Ü Y, İsmailoğlu E G, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;15(1): 48-54.
25. Gütük Ö, Gütük Ö, Sertbaş Y. Evde sağlık hizmeti alan hastaların sağlık ihtiyaçlarının değerlendirilmesi. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2021;8(1): 78-83.
26. Gomes F, Schuetz P, Bounoure L, Austin P, Ballesteros-Pomar M, Cederholm T, et al. ESPEN guidelines on nutritional support for polymorbid internal medicine patients. Clinical nutrition. 2018;37(1):336-353.
27. Primiano M, Friend M, Mc Clure C, Nardi S, Fix L, Schafer M, et al. Pressure ulcer prevalence and risk factors during prolonged surgical procedures. AORN journal. 2011;94(6):555-566.
28. Fontaine J, Raynaud-Simon A. Pressure sores in geriatric medicine: the role of nutrition. Presse Medicale (Paris, France: 1983). 2008;37(7-8):1150-1157.
29. Thomas D R. Improving outcome of pressure ulcers with nutritional interventions: a review of the evidence. Nutrition. 2001; 17(2): 121-125.
30. Doran D, Lefebvre N, O'Brien-Pallas L, Estabrook C A, White P, Carryer J, et al. The relationship among evidence-based practice and client dyspnea, pain, falls, and pressure ulcer outcomes in the community setting. World views on Evidence-Based Nursing. 2014;11(5):274-283
31. Barczak C A, Barnett R I, Childs E J, Bosley L M. Fourth national pressure ulcer prevalence survey. Advances in wound care: the journal for prevention and healing. 1997;10(4):18-26.

32. Aktürk A Ş, Atmaca E, Zengin S, Bayramgürler D. Kocaeli ilinde evde bakım hizmeti alan hastalarda bası ülserlerinin prevalansı ve klinik özellikleri. *Turkderm*. 2010;44:128-31
33. Bergquist S. Pressure ulcer prediction in older adults receiving home healthcare: implications for use with the OASIS. *Advances in Skin & Wound Care*. 2003;16(3):132-139.
34. Moore Z E, Webster J. Dressings and topical agents for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2018(12).
35. Kurtuluş Z, Pınar R. Braden skalası ile belirlenen yüksek riskli hasta grubunda albümin düzeyleri ile bası yaraları arasındaki ilişki. *C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2003;7(2):1-10.
36. Yagura H, Miyai I, Seike Y, Suzuki T, Yanagihara T. Benefit of in patient multidisciplinary rehabilitation up to 1 year after stroke. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 2003;84(11):1687-1691.
37. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide*. Perth, Australia: Cambridge Media. 2014;2:1-4.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Effect of Fear of Covid-19 on Fear of Vaccination and Death Covid-19 Korkusunun Aşılınmaya ve Ölüm Anksiyetesine Etkisi

Merve KOLCU¹, Elif BÜLBÜL²

Abstract

Aim: The aim of this research is to determine the effect of fear of Covid-19 on vaccination and death anxiety.

Materials and Methods: This descriptive study was conducted between September and December 2021. The data was collected using the Google Forms online survey. Questionnaire form, Death Anxiety Scale and Covid-19 Fear Scale were applied to collect the data. T-test, one-way analysis of variance, Pearson Correlation analysis and multiple logistic regression analysis were used in the statistical analysis of the data.

Results: The mean age of the participants was 37.39 ± 12.31 years. It was stated that 83.4% of the individuals had the Covid-19 vaccine and 77.8% of those vaccinated completed the first dose of vaccine. There was a positive statistically significant relationship between the Covid-19 Fear Scale and the Death Anxiety Scale total score ($r=0.604$, $p<0.001$), and a negative statistically significant relationship between the Covid-19 Fear Scale Total score and the Covid-19 vaccination status ($r=-1.163$, $p<0.001$). It was concluded that the change in the total score level of the Covid-19 Fear Scale was explained by death anxiety and Covid-19 vaccination status at a rate of 37% ($R^2=0.374$).

Conclusion: As a result of this study, it was found that the fear of Covid-19 and death anxiety was moderate, and the fear of Covid-19 was higher in those who had the Covid-19 vaccine.

Anahtar Kelimeler: Fear of Covid-19, vaccination, death anxiety.

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı, Covid-19 korkusunun aşılınmaya ve ölüm anksiyetesine etkisinin belirlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, Eylül-Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler, Google Forms çevrimiçi anket uygulaması kullanılarak toplanmıştır. Veriler anket formu, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Covid-19 Korkusu Ölçeği ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde t-testi, tek yönlü varyans analizi, Pearson Korelasyon analizi ve çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $37,39 \pm 12,31$ yıldır. Bireylerin %83,4'ünün Covid-19 aşısı olduğu ve aşı olanların %77,8'inin birinci doz aşısını tamamladığı belirlenmiştir. Covid-19 Korkusu Ölçeği ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı arasında pozitif ($r=0,604$, $p<0,001$), Covid-19 Korkusu Ölçeği Toplam puanı ile Covid-19 aşılama durumu arasında negatif yönde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-1,163$, $p<0,001$). Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puan düzeyindeki değişim %37 oranında ölüm anksiyetesi ve Covid-19 aşılama durumu tarafından açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır ($R^2=0,374$).

Sonuç: Bu çalışma sonucunda, Covid-19 korkusunun ve ölüm anksiyetesinin orta seviyede ve Covid-19 aşısı olanların Covid-19 korkusunun daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19 korkusu, aşılama, ölüm anksiyetesi

Geliş tarihi / Received: 25.01.2023 Kabul tarihi / Accepted: 20.09.2023

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Hemşirelik Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Merve KOLCU, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Ana Bilim Dalı İstanbul / Türkiye E-posta: merve.kolcu@sbu.edu.tr Tel: +90 536 512 53 42

Kolcu M, Bülbül E. *The Effect of Fear of Covid-19 on Fear of Vaccination and Death*. TJFMPC, 2023; 17 (4) :489-496
DOI: 10.21763/tjfm.1242149

Giriş

Şiddetli akut solunum sendromu ve pnömoniye neden olan Covid-19 kısa sürede dünyaya yayılmıştır. Covid-19'un dünyaya hızla yayılması ve milyonlarca insanın yaşamını kaybetmesine neden olabileceği öngörüsüyle, Dünya Sağlık Örgütü tarafından Covid-19 pandemi olarak ilan edilmiştir.¹ Covid-19 pandemisi Eylül 2022'den itibaren dünyada 610 milyondan fazla vakaya yol açarak, 6 milyonun üzerinde kişinin ölümüne neden olmuştur.¹⁻³

Covid-19 pandemisinin ulusal ve uluslararası düzeyde birçok etkisi ortaya çıkmıştır (Nicola ve ark., 2020; Geniş, 2020). Salgının bireysel açıdan etkileri ele alındığında çaresizlik, ölüm korkusu ve endişe duygularını tetiklediği söylenebilmektedir.^{1,3} Kolay ve hızlı bulaşan Covid-19 enfeksiyonun, yüksek ölüm oranlarına neden olması nedeniyle bireyler endişe ve korku yaşamaktadırlar.⁴ Özellikle Covid-19'un hastalık süreci ve tedavisi hakkında kesin bilgilerin olmaması nedeniyle bireyler daha fazla endişe duymakta ve bu durum korku yaşamalarına neden olmaktadır. Korku, tehdit edici uyarıların algılanması yoluyla bireyin etkilenmesi sonucu hoş olmayan bir duygusal durumu tarif etmektedir.^{4,5}

Ölüm anksiyetesi ise, her korkunun temelinde gizli olduğu varsayılan kişinin kendisinin ve sevdiği kişilerin yaşamını kaybedebileceğini, bu dünyada bir daha var olmayacağını, ölümden sonraki bilinmez hayatın farkındalığı sonucunda ortaya çıkan bir duygu olarak da ifade edilmektedir.⁴ Salgın hastalıklar gibi süreci belli olmayan beklenmedik durumlarda birçok kişide, korku ve ölüm anksiyetesi gibi duygular ortaya çıkabilmektedir. Bu durum bireylerin Covid-19 tanısı almamasına rağmen kendisini hastalanmış ve semptomlar gösteriyormuş gibi hissetmesine neden olabilmektedir.⁶

Covid-19 pandemisinin bireyler üzerinde psikolojik açıdan etkilerinin oldukça fazla olduğu vurgulanmakla birlikte, pandemiden kaynaklı korkuların değerlendirilmesinin önemli olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir.^{5,6} Çok sayıda yaşamın kaybı, salgının en zor ve olumsuz sonuçlarından bir olsa da Covid-19'un kesin tedavi yöntemi ve ilaçlarının henüz olmaması, pandemi ve uzun dönem etkilerinin ne kadar uzayacağı konusunda kesinlik olmamasına bağlı olarak toplumdaki bireylerin psikolojileri olumsuz yönde etkilemekte; korku, kaygı ve endişe duygularının artmasına neden olabilmektedir.^{4,6}

Bireylerin yoğun korku yaşamalarına neden olan Covid-19'un kesin tedavisi henüz olmamakla birlikte, Covid-19'dan korunmaya yönelik aşılara kullanılmaya başlamıştır ve aşılama sayısı giderek artmıştır. Aşılama, özellikle salgın hastalıkların kontrol edilmesinin en etkili yöntemlerinden biridir. Yeni bir mikroorganizmaya karşı geliştirilen aşılama, kısa ve uzun vadedeki koruyuculuğunun ve kontrendikasyonlarının bilinmemesi nedeniyle kişilerin Covid-19'dan korunmaya karşı geliştirilen aşılara önyargılı yaklaşımlarına neden olabilmektedir.⁷

Covid-19 aşılama Dünya'da ve Türkiye'de sıklıkla tartışılan konulardan biridir.^{4,6,8,9} Ülkemizde 18 yaş ve üstü nüfusun %85,6'sı en az iki doz aşı olmuştur.¹⁰ Yapılan literatür taramasında, ülkemizde Covid-19 korkusunun aşılama ve ölüm anksiyetesine etkisini belirlemeye yönelik herhangi bir araştırma ile karşılaşmamıştır. Bu nedenle bu araştırma Covid-19 korkusunun aşılama ve ölüm anksiyetesine etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

- Bireylerin Covid-19 aşı olma durumunun dağılımı nedir?
- Covid-19 korkusunun Covid-19 aşı olma durumu ve ölüm anksiyetesine etkisi var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi, Evren ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma, İstanbul'da Eylül-Aralık 2021 tarihleri arasında yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini araştırmaya katılmayı kabul eden, İstanbul'da ikamet eden, okuma-yazması olan, soruları eksiksiz yanıtlayabilen 18-65 yaş arası erişkin bireyler oluşturmuştur. Veriler, kartopu örnekleme yöntemiyle online ankete katılmayı kabul eden, araştırmayı eksiksiz tamamlayan bireylerden elde edilmiştir. Araştırmanın örnekleme ise, evrenin bilinmediği durumlarda kullanılan en düşük örneklem hacmi hesaplama yöntemiyle %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile en az 380 kişi olarak hesaplanmış ve bu sayıya ulaşıldığında veri toplama işlemi sonlandırılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında anket formu, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Covid-19 Korkusu Ölçeği kullanılmıştır.

Literatür taranarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket formu; tanıtıcı bilgiler (yaş, cinsiyet, kilo, boy, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, gelir düzeyi, kiminle yaşadığı, kronik hastalık olması, sigara ve alkol tüketimi) ve Covid 19 ile ilgili bilgiler (Covid 19 tanısı alma, toplam tanı sayısı, Covid-19 aşısı olma, toplam aşı sayısı, aşı olmamış ise sebebi) olmak üzere toplam 17 sorudan oluşmuştur.^{3,6,11}

Covid-19 Korkusu Ölçeği: Ahorsu ve arkadaşları (2020) tarafından geliştirilen bu ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Bakioğlu ve arkadaşları (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek, yedi maddeden ve tek bir boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte yer alan sorularda ters madde bulunmamaktadır. Ölçek, 5'li likert tiptedir. Ölçüm aracından alınan toplam puan yükseldikçe, Covid-19 korkusunu yaşama düzeyi artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az ve en çok puan 7 ile 35 arasındadır. Ölçüm aracından alınan toplam puan arttıkça Covid-19 korkusunu yaşama düzeyi

artmaktadır.^{12,13} Güvenirlik geçerlik çalışmasında Cronbach Alpha katsayısı 0,82’dir. Yapılan bu çalışmada ise 0,83 olarak hesaplanmıştır.

Ölüm Anksiyetesi Ölçeği: Bu ölçek, Sarıkaya ve Baloğlu tarafından (2016) geliştirilmiş olup toplam 20 maddelik bir ölçektir. Ölçek üç alt boyuttan oluşmakta ve bunlar “Ölümün Belirsizliği”, “Ölümü Düşünme” ve “Tanıklık, Acı Çekme” alt boyutlarıdır. Ölçek 5’li likert tipte olup, toplam puanı 0-80 arasındadır ve puanın yüksek alınması yüksek ölüm kaygısını göstermektedir. Toplam puanın 0-29 arası olması düşük düzeyde, 30-59 arasında olması orta seviyede ve 60-80 arasında olması yüksek seviyede ölüm kaygısını belirtmektedir. Ölçek geliştirilme çalışmasında Cronbach Alpha katsayısının 0,95 olduğu bulunmuştur.¹⁴ Yapılan bu çalışmada ise 0,93 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri; Google Forms uygulaması aracılığıyla sosyal paylaşım siteleri (facebook, instagram) ve ağları (whatsapp, Bip) kullanılarak çevrimiçi anket toplama yöntemiyle toplanmıştır. Anket formuna ikamet ettiğiniz il seçeneği eklenmiş, kişisel beyana dayalı olarak İstanbul olarak belirtmeyen toplam 11 katılımcının anket verisi araştırmaya dahil edilmemiştir. Anket verilerinin cevaplanma süresi ortalama 10 dakika sürmüştür.

Verilerin Analizi

Araştırma verilerinin analizi (SPSS 25.0, SPSS Inc., Chicago, IL, USA) istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı değişkenlerin hesaplanmasında ortalama \pm standart sapma (Ort \pm SS), nominal değişkenlerin ise frekans ve yüzde oranları hesaplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde değişkenlerin normal dağılım gösterip göstermediği Kolmogorov Simirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermekte olup parametrik testler (Bağımsız örneklerde t-testi ve tek yönlü varyans analizi-ANOVA), değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson Korelasyon, ilişkinin gücünü belirlemek için de çoklu lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın yürütülebilmesi için, Girişimsel Olmayan Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay (Dosya numarası: 2021/64560) alınmıştır. Katılımcılara, araştırmanın bilimsel bir amaçla yürütüldüğü, araştırmanın amacı ve katılımın tamamen gönüllülük esasına uygun bir şekilde yapıldığı Google Forms uygulaması aracılığıyla anket formunda belirtilmiştir. Bu form üzerinden onam formu iki seçenek şeklinde (araştırmayı katılmayı onaylıyorum/ araştırmayı katılmayı onaylamıyorum) sunulmuştur.

Bulgular

Bireylerin tanıtıcı özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de yer almaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması $37,39 \pm 12,31$ yıl, vücut kilo ortalaması $71,51 \pm 15,15$ kg, boy uzunluğu ortalaması $169,89 \pm 14,06$ cm’dir. Bireylerin %50,8’i kadın, %52,4’ü üniversite ve lisansüstü mezun, %62,6’sı evli, %32,9’u memur, %51,8’inin geliri gidere eşit, %49,5’i eş ve çocuklarıyla birlikte yaşamakta, %24,2’sinin kronik hastalığı bulunmakta, %64,2’si sigara ve %81,3’ü de alkol kullanmamaktadır (Tablo 1).

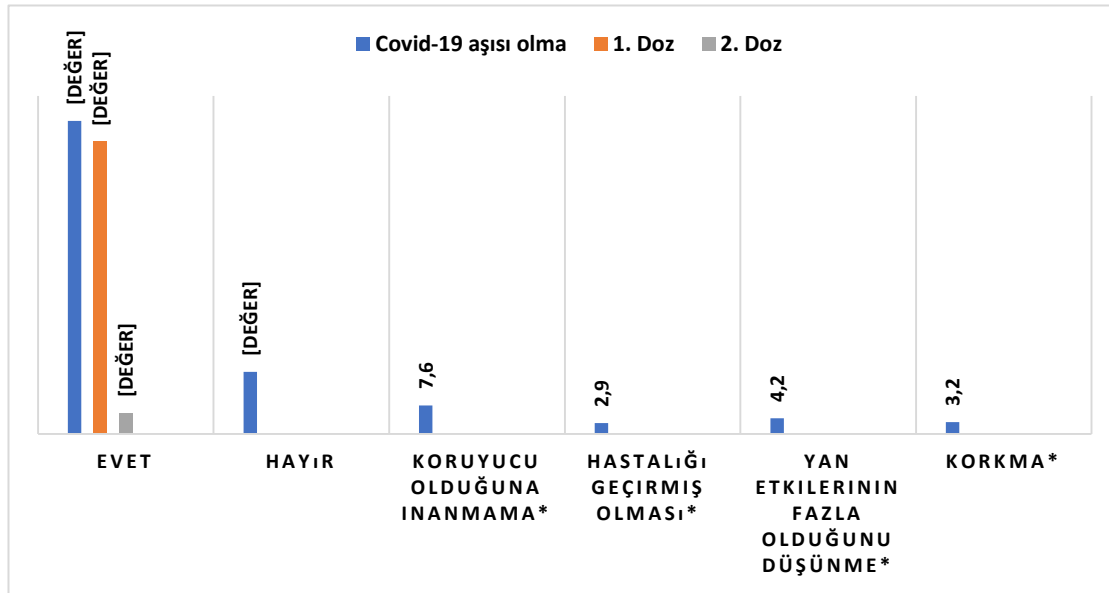
Tablo 1. Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n= 380)

Tanıtıcı Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	193	50,8
	Erkek	187	49,2
Eğitim durumu	İlkokul	53	13,9
	Ortaokul	34	8,9
	Lise	94	24,8
	Üniversite ve lisansüstü	199	52,4
Medeni durumu	Evli	238	62,7
	Bekar	129	33,9
	Boşanmış	13	3,4
Meslek	Çalışmıyor	30	7,9
	Ev hanımı	32	8,4
	Sağlık çalışanı	57	15
	Memur	125	32,9
	İşçi	45	11,8
	Serbest meslek	56	14,7
	Emekli	35	9,3

Tablo 1(Devamı). Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Dağılımı (n= 380)

Gelir durumu	Gelir giderden az	88	23,2
	Gelir gidere eşit	197	51,8
	Gelir giderden fazla	95	25,0
Kiminle yaşadığı	Eş ve çocuklarla	188	49,5
	Eşle	62	16,3
	Aileyle	88	23,1
	Yalnız	42	11,1
Kronik hastalık	Var	92	24,2
	Yok	288	75,8
Sigara kullanma	Evet	136	35,8
	Hayır	244	64,2
Alkol kullanma	Evet	71	18,7
	Hayır	309	81,3
Toplam		380	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin Covid-19 aşısı olma durumunun dağılımı incelendiğinde %83,4'ünün Covid-19 aşısı olduğu ve aşısı olanların %77,8'inin 1. doz aşısını tamamladığı belirlenmiştir. Bireylerin %16,6'sı Covid-19 aşısı olmadığını ve bu bireylerin %7,6'sı koruyucu olduğuna inanmama, %4,2'si yan etkilerinin fazla olduğunu düşünme, %3,2'si korkma ve %2,9'u da hastalığı geçirmiş olma nedeniyle Covid-19 aşısı olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Grafik 1).

**Grafik 1. Covid-19 aşısı olma durumunun dağılımı**

* Covid-19 aşısı olmayanlara ilişkin veridir, birden fazla cevap verilmiştir (Koruyucu Olduğuna İnanmama*, Hastalığı Geçirmiş Olması*, Yan Etkilerinin Fazla Olduğunu Düşünme*, Korkma*)

Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puan ortalamaları karşılaştırılmış olup; medeni durum, sigara kullanma ve alkol kullanma değişkenleri ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Covid-19 Korkusu Ölçeğinin toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Bireylerin Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puanının cinsiyet, eğitim durumu, meslek, gelir durumu ve kiminle yaşadığı değişkenlerine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık ($p<0,05$), meslek ve kronik hastalık değişkenleri ile de istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,001$). Bireylerin, Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puanının kiminle yaşadığı değişkenine ($p<0,05$), ve eğitim durumu, meslek kronik hastalık ve Covid-19 aşısı olma değişkenlerine göre de istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre Ölüm Anksiyetesi Ölçeği ve Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tanıtıcı özellikler		Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puanı	Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı
Cinsiyet	Kadın	18,10 ± 5,93	35,07 ± 21,03
	Erkek	17,92 ± 7,03	28,28 ± 21,16
	t; p	0,267; 0,789	3,136; 0,002
Eğitim durumu	İlkokul	20,07 ± 6,75	41,09 ± 20,09
	Ortaokul	19,64 ± 7,83	33,17 ± 20,66
	Lise	17,85 ± 6,53	32,04 ± 22,45
	Üniversite ve lisansüstü	17,26 ± 6,02	28,85 ± 20,63
	F; p	2,306; 0,001	1,534; 0,007
Medeni durum	Evli	18,57 ± 6,48	31,63 ± 21,84
	Bekar	17,16 ± 6,58	32,15 ± 20,33
	Boşanmış	16,30 ± 4,71	29,46 ± 23,31
	F; p	2,452; 0,088	0,101; 0,904
Meslek	Çalışmıyor	16,56 ± 5,96	33,33 ± 21,32
	Ev hanımı	20,00 ± 6,47	41,75 ± 24,55
	Sağlık çalışanı	17,70 ± 5,56	30,71 ± 18,57
	Memur	16,56 ± 5,87	28,08 ± 19,93
	İşçi	17,97 ± 6,93	26,68 ± 23,05
	Serbest meslek	18,50 ± 7,38	29,50 ± 20,70
	Emekli	22,40 ± 6,38	46,00 ± 18,51
	F; p	4,785; 0,001	5,300; 0,001
Gelir durumu	Gelir giderden az	19,01 ± 6,42	36,00 ± 21,02
	Gelir gidere eşit	18,14 ± 6,54	31,73 ± 21,28
	Gelir giderden fazla	16,83 ± 6,33	27,78 ± 21,21
	F; p	2,674; 0,070	3,424; 0,034
Kiminle yaşadığı	Eş ve çocuklarla	18,14 ± 6,38	29,18 ± 21,13
	Eşle	19,88 ± 6,37	39,45 ± 21,24
	Aileyle	17,04 ± 6,13	33,76 ± 21,80
	Yalnız	16,71 ± 7,38	27,54 ± 18,57
	F; p	3,004; 0,030	4,525; 0,004
Kronik hastalık	Var	20,20 ± 6,47	39,56 ± 22,51
	Yok	17,31 ± 6,35	29,23 ± 20,36
	t; p	3,781; 0,001	4,126; 0,001
Sigara kullanma	Evet	17,81 ± 6,48	31,67 ± 20,89
	Hayır	18,12 ± 6,50	31,77 ± 21,62
	t; p	-0,447; 0,655	-0,041; 0,967
Alkol kullanma	Evet	18,01 ± 6,39	33,83 ± 21,33
	Hayır	18,01 ± 6,52	31,25 ± 21,34
	t; p	-0,002; 0,998	0,917; 0,360
Covid-19 aşısı olma	Evet	18,48 ± 6,55	32,60 ± 21,93
	Hayır	15,65 ± 5,68	27,36 ± 17,59
	t; p	3,203; 0,001	1,785; 0,075

t: Independent Samples Test, F: Anova Test

Bireylerin Covid-19 Korkusu Ölçeği'nin toplam puan ortalaması $18,01 \pm 6,49$, Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puan ortalaması ise $31,73 \pm 21,34$ olarak hesaplanmıştır. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 aşı olma durumu arasındaki ilişki incelenmiş olup; Covid-19 Korkusu Ölçeği ile Ölüm Anksiyetesi Ölçeği arasında pozitif yönde, Covid-19 aşılama durumu arasında negatif yönde istatistiksel anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,001$). Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı ile Covid-19 aşılama durumu arasında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Tablo 3. Ölüm Anksiyetesi Ölçeği, Covid-19 Korkusu Ölçeği ve Covid-19 aşı olma durumu arasındaki ilişki

Ölçekler	Min.-Max.	Ort±SS	Covid-19 Korkusu Ölçeği	Covid-19 aşılama durumu
Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puanı	7,00-34,00	18,01 ± 6,49		r: -1,163 0,001*
Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı	0,00-80,00	31,73 ± 21,34	r: 0,604 0,000*	r: -0,091 0,075

Min.-Max.= Minimum-Maksimum, Ort= Ortalama, SS= Standart Sapma
r: pearson korelasyon katsayısı, * $p < 0,001$

Tablo 4’te Covid-19 korkusunun Covid-19 aşı olma durumu ve ölüm anksiyetesine etkisi verilmiştir. Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puan düzeyindeki değişim %37 oranında ölüm anksiyetesi ve Covid-19 aşılama durumu tarafından açıklandığı sonucuna ulaşılmıştır ($R^2= 0,374$). Regresyon analizi sonuçlarına göre Covid-19 korkusunu ölüm anksiyetesinin artırdığı ve Covid-19 aşılama durumunu ise azalttığı sonucuna ulaşılmıştır (sırasıyla $\beta=0,181$; $\beta=-1,887$) ($p < 0,001$) (Tablo 4).

Tablo 4. Covid-19 korkusunun Covid-19 aşı olma durumu ve ölüm anksiyetesine etkisi

Özellikler	Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puanı				
	B	Exp (B)	p	%95 GA	
				Alt değer	Üst değer
Sabit	14,474		0,000*	12,534	16,415
Ölüm Anksiyetesi Ölçeği toplam puanı	0,181	0,594	0,000*	0,156	0,205
Covid-19 aşılama durumu	-1,887	-0,108	0,000*	-3,287	-0,487

$R^2= 0,77$ Adjusted $R^2=0,374$

* $p < 0,001$ GA: Güven Aralığı

Tartışma

Covid-19 korkusunun aşılama ve ölüm anksiyetesine etkisini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırma, ilgili literatürler doğrultusunda tartışılmıştır.

Bu araştırmaya katılan kadınların Covid-19 Korkusu Ölçeği toplam puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu araştırma bulgusu, önceki yapılan çalışma sonuçları ile benzer olup, yapılan çalışmalarda da Covid-19 Korku Ölçeği toplam puanı kadınlarda anlamlı yüksek bulunmuştur.¹⁵⁻¹⁷

Katılımcıların eğitim durumunun, Covid-19 korkusu ile ölüm anksiyetesi üzerinde anlamlı farklılık oluşturduğu araştırma sonucunda ortaya konulmuş olup, eğitim seviyesi arttıkça Covid-19 korkusu ile ölüm anksiyetesinin daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bazı araştırmalarda da, benzer olarak eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte Covid-19 korkusunun azaldığı bulunmuştur.^{17,18,19} Bu sonucun eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte doğru bilgiye ulaşma, bilginin hayata aktarılmadaki tutumlarının artmasına ve bunun sonucunda bilinmeyenlere karşı duyulan korku hissinde oluşan azalmadan kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir.

Araştırma bulgularına göre, bireylerin %83,4’ünün Covid-19 aşısı olduğu ve aşı olanların %77,8’inin 1. doz aşısını tamamladığı belirlenmiştir. Ülkemizde Covid-19 aşılması Ocak 2021 tarihinde başlatılmış olup, Ocak 2023 itibarıyla ülkemizde Sağlık Bakanlığı verilerine göre en yüksek oranda 1. doz (%93,36) Covid-19 aşılması yapıldığı belirtilmiştir.¹⁰ Araştırma verisi bu tarihten yaklaşık sekiz ay sonra toplanmaya başlanmış olsa da en çok 1. doz Covid-19 aşılmasının yapılmış olması aşı teşvikinin sağlanması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin, %16,6’sı Covid-19 aşısı olmadığını ve aşı olmama nedenlerinin koruyucu olduğuna inanmama, yan etkilerinin fazla olduğunu düşünme, korkma ve hastalığı geçirmiş olma olarak belirtmişlerdir. Otuz bin katılımcıdan fazla kişinin katılımıyla Birleşik Krallık’ta yürütülen bir çalışmada, bireylerin %16’sının Covid-19’da kullanılan aşılar karşı önemli seviyede güvensizlik duydukları belirtilmiştir.²⁰ Polonya’da yürütülen başka bir çalışmada ise, katılımcılar Covid-19 aşısı olma konusundaki birincil endişelerinin, geliştirme sürecinin süresi ve ardından aşının olası olumsuz yan etkileri olduğunu belirtmişlerdir. Elde edilen araştırma bulguları ile benzerlik göstermektedir.²¹ Aşı reddi önemli bir halk sağlığı sorunudur ve özellikle yaşanan salgın döneminde halk sağlığını riske atmaktadır. Bu nedenle aşı reddinde rol oynayan psikolojik faktörleri anlamak önemlidir. Özellikle halk sağlığı ve ilgili düzenlemelerin aşı geliştirme ve sağlamanın ötesinde hedef kitlenin inançları, endişeleri, korkuları ve diğer duygularının ön planda tutulması gibi daha bütüncül bir odağa sahip olmalıdır.⁸ Covid-19 aşılmasına yönelik eğitim ve ilgili aktivitelerin düzenlenmesi ile aşının güvenilirliği konusunda yeterli bilgilendirme yapılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, ölçeklerden alınabilecek puanlara göre bireylerin Covid-19 korkusu ve ölüm anksiyetesi orta düzeydedir. Araştırmada elde edilen sonuçlar, daha önce yayınlanan araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında Covid-19 pandemisinde bireylerin ölüm ve anksiyete düzeylerinin daha yüksek düzeyde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.^{4,6} Araştırmaya katılan bireylerin büyük çoğunluğunun aşı olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmektedir. Bu durum, beklenen bir sonuç olarak değerlendirilmiştir. Halk sağlığıyla ilgili yürütülen çalışmaların aşı geliştirme ve sağlamanın ötesinde birey ve toplumun inançları, endişeleri, korkuları ve diğer duygularının da dikkate alınarak daha kapsamlı ve bütüncül bir hedefe sahip olması beklenilmektedir.⁸ Bu çalışma sonuçlarına göre Covid-19 aşısı olanların Covid-19 korkusunun daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Hwang ve arkadaşlarının (2022) Güney Kore’de yaptığı benzer bir çalışmada Covid-19 korku davranışı sergileyenler aşıyı daha fazla kabul etmiştir.²² Detoc ve arkadaşları (2020) tarafından yayınlanan bir çalışmada, Covid-19 korkusuyla

aşı kabulü ilişkilendirilmiştir.²³ Ülkemizde Nazlı ve arkadaşlarının (2021) yürüttüğü benzer bir araştırmada, Covid-19 korkusu düzeyi düşük olan bireylerin aşılama konusundaki tereddütleri yüksek bulunmuştur.⁹ Elde edilen araştırma bulgusu yapılan araştırma sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Covid-19 olma korkusu fazla olan bireylerin korku yaşamamasından dolayı, Covid-19'dan korunmada aşı olmaya istekli olmalarının olası bir sonuç olduğu düşünülmektedir.

Dünya genelinde Covid-19 ani ölümlerde artışlara, maddi kayıplara, sosyalleşmenin azalmasına ve kişisel güvenlik kaybındaki artışla birlikte ölüm anksiyetesinde de artışa yol açmıştır.²⁴ Çalışmada, Covid-19 korkusu yüksek olan bireylerin ölüm anksiyetelerinin de yüksek olduğu bulunmuştur. Benzer şekilde, Kıyak ve Türkben Polat'ın (2022) meme kanserli kadınlarda yaptıkları çalışmada, Covid-19 korkusunun ölüm anksiyetesini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.²⁵ Yapılan diğer bir çalışmada, Covid-19 korkusu olanların aşı olma niyetlerinin daha yüksek olduğu ve kaygı ile birlikte anksiyetelerinin de yüksek olduğunu saptanmıştır.²⁶ Pandemi sürecinde ölüm sayılarına ilişkin veri paylaşımı, maske ve diğer koruyucu ekipmanların kullanımının medyada yayınlanması ve küresel ölüm hızlarının artması gibi durumlar bireyleri ve toplumu psikolojik olarak etkilemiştir.²⁴ Bununla birlikte, bireylerin Covid-19 korkusuyla birlikte ölüme yakın olma hissi de ölüm anksiyetelerini arttırabilmektedir.²⁷

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma sonuçlarının bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma yalnızca İstanbul ilinde yürütüldüğünden, sonuçlar yalnızca araştırma kapsamına alınan bireylere genellenebilir. Salgın başladıktan sekiz ay sonra araştırmanın yapılması ve etkilerinin devam edebileceği göz önünde bulundurulduğunda sonuçların salgın öncesi dönemle karşılaştırılmamasından dolayı, nesnel bir değerlendirme yapılamayacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Bu araştırmada, katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin Covid-19 korkusu ve ölüm anksiyetesi üzerinde önemli düzeyde etkisi olduğu görülmüştür. Covid-19 korkusunun eğitim durumu yüksek olanlarda, çalışmayan bireylerde, yalnız yaşayanlarda ve kronik hastalığı olmayanlarda daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Ölüm anksiyetesinin ise kadınlarda, eğitim durumu düşük olanlarda, emeklilerde, gelir durumu kötü olanlarda ve kronik hastalığı bulunan bireylerde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, bu araştırmada bireylerin Covid-19 korkusunun ve ölüm anksiyetesinin orta seviyede olduğu bulunmuştur. Covid-19 korkusunu ölüm anksiyetesinin arttırdığı ve Covid-19 aşılama durumunu ise azalttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenlerle Covid-19 aşılı ile ilgili hem online, hem de medyada yer alan haber ve bilgilerin yetkililerce incelenmesi, insanları panikleten, aşılar karşı ön yargı oluşturan bilgilerin önlenmesi son derece önemlidir. Bireylerin karşılaştıkları olumsuz ve yanlış bilgilerin, hem Covid-19 aşılama oranını, hem de toplumun korku ve ölüm anksiyetesini etkileme durumu göz ardı edilmemelidir. Ayrıca araştırma sonuçlarından hareketle, Covid-19 korkusunun aşılama ve ölüm korkusuna etkisini belirlemeye yönelik çalışmaların yapılması da önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. Banerjee D. The COVID-19 outbreak: crucial role the psychiatrists can play. *Asian Journal of Psychiatry* 2020; 50, 102014. DOI: 10.1016/j.ajp.2020.102014
2. Nicola M, Alsafi Z, Sohrabi C, Kerwan A, AlJabir A, Iosifidis C, Agha R. The socioeconomic implications of the coronavirus pandemic (COVID-19): A review. *International Journal of Surgery* 2020; 78, 185. DOI: 10.1016/j.ijssu.2020.04.018
3. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine* 2020; 113(10), 707-712. DOI: 10.1093/qjmed/hcaa202
4. Amin S. The Psychology of coronavirus fear: are healthcare professionals suffering from coronaphobia? *International Journal of Healthcare Management* 2020; 13 (3), 249-256. DOI: 10.1080/20479700.2020.1765119
5. Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders* 2020; 70 (102196), 1-2. DOI: 10.1016/j.janxdis.2020.102196
6. Doğan MM, Düzel B. Covid-19 özelinde korku-kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies* 2020; 15 (4), 739-752. DOI: 10.7827/TurkishStudies.44678
7. Corey L, Mascola JR, Fauci AS, Collins FS. A strategic approach to COVID-19 vaccine R&D. *Science* 2020; 68 (6494), 948-950. DOI: 10.1126/science.abc5312

8. Bendau A, Plag J, Petzold MB, Strohle A. COVID-19 Vaccine Hesitancy and Related Fears and Anxiety. *International Immunopharmacology* 2021; 97, 107724. DOI: 10.1016/j.intimp.2021.107724
9. Nazlı ŞB, Yıgman F, Sevindik M, Deniz Özturan D. Psychological factors affecting COVID-19 vaccine hesitancy. *Irish Journal of Medical Science* 2021; 191(1), 71-80. DOI: 10.1007/s11845-021-02640-0
10. Sağlık Bakanlığı. (2023). Sağlık Bakanlığı Covid-19 Aşısı Bilgilendirme Platformu. Erişim Adresi: <https://covid19asi.saglik.gov.tr> Erişim Tarihi: 28.01.2023
11. Geniş B. Covid-19 pandemisine ilişkin algı ve tutum ölçeklerinin geliştirilmesi. *IEDSR Association* 2020; 7(7), 306-328.
12. Ahorsu DK, Lin C-Y, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The fear of COVID-19 scale: development and initial validation. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2022; 20, 1537-1545. DOI: 10.1007/s11469-020-00270-8
13. Bakioğlu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and positivity: mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2021; 19, 2369-2382. DOI:10.1007/s11469-020-00331-y
14. Sarıkaya Y, Baloğlu M. The development and psychometric properties of the Turkish death anxiety scale (TDAS). *Death Studies* 2016; 40(7), 419-431. DOI: 10.1080/07481187.2016.1158752
15. Andrade EF, Pereira LJ, Oliveira APLD, Orlando DR, Alves DAG, Guillarducci JDS, Castelo PM. Perceived fear of COVID-19 infection according to sex, age and occupational risk using the Brazilian version of the Fear of COVID-19 Scale. *Death Studies* 2022; 46(3), 533-542. DOI:10.1080/07481187.2020.1809786
16. Cao W, Fang Z, Hou G, Han M, Xu X, Dong J, Zheng J. The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China. *Psychiatry Research* 2020; 287, 112934. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112934
17. Doshi D, Karunakar P, Sukhabogi J, Prasanna JS, Mahajan SV. Assessing coronavirus fear in indian population using the fear of COVID-19 scale. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2020; 1-9. DOI: 10.1007/s11469-020-00332-x
18. Aslan S, Dinç M. Examining the relationship between nurses' fear levels and insomnia during the COVID-19 pandemic in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care* 2021; 1-7. DOI: 10.1111/ppc.12927
19. Wilkison J, Carryer J, Budge C. Impact of postgraduate education on advanced practice nurse activity-a national survey. *International Nursing Review* 2018; 65(3), 417-424. DOI: 10.1111/inr.12437
20. Robertson E, Reeve KS, Niedzwiedz CL, Moore J, Blake M, Green M, Benzeval MJ. Predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in the UK household longitudinal study. *Brain, Behavior, and Immunity* 2021; 94, 41-50. DOI: 10.1016/j.bbi.2021.03.008
21. Fernandes N, Costa D, Costa D, Keating J, Arantes J. Predicting COVID-19 vaccination intention: the determinants of vaccine hesitancy. *Vaccines* 2021; 9(10), 1161. DOI:10.3390/vaccines9101161
22. Hwang SE, Kim WH, Heo J. Socio-demographic, psychological, and experiential predictors of COVID-19 vaccine hesitancy in South Korea, October-December 2020. *Human Vaccines & Immunotherapeutics* 2022; 18(1), 1-8. DOI: 10.1080/21645515.2021.1983389
23. Detoc M, Bruel S, Frappe P, Tardy B, Botelho-Nevers E, Gagneux-Brunon A. Intention to participate in a COVID-19 vaccine clinical trial and to get vaccinated against COVID-19 in France during the pandemic. *Vaccine* 2020; 38(45), 7002-7006. DOI: 10.1016/j.vaccine.2020.09.041
24. Menzies RE, Neimeyer RA, Menzies RG. Death Anxiety, Loss, and Grief in the Time of COVID-19. *Behaviour Change*. 2020; 37(3), 111-115. DOI:10.1017/bec.2020.10
25. Kiyak S, Türkben Polat H. The Relationship Between Death Anxiety and COVID-19 Fear and Anxiety in Women With Breast Cancer. *Omega (Westport)*. 2022; 20, 302228221086056. DOI: 10.1177/00302228221086056.
26. Scrima F, Miceli S, Caci B, Cardaci M. The relationship between fear of COVID-19 and intention to get vaccinated. The serial mediation roles of existential anxiety and conspiracy beliefs. *Pers Individ Dif*. 2022; 184, 111188. DOI: 10.1016/j.paid.2021.111188.
27. Bodner E, Bergman YS, Ben-David B, Palgi Y. Vaccination anxiety when vaccinations are available: The role of existential concerns. *Stress Health*. 2022; 38(1), 111-118. DOI: 10.1002/smi.3079.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of Emotional Status and Eating Attitudes among White-Collar Workers Masa Başı Çalışanlarda Emosyonel Durum ve Yeme Tutumunun Değerlendirilmesi

Saliha YURTÇİÇEK EREN¹, Gözde ÇALIŞKAN AKIMAL², Neşe ÖZDEMİR³

Abstract

Introduction: Nowadays, with the development of digital technologies, most of the employees in the workplace have started to adopt a sedentary lifestyle. It is seen that sedentary lifestyle causes many negative health problems, especially obesity, among white-collar workers. It is stated that apart from the sedentary lifestyle, the psychological state also affects the eating attitude. Therefore, the aim of this study is to examine the relationship between emotional state and eating attitude among white-collar workers.

Methods: In this study, which was conducted with 186 administrative personnel, anthropometric measurements, general health status, and food consumption habits of individuals were questioned. In addition to these, their emotional states were by using the Depression Anxiety Stress (DAS) Scale; Eating disorder risks were evaluated using the eating attitude test (YTT-40).

Results: 65.1% of the participants were married and the mean age was found to be 34.05±7.52. When the DAS scores of the individuals were examined, it was seen that 58.1% experienced depression, 42.5% anxiety, and 66.1% stress at a normal level. Depression and stress scores of women and singles are significantly higher. Singles also had higher anxiety scores. Depression scores of individuals who preferred a carbohydrate-heavy diet were found to be significantly higher than those who had a protein-rich/high-fiber/high-fat/balanced diet. Individuals with EAT scores ≥30 were also found to have higher depression, anxiety, and stress scores.

Conclusion: Unhealthy eating behaviors, irregular eating habits and skipping meals in desk workers cause unbalanced and inadequate nutrition. For this reason, in order to prevent nutritional deficiencies and imbalances, it will be beneficial to increase the awareness of working individuals about work stress and nutrition and to provide consultancy services on healthy nutrition.

Keywords: Depression, anxiety, stress, eating attitude, white-collar workers.

Özet

Giriş: Günümüzde dijital teknolojilerin gelişmesiyle birlikte iş yerlerinde çalışanların çoğu hareketsiz yaşam tarzını benimsemeye başlamıştır. Hareketsiz yaşam tarzının masa başı çalışanlarda, obezite başta olmak üzere, olumsuz birçok sağlık sorununa neden olduğu görülmektedir. Hareketsiz yaşam tarzı dışında psikolojik durumun da yeme tutumunu etkilediği belirtilmektedir. Bu nedenle bu çalışmanın amacı masa başı çalışanlarda emosyonel durum ve yeme tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: 186 idari personel ile yapılan bu çalışmada bireylerin beyana dayalı antropometrik ölçümleri, genel sağlık durumları, besin tüketim alışkanlıkları sorgulanmıştır. Bunların yanı sıra Depresyon Anksiyete Stres (DAS) Ölçeği kullanılarak katılımcıların emosyonel durumları; Yeme tutumu testi (YTT-40) kullanılarak katılımcıların yeme bozukluğu riskleri değerlendirilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların %65,1'i evlidir ve yaş ortalaması 34,05±7,52 olarak bulunmuştur. Bireylerin DAS puanları incelediğinde %58,1'inin depresyon, %42,5'inin anksiyete ve %66,1'inin de stresi normal derecede yaşadığı görülmüştür. Kadınların ve bekârların depresyon ve stres puanları anlamlı olarak daha yüksektir. Bekârlarda ayrıca anksiyete puanları da daha yüksek bulunmuştur. Karbonhidrat ağırlıklı beslenmeyi tercih eden bireylerin depresyon puanlarının protein ağırlıklı/bol posalı/bol yağlı/dengeli beslenenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. YTT puanı ≥30 olan bireylerin depresyon, anksiyete, stres puanlarının da daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Masa başı çalışanlarda sağlıksız yeme davranışları, düzensiz beslenme ve öğün atlama alışkanlıkları; dengesiz ve yetersiz beslenmeye neden olmaktadır. Bu nedenle beslenme yetersizlikleri ve dengesizliğinin önlenmesi açısından, çalışan bireylerin iş stresi ve beslenme ile ilgili farkındalıklarının yükseltilmesi ve sağlıklı beslenme konularında danışmanlık hizmetlerinin sağlanması faydalı olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Depresyon, anksiyete, stres, yeme tutumu, masa başı çalışanlar.

Geliş tarihi / Received: 20.04.2023 Kabul tarihi / Accepted: 22.09.2023

¹Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Muş, Türkiye

²Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Muş, Türkiye

³Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İş Sağlığı ve Güvenliği Bölümü, Muş, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Gözde ÇALIŞKAN AKIMAL. Muş Alparslan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Muş, Türkiye

E-posta: g.caliskan@alparslan.edu.tr Tel: +90 546 680 28 01

Yurtççek Eren S, Çalışkan Akimal G, Özdemir N. *Evaluation Of Emotional Status And Eating Attitudes Among White-Collar Workers.*

TJF&PC, 2023; 17 (4) :497-504

DOI: 10.21763/tjfmpe.1286173

Giriş

Günümüzde dijital ve teknolojik gelişmelerin artması ile birlikte masa başı çalışan sayısında artışlar görülmektedir. Çalışan profilleri sektöre bağlı olarak değişiklik gösterse de, masa başı çalışanlarda yapılan işin gereği olarak, uzun süre hareketsiz yaşam tarzının benimsendiği ve bu durumun masa başı çalışanların yaşamlarında birçok olumsuz etkiye neden olduğu vurgulanmaktadır.^{1,2} Olumsuz olan bu durumların başında; özellikle uzun süre aynı ortamda çalışmak zorunda kalan masa başı çalışanlarda, çalışma ortamından kaynaklanan fiziksel faktörlerin etkisiyle emosyonel durumun etkilenmesi gelmektedir.³ Bu çalışanlarda sıklıkla hareketsiz yaşam gibi çeşitli faktörlerin anksiyete, depresyon gibi sorunlara neden olduğu ve duygusal durumu olumsuz etkilediği bildirilmektedir.⁴

Obezite, kardiyovasküler hastalıklar (hipertansiyon, inme ve ateroskleroz), çeşitli kanser türleri (meme, kolon ve prostat) ve tip II diyabet gibi bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH'lar); en önde gelen küresel ölüm nedenlerinden biridir. Tahmini verilere göre her gün 3,45 milyar insanın işe gittiği ve mesleki risklerden kaynaklanan toplam hastalık yükünün %70'inin BOH'lardan kaynaklandığı bildirilmektedir. Ortalama yaşam süresinin artması ve emeklilik yaşının artması gibi nedenlerden dolayı işe bağlı BOH görülme oranı daha da yaygın hale gelmeye başlamıştır.⁵ Masa başı çalışanlarda hareketsiz yaşam tarzının kötü beslenme alışkanlıklarına neden olarak, obezite başta olmak üzere, çeşitli sağlık sorunlarına neden olduğu belirtilmektedir.⁶ Yetkililer tarafından bu duruma karşı önlem alınmadığı takdirde işyerindeki verimliliğin büyük oranda azalacağı vurgulanmaktadır.⁷

Genel literatürde masa başı çalışanlarda hareketsiz yaşam tarzına bağlı kötü beslenme alışkanlıkları olduğu vurgulanmaktadır.⁶ Fakat hareketsiz yaşam tarzının dışında, psikolojik açıdan en çok karşılaşılan kavram olan duygusal yeme; açlık hissinin oluşmasıyla, öğün zamanının gelmesi ya da sosyal gereklilik olması ile ilgili değildir. Yalnızca duygu durum değişikliğine cevaben ortaya çıkan bir yeme davranışı olduğu ve bu durumun da beslenme bozukluklarına neden olduğu bildirilmektedir.⁸ Bu bilgilerden yola çıkarak çalışmamızda; masa başı çalışanlarda yeme tutumunun emosyonel durumdan nasıl etkilendiği ya da masa başı çalışanlarda emosyonel durum ile yeme tutumu arasında nasıl bir ilişkinin olduğu incelenmek istenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü, Evren ve Örneklemi

Bu araştırma tanımlayıcı kesitsel türde yapılan bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini Türkiye'nin doğu bölgesinde bulunan bir devlet üniversitesinde çalışan 258 idari personelin tümü oluşturmuştur. Evreni bilinen örneklem yöntemine göre (%5 sapma, %95 güven seviyesinde) örneklem büyüklüğü en az 155 kişi olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemini ise 1-30 Kasım 2022 tarihleri arasında aynı üniversitede bulunan 186 idari personel oluşturmuştur. 258 idari personelin hepsine ulaşılmaya çalışılmış fakat 72 kişi çalışmaya katılmayı kabul etmemiştir.

Etik boyut

Çalışmanın gerçekleştirildiği ilgili üniversiteden 12.10.2022 tarihli ve 67376 sayılı etik kurul izni ve kurum izni alınmıştır. Çalışmaya katılmayı onaylayan bireylere çalışma konusunda bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formu aracılığıyla onayları alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu; yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir durumu, boy, kilo, vücut ağırlığı memnuniyet derecesi, algılanan psikolojik sağlık durumu, en çok tercih edilen beslenme modeli ve su tüketim miktarı olmak üzere toplam 10 soru içermektedir.

Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASÖ)

Lovibond ve Lovibond (1995)⁹ tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Akın ve Çetin (2007) tarafından gerçekleştirilmiştir. Ölçek maddelerinin puanları 0-3 arasında değişmekte olup 3 boyuttan (depresyon=14 madde, anksiyete=14 madde, stres=14 madde) ve toplam 42 maddeden oluşmaktadır. Akın ve Çetin'in çalışmasında ölçeğin Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur.¹⁰ Bu çalışmada ise Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı 0,96 olarak saptanmıştır.

Yeme tutumu testi (YTT-40)

Garner ve Garfinkel (1979) tarafından geliştirilmiştir ve tüm dünyada yeme bozukluğu riskini tanımlamak için kullanılmaktadır.¹¹ Savaşır ve Erol (1989) tarafından Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek, altılı likert tipinde (daima-hiçbir zaman) olup 40 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin kesme değeri 30 puandır. Puanların 30 ve üzerinde olması yeme bozukluğu riskinin artmasına işaret etmektedir. Savaşır ve Erol'un çalışmasında Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,70 bulunmuştur.¹² Bu çalışmada ise Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,90 olarak saptanmıştır.

Verilerin Analizi

Araştırmaya katılanlara ait tanımlayıcı bilgiler, yüzde (%) ve frekans (n) olarak sunulmuştur. Vücut algısı ölçeği ve yaşam memnuniyeti ölçeğine ilişkin verilerin istatistikinde çarpıklık ve basıklık (Skewness and Kurtosis) değerlerinin Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği için normal dağılım gösterdiği, Yeme Tutumu Testi için ise normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir. Depresyon anksiyete stres ölçeği için, parametrik test tekniklerinden Independent Samples t-testi ilişkili olduğu düşünülen ikili gruplarda; Tek Yönlü Varyans analizi (ANOVA) ise ikiden fazla grupların karşılaştırılmasında kullanılmıştır. Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının tespit edilmesinde ise post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmıştır. Yeme tutumu testi ile değişkenlerin karşılaştırılmasında ise ki-kare analizi ve YTT kesim noktasına göre depresyon, anksiyete, stres (DAS) puanlarının karşılaştırılmasında Independent Samples t-testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 25.0 paket programı uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Yapılan analizlerde anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ baz alınmıştır. DASÖ ve YTT-40 arasındaki korelasyonu belirlemek için Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır ve iki ölçek arasında zayıf düzeyde ($r=220$) istatistiksel olarak anlamlı korelasyon tespit edilmiştir ($p=0,003$).

Bulgular

Elde edilen bulgulara göre bireylerin yaşları 20 ile 70 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması $34,05 \pm 7,52$ 'dir. Çalışmaya katılan kadın oranı %16,1'dir. Bireylerin çoğunluğu, evli olduğunu (%65,1) ve gelirin giderine denk (%43,0) olduğunu belirtmiştir. Normal vücut ağırlığına sahip katılımcı oranı %44,6, fazla kilolu olan katılımcı oranı %44,1'dir. Bireylerin yarısı vücut ağırlığından memnun olduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %32,3'ü psikolojik sağlık durumunu normal olarak algılamaktadır. Çalışanlar en çok tercih edilen beslenme modeline göre çoğunlukla (%39,8) protein ağırlıklı beslendiğini belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğunun (%44,6) günde 6-10 bardak su içtiği görülmektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Bireylerin sosyodemografik ve beslenme ile ilişkili bazı özellikleri

Değişkenler	Min- max	Ort±ss
Yaş	20-70	34,05±7,52
Cinsiyet	Sayı (n=186)	%
Kadın	30	16,1
Erkek	156	83,9
Medeni durum		
Bekar	65	34,9
Evli	121	65,1
Gelir durumu		
Gelir giderden çok	42	22,6
Gelir gidere denk	80	43,0
Gelir giderden az	64	34,4
Beden Kütle İndeksi (BKİ)		
Normal (18,5-24,9)	83	44,6
Fazla kilolu (>25, <29,9)	82	44,1
Obez (>30,0)	21	11,3
Vücut ağırlığı memnuniyet derecesi		
Çok memnun	22	11,8
Memnun	93	50,0
Memnun değil	57	30,6
Hiç memnun değil	14	7,6
Algılanan psikolojik sağlık durumu		
Çok iyi	54	29,0
İyi	56	30,1
Normal	60	32,3
Kötü	16	8,6
En çok tercih edilen beslenme modeli		
Protein ağırlıklı (et, tavuk, yumurta, süt vb.)	74	39,7
Karbonhidrat ağırlıklı (ekmek, pilav, patates vb.)	36	19,4
Bol posalı (meyve, sebze ağırlıklı)	7	3,8
Bol yağlı	5	2,7
Dengeli (karbonhidrat, protein, yağ)	64	34,4
Su tüketim miktarı		
En fazla 5 bardak	72	38,7
6-10 bardak	83	44,6
12 bardak ve üzeri	31	16,7

Elde edilen bulgulara göre katılımcıların %58,1'inin normal derecede depresyon, %42,5'inin normal derecede anksiyete ve %66,1'inin de de normal derecede stres yaşadığı görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğine göre çalışanların depresyon anksiyete stres seviyeleri

	Depresyon		Anksiyete		Stres	
	Sayı (n=186)	%	Sayı (n=186)	%	Sayı (n=186)	%
Normal	108	58,1	79	42,5	123	66,1
Hafif	14	7,5	16	8,6	19	10,2
Orta	27	14,5	36	19,4	21	11,3
İleri	23	12,4	23	12,4	14	7,5
Çok İleri	14	7,5	37	17,2	9	4,8

Elde edilen bulgulara göre kadınların depresyon (p=0,017) ve stres (p=0,002) puanlarının erkeklere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bekâr katılımcıların depresyon (p=0,019), anksiyete (p=0,004) ve stres (p=0,003) puanlarının evli olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Geliri giderinden az olan katılımcıların DAS puanları (p=0,037, p=0,046, p=0,026), geliri giderine denk ve geliri giderinden çok olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır. Karbonhidrat ağırlıklı beslenen bireylerin depresyon puanları protein ağırlıklı/bol posalı/bol yağlı/dengeli beslenenlere göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,024; Tablo 3).

Tablo 3. Bireylerin bazı özelliklerine göre Depresyon Anksiyete Stres Ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek	Değişkenler	\bar{x}	Ss	t	p
	Cinsiyet				
Depresyon	Kadın	14,73	11,13	2,418	0,017
	Erkek	9,81	10,01		
Anksiyete	Kadın	14,033	10,40	1,826	0,069
	Erkek	10,67	8,97		
Stres	Kadın	17,93	10,24	3,179	0,002
	Erkek	11,85	9,45		
	Medeni durum				
Depresyon	Bekar	13,03	10,96	2,373	0,019
	Evli	9,30	9,78		
Anksiyete	Bekar	13,87	9,81	2,922	0,004
	Evli	9,79	8,67		
Stres	Bekar	15,76	10,24	3,050	0,003
	Evli	11,26	9,241		
	Gelir durumu	X	Ss	F	P
Depresyon	Gelir giderden çok	9,19	10,42	3,347	0,037
	Gelir gidere denk	9,21	9,80		
	Gelir giderden az	13,28	13,51		
Anksiyete	Gelir giderden çok	10,42	10,26	3,123	0,046
	Gelir gidere denk	9,80	8,49		
	Gelir giderden az	13,51	9,22		
Stres	Gelir giderden çok	11,45	9,57	2,097	0,026
	Gelir gidere denk	11,96	9,58		
	Gelir giderden az	14,84	10,09		
	En çok tercih edilen beslenme modeli				
Depresyon	Protein ağırlıklı	8,32	8,38	2,879	0,024
	Karbonhidrat ağırlıklı	14,63	10,91		
	Bol posalı	13,71	11,07		
	Bol yağlı	15,80	17,71		
	Dengeli (karbonhidrat, protein, yağ)	10,23	10,75		
Anksiyete	Protein ağırlıklı	9,91	8,10	1,420	0,229
	Karbonhidrat ağırlıklı	13,91	9,72		
	Bol posalı	12,85	8,27		
	Bol yağlı	14,80	15,84		
	Dengeli (karbonhidrat, protein, yağ)	10,75	9,68		
Stres	Protein ağırlıklı	10,91	8,25	2,181	0,073
	Karbonhidrat ağırlıklı	16,25	10,60		
	Bol posalı	14,14	8,17		
	Bol yağlı	17,60	15,09		
	Dengeli (karbonhidrat, protein, yağ)	12,62	10,38		

YTT puanının 30 ve üzerinde olması kişilerde yeme bozukluğu riskini yansıtmaktadır. Elde edilen bulgulara göre YTT kesim noktasına göre bireylerin yaş grupları, cinsiyeti, medeni durumları, aile tipleri, sigara içme ve kronik bir hastalığa sahip olmaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). YTT puanları ile bireylerin su tüketimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=6,651$; $p=0,036$). Buna göre yapılan post-hoc analizleri sonucunda, YTT puanları >30 olan bireylerin günde 5 bardaktan az su tükettikleri görülmüştür, diğer gruplar arasında ise herhangi bir farklılık görülmemiştir. YTT kesim noktası ile BKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=8,228$; $p=0,016$). Buna göre yapılan ileri değerlendirmede fazla kilolu ve obez bireylerin normal vücut ağırlığına sahip olan bireylere kıyasla YTT puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. YTT puanı ≥ 30 olanlar ile <30 olanlar arasında vücut ağırlığı memnuniyet derecesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=9,061$; $p=0,028$). Buna göre yapılan değerlendirmede vücut ağırlığından ‘memnun olanlar’ın puanları ile ‘hiç memnun olmayanlar’a göre ve vücut ağırlığından ‘memnun olmayanlar’ın puanları ‘hiç memnun olmayanlar’a göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. YTT puanı ≥ 30 olanlar ile <30 olanlar arasında algılanan psikolojik duruma göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($x^2=13,635$; $p=0,003$). Buna göre gruplar arası değerlendirmede psikolojik durumu çok iyi olanların puanları kötü olanlara göre ve psikolojik durumu normal olanların puanları kötü olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

Tablo 4. Bireylerin tanıtıcı özellikleri ile YTT puanlarının karşılaştırması

Özellikler	YTT Puanı				Analiz
	≥ 30		< 30		
					χ^2 ; p*
Cinsiyet					
Kadın	4	13,3	26	86,7	0,476; 0,490
Erkek	29	18,5	127	81,5	
Medeni hal					
Bekar	10	15,3	55	84,7	0,380; 0,537
Evlü	23	19,0	98	81,0	
Su tüketim miktarı					
En fazla 5 bardak	8	11,1	64	88,9	
6-10 bardak	15	18,0	68	82,0	6,651; 0,036
12 bardak ve üzeri	10	32,2	21	67,8	
Beden Kütle İndeksi (BKİ)					
Normal (18.5-24.9)	8	9,6	75	90,4	
Fazla kilolu (>25, <29.9)	18	21,9	64	78,1	8,228; 0,016
Obez (>30.0)	7	33,3	14	66,7	
Vücut ağırlığı memnuniyeti					
Çok memnun	6	27,2	16	72,8	
Memnun	12	12,9	81	87,1	9,061; 0,028
Memnun değil	9	15,7	48	84,3	
Hiç memnun değil	8	57,1	6	42,9	
Algılanan psikolojik durum					
Çok iyi	10	18,5	44	81,5	
İyi	6	10,7	50	89,3	13,635; 0,003
Normal	9	15,0	51	85,0	
Kötü	8	50,0	8	50,0	

χ^2 : Ki-kare testi

Sonuç olarak; bireylerin YTT kesim noktasına göre depresyon, anksiyete, stres puanlarının karşılaştırılması incelendiğinde YTT puanı ≥ 30 olan bireylerin depresyon, anksiyete, stres puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Bireylerin YTT puanlarına göre depresyon, anksiyete, stres puanlarının karşılaştırılması

	YTT < 30 (n=153)		YTT ≥ 30 (n=33)		t	P*
	\bar{x}	Ss	\bar{x}	Ss		
Depresyon	9,39	9,44	16,21	12,43	-2,969	0,005**
Anksiyete	10,04	8,38	16,66	11,20	-3,206	0,003**
Stres	12,11	9,29	16,21	11,53	-2,199	0,029*

Bağımsız grup t testi; * $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tartışma

Masa başı çalışanlar ile yapılan bu çalışmada bireylerin emosyonel durumları ve yeme tutumları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde çoğunluğunun erkeklerden (%83,9) ve genç yetişkin bireylerden (yaş ortalaması 34,05±7,52) oluştuğu görülmektedir. Yeme davranışları ve emosyonel durumun değerlendirildiği çalışanlar ile yapılan bazı çalışmalarda^{13,14} genellikle kadın katılımcı oranı ağırlıkta iken bizim çalışmamız erkek katılımcı oranının fazla olması yönüyle diğer çalışmalardan ayrılmıştır. 2020 yılında TÜİK tarafından yapılan çalışmada¹⁵ çalışan erkek oranının çalışan kadın oranından daha fazla olduğu saptanmıştır. Bununla uyumlu olarak bizim çalışmamızda da çoğunluğun erkeklerden oluşması çalışma hayatında erkeklerin daha fazla yer aldığı düşündürmektedir.

Çalışmamızda bireylerin Beden Kütle İndeksleri (BKİ) değerlendirildiğinde %44,6'sının normal vücut ağırlığına sahip olduğu, %44,1'inin fazla kilolu ve %11,3'ünün obez olduğu görülmüştür. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırmasına göre erkeklerin %20,5'i, kadınların %41'i, toplam nüfusun %30,3'ünün obez olduğu görülmektedir.¹⁶ Obezite prevalansını etkileyen en önemli risk faktörlerden biri kadın cinsiyete sahip olmaktır.¹⁷ Bu çalışmada kadın popülasyonunun erkeklerle göre daha az olması nedeniyle obezite oranının düşük olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan bireylerin en çok tercih ettikleri beslenme modelleri sorgulandığında bireylerin çoğunluğu dengeli (%34,4) ve protein ağırlıklı (%39,8) beslendiklerini belirtmişlerdir. Bu durum bireylerin sağlıklı beslenmeye önem verdiklerinin bir göstergesi olarak kabul edilebileceği gibi çalışmaya katılan bireylerde obezite oranının düşük olmasını destekler niteliktedir.

Çalışmamıza katılan bireylerin depresyon, anksiyete ve stres durumları incelenmiş ve bireylerin %58,1'inin normal derecede depresyon, %42,5'inin normal derecede anksiyete ve %66,1'inin de de normal derecede stres yaşadığı görülmüştür. Kadınların depresyon ve stres puanları erkeklerle kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Bizim çalışmamızla paralel olarak yapılan pek çok çalışmada iş hayatında yer alan kadınların stres düzeylerinin erkeklerle göre daha fazla olduğu bulunmuştur.¹⁸⁻²⁰ Benzer şekilde Hollandalı yetişkin bireyler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da stres ve depresif davranışların kadınlarda daha yüksek olduğu ve bu davranışların duygusal yeme ile ilişkili olarak daha yüksek BKİ'ye neden olduğu belirtilmiştir.²¹ Bu durumun; kadınların iş hayatında cinsiyet ayrımcılığına maruz kalması²² genel ev işlerine erkeklerle göre daha fazla zaman ayırmaları, kendilerine ayırabildikleri zaman diliminin kısıtlı olması²³ vb. sebeplerle ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Bireylerin medeni durumlarına göre depresyon anksiyete ve stres durumları incelendiğinde ise bekâr olanların tüm puanlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamıza benzer şekilde bekâr ve boşanmış bireylerin depresyon, anksiyete ve stres puanlarının evli bireylere göre daha yüksek bulunduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^{24,25} Ancak literatürde medeni durum ve iş stresi arasında herhangi bir ilişki olmadığını gösteren^{26,27} veya evli bireylerde stresin daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.^{28,29} Çalışmalardan çıkan bu farklı sonuçlar; araştırmaların farklı meslek grupları ile yürütülmesinden, çalışanların iş yoğunluğu ve bundan etkilenme derecelerinin farklı olmasından veya aile yaşantılarındaki farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin tercih ettikleri beslenme modelleri ile depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiye bakıldığında, karbonhidrat ağırlıklı beslenen bireylerin depresyon puanlarının protein ağırlıklı/bol posalı/bol yağlı/dengeli beslenenlere göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür. Hipotalamik hipofiz adrenal eksen (HPA) aktivitesinin azalması, aşırı karbonhidrat isteği, iştah artışı ve ağırlık artışı depresyonda görülen en yaygın parametrelerdendir.³⁰ Duygusal yeme ile enerjisi fazla besinlerin tüketilmesi arasında pozitif bir ilişki olduğu Lu ve arkadaşlarının³¹ çalışmalarında belirtilmiştir. Karbonhidrat, yağ ve şeker yönünden zengin, enerjisi fazla besinlerin tüketilmesi obeziteye yol açmakta ve obezite de çeşitli metabolik rahatsızlıklara neden olabilmektedir. Metabolik bozukluklar ise, beyin sinyalizasyonunu etkileyerek ruh hali üzerinde etkili olabilmektedir. Bu durum ruh hali, obezite ve duygusal yeme arasında kısır bir döngüye neden olmaktadır.³²

YTT puanının 30 ve üzerinde olması kişilerde yeme bozukluğu riskini yansıtmaktadır. Bireylerin %17,74'ünde yeme bozukluğu riski bulunmakta ve bu riskin oranı erkeklerde (Kadın: %13,3; E: %18,5) ve evli bireylerde (Evli: %19,9; bekar, %15,3) daha yüksek görünmektedir. Ancak cinsiyetler ve medeni hal bakımından bireyler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu yüksekliğin çalışmamıza katılan evli bireyler ve erkeklerin sayısının daha fazla olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bireylerin yeme bozukluğu riski ile su tüketimi arasındaki ilişkiye bakıldığında günde 5 bardaktan az su tüketen bireylerin 12 bardak ve üzeri su tüketen bireylere göre yeme bozukluğu riskinin anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür. Yetişkinlerde günlük su ihtiyacı ortalama olarak vücut ağırlığı (kg) x 35 ml formülü ile veya basitçe 1500-2000 ml (6-10 su bardağı) şeklinde hesaplanabilmektedir. Bireylerde hidrasyonun sağlanabilmesi için su tüketiminin önerilen düzeylerde olması gerekmektedir.³³ Ayrıca susuzluk hissinin açlıkla karıştırılabildiği göz önüne alındığında, bu hissin yeme ataklarını tetikleyebileceği ve bireylerde yeme bozukluğu oluşumuna neden olabileceği söylenebilir.

Çalışmaya katılan bireylerin BKİ'leri ve yeme bozukluğu riskleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde fazla kilolu ve obez bireylerde, normal vücut ağırlığına sahip olanlara kıyasla yeme bozukluğu riskinin daha fazla olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada duygusal yeme, algılanan stres ve BKİ arasındaki ilişki incelenmiştir. Stresin duygusal yeme davranışını etkilediği, bu durumun da BKİ artışına neden olduğu görülmüştür.³⁴ Çalışmamızda yeme bozukluğu riskinin vücut ağırlığı memnuniyeti ile ilişkisi değerlendirildiğinde 'hiç memnun olmayan' bireylerin 'memnun' ve 'memnun olmayan' bireylere kıyasla yeme bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bununla paralel olarak bireylerin kendileri hakkında algıladıkları psikolojik durum değerlendirmelerine göre de; 'kötü' olarak değerlendirenlerin, 'çok iyi' ve 'normal' olarak değerlendirenlere göre yeme bozukluğu riskinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bağlamda bireylerin psikolojik sağlığının, yeme davranışlarını etkilemede önemli faktörlerden biri olabileceğini söylemek mümkündür.

Bireylerin yeme bozukluğu riskine göre depresyon, anksiyete ve stres durumlarını değerlendirdiğimizde ise; yeme bozukluğu riski olan (YTT-40 \geq 30) bireylerin depresyon, anksiyete, stres puanlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu görülmüştür. Stres düzeyinin yüksek olması bireylerin daha fazla ve/veya bilinçsizce besin tüketmesine neden olmaktadır. Bu durum bazı bireylerde yeme ataklarının eşlik ettiği vücut ağırlığı artışına neden olurken bazı bireylerde ise kısıtlayıcı davranışların eşlik ettiği anoreksiya nervoza gibi hastalıklara neden olabilmektedir.³⁵

Sonuç

Masa başı çalışanlar ile yapılan bu çalışmada çoğunluk erkeklerden oluşmaktadır. Masa başı çalışanlarında sıklıkla rastlanan obezite oranının bu çalışmada daha düşük olduğu görülmüştür. Bireylerin depresyon, anksiyete ve stres düzeylerinin genel olarak normal düzeyde olduğu, ancak cinsiyete göre bakıldığında kadınlarda stres düzeyinin erkeklerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Ayrıca tercih edilen beslenme modellerine göre karbonhidrat ağırlıklı beslenen bireylerin depresyon puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra yeme bozukluğu riski olan bireylerde depresyon, anksiyete, stres puanlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan bireylerin %17,74'ünde yeme bozukluğu riski olduğu ve bu riskin erkeklerde ve evli bireylerde daha yüksek oranda olduğu saptanmıştır. BKİ'leri ve yeme bozukluğu riskleri arasındaki ilişki değerlendirildiğinde fazla kilolu ve obez bireylerde, normal vücut ağırlığına sahip olanlara kıyasla yeme bozukluğu riskinin daha fazla olduğu görülmüştür.

Sonuç olarak özellikle masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite eksikliğinin de eşlik ettiği sağlıksız yeme davranışları, düzensiz beslenme ve öğün atlama; dengesiz ve yetersiz beslenme alışkanlıklarına neden olduğundan bu durumun önüne geçilebilmesi açısından çalışanların emosyonel durumları ve beslenme ile ilişkili farkındalıkları yükseltilmeli ve çalışanlara sağlıklı beslenme hususunda danışmanlık hizmetleri sunulmalıdır.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir.

Teşekkür

Çalışmamıza katılan tüm idari personele teşekkür ederiz.

Kaynaklar

1. Küçük F, Düzenli Öztürk S, Şenol H, Özkeskin M. Ofis çalışanlarında çalışma postürü, kas iskelet sistemi rahatsızlıkları, bel ağrısına bağlı özürüllük düzeyi ve sağlıkla ilgili yaşam kalitesinin incelenmesi, *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*. 2018; 6 (2): 135-14.
2. Hergenroeder A, Quinn TD, Perdomo SJ, Kline CE, & Gibbs B. Effect of a 6-month sedentary behavior reduction intervention on well-being and workplace health in desk workers with low back pain. *Work*. 2022; 71(4): 1145-1155.
3. Figueiro MG, Steverson B, Heerwagen J, Kampschroer K, Hunter CM, Gonzales K, et al. The impact of daytime light exposures on sleep and mood in office workers. *Sleep Health*. 2017; 3(3): 204-215.
4. Dédelé A, Miškinytė A, Andrušaitytė S, & Bartkutė Ž. Perceived stress among different occupational groups and the interaction with sedentary behaviour. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019; 16(23): 4595.
5. Glympi A, Chasioti A, & Bälter K. (2020). Dietary interventions to promote healthy eating among office workers: a literature review. *Nutrients*. 2020; 12(12): 3754.
6. Tefera W, Shuremu M, Tadelle A, Abdissa D, Banjaw Z. Magnitude of central obesity and associated factors among adults working in government offices in Bedele town, Buno Bedele zone, Southwest Ethiopia. *SAGE Open Medicine*. 2022; 10: 20503121221105993.
7. Thomson JL, Goodman MH, Landry AS, Donoghue A, Chandler A, Bilderback R. Feasibility of online nutrition education in the workplace: working toward healthy lifestyles. *J Nutr Educ and Behav* 2018; 50(9): 868-875.
8. Kemp E, Bui M, Grier S. When food is more than nutrition: Understanding emotional eating and overconsumption. *Journal of Consumer Behaviour*. 2013; 12(3): 204-213.

9. Lovibond PF, & Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the beck depression and anxiety inventories. *Behaviour Research and Therapy* 1995; 33(3): 335-343.
10. Akin A, Çetin B. The Depression Anxiety and Stress Scale (DASS): The study of validity and reliability. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*. 2007; 7(1): 260.
11. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*. 1979; 9(2): 273-279.
12. Savaşır I, Erol N. *Yeme tutumu testi: Anoreksiya nevroza belirtileri indeksi*. *Psikoloji Dergisi*. 1989; 7(23): 19-25.
13. Yılmaz M, Boylu M. Masa başı çalışanlarda kardiyovasküler hastalık risk faktörleri bilgi düzeyleri ve davranış durumları. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2016;13 (1): 27-34.
14. Erdoğan M, Certel Z, Güvenç A. Masa başı çalışanlarda fiziksel aktivite düzeyi: obezite ve diğer özelliklere göre incelenmesi (Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Örneği). *Spor Hekimliği Dergisi*. 2011; 46 (3): 97-107.
15. İstatistikleri Tİ. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Isgucu-Istatistikleri-Subat-2020-10817>. Yayınlanma tarihi: 15 Mayıs 2012. Erişim Tarihi: 04.04.2023.
16. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Beslenme Rehberi, TÜBER, TC. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1031, Ankara 2015: 26-28.
17. Khabazkhoob M, Emamian MH, Hashemi H, Shariati M, & Fotouhi A. Prevalence of overweight and obesity in the middle-age population: A priority for the health system. *Iran J Public Health* 2017; 46(6) : 827.
18. Kwon J, Park J-W, Park J-S, Kim S, Choi H, Lim S. The relationship between night work and involuntary weight change: data from the fifth Korea National Health and Nutrition Examination Survey (KNHANES 2010–2012). *AOEM* 2016; 28(1):1-13.
19. Toprak K. Bir Medya Kurumunda Çalışanlarda Beslenme ve İş Stres Durumlarının Değerlendirilmesi [yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2017; 27-29
20. Bloemer ACA & Garcia RWD. Influence of emotions evoked by life events on food choice. *Eat Weight Disord* 2018; 23(1): 45-53.
21. Van Strien T, Kontinen H, Homberg JR, Engels RC & Winkens LH. Emotional eating as a mediator between depression and weight gain. *Appetite* 2016;100: 216-224.
22. Parker K., Funk C. Gender discrimination comes in many forms for today's working women. Pew Research Center. 2017. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2017/12/14/gender-discrimination-comes-in-many-forms-for-todays-working-women/>
23. TÜİK "Zaman Kullanım Araştırması, 2014-2015" Haber Bülteni Sayı: 18627, Tarih: 4 Aralık 2015.
24. Özdemir GS. Duygusal yemenin depresyon, anksiyete ve stres belirtileri ile olan ilişkisi [yayımlanmamış yüksek lisans tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Ankara; 2015; 42-43.
25. Suzuki A, Akamatsu R. Sex differences in relationship between stress responses and lifestyle in Japanese workers. *Saf Health Work* 2014; 5: 32-38.
26. Hoboubi N, Choobineh A, Ghanavati FK, Keshavarzi S & Hosseini AA. The impact of job stress and job satisfaction on workforce productivity in an Iranian petrochemical industry. *Saf Health Work* 2017; 8(1): 67-71.
27. Ortega A, Abdullah H, Ahmad N, Ibrahim R. Stress indicators and eating habits among working Malaysian women. *Asian Social Science* 2013; 9(7): 12-17.
28. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. *Current opinion in psychiatry* 2015; 28(4): 307.
29. Cheung T, & Yip PS. Depression, anxiety and symptoms of stress among Hong Kong nurses: a cross-sectional study. *IJERPH* 2015; 12(9): 11072-11100.
30. Kranjac AW, Nie J, Trevisan M, & Freudenheim JL. Depression and body mass index, differences by education: evidence from a population-based study of adult women in the US Buffalo-Niagara region. *Obesity Research & Clinical Practice* 2017; 11(1): 63-71.
31. Lu Q, Tao F, Hou F, Zhang Z & Ren LL. Emotion regulation, emotional eating and the energy-rich dietary pattern. A population-based study in Chinese adolescents. *Appetite* 2016; 99: 149-156.
32. Singh B, Saini G, Vyas M, Verma S, Thakur S. Optimized chronomodulated dual release bilayer tablets of fexofenadine and montelukast: quality by design, development, and in vitro evaluation. *Future Journal of Pharmaceutical Sciences* 2019; 5:1-20.
33. Baysal A. *Beslenme*. Hatiboğlu Yayınevi; 2004. syf:113-115. Ankara.
34. Diggins A, Woods-Giscombe C, Waters S. The association of perceived stress, contextualized stress, and emotional eating with body mass index in college-aged Black women. *Eating Behaviors* 2015; 19:188-192.
35. Lemmens SG, Rutters F, Born JM, & Westerberp-Plantenga. Stress augments food 'wanting' and energy intake in visceral overweight subjects in the absence of hunger. *Physiology & Behavior* 2011; 103(2): 157-163.

Colorectal Cancer-Related Health Beliefs and Colorectal Cancer Screening Behaviors of Adults

Yetişkin Bireylerin Kolorektal Kansere İlişkili Sağlık İnançları ve Kolorektal Kansere Tarama Davranışları

Serap AÇIKGÖZ¹

Abstract

Background: Participation rates of individuals in colorectal cancer screenings are low. It is important to identify individual and social factors that prevent participation in screening. To draw attention to a current public health problem, the aim of this study is to examine colorectal cancer-related health beliefs and colorectal cancer screening behaviors in adults.

Methods: The cross-sectional was conducted with 244 individuals aged 50-70 years who presented to primary health care centers located the center of Çankırı province between March and June 2022. Data were collected using a Sociodemographic Characteristics Form, an Information and Practices Form for Colorectal Cancer Screening tests, and the Health Belief Model Scale for Prevention from Colorectal Cancer. Data analysis included descriptive statistical methods, the Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis H test.

Results: The rate of participants' knowledge of the early diagnosis and screening methods of colorectal cancer and participation in screening programs was low, more than half of them did not consider it necessary to have colorectal cancer screening tests, and nearly half did not consider participating in screening programs. Participants obtained the lowest mean score from the health motivation sub-dimensions of the scale (13,30±3,19) and the highest mean score from the sensitivity sub-dimension (23,06±4,51) of the scale. The health beliefs of the participants related to colorectal cancer differed according to their characteristics, such as the presence of a history of cancer and colorectal cancer in their first-degree relatives, seeing themselves at risk for colorectal cancer, and knowing and planning to have screening tests ($p<0,05$).

Conclusion: The participation rate of adult individuals between the ages of fifty and seventy in colorectal cancer screening was low. However, the rates may increase when individuals are directed to screening. Health professionals should recommend individuals to participate in screening programs and inform them about the places where these programs are performed.

Keywords: Adult, Colorectal cancer, Health behavior, Screening

Özet

Giriş: Bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılım oranları düşüktür. Taramalara katılımı engelleyen bireysel ve sosyal faktörlerin belirlenmesi önemlidir. Güncel bir halk sağlığı sorununa dikkat çekmek üzere, bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde kolorektal kansere ilişkili sağlık inançları ve kolorektal kanser tarama davranışlarını incelemektir.

Yöntem: Kesitsel tipteki çalışma, Çankırı il merkezinde yer alan birinci basamak sağlık hizmeti veren merkezlere Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında başvuran 50-70 yaş aralığındaki 244 bireyle yürütülmüştür. Veriler, Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu, Kolorektal Kansere Tarama Testlerine Yönelik Bilgi ve Uygulamalar Formu, Kolorektal Kansere Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği aracılığıyla toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel metotlar, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testi uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların kolorektal kanser erken tanı ve tarama yöntemlerini bilme ve tarama programlarına katılım oranlarının düşük olduğu, yarısından fazlasının kolorektal kanser tarama testlerini yaptırmayı gerekli görmediği ve yarıya yakınının tarama programlarına katılmayı düşünmediği belirlenmiştir. Katılımcıların Kolorektal Kansere Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından aldıkları en düşük puan ortalaması sağlık motivasyonu (13,30±3,19), en yüksek puan ortalaması ise duyarlılık (23,06±4,51) alt boyutuna aittir. Katılımcıların kolorektal kanser ile ilişkili sağlık inançları birinci derece yakınlarında kanser ve kolorektal kanser öyküsü olma durumu, kolorektal kanser açısından kendini riskli görme durumu, kolorektal kanser tarama testlerini bilme ve yaptırmayı düşünme durumuna göre farklılaşmaktadır ($p<0,05$).

Sonuç: Elli-yetmiş yaş aralığındaki yetişkin bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılım oranları düşüktür. Ancak bireyler taramaya yönlendirildiğinde oranlar artabilir. Sağlık profesyonelleri bireylerin kolorektal kanser taramalarına katılımını önermeli ve taramaların yapıldığı yerler hakkında bilgi vermelidir.

Anahtar kelimeler: Erişkin, Kolorektal kanser, Sağlık davranışı, Tarama

Geliş tarihi / Received: 01.09.2023 Kabul tarihi / Accepted: 30.10.2023

¹ Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çankırı, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Serap Açıkgöz, Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Çankırı, Türkiye
E-posta acikgoz.serap@gmail.com Tel: +90 (372) 2189500 (Dahili: 6956)

Açıkgöz S. *Colorectal Cancer-Related Health Beliefs and Colorectal Cancer Screening Behaviors of Adults*. TJFMPC, 2023; 17 (4):505-511

DOI: 10.21763/tjfmpe.1353726

Giriş

Kolorektal kanserler (KRK) yüksek düzeyde maliyet ve mortaliteye sahip evrensel sağlık sorunlarından biridir.¹ Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı (The International Agency for Research on Cancer-IARC), 2020 yılında yaklaşık 2 milyon yeni vaka ile KRK'nın dünyada en sık teşhis edilen üçüncü kanser türü olduğunu, 2020-2040 yılları arasında küresel yükün %56 oranında artış göstererek yılda 3 milyondan fazla yeni vakaya ulaşacağını tahmin etmektedir. KRK nedeniyle gerçekleşecek ölümlerin tahmini artışının ise 2040 yılında %69 artış oranı ile dünya çapında 1,6 milyon ölüme ulaşacağı bildirilmiştir.² Türkiye'de KRK görülme sıklığı erkeklerde yüz binde 24,8, kadınlarda 14,7 olup en sık görülen üçüncü kanser türüdür.³

KRK henüz kanserleşmemiş poliplerin erken evrede belirlendiği kanserler olup KRK tarama çabaları adenomların ve poliplerin çıkarılmasına, erken evre KRK'nın saptanmasına yöneliktir.⁴ Bu bağlamda, erken tanı ve tarama testleri KRK ile mücadelede önemli uygulamalardır. KRK insidansını ve mortalitesini azaltmak amacıyla dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de ulusal tarama programı yürütülmektedir. Program kapsamında hedef grup 50-70 yaş aralığındaki bireyler olup gaitada gizli kan (GGK) her iki yılda bir, kolonoskopi her 10 yılda bir tekrarlanmaktadır.⁵ KRK taramalarının olumlu sonuçlarına ulaşmak için kapsama oranı en az %70 olarak vurgulanmaktadır.⁶

Tedavi ve cerrahideki gelişmeler, risk faktörlerine yönelik değişimler, KRK taramalarıyla kanserin erken teşhisi ve kolonoskopi aracılığıyla kanser öncesi poliplerin çıkarılması KRK insidansı ve mortalite oranlarında önemli düşüşe neden olmuştur.⁴ Ancak hem dünyada hem de ülkemizde KRK tarama programlarına katılım yetersiz kalmaktadır. Bu nedenle de vakalara tanı konulması geciktiği için de tedavi şansı azalmaktadır. Ülkemizde yetişkin bireylerin KRK erken tanı ve tarama yöntemlerini bilme^{7,8} ve tarama programlarına katılma oranlarının düşük olduğu bildirilmektedir.⁹⁻¹¹

Toplumun KRK tarama programlarına katılımını artırmada; taramalar hakkında bilgi düzeylerinin artırılması, tarama programlarına katılımlarının önündeki engellerin belirlenmesi, dolayısıyla tarama programlarına katılımlarını artıracak müdahalelerin geliştirilebilmesi için bireysel ve sosyal belirleyicilerin tanımlanması önemlidir. Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde KRK ile ilişkili sağlık inançları ve KRK tarama davranışlarını incelemektir. Bu amaç doğrultusunda “Yetişkin bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları nasıldır?” ve “Yetişkin bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları hangi özelliklerine göre farklılaşmaktadır?” sorularına cevap aranmıştır.

Yöntem

Evren ve Örneklem

Kesitsel tipte planlanan araştırmanın evrenini Çankırı il merkezinde yer alan aile sağlığı merkezleri, toplum sağlığı merkezi ve kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezine başvuran 50-70 yaş aralığındaki yetişkin bireyler oluşturmuştur. Bu merkezlere aylık başvuru sayısı ortalama 650'dir. Örneklem seçiminde olasılık temelli örnekleme yöntemlerinden biri olan basit seçkisiz örnekleme yöntemi kullanılmış olup örnekleme hesaplamasında $n = Nxt2xpxq/d2(N-1) + t2xpxq$ formülü kullanılmıştır.¹² Formüle göre araştırmanın teorik t değeri 1,96, %95 güven aralığı ve 0.05 örneklem hata payına sahip olmak üzere araştırma verileri formüle edildiğinde, hesaplama sonuçlarına göre 650 kişilik evreni temsil edebilecek örneklem sayısının en az 242 kişi olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Veri toplama tarihlerinde araştırmanın yürütüldüğü merkezlere başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 244 bireyle çalışma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Özellikler Bilgi Formu, yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık varlığı ve KRK öyküsü gibi bireylerin sosyo-demografik özelliklerine ilişkin 14 soru içermektedir. Form, araştırmacı tarafından literatür çerçevesinde hazırlanmıştır. *Kolorektal Kanser Tarama Testlerine Yönelik Bilgi ve Uygulamalar Formu*, bireylerin KRK tarama testlerini bilme, bilgi kaynakları, taramaya katılım durumu gibi KRK taramalarına yönelik 7 soru içermektedir. Form, araştırmacı tarafından literatür çerçevesinde hazırlanmıştır.

Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli (SİM) Ölçeği, meme kanseri için geliştirilen SİM ölçeğinin Jacobs tarafından kolorektal kanser için uyarlanmış versiyonudur.¹³ Özsoy, Ardahan ve Özmen¹⁴ ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik testini yapmıştır. Beşli Likert tipi ölçek “kesinlikle katılmıyorum=1”den, “tamamen katılıyorum=5”e puanlanmakta olup toplam puan ve ters puanlama yoktur. Ölçek 33 maddeden ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte her bir alt boyut ayrı ayrı değerlendirilmekte ve puanlar arttıkça o alana özgü algı da artmaktadır. Ölçekten alınabilecek en alt ve en üst puanlar; “güven/yarar/sağlık motivasyonu” alt boyutu için 11-55, “duyarlılık” alt boyutu için 6-30, “sağlık motivasyonu” alt boyutu için 5-25, “engel” alt boyutu için 6-30, “ciddiyet” alt boyutu için 5-25 arasındadır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayıları; “güven/yarar/sağlık motivasyonu” alt boyutu için 0,88, “duyarlılık” alt boyutu için 0,76, “sağlık motivasyonu” alt boyutu için 0,54, “engel” alt boyutu için 0,60, “ciddiyet” alt boyutu için 0,58'dir.¹⁴ Mevcut çalışmada Cronbach alfa katsayıları; “güven/yarar/sağlık motivasyonu” alt boyutu için 0,88, “duyarlılık” alt boyutu için 0,84, “sağlık motivasyonu” alt boyutu için 0,60, “engel” alt boyutu için 0,67, “ciddiyet” alt boyutu için 0,73 hesaplanmıştır.

Veri Toplama Süreci

Veriler araştırmanın yürütüldüğü merkezlere başvuran ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bireylerden yüz yüze görüşme yöntemiyle Mart-Haziran 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Veri toplama araçlarını yanıtlama süresi toplam 15-20 dakika olmuştur.

Veri Analizi

Veri analizinde IBM Statistical Package for Social Science for Windows 23.0 kullanılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel yöntemler (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (çarpıklık, basıklık, Shapiro-Wilk testleri) incelenmiştir. İki bağımsız grup arasındaki farkların belirlenmesinde Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yürütülmesi için Çankırı Karatekin Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan etik izin (karar tarihi: 08.03.2022, karar no: 25), araştırmanın yürütüldüğü merkezlerin bağlı bulunduğu il sağlık müdürlüğünden kurum izni, araştırmada kullanılan ölçek için yazarlardan e-posta aracılığıyla kullanım izni alınmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan bireylerden sözlü ve yazılı onam alınmıştır.

Bulgular

Katılımcıların yaş ortalaması $58,93 \pm 6,019$ olup %53,7'si kadın, %48,8'i ilköğretim mezunu, %80,7'si evli ve %86,1'i sosyal güvenceye sahiptir. Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olduğunu belirtenlerin oranı %34, birinci derece yakınlarında KRK öyküsü olduğunu ifade edenlerin oranı %6,6 olup katılımcıların %58,2'si KRK açısından kendisini düşük düzeyde riskli gördüğünü belirtmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=244)

Değişkenler	n	%
Yaş (50-70) (Ort±SS=58,93±6,019)	244	100
Cinsiyet		
Kadın	131	53,7
Erkek	113	46,3
Eğitim durumu		
Okuryazar	18	7,4
İlköğretim	119	48,8
Lise	62	25,4
Üniversite	45	18,4
Medeni durum		
Evli	197	80,7
Bekar	47	19,3
Sosyal güvence varlığı		
Var	210	86,1
Yok	34	13,9
Yaşanılan Yer		
İl merkezi	159	69,3
İlçe	52	21,3
Köy	23	9,4
Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü		
Var	83	34,0
Yok	161	66,0
Birinci derece yakınlarında KRK öyküsü		
Var	16	6,6
Yok	228	93,4
KRK açısından kendini riskli görme		
Düşük	142	58,2
Orta	94	38,5
Yüksek	8	3,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	62	25,4
Çalışmıyor	49	20,1
Ev hanımı	64	26,2
Emekli	69	28,3

Tablo 1(Devamı). Araştırma grubunun sosyo-demografik özelliklerine göre dağılımı (n=244)

Gelir durumu		
Gelir giderden az	91	37,3
Gelir gidere eşit	100	41,0
Gelir giderden fazla	53	21,7
Kronik hastalık varlığı		
Var	130	53,3
Yok	114	46,7
Bağırsak hastalığı varlığı (Ülseratif kolit, kronik kabızlık, polip vb.)		
Var	17	7,0
Yok	227	93,0

Katılımcıların %80,3'ünün KRK tarama testlerini bilmediği, tarama testlerini bilenlerin %7,8 ile en çok kolonoskopi bildiği, %89,8'inin herhangi bir tarama testi yaptırmadığı, yaptırmayanların %61,9'unun gerekli olduğunu düşünmedikleri için KRK tarama testlerini yaptırmadıkları, %58,6'sının tarama yaptırmayı düşünmediği belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Araştırma grubunun kolorektal kanser tarama testlerine yönelik bilgi ve uygulamaları

Bilgi ve Uygulamalar	Sayı	%
Kolorektal kanser tarama testlerini bilme		
Biliyor	48	19,7
Bilmiyor	196	80,3
Bilinen kolorektal kanser tarama testleri		
Gaitada gizli kan	14	5,7
Kolonoskopi	19	7,8
Gaitada Gizli Kan +Kolonoskopi	10	4,1
Kolonoskopi+Rektosigmoidoskop	1	0,4
Kolorektal kanser tarama testlerine yönelik bilgi kaynağı		
Sosyal çevre	10	4,1
Medya	6	2,5
Sağlık personeli	32	13,1
Kolorektal kanser taraması yaptırma durumu		
Yaptırdı	25	10,2
Yaptırmadı	219	89,8
Kolorektal kanser taraması yaptırma nedeni		
Doktor önerisi	21	8,6
Aile öyküsü	1	0,4
Kanama şikâyeti	3	1,2
Kolorektal kanser taraması yaptırmama nedeni		
Başvuru yerinin bilinmemesi	35	14,3
Gerekli olduğunu düşünmeme	151	61,9
Kanser tanısı almaktan korkma	21	8,6
Bilgisi yok	12	4,9
Kolorektal kanser taraması yaptırmayı düşünme durumu		
Yaptırmayı düşünüyor	143	58,6
Yaptırmayı düşünmüyor	101	41,4

Katılımcıların Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği alt boyutlarından alınan puan ortalamaları “güven/yarar/sağlık motivasyonu” alt boyutu için 20,13±7,40, “duyarlılık” alt boyutu için 23,06±4,51, “sağlık motivasyonu” alt boyutu için 13,30±3,19, “engel” alt boyutu için 19,72±5,09 ve “ciddiyet” alt boyutu için 12,68±4,56'dır (Tablo 3).

Tablo 3. Araştırma grubunun Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarından aldıkları puanların dağılımı (n= 244)

Ölçek Alt Boyutları	Ortalama±SS*	Minimum Puan	Maksimum Puan
Güven/Yarar/Sağlık Motivasyonu	20,13±7,40	11	49
Duyarlılık	23,06±4,51	6	30
Sağlık Motivasyonu	13,30±3,19	5	22
Engel	19,72±5,09	6	30
Ciddiyet	12,68±4,56	5	25

*SS: Standart Sapma

Katılımcıların bazı özelliklerine göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik SİM Ölçeğinden aldıkları puanlar karşılaştırıldığında; ölçek alt boyutlarından “güven/yarar/sağlık motivasyonu” puanları birinci derece yakınlarında kanser öyküsü olanlarda, KRK açısından kendisini orta düzeyde riskli görenlerde, KRK tarama testlerini bilmeyenlerde ve tarama testi yaptırmayı düşünmeyenlerde; “duyarlılık” puanları birinci derece yakınlarında kanser ve KRK öyküsü olmayanlarda ve KRK açısından kendisini yüksek düzeyde riskli görenlerde; “engel” puanları KRK açısından kendisini yüksek düzeyde riskli görenlerde ve KRK taraması yaptırmayı düşünenlerde daha yüksek bulunmuş olup farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p<0,05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların bazı özelliklerine göre Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırması

Değişkenler	Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik Sağlık İnanç Modeli Ölçeği				
	Güven/Yarar/Sağlık Motivasyonu (Ort ±SS)	Duyarlılık (Ort ±SS)	Sağlık Motivasyonu (Ort ±SS)	Engel (Ort ±SS)	Ciddiyet (Ort ±SS)
Birinci derece yakınlarında kanser öyküsü					
Var	22,22±7,88	21,89±4,39	13,44±2,69	19,67±5,71	12,83±4,33
Yok	19,04±6,92	23,66±4,47	12,61±4,69	19,74±4,76	12,61±4,69
	U= 5,019**	U= 8,225**	U= 6,421**	U= 6,700**	U= 6,488**
	P=0,001*	P=0,003*	P=0,617	P=0,972	P=0,711
Birinci derece yakınlarında kolorektal kanser öyküsü					
Var	22,06±7,10	18,50±4,42	12,50±3,03	20,06±6,84	12,12±4,81
Yok	19,99±7,42	23,38±4,35	13,36±3,20	19,69±4,96	12,72±4,55
	U= 1,482**	U= 2,921**	U= 2,200**	U= 1,768**	U= 2,016**
	P=0,209	P=0,000*	P=0,166	P=0,837	P=0,480
Kolorektal kanser açısından kendini riskli görme durumu					
Düşük	20,71±6,95	23,56±3,88	13,66±2,62	20,02±4,95	13,00±4,59
Orta	20,89±8,11	22,32±4,11	13,30±3,41	19,40±4,74	12,22±3,98
Yüksek	17,49±6,11	24,67±4,83	12,69±3,72	20,62±5,60	13,39±5,47
	h= 9,004***	h= 27,352***	h= 3,871***	h= 11,988***	h= 5,243***
	P=0,029*	P=0,000*	P=0,276	P=0,007*	P=0,155
Kolorektal kanser tarama testlerini bilme durumu					
Biliyor	17,10±5,55	23,18±5,03	13,27±3,43	20,45±5,52	13,66±5,05
Bilmiyor	20,87±7,62	23,03±4,39	13,31±3,14	19,54±4,97	12,44±4,41
	U= 6,028**	U= 4,494**	U= 4,747**	U= 4,191**	U= 4,047**
	P=0,002*	P=0,631	P=0,921	P=0,241	P=0,133
Kolorektal kanser taraması yaptırma durumu					
Yaptırdı	19,36±7,61	21,40±5,20	13,68±3,22	18,64±5,97	12,96±4,96
Yaptırmadı	20,21±7,39	23,25±4,40	13,26±3,20	19,84±4,98	12,65±4,52
	U= 2,928**	U= 3,343**	U= 2,529**	U= 3,024**	U= 2,613**
	P=0,567	P=0,069	P=0,531	P=0,389	P=0,709
Kolorektal kanser taraması yaptırmayı düşünme durumu					
Var	18,04±6,08	22,84±4,51	13,12±3,02	20,32±5,19	12,79±4,35
Yok	23,08±8,10	23,36±4,51	13,56±3,43	18,86±4,83	12,53±4,86
	U= 9,903**	U= 7,718**	U= 7,690**	U= 5,762**	U= 6,853**
	P=0,000*	P=0,359	P=0,386	P=0,007*	P=0,496

SS: Standart sapma, * $p<0,05$, ** Mann Whitney U testi, *** Kruskal Wallis H testi

Tartışma

KRK insidansını ve mortalitesini azaltmak amacıyla yürütülen ulusal tarama programları kapsamında erken tanı ve tarama testleri 50-70 yaş aralığındaki bireyler için önemli uygulamalar olmasına rağmen bu programlara katılım oranının oldukça düşük olduğu bildirilmektedir.^{7,9-11} Mevcut çalışmada da KRK tarama programlarına katılım oranı düşük bulunmuş olup yetişkin bireylerin sadece %10,2'si tarama programlarına katıldığını, tarama testi yaptırmayanların ise %61,9'u bu testleri yaptırmamanın gerekli olmadığını ifade etmiştir. Hastalık geliştiğinde bireyler doğal olarak sağlık arayışı içerisinde. Ancak istendik olan bireylerin hastalık gelişmeden önce sağlıklı iken sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik davranışlarda bulunmalarıdır.¹⁵ Dolayısıyla, KRK tarama programlarının önemini, yararını ve sağlığı geliştiren yönünü bireylerin fark edebilmesi ve programlara

katılımlarının artırılması için eğitim, danışmanlık ve sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıran girişimler artırılmalı ve desteklenmelidir.

Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında; katılımcıların en düşük puan ortalamasının “sağlık motivasyonu” alt boyutuna (13,30±3,19) ait olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Yılmaz, Dereli ve Yelten,¹⁶ Çetin,¹⁷ Tekiner, Peker ve Doğan,¹⁸ Baysal ve Türkoğlu¹⁹ tarafından yapılan çalışmaların bulgularıyla tutarlı, Koçak ve Tümer²⁰ tarafından yapılan çalışmanın bulgularıyla tutarsızdır. Çalışma bulguları arasındaki fark, bireylerin önceki deneyimlerinden kaynaklanabilir. SİM’e göre sağlık motivasyonu, sağlık davranışlarının sergilenmesi için genel niyet ve istek durumudur.²¹ Bireyin genel niyeti ve isteğini harekete geçiren uyarıcılar iç ve dış uyarıcılar olarak ayrılır. Örneğin birey için iç uyarıcı kişinin hastalığı deneyimlemesi olabilirken, dış uyarıcı eşin hastalığı geçirmesi olabilir.²² Bu durumda birey davranışı sergilemek için istekli olabilir. Çalışmanın bu bulgusu, katılımcıların birinci derece yakınlarında KRK öyküsünün %6,6 olması ve KRK açısından kendisini düşük düzeyde riskli görme durumunun %58,2 olmasından kaynaklanabilir.

Kolorektal Kanserden Korunmaya Yönelik SİM Ölçeği alt boyutlarından alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar dikkate alındığında; araştırmaya katılan bireylerin en yüksek puan ortalamasının “duyarlılık” alt boyutuna (23,06±4,51) ait olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu, Yılmaz, Dereli ve Yelten,¹⁶ Tekiner, Peker ve Doğan¹⁸ tarafından yapılan çalışmaların bulgularıyla tutarlı, Çetin,¹⁷ Koçak ve Tümer,²⁰ Baysal ve Türkoğlu,¹⁹ Kaçan²³ tarafından yapılan çalışmanın bulgularıyla tutarsızdır. Çalışma bulguları arasındaki fark, araştırma gruplarının bireysel özelliklerinden kaynaklanabilir. Mevcut çalışmada bireylerin %34’ünde birinci derece yakınlarında kanser öyküsü bulunmakta, %41,8’i ise KRK açısından kendilerini orta ve yüksek düzeyde riskli görmektedir. Kansere yakalanma hassasiyeti olan bireyler hastalığın olumsuzluklarına maruz kalmak yerine karşılaştıkları engelleri aşarak tarama yaptırmayı tercih edebilir.²¹ Dolayısıyla, duyarlılık algısı daha yüksek olabilir.

Ailesinde kanser öyküsü olan, KRK açısından kendisini orta düzeyde riskli gören, KRK tarama testlerini bilmeyen ve tarama testi yaptırmayı düşünmeyen bireylerin güven/yarar/sağlık motivasyonu algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bulgusundan farklı olarak, Taş, Kocaöz ve Çirpan¹¹ yetişkin bireylerde KRK tarama testlerini bilenlerde, Kaçan²³ gelecekte tarama testi yaptırmayı düşünenlerde bu algının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. SİM’e göre birey, koruyucu sağlık davranışını gerçekleştirmesinin yarar sağlayacağına inanır. Diğer bir ifadeyle, hastalığa yakalanma ihtimalinin azalacağı beklentisi algılanan yarar ile açıklanır.²¹ Çalışmanın bu bulgusu, ailesinde kanser öyküsü olan ve KRK açısından kendilerini riskli gören bireylerin tarama testlerine katılımlarıyla kendilerine yarar sağlayacaklarına inanmaları, diğer taraftan ailesinde kanser öyküsü olan bireylerin kendilerini KRK açısından riskli görmeleri, dolayısıyla tarama testlerine ilişkin eksik bilgileri ve bu testleri gelecekte yaptırmama düşünceleri olsa bile KRK’ya yakalanma ihtimalinin azalacağı beklentisini getirmesi şeklinde yorumlanabilir.

Ailesinde kanser ve KRK öyküsü olmayan, KRK açısından kendisini yüksek düzeyde riskli gören bireylerin duyarlılık algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bulgusundan farklı olarak, Taş, Kocaöz ve Çirpan,¹¹ Kaçan²³ yetişkin bireylerde ailesinde kanser öyküsü olanlarda, Koc ve Esin²⁴ ailesinde KRK nedeniyle ölen bireylerde bu algının daha yüksek olduğunu belirlemiştir. SİM’e göre birey, bir sağlık sorununun kendisine önemli derecede zarar vereceğine yönelik duyarlıdır ve zararın eyleme geçtiği zaman azalacağına inanır. Diğer bir ifadeyle, bireyin kansere yakalanma hassasiyeti var ise hastalığın olumsuzluklarına maruz kalmak yerine karşılaştıkları engelleri aşarak taramalara katılmayı tercih edecektir.²¹ Çalışmanın bu bulgusu, ailesinde kanser ya da KRK öyküsü olmasa da KRK açısından kendisini yüksek düzeyde riskli gören bireylerin KRK’ya yakalanmaya dair hassasiyeti olduğu, dolayısıyla bireylerin hastalığın olumsuz sonuçlarına maruz kalmak yerine karşılaştıkları engelleri aşarak taramalara katılımı tercih edecekleri şeklinde yorumlanabilir.

KRK açısından kendisini yüksek düzeyde riskli gören ve KRK taraması yaptırmayı düşünen bireylerin engel algısının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma bulgusundan farklı olarak, Kaçan²³ KRK taraması yaptırmayı düşünen ve düşünmeyen bireylerde engel algısı puanları arasında herhangi bir farka rastlamamıştır. Algılanan engeller SİM’e göre davranışı sergilemede en önemli bileşen olup bireyin sağlık davranışını gerçekleştirilmesini engelleyen ya da zorlaştıran etmenler olarak açıklanır.²¹ Çalışmanın bu bulgusu, KRK açısından kendisini yüksek düzeyde riskli gören ve tarama yaptırmayı düşünen bireylerin herhangi bir engelle karşılaşsalar bile bu engelleri aşarak tarama yaptırmayı tercih edecekleri şeklinde yorumlanabilir.

Sonuç

Elli-yetmiş yaş aralığındaki yetişkin bireylerin KRK taramalarına katılım oranları düşüktür. Dolayısıyla, KRK taramaları için hedef grubu oluşturan bireyler KRK erken tanı ve tedavisine yönelik tarama programının faydalarından yararlanamamaktadır. Sağlık profesyonelleri bireylerin KRK taramalarına katılımını önermeli ve taramaların yapıldığı yerler hakkında bilgi vermelidir.

Teşekkür

Veri analizine katkısı için Doç. Dr. İlknur Göl'e teşekkür ederim.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadığını beyan etmiştir.

Kaynaklar

1. Sağlık Bakanlığı. Mart Ayı Kolorektal Kansere Farkındalık Ayı. 2023. Erişim Adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/haberler/mart-ay%C4%B1-kolorektal-kanser-fark%C4%B1ndal%C4%B1k-ay%C4%B1.html> Erişim Tarihi: 17.08.2023
2. International Agency for Research on Cancer. Colorectal Cancer Awareness Month 2022. 2022. Erişim Adresi: <https://www.iarc.who.int/featured-news/colorectal-cancer-awareness-month-2022/> Erişim Tarihi: 17.08.2023
3. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllığı 2021. Ankara; 2023. Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> Erişim Tarihi: 17.08.2023
4. Shaukat A, Kahi CJ, Burke CA, Rabeneck L, Sauer BG, Rex DK. ACG clinical guidelines: colorectal cancer screening 2021. *Am J Gastroenterol.* 2021;116(3):458-479.
5. Sağlık Bakanlığı. Kolorektal Kansere Tarama Programı Ulusal Standartları. 2017. Erişim Adresi: <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-tarama-standartlari/listesi/kolorektal-kanser-tarama-program%C4%B1-ulusal-standartlar%C4%B1.html> Erişim Tarihi: 18.08.2023
6. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kansere Kontrol Programı. Ankara; 2021. Erişim Adresi: https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/yayinlar/raporlar/2021_Kanser_Kontrol_Programi_/17.Agustos_2021_Kanser_Kontrol_Programi_versiyon-1.pdf Erişim Tarihi: 18.08.2023
7. Yıldız MS, Önder Y, Çıtıl R, Okan İ. Aile sağlığı merkezlerine başvuran yetişkinlerde kolorektal kanser risk faktörleri ve kolorektal kanser taraması farkındalık düzeyleri. *Chron Precis Med Res.* 2022;3(2):68-77.
8. Yılmaz S, Emre N. 50-70 yaş arası kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanıya yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Pam Tıp Derg.* 2021;14:726-733.
9. Ilgaz A, Gözüm S. Determination of colorectal cancer risk levels, colorectal cancer screening rates, and factors affecting screening participation of individuals working in agriculture in Turkey. *Cancer Nurs.* 2018;41(4):E46-E54.
10. Sancaktar E, Tuncer Ö. Erişkin kişilerin kolorektal kanser risk faktörleri ve erken tanı yöntemleri hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelenmesi. *Türk Aile Hek Derg.* 2021;25(2):53-58.
11. Taş F, Kocaöz S, Çirpan R. The effect of knowledge and health beliefs about colorectal cancer on screening behaviour. *J Clin Nurs.* 2019;28(23-24):4471-4477.
12. Karasar N. Bilimsel Araştırma Yöntemleri: Kavramlar, Teknikler ve İlkeler. Ankara: Nobel Yayınevi; 2014. s. 305.
13. Jacobs LA. Health beliefs of first-degree relatives of individuals with colorectal cancer and participation in health maintenance visits: A population-based survey. *Cancer Nurs.* 2002;25(4):251-265.
14. Özsoy SA, Ardahan M, Özmen D. Reliability and validity of the colorectal cancer screening belief scale in Turkey. *Cancer Nurs.* 2007;30(2):139-145.
15. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *DEUHYO ED.* 2014;7(3):230-237.
16. Yılmaz M, Dereli F, Yelten G. Elli yaş ve üzerindeki bireylerin bazı sosyodemografik özellikleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık inançlarının kolon kanserine ilişkin tarama davranışlarına etkisi. *HEAD.* 2016;13(3):226-234.
17. Çetin H. Erişkin bireylerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inanç düzeyleri ve tarama programına katılım durumları [yüksek lisans tezi]. Konya: Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019. s. 26.
18. Tekiner S, Peker GC, Doğan MC. Colorectal cancer screening behaviors. *PeerJ.* 2021;9:e10951.
19. Baysal HY, Türkoğlu N. Bireylerin kolorektal kanserlerden korunmaya yönelik sağlık inançlarının ve bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *International Journal of Human Science.* 2013;10(1):1238-1250.
20. Koçak AA, Tümer A. Öğretmenlerin kolorektal kanserden korunmaya yönelik sağlık inançları. *SAK.* 2022;7(1):59-69.
21. Champion VL & Skinner CS. (2008). The health belief model. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice.* In: Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editors. 4th Edition. San Francisco: Jossey-Bass: p.189-193.
22. Çetinkaya A. Halk sağlığı hemşireliğinde kuram ve modeller. Editörler; Erkin Ö, Kalkım A, Göl İ. *Halk Sağlığı Hemşireliği.* Antalya: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi; 2021. s. 64.
23. Kaçan K. Kırsal alanda yaşayan kadın ve erkeklerin kolorektal kanser taramasına yönelik sağlık inançları ve etkileyen faktörler [yüksek lisans tezi]. Nevşehir: Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü; 2021. s.28-35.
24. Koc S, Esin MN. Screening behaviors, health beliefs, and related factors of first-degree relatives of colorectal cancer patients with ongoing treatment in Turkey. *Cancer Nurs.* 2014;37(6):E51-E60.



Original Research / Orijinal Araştırma

The Relationship Between Self-Awareness of Rational Drug Use and Health Literacy in Adult Individuals: A Cross-Sectional Study **Yetişkin Bireylerde Akılcı İlaç Kullanımı Öz Farkındalığı ile Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişki: Kesitsel Bir Araştırma**

Mahinur DURMUŞ İSKENDER¹, Ebru ÖZCAN², Ahmet GÜLSOY², Yusuf UYAN²

Abstract

Introduction: Increasing the health literacy levels of individuals and raising awareness about rational drug use are of great importance in the development and effective functioning of the health system.

Aim: The aim of this study is to determine the relationship between rational drug use self-awareness and health literacy in adults.

Method: The sample of this descriptive and cross-sectional study consisted of 3500 people. Data were collected online between September 2022 and November 2022 using a demographic information form, the Rational Drug Use Awareness and Health Literacy scales.

Results: Participants' rational drug use self-awareness and health literacy levels are generally high. However, it is seen that the level of health literacy decreases as the education level decreases and the age increases. In addition, it was determined that there is a positive relationship between awareness of rational drug use and health literacy.

Conclusion: As a result of the research, it was determined that as health literacy increases, self-awareness of rational drug use increases. Gaining rational drug use self-awareness and increasing the level of health literacy to individuals in all age groups in the society is very important for the effective functioning of the health system and increasing social health.

Key Words: Health, Health Literacy, Rational Drug use.

Özet

Giriş: Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi ve akılcı ilaç kullanımı konusunda farkındalık kazandırılması sağlık sisteminin gelişmesinde ve etkin işleyişinde büyük önem taşımaktadır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde yürütülen bu araştırmanın örneklemini 3500 kişi oluşturdu. Veriler Demografik Bilgi Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak Eylül 2022- Kasım 2022 tarihleri arasında çevrimiçi olarak toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve sağlık okuryazarlık düzeyleri genel olarak yüksek düzeydedir. Ancak eğitim düzeyi azaldıkça ve yaş arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ile sağlık okuryazarlık arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Araştırma sonucunda, sağlık okuryazarlığı arttıkça, akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığının arttığı belirlenmiştir. Toplumda tüm yaş grubundaki bireylere akılcı ilaç kullanımı farkındalığı kazandırılması ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi sağlık sisteminin etkin işleyişi ve toplumsal sağlığın yükseltilmesinde oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Sağlık Okuryazarlığı, Akılcı İlaç kullanımı.

Geliş tarihi / Received: 11.08.2023 Kabul tarihi / Accepted: 14.10.2023

¹ Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kastamonu, Türkiye

² Kastamonu Üniversitesi, Taşköprü Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Kastamonu, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Mahinur DURMUŞ İSKENDER. Kastamonu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik bölümü, Kastamonu, Türkiye E-posta mahinurdurmus@gmail.com Tel: +90 366 280 4147

Durmuş İskender M, Özcan E, Gülsoy A, Uyan Y. *The Relationship Between Self-Awareness of Rational Drug Use and Health Literacy in Adult Individuals: A Cross-Sectional Study.* TJFMPC, 2023; 17 (4) :512-520

DOI: 10.21763/tjfmpe.1341723

Giriş

Dünyada kullanıma hazır halde bulunan ilaçların yarısından fazlası uygun olmayan biçimde reçete edilmekte, dağıtılmakta ya da satışı yapılmaktadır. Bu nedenle hastalar kullanmaları gereken ilaçları yeterli düzeyde alamamaktadırlar.¹ İlaç kullanımının yeterli seviyede sağlanabilmesi ve beklenen en yüksek faydanın elde edilebilmesi için ilaçların akılcı yöntemlerle kullanılması gerekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) ilk kez 1985 yılında yaptığı 'Akılcı İlaç Kullanımı (AİK)' kavramı tanımında "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre; uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri durumu" akılcı ilaç kullanımı olarak tanımlanmaktadır.²

Akılcı ilaç kullanımının temel amacı toplumda yanlış ilaç kullanımından kaynaklı sağlık sorunlarının önlenmesi ve bu doğrultuda yaşanacak ekonomik kayıpların ortadan kaldırılmasıdır.³ Ülkelerin sağlık politikaları kapsamında yapılacak sağlık çalışmalarında toplumun sağlık okuryazarlık seviyesi değerlendirilmelidir. Sağlık okuryazarlığı (SOY), bireylerin sağlıkla ilgili kararlar alırken gerekli olan bilgi seviyeleri ve bu bilgileri her zaman kullanabilme özgürlükleridir. Genel okuryazarlıkla doğrudan ilişkili olan sağlık okuryazarlığı yaşam boyu hayat kalitesinin devam ettirilebilmesini amaçlamaktadır.⁴ Nutbeam (2000) sağlık okuryazarlığını temel, iletişimsel ve eleştirel okuryazarlık olarak üç başlıkta incelemiştir.⁵

Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) bireylere, ailelere ve tıbbi hizmet sağlayıcılarına yönelik yapılan çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık harcamasının ters orantılı olduğu belirtilmiştir. Sağlık okuryazarlık seviyesi düştükçe sağlık hizmeti kullanımı artmakta ve reçetelere daha fazla harcama yapılmaktadır.⁶ ABD'de sağlık okuryazarlık seviyesinin artırılması ve özellikle ilaç kullanımında akılcı yolların belirlenmesi amacıyla 'Sağlıklı İnsanlar 2030' hedefli halk sağlığı planlaması yapılmıştır.⁷ 2018 yılında ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 6228 katılımcı ile yapılan çalışmada, katılımcıların %68,9'unda kısıtlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu bulunmuştur.⁸ Benzer şekilde, 2015 yılında 8 Avrupa ülkesinde 2011 verileri ile gerçekleştirilen çalışmada toplam örneklemden neredeyse her iki katılımcıdan biri (%47,6) sınırlı (yetersiz veya sorunlu) sağlık okuryazarlığına sahiptir ve Bulgaristan %62,1 ile en yüksek sağlık okuryazarlık seviyesine sahiptir. Bu oranların halk sağlığı içerisinde akılcı ilaç politikası üzerine olumsuz etkileri olacağı düşünülmektedir.⁹ Literatürde bireylerin akılcı ilaç kullanımına yönelik farkındalıkları¹⁰⁻¹² ile sağlık okuryazarlığını araştıran çalışmalar yer almaktadır.^{5,13,14} Akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalığın, toplum bilincinin ve okuryazarlığın artırılması için geniş örneklemi olan daha fazla akademik çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmanın herkesin genel sağlık hizmeti, güvenli ve erişilebilir ilaç ve aşıya kavuşmasını sağlamayı amaçlayan sürdürülebilir kalkınma hedeflerinden üçüncü kalkınma hedefinin gerçekleşmesine katkı sağlayarak, literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.¹⁵

Amaç

Bu çalışmanın amacı, yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Araştırma Soruları

Yetişkin bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı arasında ilişki var mıdır?

Yetişkin bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki var mıdır?

Yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki var mıdır?

Gereç Ve Yöntem

Araştırmanın Türü

Tanımlayıcı ve kesitsel türde yapılan bu çalışma Ekim 2022- Kasım 2022 tarihleri arasında, yapılandırılmış bir anket formu ile İnternet ortamında uygulanarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, Türkiye'de yaşayan 18 yaş üstü yetişkin bireyler oluşturmuştur. Evren büyüklüğü hesaplanırken 10.000.000 ve üzeri olan evrende, %95 güvenirlilik düzeyi için örneklem büyüklüğünün 384 olması yeterli kabul edilmektedir.¹⁶ Araştırmanın örneklemini İnternet ortamından "Google Forms" uygulaması kullanılarak gönderilen ankete erişebilen ve çalışmaya gönüllü katılan yetişkin bireyler oluşturmuştur.

Bu çalışmada belirlenen tarihlerde dâhil edilme kriterlerine uyan 18 yaş üstünde, okuma yazma bilen, iletişim sorunu olmayan, çevrimiçi ulaşılarak çalışmaya katılmayı kabul eden 3500 kişiye ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Demografik Bilgi Formu, Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı ve Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği ile elde edilmiştir.

Demografik Bilgi Formu

Formda katılımcıların yaş, cinsiyet, kronik hastalık bulunma durumu ve çoklu ilaç kullanımını sorgulayan 7 soru yer almaktadır.

Akılci İlaç Kullanımı Öz Farkındalığı Ölçeği (AİKF)

Ölçek, Aktaş ve Selvi (2019) tarafından geliştirilmiştir.¹⁷ Ölçekteki 15 maddelik 5'li Likert tipi sorular "kesinlikle katılmıyorum" (1) ile "kesinlikle katılıyorum" (5) şeklindeki maddelerle yanıtlanmaktadır. Ölçeğin ters maddeleri (3-5-6-8-10-11-14-15) bulunmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 15, en yüksek puan 75'dir. Ölçeğin alt boyutu bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça akılci ilaç kullanımı farkındalığı artmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.83$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha: 0,85$ olarak hesaplanmıştır, Ölçeğin kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır.¹⁷

Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (SOY)

Araştırmada kullanılacak olan Sağlık Okuryazarlığı ölçeği Toçi ve ark. tarafından geliştirilmiştir¹⁸, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Bayık, Temel ve Aras (2017) tarafından yapılmıştır. ¹⁹ Ölçekte toplam 25 madde bulunmaktadır. Ölçeğin alt boyutları bilgiye erişim, bilgileri anlama, değer biçme/ değerlendirme, uygulama/kullanma olmak üzere dört tanedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 25, en yüksek puan 125'dir. Düşük puanlar sağlık okuryazarlığı durumunun yetersiz, sorunlu ve zayıf olduğunu, yüksek puanlar ise yeterli ve çok iyi olduğunu göstermektedir. Alınacak puan arttıkça bireyin sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktadır Ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha = 0.92$ olarak belirlenmiştir. Bu çalışmada ölçeğin toplam Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı $\alpha: 0,95$ olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin kullanımı için yazarlardan izin alınmıştır.¹⁹

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmanın verileri, amaçlı örnekleme yöntemlerinden kartopu örnekleme yöntemi ile Eylül 2022-Kasım 2022 tarihleri arasında çevrimiçi olarak toplanmıştır. Sosyal medya üzerinden ulaşılan araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılara e-posta yoluyla çalışma linki gönderilmiş, daha sonra araştırma bağlantısını sosyal medya platformlarından paylaşması istenmiştir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için IBM SPSS Statistics (Sürüm 23.0) paket programı kullanıldı. Kategorik veriler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Normal dağılım gösteren sayısal veriler ortalama, standart sapma ile normal dağılmayan sayısal veriler ise ortanca değer (25-75 arası çeyrek aralık) ile belirlendi. Verilerin değerlendirilmesinde sayılar, yüzde dağılımları, ortalama ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında "iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi"(Bağımsız gruplarda t testi) kullanılmıştır. İki'den fazla grubu karşılaştırmak için tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır. Öncelikle homojen dağılımı incelemek için tek yönlü ANOVA testi, ardından homojen dağılan değişkenlerin post hoc analizinde Tukey testi ve homojen olmayan değişkenlerin post hoc analizinde Tamhane's-2 testi kullanılmıştır. Normal dağılım göstermeyen sayısal değişkenlerin ikili karşılaştırmalarında "Mann-Whitney U testi", ikiden fazla grubu karşılaştırmak için "Kruskal-Wallis testi" kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. Veriler $p < .05$ ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Araştırmanın Sınırlılıkları

İlk olarak, öz bildirim verilerine dayanıyordu. Bu bir önyargıya neden olmuş olabilir. İkincisi, kesitsel bir tasarıma sahip olduğu için olayların zamansallığı hakkında kesin sonuçlara varılmasına izin vermiyordu. Üçüncüsü ise çalışma sonuçlarında yanıt vermemeye neden olabilecek çevrimiçi bir anket kullandık. Ancak, anket formlarının doldurulması yaklaşık 4 haftalık bir süreyi kapsadığından potansiyel olarak yanlılığın azaltıldığını düşünüyoruz. Öte yandan, bu çalışmanın bazı güçlü yanları da vardı. Bunlardan biri Türkiye'de ve Dünyada yapılan diğer çalışmalara oranla büyük bir örnekleme sahip olmasıdır. Ayrıca, iki ölçek de yüksek güvenilirlik göstermiştir. Bununla birlikte AİKF ve SOY'un birlikte ele alındığı ender çalışmalardan biridir.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmanın yürütülebilmesi için etik kurul izni alınmıştır (onay tarihi: 29.09.2022 ve karar no:2022/1030). Katılımcılar elektronik ortamda çalışmaya davet edilmiş ve kendilerine ulaşan anket linkini tıkladıktan sonra araştırmaya gönüllü olarak katılma isteklerini teyit eden bir bölüme yönlendirilerek onamları alınmıştır. Bu kısmı onaylamalarının ardından, formları yanıtladılar. Araştırmaya katılan bireylerin yanıtlarının gizliliği sağlanarak, yalnızca araştırmacılar adına tanımlı elektronik posta aracılığı ile Google formlar üzerinden görüntülenmiştir. Çalışmaya katılan bireylerden herhangi bir ücret talep edilmeyeceği ve/veya herhangi bir ücret ödenmeyeceği ifade edilmiştir. Araştırma, Helsinki Deklarasyonu prensipleri doğrultusunda yapıldı. Araştırmada kullanılan ölçekler için yazarlarından izin alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılanların 2231'i (%58,8) erkek, 1562'si (%41,2) kadındır. Katılımcıların büyük çoğunluğunu (%70,2) 18-25 yaş arasındaki kişiler oluştururken, katılımcıların %9'unda kronik hastalık bulunmaktadır. 373 katılımcı çoklu ilaç kullanmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ve Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalık Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	%	AİKF toplam puan Ortalama ± SS
Cinsiyet			
Erkek	2231	58,8	58,29 ± 8,67
Kadın	1562	41,2	56,24 ± 9,38
Test değeri p değeri			t: 6,844 p <0,001
Yaş			
18-25 yaş	2663	70,2	57,45 ± 8,77
26-33 yaş	616	16,2	57,10 ± 9,57
34-41 yaş	529	6,8	57,84 ± 9,35
42-49 yaş	179	4,7	58,48 ± 9,76
50 yaş ve üzeri	76	2	56,50 ± 10,16
Test değeri p değeri			F:1,144 p: 0,334
Eğitim durumu			
İlköğretim ^a	108	2,8	55,25 ± 9,44
Lise ^b	180	4,7	55,87 ± 9,73
Önlisans ^c	866	22,8	57,55 ± 9,07
Lisans ^d	2482	65,4	57,68 ± 8,87
Lisansüstü ^e	157	4,1	56,53 ± 9,64
Test değeri p değeri			F: 3,847 p: 0,004 a / d (0,04)
Kronik hastalık			
Var	340	9	58,54 ± 9,30
Yok	3453	91	57,34 ± 8,99
Test değeri p değeri			t: 2,331 p: 0,02
Çoklu ilaç kullanımı			
Evet	373	9,8	57,70 ± 9,52
Hayır	3420	90,2	57,42 ± 8,97
Test değeri p değeri			t: 0,535 p: 0,593

*İkili grupların karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t testi, üç ve daha fazla grupların karşılaştırılmasında Tek Yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.

SS: Standart sapma

Tablo 2 incelendiğinde, araştırmaya katılan yetişkinlerin “Akılcı İlaç Kullanımı Öz farkındalığı Ölçeği” toplam puan ortalaması 57.45±9.02 olarak bulunmuş olup; Akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu saptandı. Öğrencilerin “Sağlık Okuryazarlık Ölçeği” toplam puan ortalaması 101.66±19 olarak bulundu. Bu bulgudan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu saptandı.

Tablo 2: Akılcı İlaç Kullanımı Öz farkındalığı ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Toplam Puanları

	n	Min	Maks	Ortalama	Std. sapma
Akılcı İlaç Kullanımı Öz Farkındalığı	3793	32,00	75,00	57,4529	9,02811
Sağlık Okuryazarlığı	3793	25,00	125,00	101,6604	19,00038

İkili grupların karşılaştırılmasında uygulanan iki ortalama arasındaki farkın anlamlılık testi sonuçlarına göre erkekler ile kadınlar arasında akılcı ilaç kullanımı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Erkek katılımcıların akılcı ilaç kullanımı toplam ortalama puanı kadınlardan daha yüksektir. Kronik hastalığı olan katılımcıların akılcı ilaç kullanım toplam puan ortalamaları kronik hastalığı olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturacak şekilde daha yüksektir ($p<0,05$). Çoklu ilaç kullanımı olan katılımcıların akılcı ilaç kullanım toplam ortalama puanları birbirine çok yakındır ve aralarında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Öğrenim durumu lisans olan katılımcılar ile öğrenim durumu ilköğretim olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Eğitim durumu arttıkça genel olarak akılcı ilaç kullanımı toplam ortalama puanlarında yükselme gözlenmiştir. T testi ve ANOVA testi sonuçları Tablo1’de verilmiştir. Bununla birlikte erkeklerin sağlık okuryazarlığı puanları kadınlardan daha yüksek ($p<0,001$) ve çoklu ilaç kullanımı olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları çoklu ilaç kullanımı olan katılımcılara göre daha yüksek ($p<0,001$) bulunmuştur. Tablo3’de Mann-Whitney U testi sonuçları verilmiştir.

Tablo 3: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ortanca	Sıra Ort.	Sıra Top.	U	p
Cinsiyet						
Erkek	2231	108	1996,18	4453486	1521132,0	p<0,001
Kadın	1562	101	1755,34	2741835		
Kronik hastalık						
Var	340	105	1893,98	643952	585982	p:0,957
Yok	3453	105	1897,30	6551369		
Çoklu ilaç kullanımı						
Evet	373	100	1688,96	629983	560232	p<0,001
Hayır	3420	106	1919,69	6565338		

* İkili grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Kruskal-Wallis test sonuçlarına göre, katılımcıların yaş grupları ile sağlık okuryazarlığı puanları arasında ($p:0,018$) ve eğitim durumuna göre sağlık okuryazarlığı puanlarında ($<0,001$) anlamlı fark bulundu. Yaş gruplarında ve eğitim durumuna göre hangi gruplar arasında fark olduğunu tespit etmek için yapılan analiz sonucunda, 18-25 yaş grubunda bulunan katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları ile 49 yaş üstü katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları arasındaki fark anlamlı bulundu ($U= 79130$, $z = -3,247$, $p=0,001$). Eğitim durumuna göre hangi gruplar arasında sağlık okuryazarlığı puanlarında farklılık olduğunun incelenmesi sonucunda ilköğretim mezunu katılımcılarla önlisans mezunu ($U=36030,5$, $Z= -3,895$, $p<0,001$) ve lisans mezunu ($U= 101751$, $Z= -4,245$, $p<0,001$) katılımcılar arasında fark bulunmuştur. Ayrıca lise mezunu katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları ile önlisans (u: 59155,5 Z: -5,096 $p<0,001$), lisans (u: 166588,5 Z: -5,706 $p<0,001$) ve lisansüstü eğitim (u: 11406,5 Z:-3,054 $p:0,002$) mezunu katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları arasında anlamlı fark vardır.

Tablo 4: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri ile Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler	n	Ortanca	Sıra Ort.	Aritmetik Ortalama	SS	Kruskal-Wallis H	
						X^2	p
Yaş							
18-25 yaş	2663	106	1920,47	102,1112	18,76	11,97	0,018
26-33 yaş	616	104	1857,13	100,7273	19,81		
34-41 yaş	259	104	1878,10	101,3436	19,01		
42-49 yaş	179	105	1879,44	101,6201	18,63		
50 yaş ve üzeri	76	91	1503,66	94,6053	20,18		
Eğitim durumu							
İlköğretim	108	96	1920,47	93,67	21,62	48,807	<0,001
Lise	180	95	1857,13	93,82	20,57		
Önlisans	866	107	1878,10	102,04	19,07		
Lisans	2482	106	1879,44	102,50	18,54		
Lisansüstü	157	103	1503,66	100,70	18,82		

* Normal dağılım göstermeyen çoklu grupların karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır
SS: Standart sapma

Katılımcıların SOY puanları ile AİKF puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan korelasyon analizi Tablo5' te verilmiştir. Tablo5 incelendiğinde, SOY ile AİKF arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki (r:0,447) saptandı. Benzer şekilde, sağlık okuryazarlığının bilgiye erişim (r:446), bilgileri anlama (r:442), değer biçme/değerlendirme (r:408) ve uygulama kullanma (r:368) alt boyutları ile AİK arasında pozitif yönde zayıf bir ilişki olduğu görüldü.

TABLO 5: SOY ve AİK ölçekleri arasındaki korelasyon

Ölçek ve alt Ölçekler	Analiz	DİF	DBF	DKŞF	AİKF	BE	BA	DB	UK	SOY
Sağlık okuryazarlığı (SOY)	r	,357*	,327*	,425*	,447*	,854*	,920*	,946*	,875*	1,000
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.
Uygulama / Kullanma (UK)	r	,315*	,261*	,338*	,368*	,657*	,730*	,806*	1,000	.
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	.
Değer Biçme/Değerlendirme (DB)	r	,327*	,298*	,392*	,408*	,737*	,830*	1,000	.	.
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	.	.	.
Bilgileri anlama (BA)	r	,328*	,306*	,408*	,422*	,750*	1,000	.	.	.
	p	,000	,000	,000	,000	,000	.	.	.	.
Bilgiye erişim (BE)	r	,345*	,331*	,426*	,446*	1,000	.	.	.	.
	p	,000	,000	,000	,000	.	.	.	.	.
Akılcı ilaç kullanım farkındalığı (AİKF)	r	,781*	,844*	,733*	1,000	.	.	.	.	.
	p	,000	,000	,000	.	.	.	.	.	.
Doğru kullanım şekli farkındalığı (DKŞF)	r	,523*	,457*	1,000	.	.	.	.	.	.
	p	,000	,000	.	.	.	.	.	.	.
Doğru bilgilendirme farkındalığı (DBF)	r	,451*	1,000	.	.	.	.	.	.	.
	p	,000	.	.	.	.	.	.	.	.
Doğru ilaç farkındalığı (DİF)	r	1,000	.	.	.	.	.	.	.	.
	p	.	.	.	.	.	.	.	.	.

* Korelasyon $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır.

SOY: Sağlık okuryazarlığı, AİK: Akılcı ilaç kullanımı

Tartışma

Bireylerin sağlık okuryazarlık (SOY) düzeylerinin yükseltilmesi ve akılcı ilaç kullanımı (AİK) konusunda farkındalık kazandırılması sağlık sisteminin gelişmesinde ve etkin işleyişinde büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle araştırmada toplum sağlığı bakımından oldukça önemli bir konu olan akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı (AİKF) ile sağlık okuryazarlığı kavramları ele alınmış, bu iki kavramın birbirleri ve katılımcıların tanıtıcı nitelikleri ile arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Türkiye'de akılcı ilaç kullanımına katkı sağlayan çalışmalar yürütülse de bu konuda istenilen düzeye ulaşılamamıştır. Bu araştırmada katılımcıların genel olarak akılcı ilaç kullanım öz farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Tosun ve Hoşgör (2021), Öztürk ve Acar (2021), Çağlar, Palamut ve Yurdakul'un (2022) yaptıkları araştırmalarda da bu bulgumuzu destekleyen bir sonuç saptanmıştır.²⁰⁻²² Buna karşın, katılımcıların akılcı ilaç kullanımı öz farkındalık düzeylerinin düşük olduğu araştırmalar da vardır.²³⁻²⁵ Bu durum, bu araştırmada örneklem grubunun çoğunluğunun lisans düzeyinde eğitim seviyesinde ve 18-25 aralığında olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada erkek katılımcıların akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı (AİKF) toplam puan ortalaması kadınlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Araştırmamızın aksine, Yin ve ark.nın (2022) üniversite öğrencileri ile yaptıkları araştırmada kadınların AİKF düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu belirlemiştir.²⁶ Kahraman ve ark. (2021) da çalışmalarında kadınların AİKF düzeylerinin daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir.²⁷

Bu araştırmada öğrenim durumu arttıkça genel olarak AİKF toplam ortalama puanlarında yükselme olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde, Tosun ve Hoşgör'ün (2021) yaptıkları araştırmada da öğrenim düzeyi arttıkça AİKF düzeyinin arttığı belirlenmiştir.²² Türkiye'de iki büyük ilde yapılan kapsamlı bir araştırmada katılımcıların AİKF düzeylerinin düşük olduğu gözlenirse de öğrenim düzeyi yükseldikçe AİKF düzeylerinin yükseldiği saptanmıştır.²⁸ Şantaş ve Demirgil (2017) üniversite öğrencileri ile yaptıkları bir araştırmada 4.sınıf öğrencilerinin AİKF düzeylerinin 1.sınıftakilerden yüksek olduğunu saptamıştır.²³ Bu çalışmanın aksine, Kahraman ve ark. (2021) öğrenim durumu ile AİKF arasında fark olmadığını saptamıştır.²⁷

Kronik hastalıkların yönetiminde, semptomların azaltılması, komplikasyonların önlenmesi ve bireylerin psikososyal iyilik halinin sürdürülmesinde akılcı ilaç kullanımı ve ilaç uyumu önemlidir.²⁹⁻³⁰ Bu araştırmada kronik hastalığı olan katılımcıların AİKF düzeylerinin kronik hastalığı bulunmayan katılımcılara göre daha yüksek olduğu belirlendi. Yapılan bazı araştırmalarda bulgularımızla benzer şekilde kronik hastalığı bulunan katılımcıların AİKF düzeylerinin daha yüksek olduğunu bulunmuştur.²¹⁻²⁴ Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin düzenli olarak ilaç kullanmaları nedeniyle, ilaç kullanımı hakkında daha fazla bilgiye sahip olmasından kaynaklanabilir. Ancak çalışmamızın aksine, Kahraman ve ark. (2021) kronik hastalığı olan yetişkin bireylerin akılcı ilaç kullanımı konusunda önemli ölçüde eksikliklerinin olduğunu saptamışlardır.²⁷

Bu araştırmada AİKF ile birlikte sağlık okuryazarlığı kavramı da değerlendirilmiştir. Ölçeğin puan değerlendirmesine göre bu çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlığı yüksek düzeydedir. Yalman ve ark (2022) da katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin oldukça yüksek olduğunu saptamıştır.³¹ Bu çalışmanın aksine, Türkiye genelinde yapılan bir araştırmada bireylerin %24,5'inde sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %40'ında ise sınırlı olarak saptanmıştır.³² Türkiye genelinde yapılan farklı bir araştırmada, her 10 katılımcıdan 7'sinin SOY düzeylerinin yetersiz ya da sınırdaki olduğu gösterilmiştir.³³ Sørensen ve ark. (2015) Avusturya, Bulgaristan, Almanya, Yunanistan, İrlanda, Hollanda, Polonya ve İspanya'da 8.000 katılımcı ile yaptıkları araştırmalarında katılımcıların neredeyse yarısının sağlık okuryazarlığı düzeylerinin düşük olduklarını saptamışlardır.⁹ Bu araştırmada, sağlık okuryazarlığı düzeyinin Türkiye ortalamasının üzerinde olması örneklem grubunun çoğunluğunun 18-25 arası genç nüfusta ve yüksek öğrenim seviyesine sahip olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Bu araştırmada, erkeklerin SOY düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu ve ayrıca çoklu ilaç kullanımı olmayan katılımcıların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin çoklu ilaç kullanımı olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu saptandı. Beauchamp ve ark. (2017) da çalışmalarında benzer sonuçlara ulaşmıştır.³⁴ Çalışmamızın aksine, Kaya ve ark. (2022) kadınların sağlık okuryazarlığı düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğunu saptamışlardır.³⁵ Bu araştırmada sağlık okuryazarlığının alt boyutları olan sağlıkla ilgili bilgiye erişim, bilgileri anlama, bilgileri değerlendirme ve bilgileri uygulama düzeyleri ortalamasının üzerindedir. Okyay ve Abacıgil'in (2016) çalışmalarında sağlıkla ilgili bilgileri anlama ve değerlendirme alt boyut düzeyleri düşük olarak saptanmıştır.³³ Araştırmalarda farklı sonuçların çıkmasının, çalışmaların farklı örneklem grupları ile yapılmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu araştırmada, 18-25 yaş grubundakilerin sağlık okuryazarlığı düzeyi 49 yaş üstü katılımcılardan, lisans mezunlarının sağlık okuryazarlığı düzeyi de ilköğretim mezunlarınınkinden daha yüksek olarak saptandı. Türkiye'de genç ve orta yaşlı bireylerin daha yüksek eğitim düzeylerine sahip olması, yaş küçüldükçe sağlık okuryazarlığının artmasını açıklayabilir. Kaya ve ark. (2022) ,araştırmamızla paralel şekilde yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığını saptamıştır.³⁵ Bunun nedeni ilerleyen yaşla birlikte bilgiye erişim ve teknoloji kullanımındaki yetersizlik, duyuşal işlevlerin kaybı, aile üyelerinin yardımına bağıllık gibi durumlar olabilir.

Bu araştırmada sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptandı. Benzer Şekilde sağlık okuryazarlığının alt boyutları ile akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı arasında pozitif yönde ilişki olduğu görüldü. Yalman ve ark. (2022) alışmasında da sağlık okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığının bilgileri anlama alt boyutuyla akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı arasında pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.³¹ Tosun ve Hoşgör (2021) alışmasında sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki saptanmıştır.²²

Sonuç

Bu araştırmada katılımcıların akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri ortalamanın üzerindedir. Ancak eğitim düzeyi azaldıkça ve yaş arttııka sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı görülmektedir. Ayrıca akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır. Toplumda tüm yaş grubundaki bireylere akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı kazandırılması ve sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi sağlık sisteminin etkin işleyişi ve toplumsal sağlığın yükseltilmesinde oldukça önemlidir. Akılcı ilaç kullanımı davranışının kazandırılması ve sürdürülebilirliğinde ulusal ve uluslararası projelerle toplumsal farkındalığın artırılması ve birinci basamak sağlık hizmetlerine eğitim programlarının dâhil edilmesiyle bireylerin bu konudaki bilgi düzeylerinin artırılması faydalı olabilir.

ıkar atışması: Yazarlar, çıkar atışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını aıklamışlardır.

Kaynaklar

1. Organization WH. The pursuit of responsible use of medicines: sharing and learning from country experiences (No. WHO/EMP/MAR/2012.3) 2012 [cited 2022 10.12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75828/WHO?sequence=1>.
2. organization Wh. Conference of Experts on the Rational Use of Drugs, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12.1985). 1985 [cited 2022 27.12]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/62311>.
3. İnal A. Akılcı ila kullanımının farmastik ynleri. *Turkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics*. 2017;8(3):220-3.
4. ğt Yıldıırım P. Sağlık Okuryazarlığı. In: Yüksel E, editor. *Btn Ynleriyle Sağlık İletişimi: Kuram, Uygulama ve Tartışmalar*. Konya Őelale Ofset; 2020. p. 111-35.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*. 2000;15(3):259-67.
6. Rasu RS, Bawa WA, Suminski R, Snella K, Warady B. Health literacy impact on national healthcare utilization and expenditure. *International journal of health policy and management*. 2015;4(11):747.
7. Santana S, Brach C, Harris L, Ochiai E, Blakey C, Bevington F, et al. Practice full report: Updating health literacy for healthy people 2030: Defining its importance for a new decade in public health. *Journal of Public Health Management and Practice*. 2021;27(6):S258.
8. Seil Özkan NBA, Deniz alışkan., Asiye Uğraş Dikmen, Hakan Tüzün. *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması: zyurt Matbaacılık*; 2018 [cited 2022 10.12]. Available from: <https://sggm.saglik.gov.tr/Eklenti/39699/0/soya-rapor-1.pdf.pdf>.
9. Sørensen K, Pelikan JM, Rthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*. 2015;25(6):1053-8.
10. Chauhan I, Yasir M, Kumari M, Verma M. The pursuit of rational drug use: understanding factors and interventions. *Pharmaspire*. 2018;10(2):48-4.
11. Karaman A, Ayoğlu T, Aydoğan MN, Kuğu E. Hemşirelik ğrencilerinin Akılcı İla Kullanma Durumları. *Florence Nightingale Hemsirelik Dergisi*. 2019;27(2):143.
12. Laing R. Rational drug use: an unsolved problem. *Tropical doctor*. 1990;20(3):101-3.
13. Alkan SA, zdelikara A, Mumcu Boğa N. Hemşirelik ğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2017;6(2):11-21.
14. Zilic M, Salazar O, Viveros L. Health literacy as a means of empowering people. 2022;35-37.
15. (UNDP) UNDP. *Sürdürülebilir kalkınma hedefleri 2030 2015* [cited 2023 15.01]. Available from: <https://www.undp.org/turkiye/projects/sustainable-development-goals-investment-initiative>.
16. Lorcu F. *rneklerle veri analizi SPSS uygulaması*. Ankara: Detay Yayıncılık. 2015;1:18.

17. Aktaş H, Selvi H. Erişkinlerde akılcı ilaç kullanımı farkındalık ölçeğinin geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019;12(3):439-47.
18. Toçi E, Burazeri G, Sorensen K, Jerliu N, Ramadani N, Roshi E, et al. Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine and Medical Research*. 2013;3(4):1646-58.
19. Bayık-Temel A, Aras Z. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*. 2017;25(2):85-94.
20. Çağlar Palamut S, Yurdakul M. Rational drug use and associated factors in pregnant women. *Women & Health*. 2023;63(1):8-16.
21. Öztürk H, Acar F. Yükseköğretim Öğrencilerinin Akılcı İlaç Kullanımına Yönelik Algı Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi: Bir Devlet Üniversitesi Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*. 2021;7(1):32-46.
22. Tosun N, Hoşgör H. E-Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Farkındalığı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. 2021;22(2):82-102.
23. Şantaş F, Demirgil B. Akılcı ilaç kullanımına ilişkin bir araştırma. *İşletme Bilimi Dergisi*. 2017;5(1):35-48.
24. Yılmaz D, Altun N, Kılıç M. Determination of rational drug use behaviors of adult individuals-a cross-sectional study from Turkey. *Current Health Sciences Journal*. 2016;42(1):12.
25. Yue X. Knowledge, awareness and attitudes to rational use of drug of patients and its influential factors in Beijing, China. *Value in Health*. 2013;16(3):A199.
26. Yin C, He X, Shen K, Mu X, Tang F. Knowledge and behavior in rational drug use among college students in Zunyi City. *Risk Management and Healthcare Policy*. 2022:121-31.
27. Kahraman M, Karan MA, Nalcaci M. Rational drug use habits of patients with chronic diseases: A cross-sectional examination focusing on the use of technological devices. *International Journal of Clinical Practice*. 2021;75(7):e14222.
28. Tengilimoğlu D, Tekin PŞ, Zekioğlu A, Kılıç TD. Consumer awareness, attitude, and behavior related to the rational use of medicines in a developing country context: the case of Turkey. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. 2020;8(E):162-71.
29. Bıcaık Ayık D, Buyukbayram Z. The Effect of Rational Drug Use on Health Perception and Drug Compliance in Chronic Diseases. *International Journal of Caring Sciences*. 2021;14(1):497-506.
30. Arikan I, Özyigit F. Evaluation of rational drug use knowledge level in patients with musculoskeletal disorders. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation*. 2019;32(1):119-24.
31. Yalman F, Yıldız MS, Vural N. The Effect Of Health Literacy On Rational Drug Use Behavior. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*. 10(2):475-87.
32. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready FN, Çakır B, Akalın HE. Sağlık okuryazarlığı araştırması. *Sağlık-Sen Yayınları*. 2014;6:42-7.
33. Okyay RA, Erdoğan A. Self-medication practices and rational drug use habits among university students: a cross-sectional study from Kahramanmaraş, Turkey. *PeerJ*. 2017;5:e3990.
34. Beauchamp A, Batterham RW, Dodson S, Astbury B, Elsworth GR, McPhee C, et al. Systematic development and implementation of interventions to OPTimise Health Literacy and Access (Ophelia). *BMC public health*. 2017;17(1):1-18.
35. Kaya SD, Kocaoğlu M, Yüceler A. Health Literacy and Rational Drug Use in Turkey: Quantitative and Qualitative Approaches. *Journal of Health Literacy*. 2022;7(2):9-23.



Original Research / Orijinal Araştırma

Evaluation of Adults' Intention to Quit Smoking and Related Factors in a Primary Care Center

Bir Birinci Basamak Sağlık Merkezindeki Erişkinlerin Sigara Bırakma Niyetleri ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi

Duygu AYHAN BAŞER¹, Murat ÇEVİK²

Abstract

Introduction: This study aims to examine the smokers' intention levels to quit smoking and related factors.

Methods: This cross-sectional study was conducted at XXX Family Health Center. The study population consisted of smoker individuals and seeking services at XXX Family Health Center. Research data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire (27 questions and the Intention to Quit Smoking Scale) after obtaining informed consent from the participants.

Results: In a study with 268 participants who smoke cigarettes, the mean age of the participants was 41.20, 68.3% of them were male. The mean score for participants' intentions to quit smoking on the Quit Intention Scale was 23.70. According to the self-assessment of dietary habits, individuals who rated themselves as very unhealthy, engaged in physical activity, increased their cigarette consumption over the years, had prior attempts to quit smoking, and those with moderate to high levels of nicotine dependence showed the highest intention to quit smoking scale scores compared to other groups (respectively; $p=0.012$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.008$). In the correlation analysis, a weak negative correlation was found between the intention to quit smoking scale score and age ($t=-0.153$, $p=0.012$). According to the regression analysis, while doing physical activity decreased 5.420 times, the amount of smoking over the years increased 3.372 times; previous smoking cessation experience decreased 2.812 times intention to quit smoking.

Conclusions: Health-related behaviors, prior quit attempts, and nicotine dependence were found to be crucial factors influencing quit intentions. The results underscore the importance of considering individual characteristics and experiences when developing smoking cessation interventions.

Key words: Adults, Intention, Quit Smoking, Primary Care

Özet

Giriş: Bu çalışma, sigara içenlerin sigara bırakma niyet seviyeleri ve bununla ilişkili faktörleri incelemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma, XXX Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma evrenini sigara kullanan ve XXX Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran bireyler oluşturmuştur. Araştırma verileri, katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra anket (27 soru ve Sigarayı Bırakma Niyet Ölçeği) kullanılarak yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır.

Bulgular: Sigara içen 268 katılımcı ile yapılan çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 41.20 olup, bunların %68.3'ü erkektir. Katılımcıların Sigarayı Bırakma Niyet Ölçeği'nden aldıkları ortalama puan 23,70'dir. Beslenme alışkanlıklarının öz değerlendirmesine göre, kendini çok sağlıklı olarak değerlendirenler, fiziksel aktivite yapanlar, yıllar içinde sigara tüketimini artıranlar, daha önce sigarayı bırakmak için girişimde bulunan ve orta ila yüksek düzeyde nikotin bağımlılığı olan kişilerde diğer gruplara göre sigarayı bırakma niyeti ölçeği puanları daha yüksektir (sırayla; $p=0,012$; $<0,001$; $<0,001$; $<0,001$; $0,008$). Korelasyon analizinde sigarayı bırakma niyeti ölçek puanı ile yaş arasında negatif yönde zayıf bir korelasyon bulundu ($t=-0,153$, $p=0,012$). Regresyon analizine göre fiziksel aktivite yapmak sigarayı bırakma niyetini 5,420 kat azalırken, önceki sigara bırakma deneyimi 2,812 kat azaltılmakta; yıllara göre sigara içme miktarının artması 3,372 kat arttırmaktadır.

Sonuçlar: Sağlıkla ilgili davranışlar, önceki bırakma girişimleri ve nikotin bağımlılığı, bırakma niyetlerini etkileyen önemli faktörler olarak bulundu. Çalışma sonuçları sigara bırakma müdahalelerini planlarken bireysel özellikleri ve deneyimleri dikkate alınmanın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Erişkin, Niyet, Sigara Bırakma, Birinci Basamak

Geliş tarihi / Received: 07.08.2023 Kabul tarihi / Accepted: 18.10.2023

¹ Hacettepe University School of Medicine, Department of Family Medicine, Ankara, TURKEY

² Sokullu Family Health Center, Ankara, TURKEY

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Duygu AYHAN BAŞER. Hacettepe University Faculty of Medicine, Department of Family Medicine Ankara, TURKEY E-posta: duyguayhan@outlook.com Tel: +90 5056645210

AYHAN BAŞER D, ÇEVİK M. *Evaluation of Adults' Intention to Quit Smoking and Related Factors in a Primary Care Center.*

TJFMPC, 2023; 17 (4):521-528

DOI: 10.21763/tjfmpe.1339081

Introduction

Smoking has become a serious public health issue worldwide due to the harmful substances it contains and the nicotine addiction.¹ Therefore, the intention of smokers to quit smoking has become a significant focus of tobacco control policies and public health interventions.

Reducing or completely quitting smoking can significantly improve individuals' quality of life and positively impact their health outcomes. Although smokers express the desire to quit smoking, they often believe they cannot achieve this without professional help. It is well-known that success rates increase with the individual's decisiveness and intensive support and follow-up. Several studies have shown that the intention to quit smoking increases the likelihood of converting into actual quitting behavior.^{2,3} The intention to quit smoking plays a critical role at the beginning of the smoking cessation process and reflects individuals' motivation and decisiveness.

The intention to quit smoking can be influenced by various factors. Some important factors affecting individuals' intention to quit include health consciousness, social norms, family support, economic factors, and environmental factors. Additionally, personal experiences, lifestyle choices, and knowledge levels can also shape smokers' intentions to quit smoking.^{4,7}

In a longitudinal study examining variables related to the intention to quit smoking and smoking cessation behavior, it was found that individuals with a higher intention to quit had a higher rate of actually quitting smoking.² It was also determined that individuals expressing their intention to quit smoking made more attempts to quit.^{6,7}

The importance of the intention to quit smoking is also critical in assessing the impact of tobacco control policies and public health interventions. Effective policies and interventions aimed at increasing smokers' intention to quit can contribute to reducing tobacco use and creating a healthier society. There are a few smoking cessation intention scales and they can vary in complexity and specificity (Motivation To Stop Scale (MTSS), Willingness to Quit, etc), however, these scales were not adapted to Turkish smokers.^{8,9} In 2022, "The Intention to Quit Smoking Scale" was developed by Söyler et al. to measure the intention to quit smoking and this scale was evaluated as valid and reliable for Turkish smokers.⁵ A study evaluating the intention to quit smoking with a scale has not been encountered yet, and this scale is quite new.

This study aims to examine the smokers' intention to quit smoking levels and the factors that influence it.

Methods

This cross-sectional descriptive study was conducted at XXX Family Health Center. The study population consisted of smoker individuals and apply to XXX Family Health Center for any reason. The sample size for the study group was planned to reach a minimum of 242 individuals with an unknown universe sample calculation of 31.6% (frequency of smokers), 95% confidence level, and 5% margin of error.

Inclusion criteria:

- Being 18 years old or older
- Having a visit to the outpatient clinics at XXX Family Health Center
- Being an active smoker
- Being oriented and cooperative
- Being voluntary
- Being literate

Exclusion criteria:

- Refusing to participate in the study

Research data were collected through face-to-face interviews using a questionnaire after obtaining informed consent from the participants. Interviews with the participants were conducted by the researcher after the visit to the family physician in XXX Family Health Center patient waiting room between 01 May 2023-01 August 2023. The questionnaire included a total of 27 questions and the Intention to Quit Smoking Scale. The first part of the form consisted of sociodemographic characteristics and questions related to smoking, including the Fagerström Nicotine Dependence Test.

The Intention to Quit Smoking Scale: Developed by Söyler et al. in 2022, the scale is of 5-point Likert type (1=Strongly Disagree - 5 Strongly Agree) and has a Cronbach's alpha value of 0.929.⁵ The scale was developed to measure the intention to quit smoking among smokers and consists of 8 questions. The scale's scoring is performed by summing up the scores obtained from each item. The minimum score that can be obtained from the scale is 8, and the maximum score is 40. Increasing scores indicate an increased intention to quit smoking while decreasing scores indicate a decreased intention to quit.⁵

Statistical Analysis: The data obtained in the study were transferred to electronic media (data entry) and analyzed using the IBM SPSS Statistics Premium 23 V statistical software package, licensed by Hacettepe University. Descriptive statistics such as percentages, means, medians, quartiles, minimum-maximum values, and standard

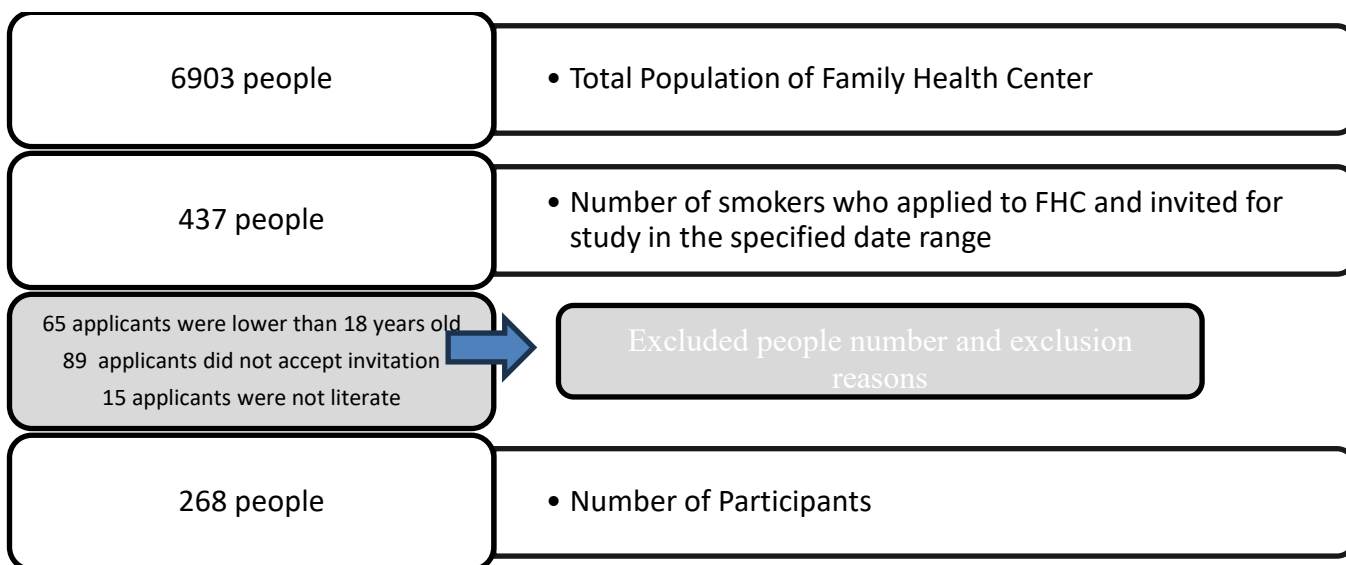
deviations were used for descriptive analyses. When necessary, the normality of the variables was tested using the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro-Wilk tests.

When continuous variables fit the normal distribution, independent two groups were compared using independent t-tests, otherwise, the Mann-Whitney U test was used. ANOVA was used to compare the means of more than two independent groups, and when parametric assumptions were not met, the Kruskal-Wallis variance analysis was used. Correlation analysis was conducted to evaluate the linear relationship between variables. The significance level (α) was set at 0.05. Multivariate testing was performed using logistic regression analysis.

Ethical issues: For the study, ethical committee approval was obtained from XXX University Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee with GO 23/511 research number. Informed consent was obtained from all participants before study enrollment.

Results

In a study with 268 participants who smoked cigarettes, the mean age of the participants was 41.20 (SD=10.23). It was observed that 68.3% of them were male, 70.5% were married, and 65.3% had a university degree or higher education.



Graph 1. Flow-diagram of study

Regarding self-assessment of health status, 67.5% of the participants expressed feeling healthy, while 29.9% stated that they had been diagnosed with a medical condition by a doctor. According to the self-assessment of lifestyle habits (both dietary and physical activity), 46.3% of the participants claimed to have a healthy eating pattern, and 45.9% reported engaging in regular physical activity. The distribution of some socio-economic and health-related characteristics of the participants is presented in Table 1.

Table 1. *Distribution of some socioeconomic and health-related characteristics of participants*

	Number		Percent	
Gender				
Female	85		31.7	
Male	183		68.3	
Marital Status				
Married	189		70.5	
Single	63		23.5	
Divorced from spouse	16		6.0	
Education level				
Secondary school graduate and below	12		4.5	
High school graduate	81		30.2	
University graduate and above	175		65.3	
Employment in any job				
Yes	245		91.4	
No	23		8.6	
Self-assessment of the family's economic situation				
Income is less than expenses	59		22	
Income is equal to expenses.	112		41.8	
Income is more than expenses	97		36.2	
People living in the same household				
Alone	32		11.9	
With spouse/ spouse and children	185		69.1	
With mom/dad/siblings	51		19	
Self-assessment of health status				
Very healthy	4		1.5	
Healthy	181		67.5	
Indecisive	52		19.4	
Unhealthy	31		11.6	
Very unhealthy	0		0	
Presence of disease diagnosed by doctor				
Yes	80		29.9	
No	188		70.1	
Regular use of medication recommended by the doctor				
Yes	87		32.5	
No	181		67.5	
Self-assessment of eating habits				
Very healthy	5		1.9	
Healthy	124		46.3	
Indecisive	84		31.3	
Unhealthy	46		17.2	
Very unhealthy	9		3.4	
The state of doing physical activity				
Yes	123		45.9	
No	145		54.1	
	Mean	SD	Min	Max
Age	41.20	10.23	20	66

SD=Standart deviation, Min=Minimum; Max=Maximum

When examining the reasons for participants starting to smoke, the most common reason, with 48.5%, was 'curiosity.' When looking at changes in the amount of cigarette consumption over the years, it was found that 41.4% of participants reduced their cigarette intake, 32.1% increased it, and 51.1% attempted to quit smoking. Regarding the Fagerström Test for Nicotine Dependence, the majority of participants (42.9%) indicated being at a 'very low dependence' level. The distribution of some characteristics related to smoking among the participants is given in Table 2.

Table 2. *Distribution of some smoking-related characteristics of the participants*

	Number		Percent	
Reason for starting smoking*				
Curiosity	130		48.5	
Influence of the environment	123		45.8	
Prove yourself	75		27.9	
Emulation	86		32.0	
Reaction to the ban	45		16.7	
Stress/sadness	98		36.5	
Other	54		20.1	
Changes in the amount of smoking over the years				
Hasn't changed	71		26.5	
Decreased	111		41.4	
Increased	86		32.1	
Previous smoking cessation experience				
Yes	138		51.5	
No	130		48.5	
Fagerström Nicotine Addiction Scale Level				
Very little dependent	115		42.9	
Little dependent	50		18.7	
Moderately dependent	39		14.6	
Highly dependent	52		19.4	
Very highly dependent	12		4.5	
	Mean	SD	Min	Max
Smoking time (year)	19.05	9.73	2	40
Number of cigarettes smoked (piece/day)	15.23	9.22	1	40
Package/year	14.64	11.10	0.6	45
Fagerström Nicotine Addiction Scale Score	3.46	2.46	0	9
Intention to Quit Smoking Scale Score	23.70	10.19	8	40

* More than one option has been chosen.

SD=Standard deviation, Min=Minimum; Max=Maximum

The mean score for participants' intentions to quit smoking on the Quit Intention Scale was 23.70 (SD=10.19). The distribution of participants' answers to scale items is presented in Table 3. The Cronbach's alpha value for the Quit Intention Scale in this study's sample was 0.977.

Table 3. *Distribution of participants' answers to Quit Intention Scale items*

Scale Items	I strongly disagree	I disagree	I Neither agree nor disagree	I agree	I strongly agree
I am planning to quit smoking.	17.1	22.6	19.4	20.7	20.3
I will try to quit smoking.	15.1	15.1	22.0	17.9	22.5
I am dreaming about quitting smoking.	19.3	26.6	12.4	16.5	25.2
I want to quit smoking.	16.5	20.2	22.5	20.2	20.6
Quitting smoking is important to me.	16.1	22.0	18.8	21.6	21.6
I will quit smoking in the near future.	23.4	21.1	20.6	15.1	19.7
I am researching about quitting smoking.	20.9	28.4	16.6	15.2	19.0
I intend to consult with a healthcare professional regarding quitting smoking.	24.8	22.4	19.5	16.7	16.7

According to our results, individuals who had very unhealthy eating habits, those engaged in physical activity, those who increased their cigarette consumption over the years, those who had had prior attempts to quit smoking, and those with moderate to high levels of nicotine dependence showed the highest intention to quit smoking scale scores compared to other groups (in sequence; $p=0.012$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$; $p=0.008$). There was no statistically significant relationship found between gender, marital status, education level, employment in a job providing economic income, self-assessment of family's economic status, diagnosed diseases, medication use, and intention to quit smoking. The factors associated with the intention to quit smoking scale score are presented in Table 4.

Table 4. Factors associated with the intention to quit smoking scale score

Intention to Quit Smoking Scale Score					
	Median	IQR	Mean	SD	p
Self-assessment of eating habits					0.012***
Very healthy	8	14	13.60	12.52	
Healthy	26	18.5	23.55	10.45	
Indecisive	21	15.25	22.63	10.06	
Unhealthy	24	17	26.21	9.36	
Very unhealthy	27	2.5	28.66	4.71	
The state of doing physical activity					<0.001**
Yes	28	15	27.30	10.11	
No	16	12	20.66	9.24	
Changes in the amount of smoking over the years					<0.001***
Hasn't changed	21	13	20.08	8.55	
Decreased	24	17	23.49	10.28	
Increased	26.5	24	26.97	10.36	
Previous smoking cessation experience					<0.001**
Yes	30.5	18.5	27.83	10.25	
No	16	12.25	19.33	8.10	
Fagerström Nicotine Addiction Scale Level					0.008***
Very little dependent	19	12	21.20	9.18	
Little dependent	24	23	24.16	11.67	
Moderately dependent	29	17	27.07	9.96	
Highly dependent	24	24	26.30	10.45	
Very highly dependent	27	5.25	23.66	7.10	

IQR=Inter Quartile Range

* independent sample t-test ** Mann-Whitney U test. ***Kruskal-Wallis analysis

The predictors of intention to quit smoking were analyzed using regression analysis (Table 5). According to the regression analysis, while doing physical activity increased 5.420 times, the amount of smoking over the years increased 3.372 times; previous smoking cessation experience decreased 2.812 times intention to quit smoking.

Table 5. Regressions of intention to quit smoking

Independent Variables	Binary Logistic Regression Analysis		
	OR*	%95 CI*	p
Individuals who thought very healthy eating habits (Ref: unhealthy)	---	---	NS [±]
Individuals who were very healthy (Ref: very unhealthy)	---	---	NS [±]
Individuals who doing physical activity (Ref: Those who not doing physical activity)	5.420	1,623-9,978	<0.001
Individuals with increased the amount of smoking over the years (Ref: Those who not have changed in the amount of smoking over the years)	-2.123	1,345-3,498	0.001
Individuals with decreased the amount of smoking over the years (Ref: Those who not have changed in the amount of smoking over the years))	3.698	1,431-7486	<0.001
Individuals with previous smoking cessation experience (Ref: Those without previous smoking cessation experience)	-2.812	1,871-4,756	0.005
Individuals who have used smoking cessation medication. (Ref: Those who not have used smoking cessation medication)	---	---	NS*
Moderately dependent individuals (Ref: very little dependent)	---	---	NS [±]
Moderately dependent individuals (Ref: little dependent)	---	---	NS [±]

* OR: Odds ratio; CI: Confidence interval; NS: Not significant

Discussion

The present study aimed to explore factors associated with the intention to quit smoking among a sample of cigarette smokers. The findings revealed several significant associations between health-related behaviors, smoking-specific factors, and the participants' intentions to quit smoking.

Consistent with previous research, the majority of participants in this study were male, married, and had a university degree or higher education. These demographic characteristics may reflect the broader smoking patterns observed in the general population.⁶⁻⁸ However, it is important to note that these results are limited to the specific sample examined in this study and may not be representative of all smokers. Regarding health status, a substantial proportion of participants reported feeling healthy, while almost one-third had been diagnosed with a disease by a doctor. These findings suggest that a significant number of smokers may be unaware of or underestimate the health risks associated with smoking. This lack of awareness can influence their motivation to quit smoking.¹¹

Several studies have shown that intention to quit smoking is a precursor to following smoking cessation attempts.^{12,13} For this reason, it is important to determine the intentions of people to quit smoking and the affecting factors in terms of planning the interventions. In terms of dietary habits and physical activity, nearly half of the participants claimed to have healthy eating patterns and engaged in regular physical activity. These health-conscious behaviors were associated with a higher intention to quit smoking. This finding aligns with previous research that indicates healthier lifestyle choices may motivate smokers to quit.^{14,15} Smokers who prioritize their overall health may be more willing to quit smoking to improve their well-being. Also, the relationship between engaging in physical activity and the intention to quit smoking aligns with previous research that highlights the beneficial effects of physical activity on smoking cessation intentions. Regular physical activity has been consistently linked to increased motivation to quit smoking and improved success rates in smoking cessation programs.^{16,17} Moreover, the positive impact of physical activity on overall health and well-being may enhance individuals' motivation to quit smoking.^{17,18}

In our study, participants who increased their cigarette consumption over the years had prior quit attempts, or exhibited moderate to high levels of nicotine dependence demonstrated higher intention to quit smoking scale scores. These results are in accordance with previous studies and suggest that those with a history of unsuccessful quit attempts and higher levels of nicotine dependence may be more motivated to quit smoking in future attempts.^{19,21} Understanding the factors influencing quit attempts can aid in the development of targeted interventions for these subgroups. On the other hand, no statistically significant relationship was found between demographic factors such as marital status, education level, gender, and employment status with the intention to quit smoking scale scores. These results are consistent with some previous studies that also found no direct association between these factors and quit intentions.^{22,23} However, it is essential to consider that demographic characteristics might indirectly influence smoking cessation through various psychosocial and contextual factors.

Limitations of this study include its cross-sectional design, which prevents the setting up of causal relationships between variables. Additionally, the study's reliance on self-reported data introduces the potential for response bias. Future research should consider longitudinal designs and objective measures of smoking behavior to validate these findings.

Conclusion

In conclusion, this study provides valuable insights into the factors associated with smokers' intentions to quit smoking. Health-related behaviors, prior quit attempts, and nicotine dependence were found to be crucial factors influencing quit intentions. The results underscore the importance of considering individual characteristics and experiences when developing smoking cessation interventions. Tailored cessation programs that address these specific factors may increase the effectiveness of quit-smoking initiatives and ultimately contribute to improving public health. In addition, if family physicians in family health centers can manage to include a healthy lifestyle and physical activity in their population, the number of people who want to quit smoking will increase.

Funding

No funding was received for conducting this study.

Conflict of Interest/Financial Disclosure statement

The authors have no competing interests to declare that are relevant to the content of this article.

References

1. World Health Organisation (WHO) Report on the Global Tobacco Epidemic 2021: addressing new and emerging products, 27 Temmuz 2021, s. 63.
2. Jostein R, Velibor K, Peter K, Synnova MI. Predicting the intention to quit smoking and quitting behaviour: Extending the theory of planned behavior. *British Journal of Health Psychology*, 2008; 13(291-310):304-5.
3. Vatan I, Ocakoğlu H. Determining smoking prevalence among Uludağ University Faculty of Medicine. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009; 8 (1):43-8.
4. Azak A. Sağlık memurluğu öğrencilerinin sigara kullanımını etkileyen faktörler. *Toraks Dergisi Tütün ve Sağlık*, 2006;7(2):120-4.
5. Söyler S. Sağlık okuryazarlığı, sağlık inancı ve sağlık arama davranışının sigarayı bırakma niyeti üzerindeki etkisinin incelenmesi (Tez No. 771426) [Doktora tezi, Selçuk Üniversitesi]. Yükseköğretim Kurulu Ulusal Tez Merkezi 2022, s. 86-96.
6. Bjartveit K, Tverdal A, Skurtveit S. Trends in smoking prevalence in Norway, 1973-2019. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2020;48(3):256-63.
7. Siahpush M, Tibbits M, Shaik RA, Singh GK, Sikora Kessler A, Huang TTK. Socioeconomic and country variations in knowledge of health risks of tobacco smoking and toxic constituents of smoke: Results from the 2016 ITC Four Country Smoking and Vaping Survey. *Drug and Alcohol Dependence*, 2018;185:387-92.
8. Kotz D, Brown J, West R. Predictive validity of the Motivation To Stop Scale (MTSS): a single-item measure of motivation to stop smoking. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Feb 1;128(1-2):15-9. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.07.012.
9. Onchonga D. Validation of a willingness-to-quit questionnaire for use among active tobacco products users in medical practice. *Tobacco Induced Diseases*. 2019;17(1):A23. doi:10.18332/tid/111850.
10. Türkiye Ulusal İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Sağlık Araştırması Mikro Veri Seti (2022). <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>
11. Sutfin EL, Patel T, Reboussin BA, Farrelly MC, Helme DW. Patterns of self-assessed health status and smoking cessation in the United States. *Preventive Medicine Reports*. 2019;16:100983.
12. Moan IS, Rise J. Quitting smoking: Applying an extended version of the theory of planned behaviour in predicting intention and behaviour. *J Appl Biobehav Res*, 2005;10:39–68.
13. Wang Q, Mati K. Intention to Quit among Smokers in Kazakhstan: Data from 2014 Global Adult Tobacco Survey. *J Epidemiol Glob Health*. 2019;9:23-8.
14. Schane RE, Ling PM, Glantz SA. Health effects of light and intermittent smoking: A review. *Circulation*, 2014;121(13):1518-22.
15. Jackson SE, Brown J, Shahab L, Steptoe A, Fancourt D. Smoking cessation aids and socio-economic status: A cross-sectional survey of 18,929 participants in England. *Addiction*, 2018;113(7):1296-304.
16. Kathryn L Taylor. A randomized trial of telephone-based smoking cessation treatment in the lung cancer screening setting. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 2022;114(10):1410–9.
17. Şahbaz Pirinççi C, Cihan E, Ün Yıldırım N. Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin yaşam kalitesi, kronik hastalık varlığı, sigara kullanımı ve akademik başarıyla olan ilişkisi . *KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020;1(1):15-23.
18. Taylor GMJ. Prescribing prevalence, effectiveness, and mental health safety of smoking cessation medicines in patients with mental disorders. *Nicotine & Tobacco Research*, 2020;22(1):48–57.
19. Borland R, Partos TR, Yon HH, Cummings KM, Hyland A. The effectiveness of the Australian plain packaging policy on adult smokers' non-intention to quit. *Tobacco Control*, 2012;21(4):397-403.
20. Guichard A, Mdege ND, Uthman OA. Determinants of smoking cessation in African countries: A systematic review. *BMJ Open*, 2019;9(1):e024020.
21. McWilliams L, Bellhouse S, Yorke J, Lloyd K, Armitage CJ. Beyond “planning”: A meta-analysis of implementation intentions to support smoking cessation. *Health Psychology*, 2019;38(12):1059–68.
22. Hyland A, Borland R, Li Q, Yong HH, McNeill A, Fong GT, Cummings KM. Individual-level predictors of cessation behaviours among participants in the International Tobacco Control (ITC) Four Country Survey. *Tobacco Control*, 2006;15(suppl 3):iii83-iii94.
23. Vangeli E, Stapleton J, Smit ES, Borland R, West R, Owen L. Predictors of attempts to stop smoking and their success in adult general population samples: A systematic review. *Addiction*, 2011;106(12):2110-21.



Original Research / Orijinal Araştırma

Women's Emergency Contraception Knowledge Level, Some Related Factors And Relationship With Health Literacy

Kadınların Acil Kontrasepsiyon Bilgi Düzeyi, İlişkili Bazı Faktörler Ve Sağlık Okuryazarlığı İle İlişkisi

Ayten ARIÖZ DÜZGÜN¹, Sevil ŞAHİN¹, Döndü SEVİMLİ GÜLER², Alaettin ÜNSAL³

Abstract

Objective: The objective of the study was to determine women's knowledge of emergency contraception, review some variables that are believed to be associated and the relationship between health literacy and knowledge of emergency contraception

Methods: This is a cross-sectional study conducted on women who presented to the Department of Gynecology and Obstetrics of a Training and Research Hospital in Sakarya, Turkey from June 2021 to October 2021. The study group consisted of 456 women. The face-to-face interview method was used to collect data. The women's knowledge of emergency contraception was assessed with 20 questions knowledge form based on the literature. The women who obtained a score of 6.9 and above from the knowledge questions were regarded to have sufficient knowledge of emergency contraception. The Short Form of European Health Literacy Survey Questionnaire was used to assess the level of health literacy. The Chi-Squared Test, Logistic Regression Analysis, K-Means Clustering and Spearman's Correlation Analysis were used to analyze data. The statistical significance value was accepted as $p \leq 0.05$.

Results: The age of the women in the study group ranged from 18 to 59 with a mean age of 34.50 ± 8.61 years. While the most accurately answered question on emergency contraception was "Morning after pill prevents the fertilized egg implanting in the uterus." with 38.4%, the least accurately answered one was "Administration of an intrauterine device (IUD) after a sexual intercourse as emergency contraception is not suitable for women who have not given birth before." with 12.5%. It was determined that 297 women (65.1%) had insufficient knowledge of emergency contraception in the study. It was determined that the women's Health Literacy Scale mean score was 35.73 ± 6.48 . Based on the advanced analysis, being in the age group of 40 years and below and having an educational level of high school and below were determined to be important risk factors for insufficient knowledge of emergency contraception. There was no association between the scores obtained from the knowledge questions on emergency contraception and the scores obtained from the Health Literacy Survey.

Conclusion: More than half of the women in our study had insufficient knowledge of emergency contraception. There was no association between the women's knowledge of emergency contraception and the levels of health literacy. Increased awareness of emergency contraception methods is quite important for the prevention of unwanted pregnancies and induced abortions. It would be advantageous for health authorities to organize educational activities to improve women's knowledge of emergency contraception and to facilitate women's access to these methods.

Keywords: Emergency contraception, health literacy, women

Özet

Amaç: Kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma, Haziran 2021-Ekim 2021 tarihlerinde arasında Sakarya'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Çalışma grubu 456 kadından oluşmuştur. Çalışmada veriler, yüz yüze görüşme yöntemiyle elde edilmiştir. Kadınların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyleri literatürden faydalanılarak hazırlanan 20 sorudan oluşan acil kontrasepsiyon bilgi formu ile değerlendirilmiştir. Bilgi sorularından 6.9 ve üzeri puan alanlar acil kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edilmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi için Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde Ki-kare testi, Lojistik Regresyon analizi, K-Means Kümeleme Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p \leq 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubunu oluşturanların yaşları 18-49 arasında değişmekte olup, ortalama 34.50 ± 8.61 yıl idi. Acil kontrasepsiyon ile ilgili olarak en çok doğru bilinen bilgi sorusu %38.4 ile "Ertesi gün hapı döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesini önler" iken en çok yanlış bilinen ise %12.5 ile "Acil kontrasepsiyon için ilişki sonrası RIA uygulaması, hiç doğum yapmamış kadınlar için uygun değildir" idi. Çalışmada kadınlardan %65.1'nin acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Kadınların Sağlık Okur Yazarlık Ölçeği puan ortalamasının 35.73 ± 6.48 olduğu belirlenmiştir. Yapılan ileri analiz sonucunda "40 ve altı yaş grubunda olmak" ile "lise ve altı öğrenim düzeyine sahip olmak" yetersiz acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi için iki risk faktörü olarak saptanmıştır. Acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularından alınan puanlar ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinden alınan puanlar arasında bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.029$; $p=0.531$).

Sonuç ve öneriler: Çalışmamızda kadınların yaklaşık olarak üçte ikisinin acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. İstenmeyen gebelik ve isteyerek düşüklerin önlenmesinde acil kontraseptif yöntemlerinin bilinirliğinin artması oldukça önemlidir. Kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin artırılabilmesi için konu hakkında sağlık otoriteleri tarafından eğitim etkinliklerinin yapılması ve bu yöntemlere ulaşımın kolaylaştırılması yararlı olabilir.

Anahtar kelimeler: Acil kontrasepsiyon, sağlık okuryazarlığı, kadın

Geliş tarihi / Received: 27.02.2023 Kabul tarihi / Accepted: 20.10.2023

¹ Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ankara

² Sakarya Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya

³ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Eskişehir

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayten ARIÖZ DÜZGÜN. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

E-posta: aytenarioz@hotmail.com

Arıöz Düzgün A, Şahin S, Sevimli Güler D, Ünsal A. *Women's Emergency Contraception Knowledge Level, Some Related Factors And Relationship With Health Literacy*. TJFMPC, 2023; 17 (4) :529-539

DOI: 10.21763/tjfm.1256893

Giriş

İstenmeyen gebelikler, aile planlaması yöntemlerinin hatalı veya eksik kullanılması ya da kullanılmaması sonucu ortaya çıkan, plansız gebeliklerdir. İstenmeyen gebelikler ve buna bağlı isteyerek yapılan düşükler dünyada ve ülkemizde kadın sağlığı üzerinde önemli bir sorun olup doğurganlık dönemindeki kadınların ölüm nedenleri arasında ilk sıradadır.¹⁻⁴

Ülkemizde aile planlamasına yönelik birçok hizmet olmasına rağmen istenmeyen gebelikler hala önlenememektedir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) 2018 yılı verilerine göre 15-49 yaş grubu tüm kadınların %46.9'unun, 15-49 yaş grubu evli kadınların ise %69.8'inin halen herhangi bir kontraseptif yöntem kullandığı bildirilmektedir. 15-49 yaş grubu tüm kadınların yalnızca %6,8'inin ve evli kadınların ise %8,6'sının daha önce AKY kullandığını ortaya koymuştur. ⁽⁵⁾ Aynı zamanda çalışma verilerine göre son beş yıllık dönemde gerçekleşen doğumların %15'i istenmeyen gebeliklerin bir sonucudur. Son beş yıl içinde her 100 gebelikten 6'sı istemli düşükle sonlanmıştır. ^(1,5) Acil kontraseptif yöntem kullanımı Amerika Birleşik Devletlerin (ABD)'de %20⁶, İngiltere'de ise bu oran %3.6 olarak bilinmektedir.⁷

İstenmeyen gebeliklerin nedenleri arasında dini veya bireysel inançlar, gebeliğe dair yetersiz bilgi, aile planlaması yöntemlerine ulaşmada yetersizlik, yöntemlerin yanlış kullanımı ve hiç kullanılmaması yer almaktadır.³⁻⁴ Bu sebeplerden dolayı kadın istemediği gebeliği yaşamak durumunda kalabilir. Böyle durumda aile planlaması hizmeti kapsamında kadınlara acil kontrasepsiyon yöntemleri konusunda bilgi verilmelidir.¹⁻⁴

Acil kontrasepsiyon yöntemleri (AKY), halk arasında ertesi gün hapı olarak bilinen, istenmeyen gebelikleri önlemek amacıyla korumasız veya plansız cinsel ilişkiden, tecavüzdən, gebelik önleyici yöntemlerin yanlış kullanılmasından sonra kullanılacak yöntemlerin tümünü ifade etmektedir. ⁸⁻⁹ AKY olarak ülkemizde hormonal preparatlar ve rahim içi araç (RIA) kullanılmaktadır. ²Hormonal AKY preparatlarının etkinliği %80-%95'tir.⁸ Hormonal AKY'ler baş ağrısı, baş dönmesi, bulantı-kusma, düzensiz vajinal kanama, karın ağrısı ve yorgunluk gibi hafif yan etkiler yapabilir ancak yaş fark etmeksizin her kadın tarafından tercih edilebilecek kontrendikasyonu olmayan yöntemlerdir.^{4,10,11}

AKY'ler %75-%99 oranında istenmeyen gebeliklerin oluşma riskini azaltması ile bireylere sunulmuş "ikinci bir şans" niteliğindedir.⁸⁻⁹ AKY'leri ve kullanımını bilmek bireylerin bu ikinci şanstı faydalanma ihtimallerini artırabilir. AKY'leri duyma oranları gençler arasında yüksek olmakla birlikte AKY'lerden hangi yöntemin nasıl ve ne zaman kullanılacağını ve AKY'lerin etkinlik düzeyini bilme oranları düşüktür. ¹²⁻¹⁴ Kadınların tüm aile planlaması yöntemlerini bilme ve yöneme ulaşabilmeleri son derece önemlidir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin kadınların aile planlaması yöntemlerini bilme ve kullanımı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. ^{5,15}

Dünyada ve Türkiye'de bir halk sağlığı sorunu olarak sağlık okuryazarlığının yetersiz olması, sağlığı düşüren veya hastalığın şiddetini etkileyen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁶. Türkiye'deki nüfusun %49,9'unu kadınlar oluşturmaktadır. ¹⁷TÜİK 2018 eğitim sonuçlarına göre 15 yaş üstü kişilerin yaklaşık %8'inin genel okuryazarlık düzeyinin yetersiz olduğu ve bu grubun %80'inin kadınlardan oluştuğu bildirilmektedir. Literatürde kadınların sağlık okuryazarlığı açısından en çok etkilenen grupların içerisinde yer aldığı bilinmektedir ^{16,18}. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 sonuçlarına göre de kadın sağlığının, kadının okuryazarlık ve eğitim düzeyinden etkilendiğini bildirilmektedir. Kadınların eğitim seviyesine göre evlilik yaşı, doğurganlık özellikleri, aile planlaması yöntem kullanım durumları farklılık göstermektedir ^{3,5,19}.

Konuyla ilgili literatür değerlendirildiğinde kadınların acil kontrasepsiyon bilgi durumlarını değerlendiren çalışmalar bulunmaktadır.^{1,2,20-22} Ancak acil kontrasepsiyon bilgi durumu ile sağlık okuryazarlığı düzeyini değerlendiren çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada, kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması, ilişkili olduğu düşünülen bazı değişkenlerin incelenmesi ve sağlık okuryazarlık ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu çalışmada aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır;

- Kadınların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyleri nasıldır?
- Kadınların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyini etkileyen bazı özellikler nelerdir?
- Kadınların sağlık okuryazarlık düzeyi nasıldır?
- Kadınların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlık arasında bir ilişki var mıdır?

Yöntem

Bu çalışma, Haziran 2021-Ekim 2021 tarihlerinde arasında Sakarya'da bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran evli kadınlar üzerinde gerçekleştirilen kesitsel tipte bir araştırmadır. Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulunun 27.04.2021 tarih ve E-71522473-0500104-26360-263 sayılı onayı ile ilgili hastane idaresinden gerekli olan izinler alınmıştır.

Araştırmanın Evren Örnekleme

Bu çalışma için ulaşılmaması hedeflenen minimum kadın sayısı Minitab 16 istatistik paket programı kullanılarak 450 olarak hesaplanmıştır (power of test: 0.85, Comparison p: 0.50, Testing p: 0.43, Alpha: 0.05).

Çalışma, veri toplama süresince hastanenin Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 15-49 yaş arası doğurganlık çağı kadınlar, en az ilkokul mezunu eğitim düzeyine sahip veya okuma yazma bilen, infertil olmayan 472 evli kadın ile yapılmıştır. Veri toplama formunu eksik dolduran 16 kadın dışlanmış olup, 456 kadın çalışma grubunu oluşturmuştur. Polikliniğin bekleme odasında kadınlarla görüşülerek çalışmanın konusu ve amacı hakkında bilgi verildikten sonra çalışmaya katılmayı kabul edenlerin sözlü onamları alınmıştır. Daha sonra önceden hazırlanmış anket formları kadınlara verilmiş ve kadınlar tarafından doldurulması sağlanmıştır. Bu işlem yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür.

Veri Toplama Araçları

Veri toplamak amacıyla Kişisel Bilgi Formu, Acil Kontrasepsiyon Bilgi Formu ve Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır

Kişisel Bilgi Formu

Çalışmada veri toplamak amacıyla literatürden faydalanılarak bir anket form hazırlanmıştır.¹⁻¹² Hazırlanan anket form, kadınların bazı sosyo-demografik özelliklerini, gebelik, doğum, evlenme yaşı gibi bazı özelliklerini değerlendiren soruları içermektedir.

Acil Kontrasepsiyon Bilgi Formu

Çalışmamızda kadınların acil kontrasepsiyon bilgi düzeyleri literatürden faydalanılarak hazırlanan 20 bilgi sorusu ile değerlendirilmiştir.⁶⁻¹⁵

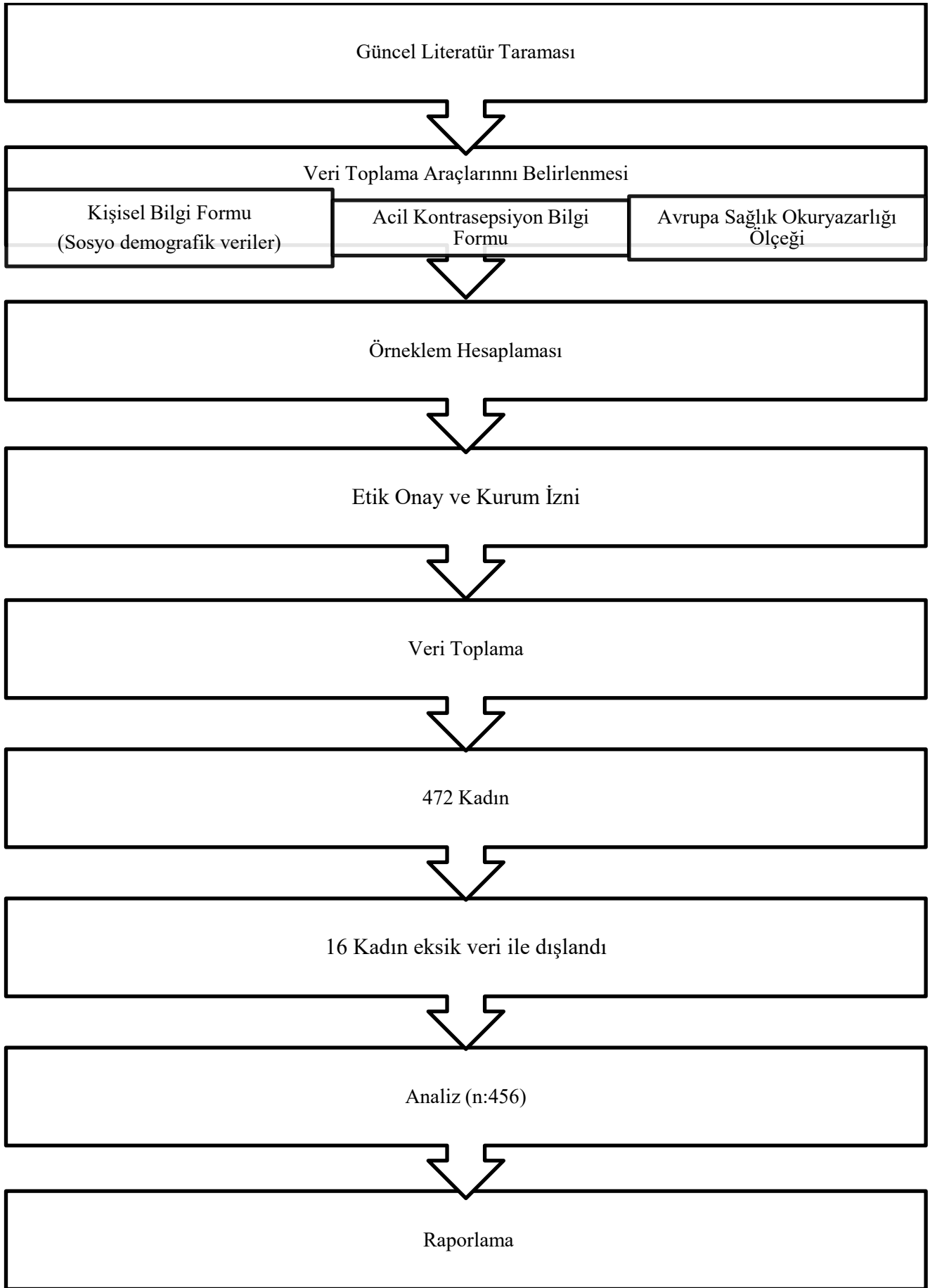
Bilgi sorularından 7 tanesi yanlış önerme olarak hazırlanmıştır. Bu sorular hakkında, 4 Halk Sağlığı Uzmanı ve 2 Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ve 4 Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği öğretim üyesi tarafından uzman görüşü alınmış olup, soruların uygun olduğu bildirilmiştir. Bilgi sorularına verilen her doğru cevap "1 puan" olarak değerlendirilmiştir. Bilgi sorularından alınabilecek puanlar 0-20 arasında değişmekte olup, puan arttıkça acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi de artar. Verilere uygun özellikte normal dağılım gösteren ortalaması 0.0001, standart sapması 0.00001 olan DUMMY değişkeni türetilerek puanlar ve bu değişken kullanılarak K-Means kümeleme analizi ile kadınlar 2 kümeye ayrıldı. Daha sonra bu küme özellikleri referans alınarak elde edilen puanlar Roc analizi ile değerlendirildi. Roc analizi sonucunda sensitivite ve spesifitesi en yüksek olan değer, cut-off (kesim puanı) olarak kabul edildi. Bilgi sorularından 6.9 ve üzeri puan alanlar acil kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeyi yeterli olarak kabul edilmiştir.²³

Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Kısa Formu

Ölçek, 2012 yılında Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Konsorsiyumu²² tarafından geliştirilmiş olup, Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Emir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır.²⁴ Ölçek 5'li likert tipinde 16 sorudan oluşmakta olup, her bir soru 0-4 arasında puanlanmaktadır. Ölçekten elde edilen toplam puanın hesaplanmasında ise "standardize edilmiş indeks puan" kullanılır {İndeks puan=(ortalama^a-1)*(50/3)}. İndeks puan 0-50 arasında değişmekte olup, alınan puan arttıkça SOY düzeyi de artar.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler, bilgisayar ortamında SPSS İstatistik Paket Programında (versiyon. 15.0) değerlendirilmiştir. Güç analizi için Minitab 16 İstatistik Paket Programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk testi ile yapılmıştır. Analizler için Ki-kare testi, Lojistik Regresyon analizi, K-Means Kümeleme Analizi ve Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri olarak $p \leq 0.05$ kabul edilmiştir.



Şekil 1: Çalışmanın Akış Şeması

Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların yaşları 18-49 arasında değişmekte olup, ortalama 34.50 ± 8.61 yıl idi. Kadınların yaklaşık yarısı (%45.1) üniversite mezunudur. Gelir getirici herhangi bir işte çalışanların sayısı 222 (%48.7) idi. Çalışma grubundakilerden 330'u (%72.4) aile gelir durumlarının orta düzeyde olduğunu bildirmiştir. Kadınlardan 385'i (%84.4) çekirdek tipi aile yapısına sahiptir. Kadınların %41.8 'inin ilk doğum yaşının 20-24 yaş aralığında olduğu, %36'sının doğum sayısının ise bir olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunu oluşturanların bazı sosyo-demografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Çalışma grubunu oluşturanların bazı sosyodemografik özellikleri

Bazı sosyo-dmografik, gebelik ve doğum ile ilgili özellikler	n	%
Yaş grubu		
29 ve altı	150	32.9
30-39	163	35.7
40 ve üzeri	143	31.4
Öğrenim durumu		
İlkokul ve altı	62	13.6
Ortaokul-Lise	176	38.6
Üniversite	218	47.8
Gelir getirici bir işte çalışma durumu		
Çalışmıyor	234	51.3
Çalışıyor	222	48.7
Aile gelir durumu		
Kötü	7	1.5
Orta	330	72.4
İyi	119	26.1
Aile tipi		
Çekirdek aile	385	84.4
Geniş aile	53	11.6
Parçalanmış aile	18	3.9
İlk evlenme yaşı		
18 ve altı	57	12.5
19-24	216	47.4
25-29	141	30.9
30 ve üzeri	42	9.2
İlk doğum yaşı*		
19 ve altı	35	8.8
20-24	167	41.8
25-29	144	36.0
30 ve üzeri	54	13.5
Gebelik sayısı		
0	36	7.9
1	147	32.2
2	153	33.6
3 ve üzeri	120	26.3
Doğum sayısı		
0	75	16.4
1	164	36.0
2	156	34.2
3 ve üzeri	61	13.4
Yaşayan çocuk sayısı		
0	77	16.9
1	166	36.4
2	154	33.8
3 ve üzeri	59	12.9
Toplam	456	100.0

*: 400 kadın üzerinde değerlendirilmiştir.

Bu çalışmada acil kontrasepsiyon ile ilgili olarak en çok doğru bilinen bilgi sorusu %38.4 ile “Ertesi gün hapı döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesini önler” iken en çok yanlış bilinen ise %12.5 ile “acil kontrasepsiyon için ilişki sonrası RİA uygulaması, hiç doğum yapmamış kadınlar için uygun değildir” bilgi sorusu idi. En çok bilinmeyen bilgi sorusu ise %78.7 ile “hormonal acil kontrasepsiyon diğer kontraseptif yöntemlerin yerine kullanılabilir” çeldirici soru idi. Çalışma grubundakilerin acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2. Çalışma grubundakilerin acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularına verdikleri cevapların dağılımı

Acil Kontrasepsiyon ile ilgili bilgi soruları	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Bilmiyorum n (%)
Acil kontrasepsiyon korunmasız cinsel ilişkiden sonra kullanılan bir yöntemdir.	172 (37.7)	10 (2.2)	274 (60.1)
*Acil kontrasepsiyon gebeliği önleyici yöntemlerden biridir.	158 (34.6)	27 (5.9)	271 (59.4)
Acil kontrasepsiyon gebeliği önleyici yöntem kullanımında başarısız olduğunda kullanılabilir.	97 (21.3)	52 (11.4)	307 (67.3)
Acil kontrasepsiyon tecavüz olaylarından sonra kullanılabilir	137 (30.0)	10 (2.2)	309 (67.8)
Acil kontrasepsiyon cinsel ilişki sırasında kondom yırtılması olduğunda kullanılabilir.	153 (33.6)	7 (1.5)	296 (64.9)
*Acil kontrasepsiyon doğumdan hemen sonra kullanılacak bir yöntemdir.	17 (3.7)	93 (20.4)	346 (75.9)
* Acil kontrasepsiyon gebelerin kullanımı için uygun bir yöntemdir.	7 (1.5)	132 (28.9)	317 (69.5)
Acil kontrasepsiyon her yaştaki kadınlarda kullanılabilir.	48 (10.5)	56 (12.3)	352 (77.2)
*Acil kontrasepsiyon ile kadının düşük yapması sağlanır.	16 (3.5)	106 (23.2)	334 (73.2)
Acil kontrasepsiyon için bir sağlık kuruluşundan danışmanlık alınması gerekir.	144 (31.6)	16 (3.5)	296 (64.9)
*Acil kontrasepsiyon yöntemleri cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı koruyucudur.	3 (0.7)	123 (27.0)	330 (72.4)
*Küretaj acil kontrasepsiyon için başvurulacak yöntemlerden biridir.	18 (3.9)	108 (23.7)	330 (72.4)
Acil kontrasepsiyon yöntemlerinden biri de Ertesi gün hapıdır.	151 (33.1)	4 (0.9)	301 (66.0)
Acil kontrasepsiyon için RİA uygulaması korunmasız ilişkiden sonraki ilk 5 gün içerisinde gerçekleştirilmelidir.	72 (15.8)	40 (8.8)	344 (75.4)
Ertesi gün hapı döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesini önler.	175 (38.4)	21 (4.6)	260 (57.0)
İlişki sonrası RİA uygulaması, döllenmeyi ve döllenmiş yumurtanın rahime yerleşmesini önler	115 (25.2)	36 (7.9)	305 (66.9)
*Hormonal acil kontrasepsiyon diğer kontraseptif yöntemlerin yerine kullanılabilir.	45 (9.9)	52 (11.4)	359 (78.7)
Acil kontrasepsiyon için ilişki sonrası RİA uygulaması, hiç doğum yapmamış kadınlar için uygun değildir.	42 (9.2)	57 (12.5)	357 (78.3)
Acil kontrasepsiyon için spiral kullanıldıktan sonraki günlerde korunmasız cinsel ilişkiye girilmemelidir.	55 (12.1)	51 (11.2)	350 (76.8)
Acil kontrasepsiyon kullanımından sonraki 4 hafta içinde adet kanaması olmazsa sağlık kuruluşuna gidilmelidir.	140 (30.7)	2 (0.4)	314 (68.9)

*Çeldirici önermeler

Kadınlardan 325’i (%71.3) acil kontrasepsiyondan haberdar olmadıklarını, 51’i (%11.2) daha önce acil kontraseptif bir yöntem kullandıklarını, 107’si (%23.5) daha önce acil kontrasepsiyon hakkında bilgi aldıklarını bildirmiştir. Çalışma grubunda acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların acil kontrasepsiyon ile ilişkili olduğu düşünülen bazı özelliklere göre dağılımı Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Çalışma grubunda acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi düzeyi yeterli olan ve olmayanların acil kontrasepsiyon ile ilişkili olduğu düşünülen bazı özelliklere göre dağılımı

Acil kontrasepsiyon ile ilişkili bazı özellikler	Acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi			Test değeri χ^2 ; p
	Yetersiz n (%)*	Yeterli n (%)*	Toplam n (%)**	
Acil kontrasepsiyondan haberdar olma durumu				
Duymuş	17 (13.0)	114 (87.0)	131 (28.7)	220.147; 0.000
Duymamış	280 (86.2)	45 (13.8)	325 (71.3)	
Daha önce acil kontraseptif bir yöntem kullanma öyküsü				
Var	7 (13.7)	44 (86.3)	51 (11.2)	64.292; 0.000
Yok	290 (71.6)	115 (28.4)	405 (88.8)	
Daha önce acil kontraseptif bir yöntem kullanma sıklığı				
0	290 (71.6)	115 (28.4)	405 (88.8)	67.185; 0.000
1	6 (16.2)	31 (83.8)	37 (8.1)	
2 ve daha fazla	1 (7.1)	13 (92.9)	14 (3.1)	
Daha önce acil kontrasepsiyon hakkında bilgi alma durumu				
Almamış	279 (79.9)	70 (20.1)	349 (76.5)	143.667; 0.000
Almış	18 (16.8)	89 (83.2)	107 (23.5)	
Acil kontraseptif yöntemlere nereden ulaşacağını bilme durumu				
Biliyor	47 (29.4)	113 (70.6)	160 (35.1)	138.765; 0.000
Bilmiyor	250 (84.5)	46 (15.5)	296 (64.9)	
Toplam	297 (65.1)	159 (34.9)	456 (100.0)	

*:Sadır toplamına, **:Sütun toplamına göre yüzde

χ^2 : Ki-Kare testi

Çalışmaya katılan kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularından aldıkları puanlar 0-18 arasında değişmekte olup, ortalama 4.67 ± 5.94 puan idi. Kadınlardan 297'sinin (%65.1) acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu saptanan (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, ilk evlenme yaşı, ilk doğum yaşı, gebelik sayısı, acil kontrasepsiyondan haberdar olma durumu, önceden acil kontraseptif yöntem kullanma durumu, önceden acil kontrasepsiyon hakkında bilgi alma durumu ve acil kontraseptif yöntemle nereden ulaşacağını bilme durumu) değişkenlerden Lojistik Regresyon Analizi sonuçları Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. Çalışma grubunda acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu saptanan değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Modeli sonuçları

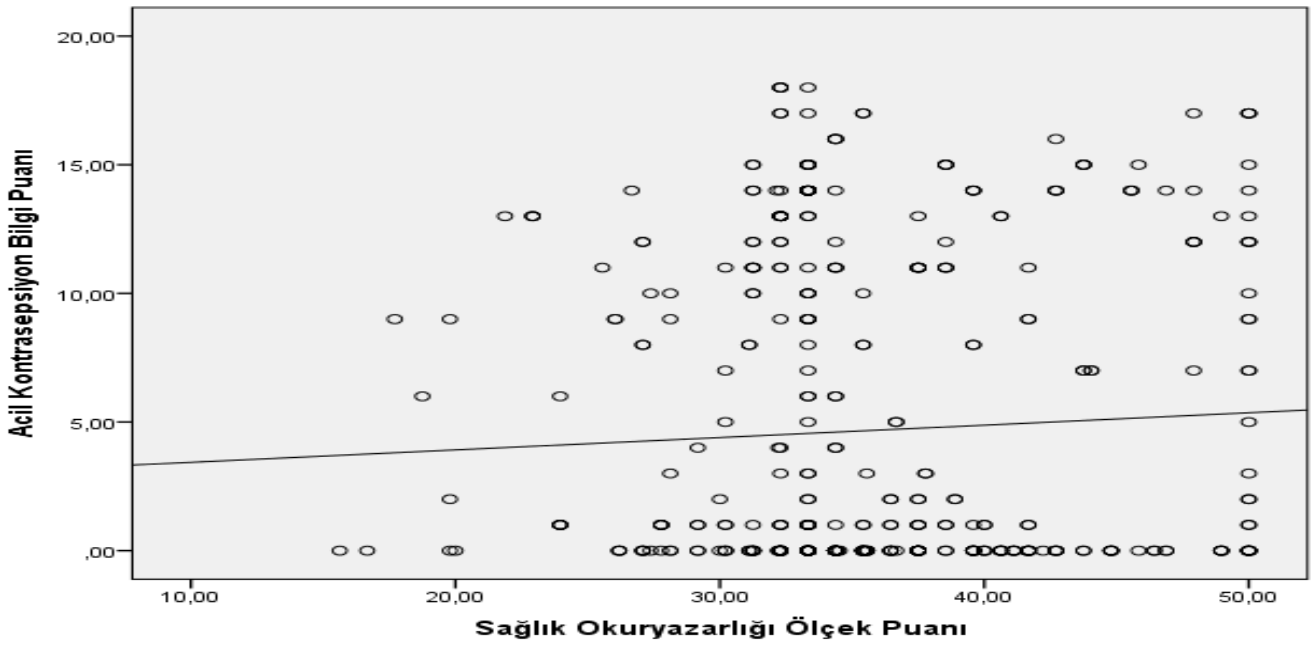
Değişkenler	β	SE ^a	p	OR ^b	%95 CI ^c
Yaş grubu (referans: 40 ve üzeri)					
30-39	2.646	0.619	0.000	14.102	4.189-47.477
29 ve altı	2.027	0.573	0.000	7.591	2.472-23.317
Öğrenim durumu (referans: üniversite)					
Ortaokul-Lise	3.940	1.173	0.001	51.395	5.158-512.1525
İlkokul ve altı	2.735	1.171	0.019	15.411	1.553-152.910

Lojistik Regresyon Analizi

SE^a: Standard hata, OR^b: Odd'sratio, CI^c: Güven aralığı

Kadınların acil kontrasepsiyon hakkında bilgiye ulaşmak için en çok kullandıkları kaynakların sırasıyla; %33.1 ile hemşire-ebeler, %6.0 (%23.7) ile hekimler, %17.0 ile yakın çevre-arkadaşlar olduğu saptanmıştır.

Çalışma grubunu oluşturanların sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlar 15.63-50 arasında değişmekte olup, ortalama 35.73 ± 6.48 puan idi. Kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularından aldıkları puanlar ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanlar arasında bir ilişki saptanmamıştır ($r=0.029$; $p=0.531$). Çalışma grubundakilerin acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularından aldıkları puanlar ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı Grafik 1'de verilmiştir.



Grafik 1. Kadınların acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi sorularından aldıkları puanlar ile sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puanların dağılımı

Tartışma

Bu çalışmada acil kontrasepsiyon ile ilgili olarak en çok doğru bilinen bilgi sorusu %38.4 ile “Ertesi gün hapı döllenmiş yumurtanın rahim içine yerleşmesini önler” iken en çok yanlış bilinen ise %12.5 ile “acil kontrasepsiyon için ilişki sonrası RIA uygulaması, hiç doğum yapmamış kadınlar için uygun değildir” bilgi sorusu idi. Öner ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında da kadınların sadece %27.9’unun ertesi gün hapını bildiği saptanmıştır¹. Bayoğlu ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında da benzer şekilde ertesi gün hapını bilenlerin oranının düşük olduğu bildirilmektedir.²⁶ Arslan ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da %46.7 AKY terimini duymuş, duyanların ise en çok ertesi gün hapını duydukları bildirilmiştir.²⁷ TNSA 2018’ e göre ertesi gün hapını bilenlerin oranı %45.8, kullananların oranı ise %8.6 olarak bildirilmiştir.⁵ AKY bilinirliğinin artması istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve buna bağlı isteyerek düşüklerin önlenmesinde önemlidir. Bu sonuçlar literatürle benzer olup acil kontraseptif yöntemlerin bilinirliğinin çok düşük olduğunu, kadınların konunun önemine ilişkin eğitim ihtiyacı olduğunu göstermektedir.

Kadınların %65.1’inin acil kontrasepsiyon ile ilgili bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda kadınların korunmasız cinsel ilişki sonrası istenmeyen gebelikleri önleyebilecek yöntemleri yeterince bilmediği görülmekte ancak yıllar içerisinde de kadınların AKY duyma ve kullanma oranları da artma göstermektedir.²⁰⁻²² İdeal olan AKY bilinirliğinin artması, kullanımının düşmesidir. AKY’ne ulaşımındaki engeller, bireysel, kültürel, dini sebepler ve kadınların kendi kararlarını verememesi olarak sayılabilir. AKY bilinirliğinin artması istenmeyen gebelik yaşanmasını önleyecektir.

Çalışmada, çalışmayan, aile gelir durumu kötü olanların, geniş aile yapısına sahip olanların ve gebelik sayısı 3 ve üzeri olan kadınların yetersiz acil kontrasepsiyon bilgi düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (her biri için; $p < 0.05$). Alharbi ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında da AKY bilgisi ve farkındalığının, genç, eğitilmiş ve çalışan kadınlar arasında yüksek olduğu bildirilmektedir.²⁹ Benzer şekilde Baser ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında da çalışma durumu, gelir durumu, eğitim seviyesi, gebelik ve kürtaj sayısının AKY bilme durumu üzerinde etkili olan önemli faktörler olduğu bildirilmektedir.³⁰ Bu faktörlerin aynı zamanda sağlık okuryazarlık seviyesinin de belirleyicisi olduğu bilinmektedir. Eğitim seviyesi ve buna paralel olarak artan gelir durumunun AKY bilme durumları üzerine etkisi beklenen bir durumdur. TNSA (2018) sonuçlarında da kadınların doğurganlık özellikleri ve aile planlaması yöntemi kullanma durumlarının eğitim seviyesine göre değişim gösterdiği bildirilmektedir.⁵

Çalışma grubunda acil kontrasepsiyondan önceden haberdar olmayanların, daha önce acil kontraseptif bir yöntem kullanma öyküsü olmayanların, daha önce acil kontrasepsiyon hakkında bilgi almayanların ve acil kontraseptif yöntemlere nereden ulaşacağını bilmeyenlerin acil kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır (her biri için; $p < 0.05$). Bu sonuç, AKY erişimindeki kolaylığa rağmen bilinme ve kullanım oranının düşük olması, kullanımdaki temel engeli göstermektedir.

Çalışmamızda daha önce acil kontraseptif bir yöntem kullanma sıklığı arttıkça acil kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeyi yeterli olanların da arttığı saptanmıştır. Benzer şekilde Arslan ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında da

AKY'nin ne olduğunu bilenlerde bu yöntemi kullanma oranının yükseldiği bildirilmektedir.²⁹ Bu sonuç üzerinde çift yönlü etkilenmenin olduğu düşünülmüştür. Yöntem hakkında bilgi sahibi olmanın da yöntem kullanımını artırabildiği veya yöntemi daha çok kullananların daha çok biliyor olduğu düşünülmüştür.

Doğaner ve arkadaşlarının çalışmasında da (2011) acil kontraseptif yöntemleri bilen kadınların gebelik sayılarının daha az olduğu bildirilmiştir.²¹ Arslan ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ise gebelik sayısı arttıkça AKY bilme duyma oranlarının arttığı rapor edilmiştir.²⁹ Bu sonuç, yöntem kullanımı arttıkça doğru orantılı olarak yöntem hakkında bilgiye ulaşma ve bilgiyi anlamanın da arttığını göstermektedir.

Acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi ile ilişkili olduğu saptanan (yaş, öğrenim durumu, çalışma durumu, aile gelir durumu, ilk evlenme yaşı, ilk doğum yaşı, gebelik sayısı, acil kontrasepsiyondan haberdar olma durumu, önceden acil kontraseptif yöntem kullanma durumu, önceden acil kontrasepsiyon hakkında bilgi alma durumu ve acil kontraseptif yöntem nereden ulaşacağını bilme durumu) değişkenlerle oluşturulan Lojistik Regresyon Analizi sonuçlarına göre 40 ve altı yaş grubunda olmak ile lise ve altı öğrenim düzeyine sahip olmak acil kontrasepsiyon bilgi düzeyini olumsuz yönde etkileyen 2 önemli risk faktörüdür (Tablo 4). Yapılan bazı çalışmalarda da genç kadınlarda AKY bilme oranının daha yüksek olduğu ve lise ve üzeri eğitim almış olanların AKY'ni bilme durumlarının daha iyi olduğu bildirilmiştir.^{20,28, 31,32} Bu sonuçlardan yola çıkarak eğitim seviyesi arttıkça bilgiye ulaşmanın daha kolay olduğu ve aile planlaması hizmetlerinden daha fazla yararlanılabildiği ifade edilebilir. Kadın sağlığını etkileyen bu sonuçları iyileştirmede, eğitim seviyesinin yükseltilmesi istenmeyen gebelikleri ve küretaj oranlarını da düşürmekte etkili olacaktır.

Bu çalışmada kadınların acil kontrasepsiyon hakkında bilgiye ulaşmak için en çok kullandıkları kaynakların sırasıyla; %33.1 ile hemşire-ebeler, %6.0 (%23.7) ile hekimler, %17.0 ile yakın çevre-arkadaşlar olduğu saptanmıştır. Doğaner ve ark. (2011) çalışmasında da kadınların acil kontrasepsiyon yöntemlerini aile sağlığı merkezlerinden (%34.3) , komşu ve çevreden (%60.3) öğrendikleri bildirilmektedir.²¹ AKY ile ilgili hizmet sunucularında farkındalığın artırılması için eğitim çalışmaları yapılmalıdır. Çalışma sonucu da hizmet sunumunda ebe ve hemşirelerin önemini de göstermektedir. Kadımlarla birebir temasta olan ebe ve hemşireler AKY yöntem kullanımında engellerin kaldırılmasına katkı sağlayarak yöntem hakkında bilgilendirmenin ve kullanımının yaygınlaştırılmasını olumlu yönde geliştirebilir.

Kadınların sağlık okuryazarlık düzeylerinin ölçekten alınabilecek toplam puan dikkate alındığında ortalamanın biraz üstünde olduğu saptanmıştır. Literatürde kadınların sağlık okuryazarlık düzeyleri ile ilgili farklı sonuçlar bulunmaktadır. Tuncer ve Kakakurt'un (2023) çalışmasında kadınların sağlık okuryazarlığının iyi seviyede olduğu bildirilmektedir.³³ Dili'nin (2020) çalışmasında kadınların sağlık okuryazarlığının ortanın çok üstünde, iyi seviyede olduğu bulunmuştur.³⁴ Bu sonuçların, çalışma gruplarının farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmüş olup sonuçlar aynı zamanda kadınların okuryazarlık oranlarının artırılması gerektiğini de göstermektedir.

Çalışmamızda kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır Sağlık okuryazarlığı seviyesinin üreme sağlığı üzerinde etkisi bilinmektedir.^{12-18,19} Ülkemizde aile planlaması eğitimleri içinde acil kontrasepsiyonun yerinin henüz tam olarak bilinmemesi ve AK yöntemlerinin rutin danışmanlıklarda anlatılmamasının da bu sonucun temel nedenini oluşturduğu düşünülmektedir. AKY nin ihtiyaç hali dışında aile planlaması yöntemi olarak kullanımını artırması yönündeki kaygılar da bu nedenlerden biridir. AKY'lerin tekrarlı kullanımının getireceği riskler nedeni ile de yöntem hakkında bilginin rutin olarak verilmesinde çekimser kalındığı düşünülmektedir. İstenmeyen gebeliklerin ve karşılanmamış aile planlaması oranının yüksek,^{12,30,35,36} AK yöntemleri hakkında bilgi ve kullanımının düşük olması da bu durumu göstermektedir. İstenmeyen gebeliklerin önlenmesinde ikinci bir fırsat olan acil kontrasepsiyonun kullanımı hakkında etkin tanıtma, bilgilendirme ve kullanımına teşvik, abortus ve küretaj oranlarını da azaltarak riskli gebelikler oranını da düşürüp morbidite ve mortalite oranını da azaltacaktır.

Sınırlılıklar

Bu çalışmanın kesitsel tipte bir araştırma olması, tek bir hastanede yapılmış olması ve acil kontrasepsiyon hakkında bilgi düzeyinin saptanmasında geliştirilmiş geçerli bir ölçek olmaması sınırlılıklar arasında sayılabilir.

Sonuç ve öneriler

Çalışmamızda kadınların yaklaşık üçte ikisinin acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Kırk ve altı yaş grubunda olmak ile lise ve altı öğrenim düzeyine sahip olmak yetersiz acil kontrasepsiyon bilgi düzeyi için önemli iki risk faktörüdür. Kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyleri ile sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasında bir ilişki saptanmamıştır. Acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeylerinin artırılabilmesi için konu hakkında yetkin sağlık otoriteleri tarafından eğitim etkinliklerinin planlanması ve uygulanması yararlı olabilir. Acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkiyi değerlendiren daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çıkar çatışması: Yazarlar, bu çalışmada herhangi bir çıkarı dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal destek: Çalışmanın finansal desteği bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. Öner C, Güneri MC, Kars B, Çatak B, Telatar B. Acil kontraseptif yöntemlerin kadınlar tarafından bilinme durumu ve ilişkili faktörler. *Nobel Med* 2016;12(1): 20-25.
2. Şenoğlu A, Çoban A, Karaçam Z. İstenmeyen gebelikler ve isteyerek yapılan düşüklerin değerlendirilmesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi* 2019;28(4):300-305. doi:10.17827/aktd.474072
3. Çınar M, Timur H, Aksoy R, Kokanalı D, Tokmak A, Taşçı Y. İstenmeyen gebeliklerden korunmada yöntem seçimini etkileyen parametreler. *Medicine Science*. 2016;5:790-2.
4. World Health Organization. (2018). "Emergency contraception." <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/emergency-contraception>. Accessed 27 Aralık 2022.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (2019). 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, Temel Bulgular. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Erişim 30 Aralık 2022, 84-90.
6. CDC/National Center for Health Statistics July 7, 2017 https://www.cdc.gov/nchs/nsfg/key_statistics/e.htm#emergency
7. Black KI, Geary R, French R, Leefe N, Mercer CH, Glasier A, et al. Trends in the use of emergency contraception in Britain: evidence from the second and third National Surveys of Sexual Attitudes and Lifestyles. *BJOG*. 2016;123(10):1600-7.
8. Henry J Kaiser Family Foundation. (2018). "Fact Sheet: Emergency Contraception." <http://files.kff.org/attachment/emergency-contraceptionfact-sheet>. Accessed 18 Ocak 2023.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no 707: access to emergency contraception. *Obstetrics & Gynecology* 2017;130 (1) 48-52.
10. Leelakanok N, Methaneethorn JA. Systematic review and meta-analysis of the adverse effects of levonorgestrel emergency oral contraceptive. *Clin Drug Investig* 2020;40, 395-420.
11. National Health System. (2021). Emergency contraception (morning after pill, IUD). <https://www.nhs.uk/conditions/contraception/emergency-contraception/> Accessed 14.Ocak 2023.
12. Nsubuga H, Sekandi JN, Sempeera H, Makumbi FE. Contraceptive use, knowledge, attitude, perceptions and sexual behavior among female University students in Uganda: A cross-sectional survey. *BMC Women's Health* 2016;16 (1), 1-11.
13. Downing A. university students knowledge and attitudes toward emergency contraception pills. *Journal of Community Health Nursing* 2014;31 (2), 75-89.
14. Hudson J, Nguku S.M, Sleiman J, Karlen W, Dumont G.A, Petersen C.L, Warriner C.B. and Ansermino J.M. Knowledge and Attitudes of Emergency Contraceptive. 2012;957-967.
15. Shieh C, Halstead JA. Understanding the impact of health literacy on women's health. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(5): 601-12.
16. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016;15(1), 69-74.
17. Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları 2020. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2020-37210> Accessed 18 Aralık 2022
18. Aydın D. Aba YA. Annelerin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ile emzirme öz- yeterlilik algıları arasındaki ilişki. *DEUHFED*. 2019;12(1):31-39.
19. Arioş Duzgun A, Gozuyesil E. The relationship between health literacy and health practices in pregnancy and their affecting factors: A cross-sectional Study. *Journal of Midwery& Reproductive Health* 2022;10(3) 3417-3428.
20. Bilgili N, Ayaz S. Acil kontrasepsiyon: Kadınların bilgi ve deneyimleri. *TAF Prev Med Bull* 2009;8:251-258.
21. Doğaner G, Bilgiç D, Doğaner A, Umut ÜF, Kürk H, Çelik E. 15 – 49 yaş kadınların acil kontrasepsiyona ilişkin bilgi ve tutumları *DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu E-Dergi* 2011;4:159-164.
22. Ege E, Akın B, Altuntuğ K, Kal HE, Bıçakçı H. Kürtaj polikliniğine başvuran kadınların acil kontrasepsiyon bilgi ve uygulamaları. *Genel Tıp Derg* 2011;21:5-10.
23. Özdamar K. Paket programlar ile istatistiksel veri analizi-2 (Çok değişkenli analizler). Yenilenmiş 5. Baskı, ETAM A.Ş.: Matbaa Tesisleri, Kaan Kitapevi, Eskişehir, 2004; 324-54.
24. Kramer M, Bauer W, Dicker D, van Hulsteijn JH. The changing face of internal medicine: patient centre care. *European journal of internal medicine*. 2014 Feb; 25 (2): 125-127.
25. Öztürk Emiral G, Aygar H, Isiktekin B, Göktaş S, Dağtekin G, Arslantas D, Ünsal A. . "Health literacy scale-European union." *Health* 6.1 (2018): 1-7).
26. Bayoğlu Tekin Y, Mete Ural Ü, Üstüner I, Balık G, Kır Şahin F, Güvendağ Güven ES. Knowledge and Attitudes about emergency contraception among married women in the eastern black sea region of Turkey. *Gynecol obstet reprod med* 2015;21:22-26.
27. Arslançan M, Çetin H, Tuna M, Yıldızdal A, Öner C, Şimşek EE. Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 15-49 yaş kadınların acil kontraseptif yöntemleri bilme, uygulama durumları ve ilişkili faktörler. *Jaren*. 2020;6(2):352-9.

28. Uzuner A, Ünalın P, Ekşi MŞ, Erbölükbaşı R, Onaran H, Save D. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyi. *Türk Aile Hek Derg* 2005;9:105-112.
29. Alharbi MS, Almujiil AS, Alreshid FF, Kutbi EH. Knowledge and attitude about emergency contraception among Saudi women of childbearing age. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(1):44-8.
30. Baser E, Demet Aydoğan Kırmızı, Taner Kasapoglu, Serap Fırtına Tuncer, Zehra Ozturk Basarir, Funda Salgur, Melek Bilge, Sadıman Kıyakac Altınbasban, Omer Lutfi Tapisiz *The European Journal Of Contraception & Reproductive Health Care* 2021, VOL. 26, NO. 6, 507–512 <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1906411>.
31. Güngör D, Dilek K, Güngör S, Yazıcı FG. Acil Postkoital Kontrasepsiyon. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2:89-94.
32. Myer L, Mlobeli R, Cooper D, Smit J, Morroni C. Knowledge and use of emergency contraception among women in the Western Cape province of South Africa: a cross-sectional study. *BMC Women's Health* 2007;7.
33. Tuncer K. S, Karakurt P. Kadınların jinekolojik kanserler ile ilgili farkındalık düzeyinin artmasında sağlık okuryazarlığının etkisi üzerine bir araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi* 2023; 13 (1):196-206.
34. Dilli Z. Evli kadınların (18-65 yaş arası) servikal kansere ilişkin bilgi düzeyi ile öz-etkililik ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Hemşirelik Anabilim Dalı. Halk Sağlığı Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. 2016.
35. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller AB, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *Lancet Glob Health* 2020;8:1152–61.
36. Koçak D.Y, Duman Büyükkayacı N, Topuz Ş, Yılmazel G, Güngör T, Başcı A. Üreme çağındaki kadınların acil kontrasepsiyon hakkındaki bilgi düzeyi Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; 13(3):112 – 116.



Original Research / Orijinal Araştırma

Effects of Health Belief Model – Based Online Training on Health Beliefs and Fear of Breast Cancer

Sağlık İnanç Modeline Dayalı Çevrimiçi Eğitimin Sağlık İnançları ve Meme Kanseri Korkusuna Etkisi

Fatma USLU ŞAHAN¹, Aslı ER KORUCU²

Abstract

Aim: This study aims to examine the effect of breast cancer and breast self-examination online education given in line with the Health Belief Model on women's health beliefs and fear of breast cancer.

Methods: This research, conducted in a quasi-experimental type with a single group pretest-posttest evaluation, was carried out as an online study between November 2022 and January 2023. The study included 66 women in a social media group. The data of the study were collected with the descriptive characteristics data collection form, "Champion Health Belief Model Scale", and "Champion Breast Cancer Fear Scale" before and two months after the online education intervention. Data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

Results: After the online education intervention, there was a significant increase in the mean scores of women's health beliefs subscales, perceived susceptibility ($t=-6.616, p=0.001$), perceived benefits ($t=-10.576, p=0.001$), perceived confidence ($t=-16.268, p=0.001$), and health motivation ($t=-3.125, p=0.001$); there was a significant decrease in the mean score of perceived barriers ($t=6.712, p=0.001$). The online education intervention had no effect on the perceived seriousness ($t=-1.493, p=0.14$), one of the subscales of women's health beliefs. A significant decrease was found between the breast cancer fear scale pretest and posttest mean scores ($t=6.170, p=0.001$).

Conclusion: The results of this study show that breast cancer and breast self-examination online education have significant effects on women's health beliefs, especially perceived susceptibility, perceived benefits, perceived barriers, perceived trust, and health motivation, and reduce the fear of breast cancer. An online educational intervention may be an appropriate approach to encourage women to practice breast awareness and regular breast self-examination.

Key Words: Online Training, Breast Self-Exam, Breast Cancer, Fear of Breast Cancer, Health Belief Model

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi çevrimiçi eğitiminin kadınların sağlık inançlarına ve meme kanseri korkusuna etkisini incelemektir.

Yöntem: Tek grup ön test-son test değerlendirmeli yarı deneysel türde yürütülen bu araştırma Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında çevrimiçi bir çalışma olarak gerçekleştirildi. Araştırmaya bir sosyal medya grubunda yer alan 66 kadın dahil edildi. Araştırmanın verileri çevrimiçi eğitim müdahalesi öncesi ve müdahaleden iki ay sonra tanıttıcı özellikler veri toplama formu, "Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği", ve "Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği" ile toplandı. Veriler tanımlayıcı istatistikler, bağımlı gruplarda t-testi kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çevrimiçi eğitim müdahalesi sonrasında kadınların sağlık inançları alt boyutlarından duyarlılık algısı ($t=-6,616, p=0,001$), yarar algısı ($t=-10,576, p=0,001$), güven algısı ($t=-16,268, p=0,001$) ve sağlık motivasyonu ($t=-3,125, p=0,001$) puan ortalamalarında anlamlı bir artış olduğu, engel algısı ($t=6,712, p=0,001$) puan ortalamasında ise anlamlı bir azalış olduğu saptandı. Çevrimiçi eğitim müdahalesinin kadınların sağlık inançları alt boyutlarından ciddiyet algısına ($t=-1,493, p=0,14$) etkisi olmadığı belirlendi. Meme kanseri korkusu ölçeği ön test ve son test puan ortalamaları arasında ($t=6,170, p=0,001$) anlamlı bir azalış olduğu saptandı.

Sonuç: Bu araştırmanın sonuçları meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi çevrimiçi eğitiminin kadınların sağlık inançlarında, özellikle duyarlılık, yarar, engel, güven algısı ve sağlık motivasyonunda anlamlı etkileri olduğunu ve meme kanseri korkusunu azalttığını göstermektedir. Kadınları meme farkındalığı ve düzenli kendi kendine meme muayenesi uygulamaları konusunda teşvik etmek için çevrimiçi eğitim müdahalesi uygun bir yaklaşım olabilir.

Anahtar Kelimeler: Çevrimiçi Eğitim, Kendi Kendine Meme Muayenesi, Meme Kanseri, Meme Kanseri Korkusu, Sağlık İnanç Modeli

Geliş tarihi / Received: 18.03.2023 Kabul tarihi / Accepted: 21.10.2023

¹ Hacettepe Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi / Türkiye

² Ankara Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi / Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fatma USLU ŞAHAN. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Adnan Saygun Caddesi D-Blokları 1. Kat 06100-Samanpazarı / Ankara, Türkiye E-posta: fatma.uslu@hacettepe.edu.tr Tel: +9 0534 224 59 80

Uslu Şahan F, Er Korucu A. *Effects of Health Belief Model – Based Online Training on Health Beliefs and Fear of Breast Cancer*. TJFMPC, 2023; 17 (4):540-548

DOI: 10.21763/tjfm.1267442

Giriş

Meme kanseri tüm dünyada en sık görülen ikinci kanser ve kadınlarda en sık görülen kanserdir.^{1,2} Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı GLOBOCAN verilerine göre kadınlar arasında meme kanseri oranı 2018'de yeni kanser vakalarının %24'ünü oluşturuyor iken 2040 yılında bu oranın %46'ya yükseleceği tahmin edilmektedir.³ Dünya Sağlık Örgütü meme kanserinin günlük olarak artan bir trende (% 11.6) ve ölüm oranına (% 6.6) sahip olduğunu⁴ ve özellikle 50 yaş üstü kadınlarda kanserden ölüm oranı açısından ikinci sırada yer aldığını vurgulamaktadır.¹

Meme kanserinin oluşması tamamen önlenemediği için bu hastalıkla baş etmenin ve istenmeyen sonuçlarının önüne geçmenin en uygun yöntemi erken teşhis ve zamanında tedavidir.⁵⁻⁹ Meme kanserinin erken saptanmasının ve ardından uygun tedavinin hastaların uzun vadede hayatta kalma oranlarını artırabileceğine inanılmaktadır.^{2,8,10,11} Kanıtlar, meme kanseri taramasına katılımın meme kanseri ile ilişkili mortaliteyi %40 oranında azaltabileceğini göstermiştir.²

Kendi kendine meme muayenesi (KKMM), klinik meme muayenesi (KMM) ve mamografi meme kanseri tarama yöntemleri olarak kabul edilmektedir.^{6,9-11} Kendi kendine meme muayenesi, özel bir beceri ve malzeme gerektirmediği için en ucuz, herhangi bir girişim gerektirmeyen ve takip edilmesi basit prosedür olmaya devam etmektedir.^{6,12} Uygulaması sadece beş dakika süren KKMM ile 1 cm kadar küçük malign kitleler hasta tarafından saptanabilmektedir.⁶ Saei Ghare Naz ve ark.'nın (2018) sistematik derlemesinde meme kanseri vakalarının %90'ında kitlenin söz konusu kadın tarafından fark edildiği belirtilmektedir.⁸ Amerikan Kanser Derneği artık meme kanseri tarama kılavuzlarının bir parçası olarak kendi kendine meme muayenesini önermese de, kadınların değişiklikleri tespit edebilmeleri için göğüslerini normalde nasıl hissettiklerini bilmelerini tavsiye etmekte ve KKMM yapmanın meme kanserini bulmada bir rol oynayabileceğini öne sürmektedir.¹³ Türkiye'de ise ulusal meme kanseri tarama standartlarına göre; kadınların 20 yaşından sonra düzenli olarak her ay KKMM yapması, 20-40 yaş arasında 2 yılda bir, 40-69 yaş arasındaki her yıl KMM yaptırması ve iki yılda bir mamografi çekirtmesi önerilmektedir.¹⁴ Buna karşın kadınların meme kanserine karşı erken tanı davranışlarını gösterme oranlarının düşük olduğu bilinmektedir.^{1,5,7,10,15,16}

Meme kanseri erken tanı davranışları aile öyküsü, ileri yaş, vücut kitle indeksi, yaşanılan çevre gibi sosyo-demografik ve kültürel faktörlerin yanı sıra meme kanseri tanısı alma ve memeyi kaybetme korkusundan etkilenir.^{10,15-18} Literatürde meme kanseri korkusunun erken tanı davranışının önemli bir belirleyicisi olduğu vurgulanmaktadır.^{10,15,16,18} Meme kanseri korkusu kanser hastalığı ile ilgili bilgi eksikliği veya sağlık profesyonelleri ile iletişim yetersizliği nedeniyle ortaya çıkabilmektedir.^{10,16,18} Emami ve ark. (2021) çalışmasında kadınların %66,4'ünün meme kanseri korkusu yaşadığı saptanırken;¹⁵ güncel bir sistematik derlemede kadınların kanser tanısı konulma ihtimali, damgalanma, kansere bağlı ağrı, meme kanserinin radyoterapi veya kemoterapi tedavisi ve etkileri gibi nedenlerden dolayı meme kanseri korkusu yaşadıkları belirlenmiştir.¹⁸ Meme kanseri korkusunun en önemli olumsuz etkisi kadında kaçma davranışına neden olarak erken tanı davranışlarını engellemesidir.^{7,18} Taleghani (2019) kadınların %18,75'inin korku nedeniyle erken tarama davranışından kaçındığı saptanmıştır.¹⁶ Meme kanseri erken tanı yöntemlerinin öğrenilebilmesi ve uygulanabilmesi için meme kanseri ve KKMM konusunda kadınların doğru ve yeterli bilgilendirilmesini sağlayacak eğitim programlarına ihtiyaç vardır.

Eğitim programları, kadınların meme kanseri taramasına ilişkin bilgi, inanç ve uygulamalarının geliştirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır.^{1,5,9,19-21} Bilimsel modellere ve teorilere dayalı eğitimler, bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini teşvik etmekte yol gösterici olabilmektedir.^{1,5,8,12,20} Sağlık İnanç Modeli (SİM), hastalıkların önlenmesi ve tarama davranışlarını etkileyen faktörlerin belirlenmesi için kullanılan en popüler modellerden biridir.^{1,5,8,19,20} Model, önleyici davranışların bireylerin inançlarına dayandığını varsayar.^{8,22,23}

Bu model doğrultusunda geliştirilen meme kanseri ve KKMM eğitim programlarında kadınların artmış meme kanseri riskine sahip olup olmadıklarını öğrenmeleri (duyarlılık algısı) ve fiziksel, zihinsel ve sosyal yönleri dikkate alındığında riskin ne kadar ciddi olduğunu (ciddiyet algısı), erken teşhisin olumsuz sağlık sonuçlarını azaltacağını (yarar algısı), tarama davranışının maliyetli olmadığını (engel algısı) ve kişinin davranışı kendisinin gerçekleştirebileceğini (güven algısı) anlamaları amaçlanmaktadır.^{22,23} SİM'e dayalı olarak tasarlanan eğitim programları, kadınlar arasında meme kanseri önleyici davranışların teşvik edilmesinde önemli bir etki göstermiştir.^{1,5,9,11,12,19,20}

Son yıllarda, özellikle COVID 19 pandemisi ile birlikte sağlığı geliştirmeye yönelik eğitim programlarının çevrimiçi ortamlarda gerçekleştirilmesine yönelik artan bir ilgi vardır.²⁴ Çevrimiçi eğitim ortamlarının çeşitlilikleri, yüz yüze eğitime göre maliyet etkin olması, yüksek katılım düzeyleri ve farklı duyuları içermeleri nedeniyle tercih edilebilmektedir.^{1,25} Daryazadeh (2016) sağlık eğitimlerinin etkinliğini ve verimliliğini arttırabilmek için esnekliğe (belirli bir zaman ve yerle sınırlı olmamak) dikkat çekmiş ve çevrimiçi eğitim ortamlarının önemini vurgulamıştır.²⁵

Literatürde meme kanseri ve KKMM eğitim programlarının etkinliği üzerine gerçekleştirilen çalışmaların yüz yüze eğitime odaklandığı^{6,9,11,12,19,21} sınırlı sayıda çalışmanın¹ çevrimiçi eğitim ortamının etkinliğini değerlendirdiği

görülmektedir. Bildiğimiz kadarı ile SİM doğrultusunda geliştirilen meme kanseri ve KKMM çevrimiçi eğitim programının kadınların sağlık inançlarına ve meme kanseri korkusuna etkisi konusunda bir araştırma ile karşılaşmamıştır. Bu nedenle, bu araştırma SİM doğrultusunda verilen meme kanseri ve KKMM çevrimiçi eğitiminin kadınların sağlık inançlarına ve meme kanseri korkusuna etkisini değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma tek grup ön test-son test değerlendirmeli yarı deneysel bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın uygulaması Kasım 2022-Ocak 2023 tarihleri arasında gerçekleşti. Araştırmanın evrenini Facebook sosyal ağında bulunan 10.000 ve üzeri üyeye sahip, kadın sağlığı ve kozmetik kullanımı ile ilgili bilgi paylaşımı yapan bir grubun üyeleri oluşturdu. Örneklem alınacak minimum gönüllü sayısı G*Power 3.0.10 programı ile literatürde yer alan benzer bir araştırmadan yararlanılarak hesaplandı. Kayar'ın (2019) çalışmasında eğitim öncesi ve sonrası fark 0,82 ve standart sapma farkı 1.78 olarak saptanmıştır.²⁶ Bu sonuçlara göre çift yönlü hipotez için $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde, $1-\alpha=0.95$ güven aralığında, $\beta=0.05$ hata riski ile $1-\beta=0.95$ güçte ve 0.46 etki büyüklüğüne göre en az örneklem sayısı 56 olarak belirlendi. Araştırmada kayıplar olacağı düşünülerek araştırmaya 66 kadın dahil edildi.

Amaçlı örneklem yöntemiyle dayalı olarak örneklem oluşturuldu. Amaçlı örneklem yöntemi "örneklem dahil edilecek bireyleri, araştırmacı önceki bilgi, deneyim ve gözlemlerinden hareketle araştırmacının amacına uygun olarak kendi yargısıyla belirlemesi" olarak tanımlanmaktadır. Amaçlı örneklemede önceden belirlenmiş bir dizi ölçütü karşılayan bireyler örnekleme alınmaktadır.²⁷ Bu doğrultuda araştırmaya dahil edilme kriterleri; evrenin belirlendiği sosyal medya grubuna üye olma, okur-yazar olma, 18 yaş ve üzerinde olma, internete erişimi olma, bilgisayar ya da akıllı mobil telefon kullanabilme ve araştırmaya katılmayı kabul etme olarak belirlendi. Araştırmadan dışlama kriterleri; gebe ya da emzirme sürecinde olma, meme kanseri öyküsü olma, iletişim zorluğuna neden olacak bir engele sahip olma, nörolojik ya da psikiyatrik bir rahatsızlık tanısı alma ve araştırmaya katılmayı kabul etmeme olarak belirlendi.

Veri Toplama Araçları

Tanıtıcı Özellikler Veri Toplama Formu

Kadınlara uygulanacak tanıtıcı özellikler bilgi formu araştırmacılar tarafından ilgili literatür^{6,9-11,20,21,24,28} taranarak oluşturuldu. Bu form, kadınların yaşı, eğitim ve medeni durumu, ailesinde meme kanserine sahip bireyin var olma durumu vb. tanıtıcı özellikleri belirlemeye yönelik 7 sorudan oluştu.

Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, kadınların meme kanseri ve KKMM ile ilgili inanç ve tutumlarını saptamak amacıyla Victoria Champion tarafından 1984 yılında geliştirmiş ve 1993 yılında yeniden düzenlenmiştir.²² Türkçeye uyarlanması Karayurt ve Dramalı (2007) tarafından gerçekleştirilen ölçek,²⁹ beşli Likert tiptedir. Ölçek 42 maddeden ve "duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, yarar algısı, engel algısı, güven algısı ve sağlık motivasyonu" olmak üzere altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanı hesaplanmamakta, her bir alt boyutu ayrı değerlendirilmektedir. "Engel algısı" alt ölçeğinden düşük puan alınması ve diğer alt ölçeklerden yüksek puan alınması kadınların meme kanseri ve KKMM uygulamaları konusunda olumlu tutum ve inançlara sahip olduğunu göstermektedir.²⁹ Orijinal ölçeğin alt boyutların Cronbach alfa katsayısı 0.69 ile 0.90 arasında;³⁰ Türkçe ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları 0.58 ile 0.89 arasında bulunmuştur.¹⁴ Bu araştırma için ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa katsayıları 0.68 ile 0.86 arasında hesaplandı.

Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği

Ölçek, meme kanseri korkusu davranışının taranmasında kullanılmak amacıyla Champion ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirildi.³¹ Türkçeye uyarlanması Seçginli (2012) tarafından yapıldı.³² Ölçek beşli Likert tiptedir ve 8 maddeden oluşmaktadır. Ölçekten alınabilecek puan 8 ile 40 arasındadır, puanın yüksek olması meme kanseri korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.91;³¹ Türkçe ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.90 bulunmuştur.³² Bu araştırma için ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.84 hesaplandı.

Araştırmanın Uygulaması ve Veri Toplama Prosedürü

Hazırlık Aşaması

Araştırmanın örnekleminin belirlenmesi amacıyla sosyal medya grubunda araştırmanın konusu, amacı, süresi ve araştırma sürecinde yapılacakların açıklandığı ve araştırmacıların iletişim bilgilerinin yer aldığı bir post açıldı. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcılardan eğitim öncesi ön kayıt alınarak e-mail adreslerine aydınlatılmış onam formu gönderildi ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduklarını beyan eden onamları alındı.

Eğitimin içeriği ve materyalleri araştırmacılar tarafından sağlık inanç modeli doğrultusunda hazırlandı. Eğitim içeriği teorik ve uygulama olmak üzere iki temel bölümden oluştu. Eğitimin teorik içeriği meme anatomisi hakkında temel bilgileri ve meme kanserinin tanımını, epidemiyolojisini, risk faktörlerini, belirti ve bulgularını, tarama, tanı ve tedavisi ile KKMM kavramlarını ve yöntemlerini içermekteydi. Eğitimin uygulama içeriği ise interaktif olarak sorumlu araştırmacının KKMM yöntemini meme maketi üzerinde uygulaması ve göstermesini içermekteydi. Eğitimin teorik içeriğinin kapsam geçerliliği için kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği alanında üç öğretim üyesinden uzman görüşü alındı. Uzman görüşleri doğrultusunda gerekli düzeltmeler yapıldı. Eğitimin uygulama içeriğinde ise KKMM işlem basamakları için Kendi Kendine Meme Muayenesi Öğretilme Becerisi Değerlendirme Formu³³ referans olarak kabul edildi.

Eğitimin içeriği 30 dk. + 30 dk. +30 dk. (toplam 90 dakika) üç oturum olacak şekilde verildi. İlk iki oturum teorik eğitimi ve son oturum uygulamalı eğitimi içerdi. Eğitimde power-point sunumu, video (KKMM uygulama basamakları), grup tartışması ve etkileşimi, broşür gibi çeşitli öğretim yöntemlerinden yararlandı.

Uygulama Aşaması

Araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlar 22'şer kişiden oluşan üç gruba ayrıldı. Her grubun eğitimi ardışık günlerde (8-9-10 Aralık 2023) aynı saatlerde (saat 19.00-21.00 arasında) gerçekleştirildi. Katılımcılar gruplara ayrıldıktan sonra "Zoom Sanal Toplantı" ortamında gerçekleştirilmesi planlan eğitimlerin bilgileri (tarih, zaman, toplantıya katılım bilgileri vb.) katılımcıların e-posta adreslerine gönderildi. Çevrimiçi eğitime başlamadan 30 dk. önce katılımcılara Google Anket uygulaması ile çevrimiçi hale dönüştürülen "Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Veri Toplama Formu"nun ve ön test formunun "Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ve Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği" yer aldığı bağlantı adresi katılımcıların e-posta adresine gönderildi ve doldurmaları istendi. Tüm katılımcılar araştırmacının tanıtıcı özellikleri veri toplama formunu ve ön-testini doldurdu. Veri toplama araçlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dk. sürdü.

Eğitim 90 dk., üç oturum (30 dk. + 30 dk. +30 dk.) ve her oturum arasında 10 dk. ara olacak şekilde gerçekleştirildi. Eğitimin ilk iki oturumu teorik bilgileri içerdi. Son oturumda sorumlu araştırmacı meme maketi üzerinde meme muayenesi uygulamasını gerçekleştirdi. Oturumunun sonunda sorumlu araştırmacı önemli noktaları özetledi, gözden geçirdi ve katılımcıları soru sormaya teşvik etti. Eğitimin tamamlanmasının hemen ardından katılımcılar ile eğitim içeriğinin bir kopyası ve meme kanseri ve KKMM konusunda özet bilgileri içeren bir broşür çevrimiçi paylaşıldı.

Çevrimiçi eğitimin tamamlanmasından iki ay sonra, Google Anket uygulaması ile çevrimiçi hale dönüştürülen son test formunun ("Meme Kanseri Korku Ölçeği" ve "Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği") yer aldığı bağlantı adresi katılımcıların e-posta adresine gönderildi. Katılımcıların tamamı son testi tamamladı.

Etik Onay

Araştırma Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak gerçekleştirildi. Araştırma protokolleri bir üniversitenin etik kurulu tarafından kabul edildi ve araştırmacının yürütülmesi için etik kurul onayı (Tarih: 19.09.2022; Karar no: 147) alındı. Araştırmanın sosyal medya grubunda gerçekleştirilebilmesi için grubun yöneticisinden yazılı izin alındı. Gönüllü katılım ilkesi doğrultusunda tüm katılımcılardan çevrimiçi bilgilendirilmiş onam alındı. Araştırmanın veri toplama süreci tamamlandıktan sonra, veriler şifre korumalı bir dosyaya indirilerek bilgisayarda sadece araştırmacıların erişimine açıldı.

İstatistiksel Analiz

Veriler, lisanslı SPSS (Statistical Packages for the Social Sciences) 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Veriler tanımlayıcı istatistikler (sayı, yüzde, en yüksek ve en düşük değerler, ortalama ve standart sapma) kullanılarak analiz edildi. Katılımcıların "Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği" alt boyutlarından ve "Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği"nden aldıkları ön test ve son test puan ortalamaları bağımlı gruplarda t-testi kullanılarak karşılaştırıldı. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı hesaplanarak ölçeklerin güvenilirlik analizi gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak tanımlandı.

Bulgular

Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması $38,34 \pm 10,59$ 'dur. Katılımcıların %59,1'i üniversite ve üzerinde eğitime sahiptir ve %78,8'i çalışmaktadır. Katılımcıların %78,8'inin ailesinde meme kanseri öyküsü olmadığı, %83,3'ünün meme kanseri konusunda ve %36,4'ünün KKMM konusunda bilgi aldığı, %13,6'sının KKMM uyguladığı ve %16,7'sinin KMM yaptırdığı saptandı. Kırk yaş ve üzerindeki katılımcıların %46,7'sinin mamografi yaptırdığı belirlendi.

Tablo 1. Katılımcıların tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	n	(%)	
Yaş Ort. ± SS (yıl): 38,34 ± 10,59			
Eğitim düzeyi	İlköğretim	8	12,1
	Lise	19	28,8
	Üniversite ve üzeri	39	59,1
Medeni durum	Bekar	37	56,1
	Evli	29	43,9
Çalışma durumu	Çalışıyor	52	78,8
	Çalışmıyor	14	21,2
Ailede meme kanseri öyküsü	Var	14	21,2
	Yok	52	78,8
Meme kanseri konusunda bilgi alma	Evet	55	83,3
	Hayır	11	16,7
KKMM konusunda bilgi alma	Evet	24	36,4
	Hayır	42	63,6
KKMM uygulama	Evet	9	13,6
	Hayır	57	86,4
KMM yaptırma	Evet	11	16,7
	Hayır	22	83,3
Mamografi yaptırma* (n=30)	Evet	14	46,7
	Hayır	16	53,3

Ort.: ortalama; SS: standart sapma; KKMM: kendi kendine meme muayenesi; KMM: Klinik meme muayenesi
*40 yaş ve üzerinde olan katılımcılar

Tablo 2 incelediğinde, çevrimiçi eğitim müdahalesinden sonra katılımcıların sağlık inançları boyutlarından duyarlılık algısı ($t=-6,616$, $p=0,001$), yarar algısı ($t=-10,576$, $p=0,001$), güven algısı ($t=-16,268$, $p=0,001$) ve sağlık motivasyonu ($t=-3,125$, $p=0,001$) puan ortalamalarında anlamlı bir artış olduğu, engel algısı ($t=6,712$, $p=0,001$) puan ortalamasında ise anlamlı bir azalış olduğu saptandı. Çevrimiçi eğitim müdahalesinden sonra katılımcıların sağlık inançları boyutlarından ciddiyet algısı ($t=-1,493$, $p=0,14$) puan ortalamasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlendi.

Tablo 2. Champion Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutlarının ön test- son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

Sağlık İnanç Modeli Ölçeği alt boyutları	En yüksek-En düşük	Ön test Ort ± SS	Son test Ort ± SS	t	p
Duyarlılık algısı	3-15	7,79 ± 1,58	9,91 ± 2,12	-6,616	0,001
Ciddiyet algısı	6-30	21,02 ± 3,89	21,95 ± 4,49	-1,493	0,14
Yarar algısı	7-35	17,29 ± 1,62	19,15 ± 0,87	-10,576	0,001
Engel algısı	4-20	25,88 ± 5,17	22,15 ± 5,01	6,712	0,018
Güven algısı	8-40	31,09 ± 2,68	39,03 ± 3,27	-16,268	0,001
Sağlık motivasyonu	5-25	27,88 ± 2,91	28,82 ± 1,93	-3,125	0,001

Ort.: ortalama; SS: standart sapma; t: Bağımlı gruplarda t-testi

Tablo 3 incelediğinde, çevrimiçi eğitim müdahalesinden sonra katılımcıların meme kanseri korku ölçeği puan ortalamasında ($24,59 \pm 5,76$ - $21,05 \pm 6,01$; $t=6,170$, $p=0,001$) anlamlı bir azalış olduğu saptandı.

Tablo 3. Champion Meme Kanseri Korku Ölçeği ön test-son test puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçek	En yüksek-En düşük	Eğitim öncesi Ort. ± SS	Eğitim sonrası, Ort. ± SS	t	p
Meme Kanseri Korkusu Ölçeği	8-40	24,59 ± 5,76	21,05 ± 6,01	6,170	0,003

Ort.: ortalama; SS: standart sapma; t: Bağımlı gruplarda t-testi

Tartışma

SİM, kişinin sağlığını olumlu ya da olumsuz etkileyebilecek davranışları yapmaya neyin motive ettiğini açıklayarak,^{22,23} sağlığını olumlu etkileyebilecek davranışlarda etkili olan durumları tanımlamaktadır.^{11,12,20} SİM'e dayalı olarak, bu araştırma, meme kanseri ve kendi kendine meme muayenesi çevrimiçi eğitiminin kadınların sağlık inançları ve meme kanseri üzerindeki etkisini değerlendirmiştir. Sonuçlarımız kadınların meme kanseri konusundaki sağlık inançlarının yanı sıra meme kanseri korkusunda da çevrimiçi eğitiminin önemini vurgulamıştır. Araştırmada katılımcıların %83,3'ünün meme kanseri konusunda ve %36,4'ünün KKMM konusunda bilgi aldığı belirlenmesine rağmen yalnızca %13,6'sının KKMM uyguladığı, %16,7'sinin KMM yaptırdığı belirlendi. Ayrıca 40 yaş üzeri katılımcıların yaklaşık yarısının (%46.7) mamografi yaptırdığı saptandı. Shakery ve ark. (2021) İran'da kadınların %0,7 sinin düzenli olmak üzere %53,6'sının ara sıra KKMM yaptığını, %30,7'sinin KKM yaptırdığını ve %14,3'ünün mamografi çektiğini belirtmiştir.²⁰ Türkiye'de gerçekleştirilen araştırmalarda ise KKMM yapan, KMM yaptıran ve mamografi çektiren kadınların oranının sırasıyla %12-17,3, %9-14, %9.3-11 arasında olduğunu bildirilmiştir.^{5,10} Bu farklılık, meme kanseri davranışlarını araştırmak için kullanılan yöntemlerdeki farklılıklardan ve bu çalışmalarda katılımcıların yaş grupları arasındaki farklılıklardan kaynaklanıyor olabilir. Araştırmamızdan elde edilen bulgular ve literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları kadınların meme kanserinin erken tanısına yönelik farkındalığının artırılmasının ve erken tanı yöntemlerinin uygulanmasındaki engellerin belirlenmesine yönelik araştırmalara gereksinim olduğunu düşündürmektedir. Duyarlılık algısı hem sağlık inanç modelinin bir alt ölçeğidir hem de bireyin sağlık veya hastalıkla ilgili olası bir riski algılaya yeteneği ile ilgilidir.²³ Araştırmada çevrimiçi eğitim müdahalesi sonrasında katılımcıların duyarlılık algısının arttığı belirlenmiştir. Meme kanseri ve KKMM eğitime yönelik gerçekleştirilen akıllı telefon uygulamasının kullanıldığı önceki literatür de araştırma sonucumuzu desteklemektedir.²⁰ Ancak, yüz yüze eğitim ortamlarında gerçekleştirilen araştırma sonuçlarında duyarlılık algısı alanında sağlık inançlarının zaman içerisinde değişmediği bildirilmiştir.^{9,11,19,28} Araştırmanın bu sonucuna, çevrimiçi eğitim müdahalesi sonrasında kadınların meme kanserini risk olarak görmesi ve konuya daha duyarlı hale gelmiş olmaları neden olmuş olabilir. Algılanan ciddiyet, bireylerin bir hastalıkla ilgili kötü sonuçları algılaya biçimleriyle ilişkilidir.²³ Araştırmada çevrimiçi eğitim müdahalesinin kadınların ciddiyet algısı üzerinde bir etkisi olmadığı belirlenmiştir. Literatürde farklı eğitim ortamlarının veya araçlarının kullanıldığı araştırmalarda araştırma sonuçlarımıza benzer sonuçlar vurgulanmıştır.^{11,20} Shakery ve ark. (2021) akıllı telefon uygulamasının,²⁰ Akhtari-Zavare ve ark. (2016) ise yüz yüze eğitim müdahalesinin¹¹ meme kanseri ciddiyet algısında bir değişime neden olmadığını belirtmiştir. Araştırma bulguları, gönüllük esasına dayanan bir eğitime katılmış olan kadınların ciddiyet algısının eğitim öncesinde de yüksek olmasından kaynaklanıyor olabilir. Bir davranışın algılanan faydaları, kişinin bir davranış sergilemekten elde edilen faydaları anladığının göstergesidir.²³ İnsanlar önleyici davranışın faydalarını ne kadar çok anlarsa, o davranışa o kadar sahip olabilirler.^{9,23,28} Araştırmada çevrimiçi eğitim sonrasında kadınların yarar algısının arttığı belirlenmiştir. Literatürde KKMM hakkında bilgi alan katılımcıların, KKMM ile ilgili algılanan faydalarının önemli ölçüde daha yüksek olduğu vurgulanmaktadır, tüm bu bulgular mevcut çalışmanın bulgularına benzerdir.^{9,11,12,28} Engel algısı SİM kapsamında değerlendirilen bir diğer faktördür ve kişinin bir davranış gerçekleştirmedeki içsel ve dışsal engellere ilişkin algısına işaret eder.²³ Bu araştırmada çevrimiçi eğitimden sonra kadınların engel algısında azalma olduğu belirlenmiştir. Malezya'da¹¹ ve Türkiye'de gerçekleştirilen⁹ çalışmaların bulguları araştırma sonuçlarımızı desteklemektedir. Literatürde davranış geliştirmede en önemli engelin engel algısı olduğu ve bu algının eğitim müdahaleleri ile azaltılabileceğinin yanı sıra fayda algısını da artırılabilirliği vurgulanmaktadır.⁵ Güven algısı, sağlık davranışını uygularken bireysel yeterliliği gösterir.²³ Araştırmada çevrimiçi eğitim sonrasında kadınların güven algısının arttığı belirlenmiştir. Türkiye'de kadınların meme kanseri erken tanı davranışlarını¹⁹ ve KKMM konusunda⁹ yüz yüze eğitimin etkinliğini değerlendiren randomize kontrollü çalışmalarda deney grubundaki kadınların güven algısının, kontrol grubundaki kadınlara göre yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca literatürde SİM'e dayalı eğitim müdahalelerinin kadınların meme kanseri farkındalığı ve KKMM uygulaması konusunda güven algısı üzerindeki etkisi vurgulanmaktadır.^{11,12,20} Kadınları meme kanseri konusunda bilgilendirerek ve KKMM'yi doğru şekilde nasıl uygulayacaklarını öğretmek meme sağlığı farkındalığını artırmak önemlidir. Araştırmada katılımcıların çevrimiçi eğitimin teorik bölümünde KKMM yöntemi konusunda bilgi edinmeleri, uygulama bölümünde ise meme maketi üzerinde KKMM yapıldığını görmeleri ve KKMM uygulama basamaklarının anlatıldığı video izlemeleri kendilerine olan güveni arttırmış olabilir. Sağlık motivasyonu, belirli davranışları geliştirmek, sağlığı geliştirmek ve sürdürmek için hem genel bir istek hem de bir niyet durumudur.^{22,23} Daha yüksek sağlık motivasyonu algısına sahip kadınların meme kanseri tarama davranışlarını sergileme oranlarının daha yüksek olduğu bilinmektedir.²² Bu araştırmada çevrimiçi eğitim sonrasında kadınların sağlık motivasyonunun arttığı belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarımıza benzer şekilde, meme kanseri farkındalığına yönelik geliştirilen yüz yüze eğitim^{11,12,19} ve akıllı telefon uygulamasının²⁰ kullanıldığı araştırmalarda da eğitimin kadınların sağlık motivasyonunu arttırdığı belirtilmiştir. Araştırmanın sonuçları SİM'in

teorik yapısı ile tutarlıdır; kadınların meme kanserine ve KKMM uygulamasına yönelik duyarlılık, yarar ve güven algısının artması ve engel algılarının azalması davranışı geliştirmeye yönelik sağlık motivasyonunda artmaya neden olabilir.

Araştırmada çevrimiçi eğitim sonrasında kadınların meme kanseri korkusunun azaldığı belirlenmiştir. Literatürde meme kanseri korkusunun erken tarama davranışları üzerinde etkisi olduğu vurgulanmaktadır.^{7,10,17,18} Farklı ülkelerde 18-75 yaş arası toplam 2234 kadın katılımcıyla yapılan 47 nitel çalışmanın incelendiği bir meta-sentez çalışmasında korku, meme kanseri taramasının önünde önemli bir kişisel engel olarak gösterilmiştir.¹⁷ Araştırmada çevrimiçi eğitimin teorik içeriğinde meme kanserinin görülme oranının yüksekliği ve ölüm oranının fazlalığı gibi meme kanseri korkusunu yükseltebilecek nedenler vurgulanmasına rağmen meme kanserinin erken tanı davranışları ile tedavi şansının yüksek olması ve sağ kalım süresinin uzun olması gerçeğinin anlatılması, kadınların meme kanseri korkusunda azalmaya neden olmuş olabilir.

Sınırlılıklar

Bu araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırma Facebook sosyal ağındaki bir gruba üye ve çevrimiçi eğitim koşullarını sağlayabilecek sosyo-kültürel özelliklere sahip olan kadınlar ile gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Gelecekteki araştırmalar daha büyük ve daha çeşitli bir örneklem kullanılarak çoğaltılabilir. Bu araştırmanın diğer bir kısıtlılığı, toplanan tüm verilerin, kadınları değerlendirmek için hiçbir nesnel ölçüt olmaksızın kendi kendine bildirilmiş olmasıdır.

Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmanın sonuçları meme kanseri ve KKMM çevrimiçi eğitiminin kadınların sağlık inançlarında, özellikle duyarlılık, yarar, engel, güven algısı ve sağlık motivasyonunda anlamlı etkileri olduğunu ve meme kanseri korkusunu azalttığını göstermektedir. Kadınları meme kanseri farkındalığı ve KKMM uygulamaları konusunda teşvik etmek için çevrimiçi eğitim müdahalesi uygun bir yaklaşım olabilir. Yüz yüze eğitim, anında geri bildirim ve bilgi paylaşımı için daha fazla fırsat sağlasa da çevrimiçi eğitim daha esnek olabilir ve daha geniş bir popülasyonu kapsayabilir. Çevrimiçi eğitim, özellikle COVID-19 gibi krizler sırasında daha erişilebilir, eşitlikçi ve uygun maliyetli bir sağlık bilgisi sonucu sağlamak için daha fazla seçenek sağlayabilir.

Sağlık profesyonelleri, özellikle hemşireler ve ebeler kadınların meme kanseri konusunda yeterli bilgilendirilmesini ve erken teşhisin önemi konusunda bilinçlendirilmesini sağlamada hayati bir rol oynamaktadır. Bu araştırmanın sonuçları ülkemizde ve özellikle meme kanseri ve tarama programları konusunda farkındalığın az olduğu, sınırlı kaynaklara ve sağlık hizmetine ulaşmada zorluk yaşanan ülkeler için sağlık profesyoneline yol gösterici ve meme kanseri tarama programlarında politika ve uygulama değişiklikleri için faydalı olabilir. Sağlık profesyonellerinin kadınların meme kanseri önleme davranışlarını geliştirmeye yönelik müdahalelerinde çevrimiçi ortamın kullanılması alternatif bir yöntem olarak önerilmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. Karimian Z, Zare R, Zarifsanaiy N, Salehi N. The effect of video-based multimedia training on knowledge, attitude, and performance in breast self-examination. *BMC Women's Health* 2022;22(1):1-14.
2. Seely JM, Alhassan T. Screening for breast cancer in 2018—what should we be doing today? *Current Oncology* 2018;25(s1):115–124.
3. Heer E, Harper A, Escandor N, Sung H, McCormack V, Fidler-Benaoudia MM. Global burden and trends in premenopausal and postmenopausal breast cancer: a population-based study. *The Lancet Global Health* 2020, 8(8):e1027–e37.
4. World Health Organization, Cancer Country Profiles 2020. 2020. Erişim Tarihi:21.04.2023 <https://www.iccp-portal.org/news/who-cancer-country-profiles-2020>
5. Tari Selçuk K, Avcı D, Yılmaz Dünder G, Mercan Y. Breast cancer screening behaviors in women aged 40 years and over in a semi-urban region in Turkey: relationships with health beliefs. *Healthcare* 2020;8(2); 1-10.
6. Khani Jeihooni A, Moayedi ZS, Momenabadi V, Ghalegolab F, Afzali Harsini P. Effect of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior (TPB) on doing breast self-examination in a sample of Iranian women. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research* 2013; 17:11782234221145417.
7. Koçak HS, Ece ZO, Güngörmüş Z. Birinci derece yakını meme kanserli kadınların korku düzeyinin erken tanı davranışlarına etkisi. *Hemşirelik Bilimi Dergisi* 2022;5(1):22–9.
8. Naz MSG, Simbar M, Fakari FR, Ghasemi V. Effects of model-based interventions on breast cancer screening behavior of women: a systematic review. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2018;19(8):2031-41.
9. Yildirim D, Kocağalar Akince E. Effect of breast self-examination training and follow-up program using health belief model on Turkish women's knowledge, attitudes, and practices: A randomized controlled study. *International Journal of Health Promotion and Education*, 2022;60(5):286–97.
10. Taylan S, Özkan İ, Öncel S. The relationship between the fear of breast cancer, risk factors, and early diagnosis behaviors of women by age groups. *Perspectives in Psychiatric Care* 2021;57(4):1566–77.
11. Akhtari-Zavare M, Juni MH, Said SM, Ismail IZ, Latiff LA, Ataollahi Eshkoo S. Result of randomized control trial to increase breast health awareness among young females in Malaysia. *BMC Public Health* 2016; 16, 1-11.
12. Masoudiyekta L, Rezaei-Bayatiyani H, Dashtbozorgi B, Gheibizadeh M, Malehi AS, Moradi M. Effect of education based on health belief model on the behavior of breast cancer screening in women. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2018;5(1):114-20.
13. American Cancer Society, Breast Cancer Early Detection and Diagnosis. 2023. Erişim Tarihi:21.04.2023 <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>
14. Sağlık Bakanlığı. Meme Kanseri. 2023. Erişim Tarihi:21.04.2023 <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kanser-turleri/kanser-turleri/meme-kanseri.html15>
15. Emami L, Ghahramanian A, Rahmani A, Mirza Aghazadeh A, Onyeka TC, Nabighadim A. Beliefs, fear and awareness of women about breast cancer: Effects on mammography screening practices. *Nurse Open* 2021;8(2):890-99.
16. Taleghani F, Kianpour M, Tabatabaiyan M. Barriers to breast self-examination among Iranian women. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2019;24(2):108-12.
17. Özkan İ, Taylan S. Barriers to women's breast cancer screening behaviors in several countries: A meta-synthesis study. *Health Care for Women International* 2021;42(7–9):1013–43.
18. Momenimovahed Z, Tiznobaik A, Taheri S, Hassanipour S, Salehiniya H. A review of barriers and facilitators to mammography in Asian women. *Ecancermedicalscience* 2020; 14: 1-16.
19. Ceber E, Turk M, Ciceklioglu M. The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives. *Journal of Clinical Nursing* 2010;19(15-16):2363–71.
20. Shakery M, Mehrabi M, Khademian Z. The effect of a smartphone application on women's performance and health beliefs about breast self-examination: a quasi-experimental study. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 2021;21(1):1–10.
21. Ibitoye OF, Thupayegale-Tshwenegae G. The impact of education on knowledge attitude and practice of breast self-examination among adolescents girls at the Fiwasaye girls grammar school Akure, Nigeria. *Journal of Cancer Education* 2021;36;39-46.
22. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nursing research* 1993;42(3):139–43.

23. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco: John Wiley & Sons; 2008. p. 45-65
24. Błajda J, Barnaś E, Kucab A. Application of Personalized Education in the Mobile Medical App for Breast Self-Examination. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2022;19(8):4482.
25. Daryazadeh S. Necessity of E-learning application and its effectiveness in self-patients' care. *Razi Journal of Medical Sciences* 2016;23(149):9-17.
26. Kayar N. Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Eğitiminin Meme Kanseri Korkusu ve Sağlık İnançlarına Etkisi, Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu; 2019. p.48-9
27. Ural A, Kiliç İ. Bilimsel araştırma süreci ve SPSS ile veri analizi. 4th ed. Ankara: Detay Yayıncılık; 2013. p.43-4.
28. Yurt S, Sağlam Aksut R, Kadioglu H. The effect of peer education on health beliefs about breast cancer screening. *International Nursing Review* 2019;66(4):498-505.
29. Karayurt O, Dramal A, Adaptation of Champion's Health Belief Model Scale for Turkish women and evaluation of the selected variables associated with breast self-examination. *Cancer Nursing* 2007;30(1):69-77.
30. Champion VL. Revised susceptibility, benefits, and barriers scale for mammography screening. *Research in nursing & health* 1999;22(4):341-8.
31. Champion VL, Skinner CS, Menon U, Rawl S, Giesler RB, Monahan P, Daggy J. A breast cancer fear scale: psychometric development. *Journal of health psychology* 2004;9(6):753-62.
32. Secginli S. Mammography self-efficacy scale and breast cancer fear scale: psychometric testing of the Turkish versions. *Cancer Nursing* 2012;35(5):365-73.
33. Taşkın L, Eroğlu K, Terzioğlu F, Vural G, Kutlu Ö. Hemşire ve ebeler için doğum ve kadın sağlığı uygulama rehberi. 2th ed. Ankara: Palme Yayıncılık; 2019. p.165-9.



Original Research / Orijinal Araştırma

Frequency of Breast Self-Examination and Risk Levels of Breast Cancer in Women Living in a District with Rural Conditions

Kırsal Yaşam Koşullarının Etkili Olduğu Bir İlçede Yaşayan Kadınlarda Kendi Kendine Meme Muayenesi Yapma Sıklığı ve Meme Kanseri Risk Düzeyleri

Derya IŞIKLAR ÖZBERK¹, Ömer ÖZBERK²

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to determine the frequency of breast self-examination (BSE) and to evaluate breast cancer risk level in women living in a district where rural conditions are effective.

Method: In this descriptive, cross-sectional study, women aged 20 and over who applied to the district state hospital family medicine general outpatient clinic for any reason between September 2018 and November 2018 were included. The participants were asked whether they performed BSE by face-to-face interview method and the Breast Cancer Risk Assessment Form was applied.

Results: The mean age of 155 women was 43.70±14.31 (20-80) years, 81.9% (n=127) are married, 83.9% were educated in primary and lower education, 82.6% of the first childbearing age before the age of 30. In addition, 3.2% (n=5) were smokers, 31.6% (n=49) were physically active, 72.9% (n=113) were eating fruits, vegetables and fiber foods. The incidence of BSE was 59.4% and the rate of breast ultrasonography or mammography was 45.8%. The mean score of the breast cancer risk questionnaire was 153.12±47.74. One participant in high, 12.9% were in moderate, 86.5% were in low-risk group. When linear regression analysis is performed, 20.7% of the increase in breast cancer risk survey score is attributed to the high waist circumference measurement.

Conclusion: In our study conducted in a rural area, it was found that the frequency of BSE was high and they were in the low risk group in breast cancer risk assessment. In particular, breast cancer risk factors of women who apply to family medicine outpatient clinics where cancer screenings are performed more frequently should be reviewed, their ability to perform breast self-examination should be questioned, and the correct technique should be taught with clinical breast examination. For early detection, referral should be made for mammographic imaging in the appropriate age range and when necessary.

Key words: Rural area, breast self-examination, woman, breast cancer risk.

Özet

Amaç: Bu çalışmada, kırsal yaşam koşullarının etkili olduğu bir ilçede yaşayan kadınlarda kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma sıklığını belirlenmesi ve meme kanseri risk düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan bu çalışmaya, Eylül 2018- Kasım 2018'de ilçe devlet hastanesi aile hekimliği genel polikliniğine herhangi bir sebeple başvuran 20 yaş ve üzeri kadınlardan çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dahil edildi. Katılımcılara yüz yüze görüşme yöntemiyle KKMM yapıp yapmadıkları soruldu ve Meme Kanseri Riski Değerlendirme Formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 155 kadının ortalama yaşı 43,70±14,31 (20-80) yıl, %81,9'u (n=127) evli, %83,9'u (n=130) ilköğretim ve altı eğitilmiş, %82,6'sının (n=128) ilk çocuk doğurma yaşı 30 yaşından önce idi. Ayrıca %3,2'si (n=5) sigara içeriyor, %31,6'sı (n=49) fiziksel olarak aktif, %72,9'u (n=113) meyve, sebze ve lifli gıda ağırlıklı besleniyordu. KKMM yapma sıklığı %59,4 (n=92) iken, meme ultrasonografi ya da mamografi yaptırınların sıklığı ise %45,8 (n=71) idi. Meme kanseri risk anketi puan ortalaması 153,12±47,74 idi. Buna göre; %86,5'i düşük risk grubundaydı. Lineer regresyon analizi yapıldığında meme kanseri risk anketi puanındaki artışın %20,7'si bel çevresi ölçümünün fazla olmasına atfedilmektedir.

Sonuç: Kırsal bir bölgede yaptığımız çalışmada katılımcıların KKMM yapma sıklığının yüksek olduğu ve çoğunluğunun meme kanseri risk değerlendirmesinde düşük risk grubunda yer aldıkları bulundu. Özellikle kanser taramalarının daha sıklıkla yapıldığı aile hekimliği polikliniklerine başvuran kadınların meme kanseri risk faktörleri gözden geçirilmeli, kendi kendine meme muayenesi yapma durumları sorgulanmalı ve klinik meme muayenesi ile doğru teknik öğretilmelidir. Erken tanı için uygun yaş aralığında ve gerektiği hallerde mamografik görüntüleme için yönlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kırsal alan, kendi kendine meme muayenesi, kadın, meme kanseri riski

Geliş tarihi / Received: 21.02.2023 Kabul tarihi / Accepted: 14.11.2023

¹Meram 13 Nolu Gazialaş Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği, Konya

²Konya Şehir Hastanesi, Radyoloji Kliniği, Konya.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Derya Işıklar Özberk. Meram 13 Nolu Gazialaş Aile Sağlığı Merkezi, Konya, Türkiye.

E-posta: derya_isiklar@hotmail.com Tel: +90 531 995 8730

Işıklar Özberk D, Özberk Ö. *Frequency of Breast Self-Examination and Risk Levels of Breast Cancer in Women Living in a District with Rural Conditions* TJF&M&PC, 2023; 17 (4):549-557

DOI: 10.21763/tjfmpe.1254185

Giriş

Meme kanseri her yıl 2,1 milyon kadını etkileyerek en sık görülen kanserdir ve kadınlardaki kansere bağlı ölümlerin ilk sırada nedenidir. Kadınlarda meme kanseri görülme sıklığı gelişmiş ülkelerde daha fazladır, bunun yanında hemen hemen her bölgede görülme sıklığı artmaktadır.¹

Son verilere göre kadınlarda meme kanseri insidansı dünyada yüz binde 48, Avrupa bölgesinde yüz binde 70 ve ülkemizde de dünya geneli insidansına yakın sıklıkta yüz binde 47,7'dir.² Ülkemizde tanı alan kadın kanser vakalarının 4'te 1'i meme kanseridir. Tanı alma ortanca yaşı ülkemizdeki kadınlarda 53 olarak saptanmıştır. Tanı anında %44,5'i 50-69 yaş aralığında, ayrıca %11,0'ının ileri evrede saptandığı bildirilmektedir.³

Meme kanserinin mortalite ve morbiditesi göz önüne alındığında meme kanseri için uygun erken tanı ve tarama programlarına olan ihtiyaç aşırıdır. Meme kanserini taramada, 20 yaş üzeri kadınların ayda bir defa kendi kendini meme muayenesi (KKMM) yapması ve 20 yaş üzerinde 2 yılda bir, 40 yaş üzerinde ise yılda bir defa klinik meme muayenesi yaptırması ayrıca 50-69 yaş arası kadınlarda 2 yılda bir mamografi yapılması tavsiye edilmektedir.⁴

Kadın cinsiyet, ileri yaş, erken menstruasyon başlangıcı, geç menopoza girme, diğer memede kanser varlığı, birinci derece akrabada meme kanseri hikayesi, benign meme hastalığı öyküsü, 30 yaşından sonra ilk doğumu yapma, emzirmeme, radyasyon maruziyeti, östrojen replasman tedavisi almanın meme kanserinin oluşumunda etkili olabileceği bazı risk faktörleri arasında yer almaktadır.^{5,6}

Meme kanserinden tam korunma mümkün olmamakla birlikte, etkili olarak tedavi edilebilme imkanı olabilmesi için erken tanı çok kıymetlidir. KKMM kişinin mevcut kitle varlığını fark etmek ve şüphe ettiği zamanda doktora başvurmak için yaptığı muayenedir. Kolay öğrenilip, uygulanabilir olması ve invazif olmaması yöntemin avantajlarıdır.⁷ Özellikle ülkemiz gibi meme muayenesinin mahrem olduğu düşünülerek kültürel ve dini inançlar sebebiyle hekime muayenede daha çekimser davranabilen toplumlarda ve de sağlık hizmeti kaynakları kısıtlı olan gelişmekte olan ülkelerde KKMM'nin meme sağlığı açısından farkındalığı arttıracağı düşünülmektedir.⁸⁻¹⁰

Bu çalışmanın amacı kırsal yaşam koşullarının etkili olduğu bir ilçede yaşayan kadınlarda KKMM yapma sıklığını belirlemek ve meme kanseri risk düzeylerini değerlendirmektir.

Materyal Metot

Araştırmanın Türü ve Örnekleme

Tanımlayıcı, kesitsel tipte planlanan bu araştırmaya Eylül 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında çalışmanın yapıldığı ilçe devlet hastanesinin Aile Hekimliği Polikliniğine genel sağlık muayenesi için başvuran 20 yaş ve üzeri kadınlardan gönüllü olanlar dahil edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı ilçe, İç Anadolu bölgesinde yer alan demografik olarak nüfus yoğunluğunun düşük olduğu, üretimin endüstriyel nitelikten daha çok tarım ve hayvancılığa dayandığı tipik kırsal yaşantının etkili olduğu bir yerdir.

Ülkemizde kadınlarda KKMM yapma sıklığı, daha önce ilçe koşullarında yapılmış çalışmada %40,9 olarak bildirilmiştir.¹¹ Evrendeki kişi sayısı bilinmediği için, $n=t^2.p.q/d^2$ formülü kullanılarak çalışmamıza en az 93 kişi dahil edilmesi planlanmıştır.

Etik Kurul Onayı

Çalışma izni Aksaray Üniversitesi etik kurulundan 10.07.2018 tarih ve 2018/150 sayılı numara ile alındı. Araştırmamız ile ilgili katılımcılara öncesinde bilgi verilerek sözlü onam alındı. Dışlanma kriterleri; 20 yaşından küçük olmak, gönüllü onam vermemek ve soruları anlayıp yanıtlayabilecek yeterli mental kapasitede olmamak olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama

Önceden araştırmacı tarafından hazırlanmış olan forma katılımcıların yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, meslek, menstruasyon başlama yaşı, ilk doğum yaşı, doğum öyküsü, menoz durumu, ilaç kullanımı, tanı aldığı hastalık/lar, sigara içme durumu, egzersiz yapma alışkanlığı, beslenme alışkanlığı kaydedildi. Katılımcıların vücut ağırlığı, boy ve bel çevresi ölçümleri yapıldı. Ayakkabıları çıkarıldıktan sonra boyları duvara monte edilmiş bir uzunluk ölçer ile ölçülmüş, ceketleri ve fazla kıyafetleri alındıktan sonra vücut ağırlıkları standart bir baskül ile ölçüldü ve beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplandı. BKİ $25,0 \text{ kg/m}^2$ ve üstü olanlar fazla kilolu-şişman ve bel çevresi $\geq 90 \text{ cm}$ olanlar abdominal obezitesi mevcut olarak kabul edildi. Sağlık Bakanlığı tarafından da risk analizinde önerilen Meme Kanseri Riski Değerlendirme Formu uygulandı. Katılımcılara KKMM yapma alışkanlıkları sorgulandı. Ayrıca KKMM ne sıklıkta ve nasıl doğru şekilde yapılacağı anlatıldı, 40 yaş üstü kadınlarda mutlaka mamografik görüntüleme yaptırılması için farkındalık oluşturulması ve bilgi düzeylerinin arttırılması planlandı.

Meme Kanseri Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Amerikan Kanser Derneği tarafından oluşturulan Meme Kanseri Riski Değerlendirme Formu olgulara uygulandı. Bu formda; yaş, ailesel meme kanseri öyküsü, kişisel meme kanseri öyküsü, doğum yapma yaşı, menstruasyon başlama yaşı ve vücut yapısı olmak üzere altı boyut ve 20 madde içermektedir. 200'ün altındaki bir puan düşük risk, 201 ile 300 arasındaki bir puan orta risk, 301 ile 400 arasındaki bir puan yüksek risk ve 400'ün üzerindeki bir puan en yüksek risk olarak kabul edilir. Her boyut meme kanseri için farklı risk faktörlerini içerir ve puanlama buna göre yapılır.¹²

İstatistik değerlendirme

Çalışma sonucu veriler SPSS 20.0 programı ile değerlendirildi. Dağılım normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılıma uymayan yaş, Meme Kanseri Riski Değerlendirme Form puanı gibi verilerin ortanca, minimum ve maksimum değerleri belirlendi. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Chi-Square testi, sayısal değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı. Test sonuçlarında $p < 0,05$ ise anlamlı kabul edildi. Korelasyon katsayısı (r) değerleri; 0,00-0,24 aralığında ise zayıf, 0,25-0,49 orta, 0,50-0,74 güçlü ve 0,75-1,00 ise çok güçlü ilişki olduğu kabul edildi.

Bulgular

Araştırmaya dahil edilen 155 kadının ortalama yaşı $43,70 \pm 14,31$ (20-80) yıl, %81,9'u (n=127) evli, %83,9'u (n=130) ilköğretim ve altı eğitilmiş olup %83,2'si (n=129) ev hanımı idi. Ayrıca menstruasyon başlama yaşı %67,1'inin 12 yaş ve üstü, %82,6'sının ilk doğum yaşı 30 yaşından önce ve en az 1 çocuğu olanların oranı %84,5 (n=131) idi. İlk adet yaşı ortalamaları $12,34 \pm 1,32$ (10-17) yaş saptandı. Üç yıl ve üstü oral kontraseptif kullanan 8 kişi ve hormon replasman tedavisi gören 3 kişi mevcuttu, tanı almış hastalığı olanların sıklığı %42,6 (n=66) olup, en çok tanı alan hastalık ise hipertansiyon idi. Ayrıca %3,2'si (n=5) sigara içiyor, %31,6'sı (n=49) fiziksel olarak aktif, %72,9'u (n=113) meyve, sebze ve lifli gıda ağırlıklı besleniyordu (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Parametreler	Sıklığı	
	n	%
Yaş (yıl)	20-29 yaş	33 21,3
	30-39 yaş	29 18,7
	> 40 yaş ve üstü	93 60,0
Meslek	Evhanımı	129 83,2
	Memur	10 6,5
	Emekli	13 8,4
	Öğrenci	3 1,9
Eğitim durumu	Okuryazar Değil	19 12,3
	Okuryazar	22 14,2
	İlkokul	69 44,5
	Ortaokul	20 12,9
	Lise	12 7,7
	Yüksekokul	13 8,4
Medeni durum	Evli	127 81,9
	Bekar	15 9,7
	Dul	13 8,4

Tablo 1(Devamı). Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

Menstruasyon başlama yaşı	12 yaş ve üstü	104	67,1
	11 yaş ve altı	51	32,9
İlk doğum yaşı	30 yaşından önce	128	82,6
	30 yaşından sonra veya hiç doğum yapmamış	27	17,4
Yaşayan çocuk sayısı	Çocuk yok	24	15,5
	1 veya 2 çocuk	43	27,7
	3 veya 4 çocuk	73	47,1
	5 ve üzeri çocuk	15	9,7
Menopoz durumu	Menopoza girmemiş	108	69,7
	55 yaşından önce menopoza girmiş	44	28,4
	55 yaşından sonra menopoza girmiş	3	1,9
Oral Kontraseptif kullanımı	Hiç kullanmamış	105	67,7
	3 yıldan az süre kullanmış	42	27,1
	3 yıl ve daha fazla süre kullanmış	8	5,2
Hormon replasman tedavisi kullanımı	Var	3	1,9
	Yok	152	98,1
Tanı aldığı hastalık	Var	66	42,6
	Yok	89	57,4
Sigara içme durumu	Halen içiyor	5	3,2
	İçmiyor	150	96,8
Egzersiz yapma alışkanlığı	Var	49	31,6
	Yok	106	68,4
Beslenme alışkanlığı	Meyve, sebze ve lifli gıda ağırlıklı	113	72,9
	Yağlı yiyecekler ağırlıklı olarak	42	27,1

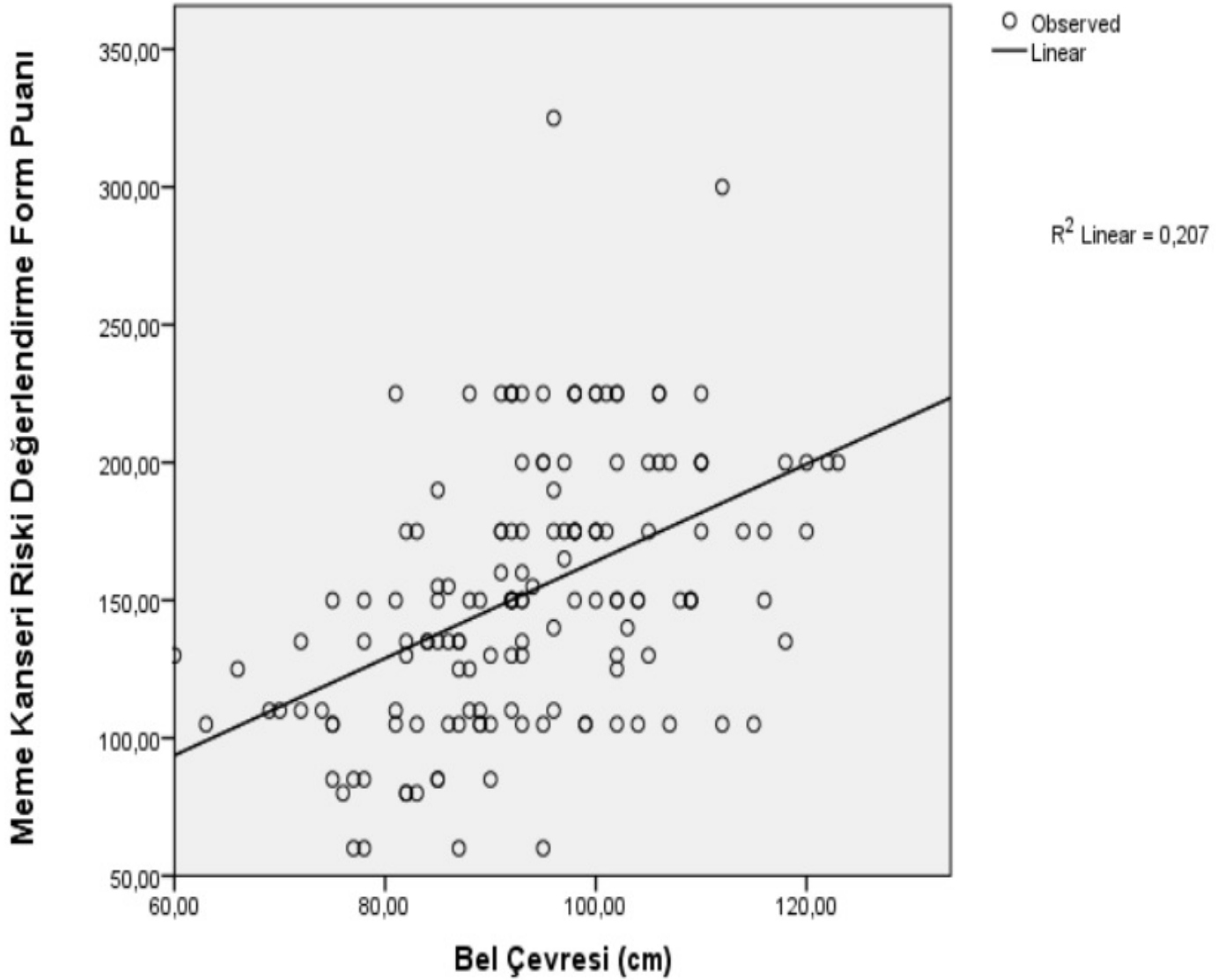
KKMM yapma sıklığı %59,4 (n=92), meme ultrasonografi (USG) inceleme ya da mamografik görüntüleme yaptırılanların sıklığı %45,8 (n=71) idi. USG ya da mamografi sonuçlarına göre; yaptırılanların %87,3'ünde (n=62) normal görünüm, %8,5'inde (n=6) basit kist, 2 kişide kitle görünümü, 1 kişide lipom tanısı mevcuttu. Yaş dağılımına göre ise; 40 yaş altı 1 kişinin ve 40-69 yaş arası 5 kişinin USG'de memede basit kist, 40-69 yaş arasında 2 kişinin mamografide kitle görünümü, 40 yaş altı 1 kişinin USG'de lipom tanısı aldığı saptandı. Katılımcıların meme kanseri risk değerlendirme formuna göre risk puan dağılımları Tablo 2'de gösterilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların Meme Kanseri Risk Değerlendirme Formuna Göre Risk Puan Dağılımları

Parametreler (Puanlama*)		Ölçek Puanı Risk Dağılımı (%)			Toplam
		<200 Puan Düşük Risk	201-300 Puan Orta Risk	301-400 Puan Yüksek Risk	Sıklığı (%)
Yaş (Yıl)	<30 (10 Puan)	32 (%20,6)	-	-	32 (%20,6)
	30-40 (30 Puan)	33 (%21,3)	-	-	33 (%21,3)
	41-50 (75 Puan)	42 (%27,1)	3 (%1,9)	-	45 (%29,0)
	51-60 (100 Puan)	16 (%10,3)	3 (%1,9)	-	19 (%12,3)
	>60 (125 Puan)	11 (%7,1)	14 (%9,0)	1 (%0,6)	26 (%16,8)
Ailesel meme Kanseri öyküsü	Yok (0 Puan)	129 (%83,3)	15 (%9,7)	-	144 (%93,0)
	Bir hala/teyze yada büyükanne (50 Puan)	5 (%3,2)	4 (%2,6)	-	9 (%5,8)
	Anne yada kızkardeş (100 Puan)	-	1 (%0,6)	1 (%0,6)	2 (%1,2)
	Anne ve kızkardeş (150 Puan)	-	-	-	0 (%0,0)
	Anne ve iki kızkardeş (200 Puan)	-	-	-	0 (%0,0)
Kişisel meme kanseri öyküsü	Meme kanseri yok (0 Puan)	134 (%86,5)	20 (%12,9)	1 (%0,6)	155 (%100,0)
	Meme kanseri var (300 Puan)	-	-	-	0 (%0,0)
Çocuk doğurma yaşı	Otuz yaş öncesi ilk doğum (0 Puan)	111 (%71,6)	18 (%11,6)	1 (%0,6)	130 (%83,9)
	Otuz yaş sonrası ilk doğum (25 Puan)	1 (%0,6)	-	-	1 (%0,6)
	Çocuk yok (50 Puan)	22 (%14,2)	2 (%1,3)	-	24 (%15,5)
Menstrual öykü	Menstruasyon başlama yaşı \geq 15 (15 Puan)	5 (%3,2)	-	-	5 (%3,2)
	Menstruasyon başlama yaşı 12-14 (25 Puan)	96 (%62,0)	3 (%1,9)	-	99 (%63,9)
	Menstruasyon başlama yaşı <11 (50 Puan)	33 (%21,3)	17 (%11,0)	1 (%0,6)	51 (%32,9)
Beden yapısı	Zayıf (15 Puan)	-	-	-	0 (%0,0)
	Normal (25 Puan)	32 (%20,7)	1 (%0,6)	-	33 (%21,3)
	Fazla kilolu-şişman (50 Puan)	102 (%65,8)	19 (%12,3)	1 (%0,6)	122 (%78,7)

* Meme Kanseri Risk Değerlendirme Form Puanlama

Meme kanseri risk anketi puan ortalaması $153,12 \pm 47,74$ (60-325) idi, toplam puan dağılımına göre; %86,5'i (n=134) düşük risk, %12,9'u (n=20) orta risk, sadece 1 kişi yüksek risk grubunda yer almaktaydı. Kişisel meme kanseri öyküsü olan katılımcı yoktu, birinci ya da ikinci derece yakınında meme kanseri öyküsü %7,1'inde (n=11) tespit edildi. Kadınların %78,7'sinin BKİ 25 kg/m^2 ve üstü idi. BKİ ortalamaları $29,25 \pm 5,59$ (18,78-44,85), bel çevresi ortalamaları $93,71 \pm 12,32$ (60-123) cm olarak saptandı. Bel çevresine göre abdominal obezite sıklığı %64,5 (n=100) olarak tespit edildi. Bel çevresi ve meme kanseri risk anketi puanı arasındaki korelasyon incelendiğinde pozitif yönde orta derecede bir korelasyon saptandı ($r=0,455$, $p<0,001$). Doğrusal regresyon analizi yapıldığında meme kanseri risk anketi puanındaki artışın %20,7'si bel çevresi ölçümünün fazla olmasına atfedilmektedir ($R^2=0,207$) (Şekil 1).



Şekil 1. Meme kanseri risk anketi puanı ve bel çevresi arasındaki doğrusal regresyon analizi
 R^2 = regresyon belirleyici katsayısı ($R^2 = 0,207$, $p < 0,001$)

Ayrıca meme kanseri risk değerlendirme puan kategorisi ile beslenme alışkanlıkları karşılaştırıldığında; istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte ($p=0,052$), meyve, sebze ve lifli gıda ağırlıklı beslenenlerin %70,9'u düşük risk grubunda yer alıyor iken, yağlı yiyecek ağırlıklı beslenenlerin %29,1'i düşük risk grubunda idi. KKMM yapma durumu ile bazı risk parametrelerinin karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3. Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) yapma durumları ile bazı parametrelerin karşılaştırılması

Parametreler		KKMM yapma durumu				Toplam		χ^2	p*
		Evet (n:92-%59,4)		Hayır (n:63-%40,6)		n	%		
		n	%	n	%				
Yaş (yıl)	≥30 yaş	76	61,8	47	38,2	123	100	1,463	0,226
	<30 yaş	16	50,0	16	50,0	32	100		
Ailesel meme kanseri öyküsü	Var	7	63,6	4	36,4	11	100	0,090	0,764
	Yok	85	59,0	59	41,0	144	100		
Eğitim durumu	İlköğretim ve altı	74	56,9	56	43,1	130	100	1,976	0,160
	Lise ve üstü	18	72,0	7	28,0	25	100		
Medeni durum	Evli	78	61,4	49	38,6	127	100	1,240	0,266
	Bekar	14	50,0	14	50,0	28	100		
İlk doğum yaşı	30 yaşından önce	76	59,4	52	40,6	128	100	0,000	0,991
	30 yaşından sonra veya hiç doğum yapmamış	16	59,3	11	40,7	27	100		
Çocuk sayısı	Çocuğu yok	13	54,2	11	45,8	24	100	2,692	0,260
	<3 çocuk	30	69,8	13	30,2	43	100		
	3 ve üstü	49	55,7	39	44,3	88	100		
Menopoz durumu	Menopoza girmiş	30	63,8	17	36,2	47	100	0,560	0,454
	Menopoza girmemiş	62	57,4	46	42,6	108	100		
Tanı aldığı hastalık	Var	42	63,6	24	36,4	66	100	0,873	0,350
	Yok	50	56,2	39	43,8	89	100		
Beden kitle indeksi	<25,0 kg/m ²	24	72,7	9	27,3	33	100	3,108	0,078
	≥ 25,0 kg/m ²	68	55,7	54	44,3	122	100		
Oral Kontraseptif kullanımı	Var	33	66,0	17	64,0	50	100	1,351	0,245
	Yok	59	56,2	46	43,8	105	100		
Beslenme alışkanlığı	Meyve, sebze ve lifli gıda ağırlıklı	73	64,6	40	35,4	113	100	4,759	0,029
	Yağlı yiyecekler ağırlıklı olarak	19	45,2	23	54,8	42	100		
Egzersiz yapma alışkanlığı	Var	29	59,2	20	40,8	49	100	0,001	0,976
	Yok	63	59,4	43	40,6	106	100		

*Ki-kare testi

Buna göre; KKMM yapma durumu ile ailesel meme kanseri öyküsü, eğitim ve medeni durum, ilk doğum yaşı, çocuk sayısı, menopoz durumu, tanı aldığı hastalık, BKİ ve egzersiz yapma alışkanlığı ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı. Sadece meyve, sebze ve lifli gıda ağırlıklı beslenen grupta KKMM yapma sıklığı, ağırlıklı olarak yağlı yiyecekler ile beslenenlere göre istatistiksel olarak anlamlı fazla idi (p=0,029).

Tartışma

Kırsal yaşam koşullarının etkili olduğu bir bölgede yaptığımız çalışmamızda, katılımcıların KKMM yapma sıklığının yüksek olduğu ve çoğunluğunun meme kanseri risk değerlendirmesinde düşük risk grubunda yer aldıkları saptandı. Meme kanseri, kadınlarda dünya çapındaki ülkelerin çoğunda en sık görülen kanserdir. Meme kanserinden korunma bilinci, önemli bir halk sağlığı sorunudur. Kendi kendine meme muayenesi, kadınları güçlendirmek, meme dokuları hakkında farkındalık yaratmak ve herhangi bir meme anormalliği meydana geldiğinde bunların saptanmasına yardımcı olmak için yararlı bir tarama aracıdır.¹³

Taramaların toplumsal tabanlı kapsayıcı olabilmesi için oranın hedef nüfusun %70'ine ulaşılması istenmektedir, oysa ülkemizde bu oran meme kanseri için %30-35 şeklindedir.¹⁴ Dünder ve ark.nın Manisa'nın Muradiye ilçesinde %91,0'nun ev hanımı olduğu grupta yaptıkları çalışmada %40,9'unun KKMM yaptığı gösterilmiştir.¹¹ Alpteker ve ark.nın Bolu ili Karaköy'de çalışmamız ile benzer şekilde yaş ortalaması 45±18 (20-84) yıl, %88,7'sinin ev hanımı olan ve %46,1'inin meyve, sebze ve beyaz et ağırlıklı beslenen kadınlarda yaptıkları çalışmada katılımcıların sadece %28,0'nun KKMM yaptığı bildirilmiştir.¹⁵ Deniz ve ark.nın Malatya'nın Akçadağ ilçesinde çalışmamız ile benzer şekilde %75,9 ilkökul ve altı eğitilmiş ve %88,7 evli olan grupta yaptığı çalışmada KKMM yapma sıklığı %49,0 olarak bildirilmiştir.¹⁶ Çalışmamızda ise KKMM yapma sıklığını %59,4 bulduk, daha önceki yıllarda özellikle kırsal bölgelerde yapılan çalışmalardan daha yüksek sıklıkta bulmamız yüz güldürücüdür, bu sonuç yapılan eğitimlerin etkinliğini yansıtabilir. Toplum bilinci arttıkça, hiçbir şikayeti olmadan da belirli sürelerde meme muayenesi kontrollerini yaptıran kadın sayısı artmaya başlamıştır. Erken evrede tanı alındığında küratif tedavi şansı varlığı, yüksek risk taşıyanlarda ise bazı koruyucu tedavi yöntemlerinin önerilebilmesi, meme kanserinde taramaların ve yüksek risk grubu hastaların saptanmasının önemini de artırmıştır.¹⁷

Eroğlu ve ark.nın Konya'da 5000 kadında yaptıkları çalışmada yüksek-çok yüksek risk düzeyini %0,7 olarak bildirmişlerdir.¹⁸ Ayrıca Mermer ve ark.nın aile sağlığı merkezine başvuran 225 kadında yaptıkları çalışmada, %85,3'ünün meme kanseri risk düzeyi düşük olarak bildirilmiştir.¹⁹ Çalışmamızda benzer şekilde çok yüksek risk grubunda hiç katılımcı yok iken sadece %0,6'sının yüksek risk grubunda ve %86,5'inin düşük risk grubunda yer aldığını bulduk. Literatürde ilk çocuğunu 30 yaş üzeri doğum yapmak, hiç doğum yapmamak, daha az çocuğa sahip olmak, sigara kullanımı, yağlı diyet ve fiziksel aktivite azlığı meme kanseri oluşumunda etkili faktörler arasında yer almaktadır.^{6,20,21} Araştırmamıza katılan kadınların çoğunluğunun düşük risk grubunda olmasının, yüksek oranlarda ilk çocuk doğurma yaşının 30 yaşından önce olması ve en az 1 çocuk sahibi olmalarıyla, aynı zamanda sigara içme sıklığının düşük ve ağırlıklı meyve, sebze ve lifli gıda ile beslenme ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda katılımcıların %78,7'sinin fazla kilolu veya obez olduğu saptandı. Obezitenin kadınlarda meme kanseri için risk faktörlerinden birisi olduğu bildirilmektedir.^{2,22} Son yıllarda özellikle sıklığı artan obezitenin önlenmesinin bu sebeple de dikkat çekici olduğunu düşünüyoruz. Özellikle postmenopozal kadınlarda olmak üzere bölgesel yağlanmanın göstergesi olan yüksek bel-kalça çevresi oranı olanlarda meme kanseri riskinin arttığı bildirilmektedir.²³ Çalışmamızda da benzer şekilde bel çevresi ile meme kanseri risk anketi puanı arasında pozitif yönde orta derecede bir korelasyon bulundu ve doğrusal regresyon analizi yapıldığında meme kanseri risk anketi puanındaki artışın %20,7'si bel çevresinin fazla olmasına atfedildi.

Çalışmamıza benzer şekilde Kutlu ve ark.nın yaptığı çalışmada KKMM yapmak ile eğitim durumu, medeni durum, iş durumu, BKİ, ilk adet yaşı, menopoz yaşı, oral kontraseptif kullanımı, ailevi meme kanseri öyküsü ve meme kanseri risk dağılımı arasında istatistiksel bir ilişki olmadığı bildirildi.²⁴

Çalışmanın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın sınırlılıkları; nispeten katılım sayısının az olmasıdır. Daha geniş popülasyonda, mevcut risk faktörlerinin daha ayrıntılı incelendiği (örneğin egzersiz yapma sıklığı vb.), ileriye dönük, hastaların daha uzun yıllar takip edildiği ve değişen risk faktörlerinin karşılaştırılabileceği çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç

Çalışmamıza katılan kadınlarda kendi kendini meme muayenesi yapma sıklığı %59,4 olarak bulundu. Meme kanseri risk anketi puan ortalamasına göre; %86,5'i düşük risk grubundaydı. Meme muayenesi bireyin evde özel araç ve gereç gerektirmeden, bir maliyeti olmadan, kolaylıkla uygulayabileceği çok iyi nitelikli bir erken tarama aracıdır. Özellikle kanser tarama programlarının daha yoğun olarak uygulandığı birinci basamak aile sağlığı merkezlerinde kadınların meme ile ilgili şikayetleri ve risk faktörleri sorgulanmalı, KKMM ne sıklıkta ve nasıl doğru şekilde yapılacağı anlatılmalıdır. Tarama yaş aralığındaki kadınlar mutlaka davet edilerek kanser tarama merkezlerine mamografi çekimi için yönlendirilmelidir.

Teşekkür

Bu çalışmanın gerçekleşmesinde çalışmaya destek veren tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. WHO Guide to cancer early diagnosis [Internet]. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>. (Erişim tarihi: 12.10.2019)
2. Türkiye Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2022 :1-300.
3. Türkiye Kanser İstatistikleri 2017, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2021 :1-65.
4. Aile Hekimliği Uygulamalarında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri 2015, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, Ankara, Bakanlık Yayın No:991.
5. Majeed W, Aslam B, Javed I, Khaliq T, Muhammad F, Ali A, et al. Breast cancer: major risk factors and recent developments in treatment. APJCP 2014; 15: 3353-3358.
6. Faheem M, Khurram M, Jafri IA, Mehmood H, Hasan Z, Iqbal GS, et al. Risk factors for breast cancer in patients treated at NORI Hospital, Islamabad. Journal of Pakistan Medical Association 2007; 57: 242-245.
7. Franek GA, Nowak-Kaputsa ZE, Cabaj M. Breast cancer Prophylaxis among nurses. Wiad Lek 2004; 57: 82-84.
8. Özçam H, Çimen G, Uzunçakmak C, Aydın S, Özcan T, Boran B. Kadın Sağlık Çalışanlarının Meme Kanseri, Serviks Kanseri ve Rutin Tarama Testlerini Yaptırmaya İlişkin Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Med J 2014; 15: 154-160.
9. Kanser Taramaları. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı. Erişim adresi <https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/tr/kanser-taramalari>
10. Koçak HS, Çiçek Gümüş E. Knowledge about early diagnosis of breast cancer, and breast cancer risks among Syrian immigrants and Turkish citizens: a comparative, cross-sectional study. Eur J Breast Health 2023; 19(3): 222-228.
11. Dündar PE, Ozmen D, Oztürk B, Haspolat G, Akyıldız F, Coban S, et al. The knowledge and attitudes of breast self examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC Cancer 2006; 24: 43.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Hizmet alan kişinin değerlendirmesi. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Cilt 1. Aile Planlaması ve Üremi Sağlığı. 4. baskı. Ankara: Damla Matbaacılık, 2005: 85-116.
13. Abo Al-Shiekh SS, Ibrahim MA, Alajerami YS. Breast cancer knowledge and practice of breast self-examination among Female University Students, Gaza. Scientific World Journal 2021; 27: 6640324.
14. Kesinkılıç B, Gültekin M, Karaca AS, Öztürk C, Boztaş G, Karaca M, et al. Türkiye Kanser Kontrol Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Yayın No: 987, Ankara, Türkiye: Anıl Reklam Matbaa, 2016; 18-49.
15. Alpteker H, Avcı A. Kırsal Alandaki Kadınların Meme Kanseri Bilgisi ve Kendi Kendine Meme Muayenesi Uygulama Durumlarının Belirlenmesi. The Journal of Breast Health 2010; 6: 74-79.
16. Deniz S, Kurt B, Oğuzöncül AF, Nazlıcan E, Akbaba M, Nayir T. Knowledge, attitudes and behaviours of women regarding breast and cervical cancer in Malatya, Turkey. PLoS One. 2017; 12: 1-10.
17. Karakayalı FY, Ekici Y, Sevmiş Ş, Pehlivan S, Arat Z, Moray G. Meme kanseri için risk belirlenmesinde Gail modeli. Turkish Journal of Surgery 2007; 23: 129-135.
18. Eroglu C, Eryılmaz MA, Cıvıçık S, Gurbuz Z. Meme kanseri risk değerlendirmesi: 5000 Olgu. UHOD 2010; 1: 28-33.
19. Mermer G, Güzekin Ö. Kadınlarda meme kanseri risk düzeyi ve tarama yöntemlerini kullanma durumu. Van Sag Bil Derg 2021; 14(1): 50-62.
20. Gross RE. Breast cancer: risk factors, screening, and prevention. Semin Oncol Nurs 2000; 16: 176-184.
21. Bordeleau LJ, Lipa JE, Neligan PC. Management of the BRCA mutation carrier or high-risk patient. Clin Plastic Surg 2007; 34: 15-27.
22. Shi J, Zhang M, Li L, Holman CD, Chen J, Teng Y, et al. Body mass index and its change in adulthood and breast cancer risk in China. Asian Pac J Cancer Prev 2010; 11: 1213-1218.
23. Açıkgöz A, Akal Yıldız E. Meme Kanseri Etiyolojisi ve Risk Faktörleri. Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi 2017; 5: 45-56.
24. Kutlu R, Biçer Ü. Evaluation of Breast Cancer Risk Levels and Its Relation with Breast Self-Examination Practices in Women. J Breast Health 2017; 13: 34-39.



Review / Derleme

The Legal Nature of the Patient-Doctor Relationship and the Doctor's Liability for Compensation in the Event of Medical Malpractice **Hasta Hekim İlişkinin Hukuki Niteliği ve Hatalı Tıbbi Uygulamada Hekimin Tazminat Sorumluluğu**

Ömer Faruk ASANOĞLU

Abstract

The patient-doctor relationship is one that we encounter frequently in our daily lives. In most cases, the hospital is involved in this relationship as a third party. In this respect, the issue of liability for medical interventions carried out within the patient-hospital-doctor framework is important. In order to resolve the legal basis of this responsibility and the problem that arises, it is necessary to determine the content of the relationship between the patient-hospital-doctor trio. Once the nature of this relationship has been established, the responsibility of doctors for the harm caused to the patient as a result of errors, omissions and defects comes to the fore. In this respect, doctors are personally liable under criminal law and are liable for damages under the law of obligations.

Keywords: Physician, Law, Agreement, Responsibility, Malpractice

Özet

Hasta ile hekim arasındaki ilişki günlük yaşantımızda sıklıkla karşılaştığımız bir ilişkidir. Çoğu zaman bu ilişkiye üçüncü bir kişi olarak hastane de katılmaktadır. Bu bakımdan hasta-hastane-hekim çerçevesinde gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerde sorumluluk konusu önem arz etmektedir. Ortaya çıkan bu sorumluluğun hukuki dayanağını ve ortaya çıkan sorunu çözmek adına hasta-hastane-hekim üçlüsü arasındaki ilişkinin içeriğinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu ilişkinin mahiyeti belirlendikten sonra hekimlerin hata, ihmal ve kusurlarıyla hastaya verdikleri zarardan sorumlulukları gündeme gelecektir. Burada hekimlerin ceza hukuku kapsamında şahsi, borçlar hukuku kapsamında ise tazminat sorumluluğu bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hekim, Hukuk, Sözleşme, Sorumluluk, Malpraktis

Geliş tarihi / Received: 26.04.2023 Kabul tarihi / Accepted: 15.09.2023

¹ İskilip İlçe Sağlık Müdürlüğü, Çorum

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ömer Faruk ASANOĞLU. İskilip İlçe Sağlık Müdürlüğü, Çorum / TÜRKİYE, 19200
E-posta dr61ofa61@gmail.com Tel: +90 545 7466370

Asanoğlu ÖF. *The Legal Nature of the Patient-Doctor Relationship and the Doctor's Liability for Compensation in the Event of Medical Malpractice*
TJF&MPC, 2023; 17 (4) :558-563

DOI: 10.21763/tjfmpe.1288194

1. Giriş

Geçmiş zamandan günümüze kadar olan süreçte her daim hastası ile hekim arasında süregelen ve süreklilik arz eden bir ilişki mevcuttur. Bu ilişkide hekimlerin birtakım sorumlulukları bulunmaktadır. Bu sorumluluklara yönelik günümüzde birçok kanun ve yönetmelik bulunsu bile hekimin sorumluluğuna ilişkin net ve açık bir düzenleme bulunmamaktadır. Bundan dolayı tabiplerin yapmış oldukları müdahalelerden doğan sorumluluklarının nitelendirilmesi ve kapsamının belirlenebilmesi için hasta ile hekimin arasındaki hukuki ilişki incelenmelidir. Hekimin hukuki, idari, mesleki ve cezai sorumlulukları bulunmaktadır. Çalışmanın ilerleyen bölümlerinde bağımsız çalışan hekim ile hasta arasındaki ilişkinin hukuki niteliği, aile hekiminin hastası ile hukuki ilişkisi, hastane ile hasta arasındaki hukuki ilişki ve hatalı tıbbi uygulamada hekimin tazminat sorumluluğuna değinilecektir. Bu çalışmada hekimin hasta ile olan hukuki ilişkisi medeni hukuk bağlamında incelendi ve hatalı uygulanan tıbbi müdahaledeki tazminat sorumluluğu açıklandı.

2. Hasta ile Hekim Arasındaki Sözleşme İlişkinin Hukuki Niteliği

A. Bağımsız Çalışan Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Niteliği

Herhangi bir yere bağlı olmaksızın çalışan hekim ile hasta ilişkisinin hukuki niteliği 3 farklı şekilde olabilir. Bunlar; vekaletsiz iş görme, sözleşme ilişkisi ve haksız fiilden doğan ilişkidir¹. Meydana gelen olayın özelliğine göre de olay öncesi sorumluluk denilen “culpa in contrahendo (sözleme görüşmeleri sırasında kusurlu davranış)” sorumluluğunun da ortaya çıkması mümkündür. Bağımsız çalışan hekimler ile hastası arasındaki ilişki büyük çoğunlukla sözleşme ilişkisi olarak kurulmaktadır. Bundan dolayı çalışmada ilk önce sözleşme ilişkisi incelendi.

I. Sözleşme İlişkisi

Hasta ile hekim arasında hekimlik sözleşmesi² genel adı verilen bir sözleşme kurulmaktadır. Ancak bu sözleşme isim olarak borçlar kanunumuzda geçmemektedir. Bu sözleşme mahiyeti itibarıyla hukuki ilişkinin çeşidine göre hizmet sözleşmesi, vekalet sözleşmesi, eser sözleşmesi ve sui generis (kendine özgü yapısı olan) sözleşme olarak mevcuttur.

Hekimlik sözleşmesinin literatürde tanımı net olmamakla birlikte genelde serbest olarak çalışan bir hekim ile hasta arasında kurulmuş olan ve tabibin kendisine ödenecek bir bedel mukabilinde hastaya karşı tanı ve tedavi yükümlülüğü altına girdiği sözleşmedir³.

a. Hizmet Sözleşmesi

Borçlar Kanunu 393. maddeye göre hizmet sözleşmesi kurulabilmesi için işçinin işverene belirli veya belirli olmayan süreyle bağlı olarak iş görmeyi üstlendiği ve işveren kişinin de işçiye işe göre ücret ödemeyi üstlendiği sözleşme türüdür⁴. Hizmet sözleşmesinin en önemli unsurlarından biri bağımlılık unsurudur. İşçi işverenine bağımlı olarak çalışmaktadır. Bu sözleşme türünde iş sonucu garanti edilemez yani işçi eğer gereken özeni göstererek işini yerine getirmiş ise istenen sonuç meydana gelse de gelmese de ücrete hak kazanacaktır⁵. Buradan da anlaşılacağı üzere hizmet sözleşmesinin üç ana unsuru vardır. Bunlar; bağımlılık, zaman ve ücrettir. Hasta ile tabip arasında bu unsurlardan olan bağımlılık unsuru bulunmamaktadır. Çünkü hekim hastasının emri altında hareket etmez. Bununla birlikte Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 6. maddesinde hekimin işini yaparken hiçbir kimsenin tesiri altında kalmadan, nüfuzuna kapılmadan vicdani ve mesleki görüşlerine göre hareket etmesini öngörmektedir⁶. Hizmet sözleşmesi ile hekimlik sözleşmesini ayıran bir başka fark da işçinin işverene belirli veya belirli olmayan bir süreyle bağlı olması durumudur⁷. Hekimlik sözleşmesinde hekim ile hastanın birbirine herhangi bir süreyle bağlı olması durumu yoktur. İşte açıkladığımız bu sebeplerden dolayı yani hizmet sözleşmesinin bağımlılık ve süre unsurundan dolayı literatürde hekimlik sözleşmesinin hizmet sözleşmesi olmadığı yönünde bir görüş birliği bulunmaktadır⁶.

b. Eser Sözleşmesi

Borçlar kanununun 470. Maddesine göre işi yapacak olan kişinin bir eser meydana getirmeyi üstlendiği diğer kişinin ise bu eser yapılması karşılığında ücret ödemeyi üstlendiği sözleşme türüdür⁸. Eser sözleşmesinin iki ana unsuru bulunmaktadır, bunlar; eser ve ücrettir. Bu iki unsur incelenerek hekimlik sözleşmesi ile karşılaştırıldığında; öncelikle hekimin uyguladığı tıbbi müdahalenin eser olup olmadığını incelemeliyiz. Eser dediğimiz şey ise maddi veya maddi olmayan bir iş görme borcu, bir neticeyi ortaya çıkarma borcudur⁹. Hekim ile hasta arasındaki ilişkide eser sözleşmesi hükümleri uygulanması istisnai durumlarda görülmektedir. Hekimin uyguladığı tıbbi müdahalelerin hepsi eser sözleşmesi kapsamına girmemektedir. Sadece diş hekimi ile hastası arasındaki ilişki ile estetik amaçlı (tedavi maksadıyla yapılanlar hariç) yapılan cerrahi müdahaleler eser sözleşmesi kapsamına girmektedir¹⁰.

Hekimin yaptığı eser tıp bilimi ve estetik cerrahisi literatürü tarafından eser olarak kabul edilmekte, yani tıbbi müdahale tedavi amacıyla değil de sadece estetik kaygı ile yapılmışsa hastanın sonuçtan memnuniyeti önemli olmaksızın yapılan iş eser olarak kabul edilmektedir. Hastanın eser niteliğinde sayılacak olan sonucun tarafların kararlaştırdığı şekilde olmaması durumunda ise sözleşmeye aykırılık oluşacaktır¹¹. Bu durumda ise ayıplı hizmet hükümlerine gidilmesi gerekmektedir. Hastanın bu ayıplı hizmet sonucunda 4 adet seçimlik hakkı vardır¹². Bunlar; Eserin ücretsiz onarımı, ayıp oranında bedelden indirim, hizmetin yeniden gördürülmesi ve sözleşmeden dönme.

Hasta ile hekim arasında yapılan anlaşma hükümlerine uygun bir eser meydana getirilmezse hasta yapılan işlemin düzeltilmesi için ücretsiz tedavi imkanı varsa bunu talep edebilir, yapılan işlemde hekimin varsa kusuru nispetinde tedavi masraflarından indirim talep edebilir, eğer imkan varsa hasta yeniden tedavi olmak isteyebilir (örneğin yanlış yapılan burun estetik operasyonunun düzeltme amaçlı tekrardan yapılması gibi) veya hasta yapılan sözleşmeden vazgeçebilir. Hasta bu 4 seçimlik haktan istediğini kullanabilir. Bu haklardan birinin kullanımı sonucu doğan tüm borçlara hekim katlanmak zorundadır. Hasta bu 4 seçimlik hak ile tazminat talebinde de bulunabilir.

c. Vekalet Sözleşmesi

Borçlar kanununun 502. Maddesine göre vekil olan kişinin vekalet veren kişinin bir işini görmeyi üstlendiği sözleşme türüdür¹³. Hasta ile hekim arasında kurulan sözleşmede tabip teşhis ve tedavi yükümlülüğü altına girerken hasta ise karşılık olarak bedel ödeme sorumluluğunu üstlenmektedir. Buradan da anlaşıldığı üzere hekimin bir iş görme borcu altına girerek buna mukabil bir ücret alması bir vekalet çeşidi olarak değerlendirilmektedir. Hekimlik sözleşmesi bütünüyle vekalet sözleşmesi niteliği taşıdığı literatürde kabul görmüştür. Bakıldığı zaman hekimlik sözleşmesi vekalet sözleşmesi unsurlarına uygun gözükmektedir¹⁴.

Vekalet sözleşmesinin unsurları; bir iş görmenin varlığı yani hekimlik sözleşmesinde bu unsur hekimin hastasının hastalığını teşhis etmesi ve en uygun düşecek olan tedavi yöntemini uygulamasıdır. Bir diğer unsur ise zaman kaydı olmaksızın yapılmış olması yani tabip hastasının durumunun önemine göre hastaya karşı belirli olmayan bir zaman diliminde iş görme borcu altına girmektedir. Bir diğer unsur da tarafların açık veya zımni (örtülü) olarak anlaşmalarıdır. Günümüzde daha çok zımni olarak gerçekleşmektedir yani hasta poliklinikten içeri girip hekimin muayeneye başladığı an bu sözleşme zımni olarak kurulmuş olur. Bu unsurların varlığı vekalet sözleşmesinin doğması için yeterlidir¹⁵. Hekimlik sözleşmesinde hastaya tedavi garantisinin verilememesi bu sözleşmeyi vekalet sözleşmesine yakınlığa getiren en önemli özelliğidir. Vekalet sözleşmesinde de vekil olan kişi vekalet verilen işin dikkat ve özenle yerine getirmekten sorumludur, sonucundan sorumlu değildir¹⁶. Bu tip sözleşmede ücret unsuru zorunlu bir unsur değildir. Zira Borçlar Kanunu 502/3'te sözleşme varsa vekil ücrete hak kazanır demektedir, yani ücret zorunlu bir unsur değildir. Bu sözleşmenin tarafları her zaman sözleşmeden dönme hakkına sahiptirler. Bu durum Borçlar Kanunu madde 512'de¹⁷ de dile getirilmiştir. Hekimlik sözleşmesinin de temeli hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisine dayanmasından dolayı istedikleri zaman sözleşmeyi bitirebilirler. Doktrinde de hekimlik sözleşmesinin bir vekalet sözleşmesi çeşidi olduğu görüşü çoğunluk tarafından kabul edilmiştir.

Vekalet sözleşmesinin eser sözleşmesinden farkı; eser sözleşmesinde bir şeyin yapılması meydana getirilmesi iken, vekalet sözleşmesinde belli bir yönde çalışma sorumluluğu mevcuttur. Ayrıca vekalet akdinde ücret zaruri bir unsur olmazken eser akdinde zorunlu bir unsurdur¹⁸. Vekalet sözleşmesinin hizmet sözleşmesinden farkı ise; hizmet sözleşmesinde işçi işverenin emri altında çalışacaktır, hekimlik sözleşmesinde böyle bir durumun olması mümkün değildir. Hasta ile hekim meslek etik kuralları çerçevesinde bağlıdırlar. Vekalet sözleşmesini hizmet sözleşmesinden ayıran en önemli unsur ise süredir. Tabibin verdiği hizmette süre önemli değildir. Vekalet sözleşmesinde hekimin hastasına bağlılığı en az oranda iken hizmet sözleşmesinde bu bağımlılık ağır basmaktadır¹⁹.

d. Sui Generis (Kendine Özgü Yapısı Olan) Sözleşme

Bu tür sözleşmeler kanunda düzenlenmiş olan sözleşmelerde bulunmayan unsurlardan meydana gelmiştir. Bu sözleşmelerde bulunan unsurlar kanun ile düzenlenen sözleşmelerde bulunmamaktadır. Hekimlik sözleşmesinin literatürde çok az sayıda da olsa sui generis sözleşmesi olduğu görüşü mevcuttur. Bu konuda en önemli tez ise hekimlik sözleşmesi özen, anlayış ve güven temeline dayanmaktadır, bundan dolayı insana hususi özellikler barındıran bir sözleşme türünün kanunda yer alan bir sözleşmeye tabi tutulamayacağıdır. Başka bir tez ise sözleşmede iki tarafın eşitliği esastır ancak hekimlik sözleşmesinde iki taraf hiçbir zaman eşit değildirler. Bir başka tez ise hekimin yaptığı iş veya tıbbi faaliyet bir işin görülmesi niteliği taşımayacağı için vekalet sözleşmesi olamayacağıdır⁶.

II. Vekaletsiz İş Görme

Bir kimsenin başka bir kişiye ait olan işi, o işi yapmaya yetkisi bulunmamasına rağmen kendi ya da iş sahibinin yararına yapmak üzere başkasının işini yapma iradesiyle hareket etmesidir. Özellikle hastanın açık bir şekilde rızasının alınamayacağı ameliyat esnasında yapılan cerrahi müdahalenin genişletilmesi durumu veya acil durumlarda tıbbi müdahale yapmak durumunda kalan hekimin sorumluluğu vekaletsiz iş görme kapsamında değerlendirilmektedir²⁰. Hasta sözleşme için irade beyanında bulunacak halde değil ise veya başta öngörülmeyen ancak ameliyat esnasında karşılaşılan olumsuz bir durum neticesinde ameliyatın genişletilmesinde hekimin yaptığı uygulama vekaletsiz iş görme hükümlerine tabi olacaktır.

III. Haksız Fiil İlişkisi

Hasta ile tabip arasında herhangi bir sözleşmeden doğan ilişki yoksa eğer haksız fiil hükümleri devreye girer²¹. Aralarında sözleşme ilişkisi bulunmadan tıbbi müdahale yapan hekimin vekaletsiz iş görme durumlarından biri de yoksa haksız fiilden dolayı sorumluluğu doğacaktır²². Hekimin hastaya yaptığı her müdahale vücut bütünlüğüne müdahale olduğu için eğer sözleşme kapsamında olmaz ise haksız fiil kapsamında olacaktır²³. Tıbbi müdahale özel

hastanede yapılmış ve sözleşme özel hastane ile hasta arasında kurulmuşsa bu durum hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisinin yokluğuna örnek olarak verilebilir. Bu tür durumlarda hasta ile hekim arasındaki hukuksal sorunlar haksız fiil esaslarına göre çözülecektir²⁴. Sonuç olarak şunu diyebiliriz ki tabibin mesleki etik kural ve ilkeler haricinde olan her hareketinde hukuka aykırılık mevcut olup işte burada, arada akit varsa sözleşmeye aykırılık, sözleşme yoksa haksız fiil yükümlülüğü olarak ortaya çıkacaktır.

B. Aile Hekimi ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Durumu

Aile hekimliğinin ülkemizde mevcut olan özel konumu hasta ile hekim arasındaki hukuksal niteliği konusunda tereddütlere yol açmaktadır. Aile hekimliğinde sözleşme ilişkisi değil kamu hukuku ilişkisi düşünülmelidir. Aile hekimliği kanunundaki bazı maddelere göre; madde 3/3' te sözleşmeli olarak çalışan aile hekimlerinin kadroları ile ilişkileri devam eder, madde 5/2'de aile hekimliği hizmeti ücretsizdir, madde 6'da aile hekimi ya da aile sağlığı çalışanları görevleri ile ilgili işledikleri veya şahıslarına karşı işlenen suçlarda devlet memuru gibi sayılırlar. İşte bu maddelerden de görüldüğü üzere aile hekimliğinde hasta ile hekim arasında özel hukuk ilişkisinden ziyade kamu ilişkisi vardır. Uygulamada da aile hekimlerine karşı açılan davalar idari yargıda bakılmaktadır²⁴.

C. Hastane ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuksal Niteliği

I. Özel Hastane ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuksal Niteliği

Burada durum biraz farklı olacaktır. Sözleşme hasta ile hekim arasında olmadan hastane ile hasta arasında kurulmuş olacaktır. Teşhis veya tedaviyi yapan sağlık personeli artık sözleşmenin tarafı değildir. Bundan dolayı da hasta artık direk hekim ile değil de hastane ile muhatap olacaktır. Hekimin buradaki statüsü ise sadece hastane adına hastaya tedavi hizmeti sunan kişi durumundadır. Yani borçlar kanunda geçen ifa yardımcılığı durumudur²⁵. Hekim ile hasta arasında sözleşme ilişkisi kurulmadığından burada hekimin haksız fiil sorumluluğu bulunmaktadır ve meydana gelen zarardan dolayı tazminat sorumlusudur²⁴. Hasta ile özel hastane arasında yapılan bu akde 'hastaneye kabul sözleşmesi' adı verilmektedir²⁶. Bu akde eğer tedavi hizmeti yanında yemek ve yatış hizmetleri de sunuluyorsa 'tam hastaneye kabul sözleşmesi' yoksa tıbbi tedavi haricindeki hizmetler ayrı bir sözleşme ile yapılıyorsa yapılan tıbbi müdahale ile ilgili akde ise 'bölünmüş kabul sözleşmesi' adı verilmektedir²⁴. Özel hastanede yapılan tıbbi müdahalelerden doğan sorumluluk, tıbbi müdahaleyi yapan sağlık personeline ait olsa bile hastanenin de sorumluluğu doğabilir. Hastane burada çalışanını özenle seçme açısından mesul tutulabilir. Ancak ceza hukuku açısından ise kişilerin yani sağlık personelinin şahsi sorumluluğu geçerlidir.

II. Kamu Hastanesi ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuksal Niteliği

Kamu hastanesine başvuran hasta ile hastane arasındaki ilişki özel hukuk alanında bir ilişki olmaktan çok kamusal bir ilişkidir ve kamu hukuku uygulama alanı bulacaktır. Yani buradan hareket ile aradaki ilişkinin vekalet ilişkisi olmadığı açıktır¹⁸. Kamu hastanelerinde sözleşme ilişkisi değil idare hukuku ilişkisi mevcuttur. Ancak literatürde hekim kamu kurumunda çalışıyor olsa bile ilişkinin özel hukuk ilişkisi olduğu, davanın idareye açılacak olması ilişkinin özel hukuk ilişkisini etkilemeyeceği şeklinde savunulmaktadır²⁴.

3. Hatalı Tıbbi Uygulamada Hekimin Tazminat Sorumluluğu

Hekimin hatalı olarak yapmış olduğu tıbbi müdahale neticesinde idari ve cezai yükümlülüğünün yanında tazminat yükümlülüğü de bulunmaktadır. Çalışmada sadece tazminat sorumluluğu anlatılacaktır. Tazminatın amacı ise insanların iradeleri haricinde ekonomik olarak malvarlığında ya da şahıs haklarında oluşan zararın karşılanmasıdır²⁷.

Sağlık personellerinin tazminat sorumluluğu sözleşme kaynaklı ve haksız fiil olarak iki nedene dayanmaktadır. Kural olan ise sözleşme sorumluluğudur. Ancak sözleşme yoksa haksız fiil sorumluluğu söz konusu olacaktır. Zaten sözleşmeye aykırı hastaya uygulanan tıbbi müdahalede haksız fiil olarak değerlendirilmektedir. Bundan dolayı hasta açacağı davada ister sözleşmeye aykırılıktan ister haksız fiilden dava açar²⁸. Kamu kurum ve kuruluşları ile Devlet üniversitelerinde çalışan sağlık meslek mensuplarının uyguladığı tıbbi işlemlerde dava idareye açılacak olup daha sonra idare tarafından Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbî İşler Ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğine göre sağlık meslek mensubuna rücu edilebilmektedir. Rücuca dair görevler ise aynı yönetmelikte görev tanımı yapılan Mesleki Sorumluluk Kuruluna aittir³⁴. Hekimin tazminat sorumluluğunun 4 şartı vardır. Bunlar hukuka aykırılık, kusur, zarar ve illiyet bağıdır¹⁷.

A. Hukuka Aykırılık

Tabibin hukuk düzenine aykırı davranışı arada yapılmış olan sözleşmenin ihlali biçiminde olabileceği gibi haksız fiil veyahut vekaletsiz iş görme biçiminde de olabilir. Hekimin tazminat sorumluluğunun doğabilmesi için hukuka aykırılık objektif şarttır. Bir kişi hukuk düzeninin koymuş olduğu kuralları çiğneyerek hareket ederse hukuka aykırı hareket etmiş olacaktır. Eğer kişi hukuka aykırı hareket ederken zarar gören şahsın rızasını alınmış ise veya daha üstün olan özel veyahut kamu yararı var ise ya da kanun tarafından verilmiş olan yetki kullanılıyor ise bu hareket hukuka uygun sayılır²⁹.

B. Kusur

Hekimin sözleşmeden veya haksız fiilden kaynaklanan sorumluluğunun doğabilmesi için kusur şartı aranmaktadır. Kusur ise hukuk düzeni tarafından iyi görülmeyen ve kınanan bir davranış biçimidir³⁰. Kusur genel anlamda iki ana grupta tasnif edilir, bunlar; kast ve ihmaldir³¹. Bu kusur tipinin belirlenmesi verilecek tazminatın parasal değeri açısından önemlidir. Kast kavramına hekimliğin rutin uygulamasında çok fazla rastlanmamakla birlikte eğer hekim endikasyon olmadığı halde performans yapıp fazla ücret kazanmak saikiyle hareket ediyorsa burada hekimin sorumluluğu kasttan dolayı olacaktır²⁸. İhmalde durum şu şekildedir; ihmal aynı zamanda özen eksikliği anlamına da gelmektedir. Yani ortalama bir hekim somut olayın şartlarıyla birlikte ele alındığında göstermesi gereken özen asıdır. Yapılacak olan müdahalenin zorluğu veyahut tehlikesi değerlendirirken göz önüne alınır ancak hekimin şahsi mazeretleri göz önüne alınmaz. Buna örnek olarak hasta yoğunluğu veya hekimin yorgunluğu verilebilir. Bu durum mazeret olarak sayılmaz²⁸. Kanaatimizce hekime sağlık sistemi içerisinde hastasını kaliteli bir değerlendirme yapılmasını sağlayacak süre sağlanamıyor ise bundan da sorumlu tutulmaması gerekeceği yönünde olsa da baskın görüş yukarı da beyan ettiğimiz şekildedir.

C. Zarar

Hekim tarafından yapılan sözleşme ihlali veya haksız fiile rağmen eğer zarar ortaya çıkmamış ise hekimin tazminat sorumluluğuna gidilememektedir³². Zarar kavramı iki şekilde değerlendirilmektedir. Birisi dar anlamda zarar diğeri geniş anlamda zarar kavramıdır. Dar anlamda zarar dediğimiz zarar gören şahsın malvarlığındaki azalma anlaşılmaktadır, geniş anlamda zarar dediğimizde ise şahsın malvarlığında meydana gelen zarar 'maddi zarar' ile şahsın kendi şahsi varlığında meydana gelen zarar olan 'manevi zarar' ifade edilmektedir³³. Tabibin sorumluluğunda zarar ise kişinin malvarlığındaki kayıp maddi zarar iken kişinin kişisel şahsi değeri üstünde meydana gelen zarar ise manevi zarardır.

D. İlliyet Bağı

Hekimin gerek sözleşme ihlali gerekse haksız fiil neticesinden sorumlu olabilmesi için yapmış olduğu tıbbi müdahale ile ortaya çıkan zarar arasında uygun bir nedensellik (illiyet) bağı olması gerekmektedir²⁸. Örneğin bir hekim hastasını rutin tetkik için çağırması olsun ancak hasta gelirken yolda trafik kazasında vefat etmiş ise burada uygun illiyet bağı yoktur. Aynı şekilde zorunlu bir sebep, üçüncü bir bireyin kusuru veya hastanın bizatihi kendi kusuru nedeniyle aradaki nedensellik (illiyet) bağı kesiliyorsa buradan sonra hekimin sorumluluğuna gidilemez²⁹.

4. Sonuç

Hekimlerin sorumluluğunun tam manasıyla tespit edilebilmesi için var olan mevzuatlara uygun biçimde hasta ile hekim arasındaki ilişkinin niteliğinin tespit edilmesi gerekmektedir. Çalışmada bağımsız çalışan hekimler ile hastalar arasındaki sözleşmesel ve sözleşme dışı ilişki ile aile hekimlerinin hastaları ile arasındaki ilişkinin hukuki niteliği incelendi. Burada bağımsız çalışan hekim ile hasta arasında kurulan bu hukuki ilişkinin vekalet sözleşmesi olduğu sonucuna varılmıştır. Sözleşme dışı kurulan ilişkiler ise vekaletsiz iş görme ve haksız fiil çerçevesinde değerlendirilmiştir. Çalışmanın devamında ise hekimin uyguladığı tıbbi müdahaleden dolayı tazminat sorumluluğu incelenmiştir. Hekimin tazminat sorumluluğu ise ancak tabibin hatalı tıbbi uygulaması sonucu ortaya çıkan zarardan dolayı olacaktır. Bu tazminatın amacı ise kişinin malvarlığında ve şahsi varlığında meydana gelen zararları gidermektir. Tabipler yapmış oldukları müdahalelerde meydana gelen hata, ihmal veyahut kusurlarından dolayı ceza hukuku kapsamında sorumlu olmalarıyla beraber kişilerin uğradıkları maddi ve manevi zararlardan da Borçlar Kanunu hükümlerine göre sorumludurlar. Hasta veya hasta ölmüş ise mirasçıları, destekten yoksun kalanlar veya yakınları uğranılan zarardan dolayı tazminat davasını açabilirler. Eğer kamuda çalışan bir hekim hastasına zarar vermiş ise dava idareye karşı açılacaktır. Ancak devlet ödemediği tazminatta hekimin kusur, ihmal ve özensizliğine göre hekime rücu edecektir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynakça

1. Hakeri H. Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2019. 383.
2. İpekyüz FY. Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi, Vedat Yayıncılık, İstanbul, 2006. 13.
3. Alkanat M. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Hukuki Sorumluluk. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (sted).11(5):178.
4. İncekaş S. Hizmet Sözleşmesi (Erişim Tarihi: Nisan 2023) [Erişim Adresi: <https://av-saimincekas.com/tbk/turk-borclar-kanunu-madde-393/>].
5. Tandoğan H. Borçlar Hukuku Özel İlişkileri, C.II, . 375.
6. Aslan F. Hekimin Sorumluluğunun Belirlenmesi Bakımından Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Mahiyeti. Marmara Üniveristesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2020;26(1):405-6.
7. Hakeri H. Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2013. 520.
8. Helvacı İ. Eser Sözleşmesi (Erişim Tarihi: Mayıs 2023), [Erişim Adresi: <http://www.ilhanhelvacidersleri.com/turk-borclar-kanunu/turk-borclar-kanunu-madde-470>].
9. Aral F, Ayrancı H. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Sorumluluk, Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara 2015. 361.
10. Özer Ç. Türk Hukukunda Estetik Cerrah ile Hasta Arasındaki Hukuki İlişkinin Niteliği, 2. Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara2008. 246.
11. Petek H. Güzelleştirme Amaçlı Estetik Ameliyatlardan Kaynaklanan Hukuki Sorumluluk. Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2006;8(1):191.
12. Tüketicinin Korunması Hakkında Kanun Madde 15 (Erişim Tarihi: Mayıs 2023) [Erişim Adresi: https://tuketici.ticaret.gov.tr/data/5e81982d13b876a1b04c7a42/Tuketiginin_Korunmasi_Hakkinda_Kanun_6502_Ocak_2021.pdf].
13. Bölükbaşı Z. Vekâlet Sözleşmesi ve Vekilin Hesap Verme Borcu (Erişim Tarihi: Mayıs 2023) [Erişim Adresi: <https://www.yazicio.com/tr/vekalet-sozlesmesi-ve-vekilin-hesap-verme-borcu/>].
14. Tezel C. Özel Hukuk Bağlamında Hekimlerin Hukuki Sorumlulukları Nedenleri, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2014. 66.
15. Yılmaz B. Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Adalet Yayınevi, Ankara2020. 50-1.
16. Aral F, Ayrancı H. Tıbbi Müdahalelerden Doğan Sorumluluk, Kazancı Hukuk Yayınları, Ankara 2015. 435.
17. Türk Borçlar Kanunu (Erişim Tarihi: Mayıs 2023) [Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6098.pdf>].
18. Yılmaz B. Hekimin Hukuki Sorumluluğu, Adalet Yayınevi, Ankara2020. 55-60.
19. Aşçıoğlu Ç. Tıbbi Yardım ve Elatmalardan Doğan Sorumluluk, Ankara1993. 19.
20. Şatır N. Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu. 1. Baskı, Yetkin Yayıncılık, Ankara2015.
21. Erman H. Hekimin Hukuki Sorumluluğu, İstanbul1998. 143-53.
22. Kahraman Z. Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu. Banka ve Finans Hukuku Dergisi. 2019;8(32):1286.
23. Aslan F. Hekimin Sorumluluğunun Belirlenmesi Bakımından Hekim ile Hasta Arasındaki İlişkinin Hukuki Mahiyeti. Marmara Üniveristesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi. 2020;26(1):405.
24. Hakeri H. Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara 2019. 386-400.
25. Gültekin F. Yardımcı Kişinin Fiillerinden Borçlunun Sorumluluğu. TAAD. 2018;9(35):375-99.
26. Akkanat H. Hastaneye Kabul Sözleşmesinin Görünüm Tarzları ve Sorumluluk Düzeni, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2006. 26.
27. Eren F. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Yetkim Yayıncılık, İstanbul2015. 466.
28. Hakeri H. Tıp Hukuku, Seçkin Yayıncılık, Ankara2019. 448-60.
29. İPEKYÜZ FY. Hekimin Tazminat Sorumluluğu. Dicle Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi. 2015;20(33): 10-30.
30. Eren F. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Yetkin Yayıncılık, İstanbul2015. 551.
31. Reisoğlu S. Borçlar Hukuku Genel Hükümler, Beta, İstanbul,2011. 170.
32. Ayan M. Borçlar Hukuku (Genel Hükümler), Mimoza Yayıncılık, Konya, 2015. 109.
33. Tandoğan H. Türk Mesuliyet Hukuku, Ankara, 1961. 63.
34. Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem Ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına Ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul Ve Esaslar Hakkında Yönetmelik (Erişim Tarihi: Eylül 2023) [Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615-14.htm>]



Derleme/Review

A Current Evaluation About The Impact Of Technological Developments On The Autism Spectrum Disorder

Teknolojik İlerlemelerin Otizm Spektrum Bozukluğu Üzerine Etkileri Konusunda Güncel Bir Değerlendirme

Zehra ÇAKIL¹, Birgül PİYAL¹

Abstract

In this review, an updated view of Autism Spectrum Disorder (ASD) is presented. Autism Spectrum Disorder (ASD) is a neurodevelopmental disorder that affects communication and social interaction. ASD diagnosis is based on a combination of medical and family history assessments, and behavioral and developmental assessments. Studies have proven that early diagnosis and intervention lead to better outcomes for individuals with ASD. Many countries of the world have worked on this subject for many years and new behavioral methods have been developed. In recent years, with the development of technology, it is predicted that artificial intelligence-based systems, virtual reality, and wearable devices can help detect ASD early by analyzing behavioral and physiological data. In addition, it is thought that these systems may assist in individualized treatments. With this review, it is aimed to reveal the current developments that touch the lives of individuals with ASD in parallel with the progress of science. In terms of diagnosis and treatment of ASD, the studies done in the United States of America and Türkiye were examined. It is also mentioned how the disasters experienced in the last 5 years and the COVID-19 pandemic have affected individuals with ASD and their families. It is very valuable for children with ASD to take the necessary steps in order to develop, reach puberty, and have a job. As a result, the potential of technologies that offer innovative solutions to significantly improve the lives of individuals with ASD has been revealed.

Key Words: Autism, Autism Spectrum Disorders, Technology, Development

Özet

Bu derlemede, Otizm Spektrum Bozukluğuna (OSB) güncel bir bakış sunulmaktadır. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB), iletişimi ve sosyal etkileşimi etkileyen nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB tanısı tıbbi ve aile öyküsü değerlendirmeleri ile davranışsal ve gelişimsel değerlendirmelerin kombinasyonuna dayanır. Erken teşhis ve müdahalenin, OSB'li bireyler için daha iyi sonuçlara yol açtığı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Dünyanın pek çok ülkesinde uzun yıllar bu konu üzerine çalışmış ve yeni davranışsal yöntemler geliştirilmiştir. Son yıllarda, teknolojinin gelişmesiyle yapay zekâ tabanlı sistemler, sanal gerçeklik ve giyilebilir cihazların davranışsal ve fizyolojik verileri analiz ederek OSB'nin erken saptanmasına yardımcı olabileceği ön görülmektedir. Ek olarak, bu sistemlerin bireyselleştirilmiş tedavilere yardımcı olabileceği de düşünülmektedir. Bu derleme ile bilimin ilerlemesine paralel OSB'li bireylerin hayatına dokunan güncel gelişmelerin ortaya konulması amaçlanmıştır. OSB tanısı ve tedavisi açısından Amerika Birleşik Devletleri ve Türkiye özelinde yapılanlar incelenmiştir. Son 5 yılda yaşanan afetlerin ve COVID-19 pandemisinin OSB'li bireyler ve ailelerini nasıl etkilemiş olduğuna da değinilmiştir. OSB'li çocukların gelişimi, ergenliğe ulaşmaları ve iş sahibi olmaları için gerekli adımları sağlıklı atabilmeleri çok değerlidir. Sonuç olarak, yenilikçi çözümler sunan teknolojilerin OSB'li bireylerin yaşamlarını önemli ölçüde iyileştirme potansiyeli açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Otizm, Otizm Spektrum Bozukluğu, Teknoloji, Gelişme

Geliş tarihi / Received: 09.05.2023 Kabul tarihi / Accepted: 26.09.2023

¹Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Ankara

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Zehra ÇAKIL, Cebeci Hastanesi, Balkıraz, AÜ Tıp Fakültesi Hst., 06620 Mamak/Ankara

E-posta: zehracakilmd@gmail.com Tel: +90 5310230292

Çakıl Z, Piyal B. *A Current Evaluation About The Impact Of Technological Developments On The Autism Spectrum Disorder.* TJF&PC, 2023; 17 (4):564-571

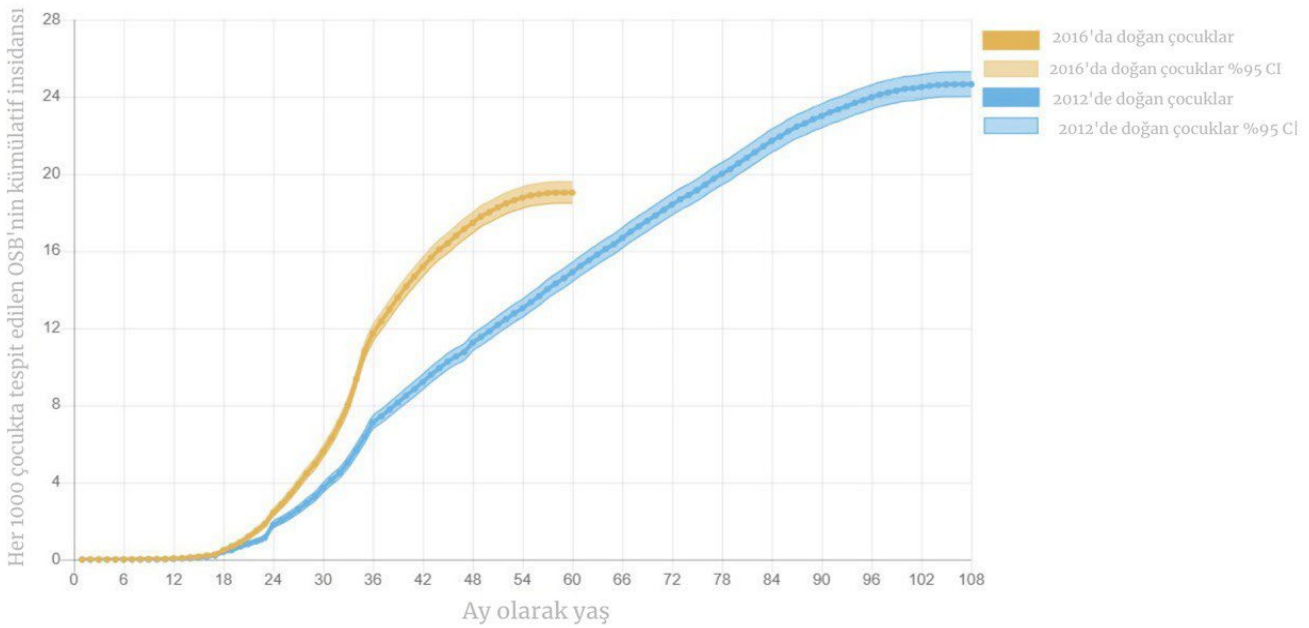
DOI: 10.21763/tjfmpe.1294603

Giriş

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal iletişim ve etkileşimdeki zorlukların yanı sıra kısıtlı, tekrarlayan davranış, ilgi kalıpları ile nitelenen nörogelişimsel bir durum olarak tanımlanır. Tekrarlayan alanda gözlemlenen davranışlar, motor basamaklıları, ekolaliyi, aynılıkta ısrarı ve duyuşsal uyaranlara karşı hiperaktiviteyi içerebilir.¹ Otizm Yunanca'da öz, benlik anlamına gelen "otos" sözcüğünden türetilmiştir. Otizm spektrum bozukluğu 21.yüzyılda da çokça duyduğumuz bir hastalık iken 20.yüzyılda durum hiç de öyle değildi. Bir psikiyatrist olan Eugen Bleuler 1911 yılında otizmi şiddetli şizofreninin bir semptomu olarak tanımlıyordu.² Leo Kanner 1943'te 11 kişilik kohort çalışması olan "Gergin Çocuk" adlı makalesini yayınlayarak otizmi tek basına bir hastalık olarak ele alan ilk kişi olmuştur.³ Kanner'e kadar OSB olan binlerce çocuk şizofreni ve mental retardasyon tanısı alıyordu. Daha sonraki yıllarda özellikle 1990'larda çoğu ülkede OSB teşhisinde bir artış olmuştur. Kogan ve ark. (2009) tarafından 3 ila 17 yaş arası çocuklar ve ergenlerin (N = 78.037) incelendiği çalışmada 10.000'de 110'luk bir oran bildirildi.⁴ Bu artış, toplum ve tanı koyan hekimler arasında OSB ile ilgili kavram ve tanımlar ile ilgili farkındalık artışına bağlanmaktadır.⁵

Erken Tanı ve Sağaltımın Önemi

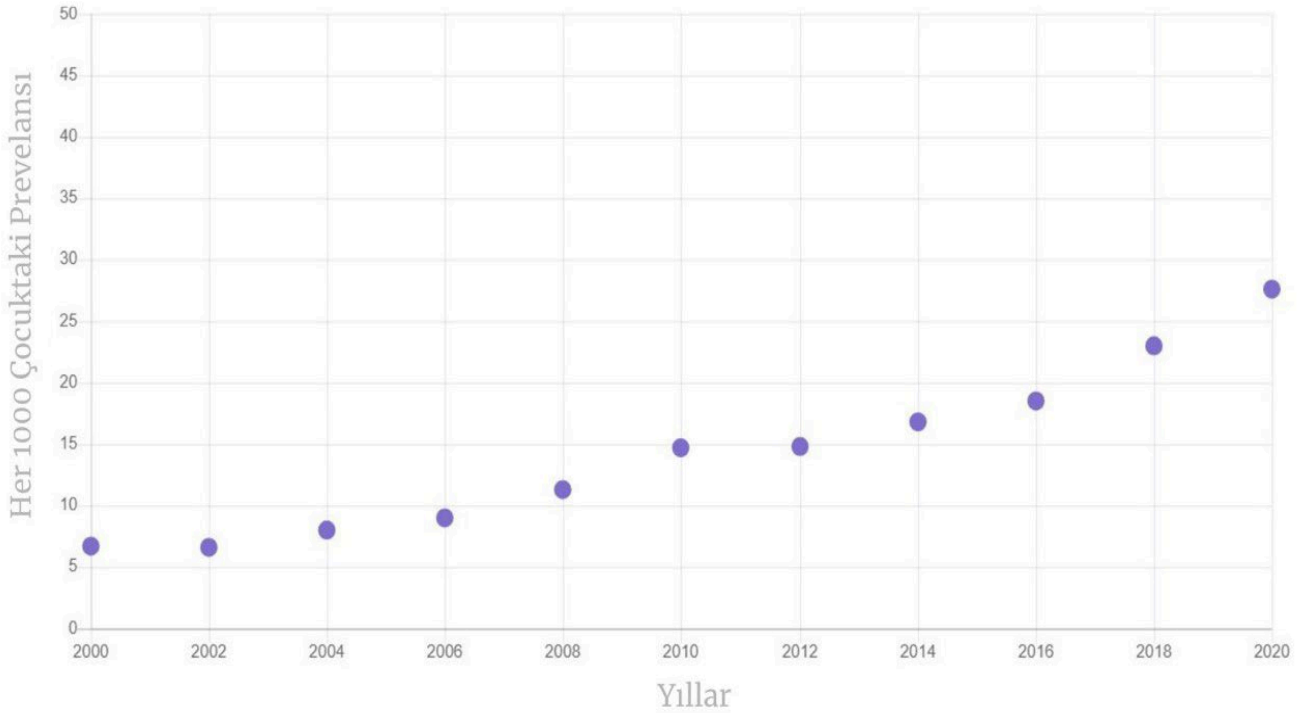
Amerika Birleşik Devletleri (ABD) verilerine göre ortalama OSB tanı yaşı 3,1 yıl olarak bilinmektedir.⁶ OSB yaş gruplarına özel semptomlar gösterdiği için aynı zamanda ayırıcı tanı açısından kesin tanı uzman değerlendirmesini gerekli kılmaktadır. Erken tanının bu kadar vurgulanan bir önemi vardır. Çocukluk sürecinin ilk 5 yıllık döneminde saptanabilen OSB olgularında katı disiplinli bir şekilde yapılan multidisipliner çalışmalarla OSB şiddetinde ciddi düşüşler gözlenmiştir.⁷ Araştırmalar tanı yaşını öne çekebilmek için en önemli etkenin çocukların sürekli teması olan aile hekimleri ya da çocuk hekimleri olduğunu göstermektedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının bu popülasyonun gereksinimlerini karşılamaya hazır olmaları gerekmektedir. Çin'de 2022 yılında 1160 hekimin katıldığı, OSB üzerine farkındalıklarını ölçen kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların yaklaşık %80'inin OSB'nin erken müdahaleye ihtiyacı olduğunu bilmediği ve yaklaşık %70'inin yanlış bir şekilde vitaminlerin ya da mikro besinlerin OSB'nin temel semptomlarını iyileştirebileceğine inandığı saptanmıştır. Bu çalışma sonucunda Çin'de çalışan hekimlerin bu konuda ciddi boyutta yetersiz oldukları gösterilmiştir.⁸ Türkiye'de ise 40 aile sağlığı merkezinde (ASM) görev yapan 192 sağlık personeli ile gerçekleştirilen, OSB konusunda bilgi ve erken tanıya yönelik görüşlerini inceleyen çalışmada, %1'inin 'düşük bilgiye', %35,9'unun 'orta düzey bilgiye' sahip ve %63 ünün 'bilgili' olduğu belirlenmiştir. Bulgular sonucunda araştırmaya katılan sağlık personellerinin OSB konusundaki bilgi düzeyleri yeterli bulunmuş, ancak çalışma yalnızca bir il merkezinde yapıldığı için Türkiye'de çalışan tüm ASM personeline genellenememiştir.⁹



Şekil 1. ADDM (The Autism and Developmental Disabilities Monitoring -Otizm ve Gelişimsel Bozuklukları İzleme) Veri Setine Göre Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB Tanı Yaşında Yıllara Göre Değişimi
Kaynak: Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezleri,2020

ABD ve Hindistan Örnekleri

ABD'nin elinde uzun süredir, düzenli tutulan, sistematik verileri vardır. Böylelikle ABD 'de gereksinim belirleniminin daha objektif olduğunu söyleyebiliriz. Buna en iyi örnek olan Otizm ve Gelişimsel Bozuklukları İzleme (The Autism and Developmental Disabilities Monitoring -ADDM) Ağıdır. Bu ağ, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 11 eyaletin prevalansını izleyen aktif bir ağıdır. ADDM Ağından elde edilen en son bulgular, OSB prevalansının daha önce bildirilen ADDM öngörülerinden daha yüksek olduğuna ve belirli ırksal/etnik gruplar ve topluluklar arasında değişmeye devam ettiğine ilişkin kanıtlar sunmaktadır.¹⁰ OSB tanı yaşının düşük olması nedeniyle Amerikan Ulusal Otizm Merkezi tarafından müdahale çalışmaları başlatılmıştır. Bu çalışmalardan en önemlisi ise erken yoğun davranışsal müdahaledir. Erken yoğun davranışsal müdahale, otizm spektrum bozukluğu olan çocuklarda, genellikle iki ile beş yaşlar arasında, bilişsel, sosyal ve iletişimsel becerilerin geliştirilmesine odaklanan bir tedavi yaklaşımıdır. Uygulamalı davranış analizi ilkeleri temelinde geliştirilen bu yöntem California Üniversitesi'nde başlatılmış ve etkililiği kanıtlanmış bir uygulamadır.¹¹



Şekil 2. ADDM (The Autism and Developmental Disabilities Monitoring -Otizm ve Gelişimsel Bozuklukları İzleme) Veri Setine Göre Amerika Birleşik Devletleri'nde OSB'nin Yıllara Göre Prevalansı

Kaynak: Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezleri,2020

Hindistan dünyanın en büyük doğum hızına sahip olan ülkelerinden biri olsa da OSB ile ilgili araştırmalarda ciddi eksiklikler vardır. Tüm bu çalışmaların uzun yıllar batı ülkelerinde sınırlı kaldığı görülmektedir. Bu konudaki sınırlılık 2004 yılındaki bir çalışmanın bulgularında görülmektedir. Hindistan'ın kentsel bölgesinde yaşayan OSB'li çocuk sahibi ailelerin çocuklarındaki durumu tanıma ve yardım arama davranışının ABD ile karşılaştırıldığında 6-10 ay kadar daha geç ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır. ¹² Mevcut epidemiyolojik çalışmalar klinik temelli vaka serileri ve bölgesel toplum temelli çalışmalarla sınırlı olduğu için Hindistan'da otizmin gerçek prevalans değerlerinin eksik olduğu düşünülmektedir. Ülke çapında yürütülen bir prevalans çalışmasının sonuçları, Hindistan'da 2-9 yaş grubunda OSB'li yaklaşık iki milyon çocuk olduğunu öngörmektedir. ¹³

Yurtdışındaki en önemli sivil toplum kuruluşlarından biri olan Princeton Çocuk Gelişimi Enstitüsü (Princeton Child Development Institute-PCDI) ABD merkezli bir sivil toplum kuruluşudur. PCDI, kurulduğu günden bu yana OSB tanılı bireylere yaşamaları boyunca bakım ve destekli istihdam programları sunma, bilimsel araştırma ve geliştirme, yaygınlaştırma ve personel yetiştirmede önemli başarılar elde etmiş, dünyaca tanınan bir kuruluştur. Tohum Vakfı ülkemizde, PCDI'nin bir kolu olarak hizmet vermektedir. ¹¹

OSB ve Türkiye

Hem ülkemizde hem de Dünyada son yıllarda yaşanan toplumsal ve bilimsel gelişmeler ile özel gereksinimli bireylere yönelik olarak pozitif bir değişim söz konusudur. En önemli adım olarak görülen “Otizm Spektrum Bozukluğu Ulusal Eylem Planı” Türkiye’nin OSB’li bireylere yönelik ilk eylem planıdır.

Planda öncelikli olarak belirlenen alanlar:

1. Farkındalık çalışmaları ve kurumlar arası iş birliği
2. Erken tanı, tedavi ve müdahale zincirinin kurulması
3. Ailelere yönelik hizmetlerin geliştirilmesi
4. Eğitsel değerlendirme, özel eğitim, destek eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerinin geliştirilmesi
5. İstihdam süreçleri ve çalışma hayatı
6. Sosyal hizmet, sosyal yardım ve toplumsal yaşama katılımıdır.

Bu eylem planının en önemli yanı multidisipliner yaklaşım ile Sağlık Bakanlığı, Millî Eğitim Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu Başkanlığının ortak sorumluluğu bulunmasıdır.¹⁴

Bu eylem planı kapsamında Sağlık Bakanlığınca yapılan en önemli çalışma ‘Otizm Spektrum Bozukluğu Tarama ve Takip Programı’dır. Tarama programı öncesi sağlık bilgi sisteminden otizm tanısı alan birey sayısının 107.834 olduğu gösterilmiştir. Çıkan sonuçlar ışığında erken tanı ve tedavi zincirinin kurulması amacıyla aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına yüz yüze eğitimler düzenlenmiştir. Aynı zamanda Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesinde bulunan sağlıklı hayat merkezlerinde OSB’li çocuklar ve ailelerini içeren bir hizmet modeli yürütülmüştür.¹⁵ Farkındalık çalışmaları kapsamında ülkemizde 61.276’sı sağlık çalışanı, toplam 208.180 kişiye farkındalık eğitimleri verilmiştir.^{15,16}

Türkiye’deki Önemli Farkındalık Çalışmaları

“Otizmin Farkındayım, Onların Yanındayım!” bilinçlendirme kampanyası ünlülerin katılımları ile 8 Mayıs 2009 tarihinde bir televizyon kanalında yayınlanan özel programda gerçekleştirilmiştir.¹¹

Tohum Vakfı ve bir restoran zinciri, 2015 yılında otizm farkındalık ayında “Ben Büyüyünce” adlı farkındalık kampanyası başlatmıştır. Bu kampanya süresince internet üzerinden, otizm ile ilgili önemli bilgiler paylaşılmıştır.¹¹

Otizm hakkında farkındalık yaratmak için ‘Mavi Işık Yak’ kampanyası Tohum Otizm Vakfı tarafından Dünya Otizm Farkındalık Gününde (2 Nisan) 2014 yılında ülkemizde başlatılmış ve büyük ilgi görmüştür.¹¹

COVID-19 ve OSB

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Mart 2020’de yeni koronavirüs (COVID-19) salgını küresel bir salgın ilan etti.¹⁷ Pandeminin başlangıcından bu yana, tedavi ve korunma için klinik araştırmalar yapıldı.¹⁸ COVID-19 salgınının, özellikle önceden nörogelişimsel hastalığı olan insanlar arasında daha yüksek düzeyde psikolojik sıkıntıya, anksiyeteye ve ataklarının sıklaşmasına neden olabileceği öngörülmüştür. Savunmasız popülasyonlar arasında, otizm spektrum bozuklukları olan genç bireylerin, COVID-19 salgınının sağlıkları üzerindeki etkisinin yanı sıra pandemi boyunca akıl sağlıklarını korumak için gereksinim duyabilecekleri özel destek konusunda özellikle endişe duydukları belirlenmiştir.¹⁸ Bunun üzerine Veneto Otizm Spektrum Bozukluğu Bölge Merkezine bağlı OSB tanısı olan bireylerin velileri olan 527 katılımcıyla bir araştırma yapılmıştır. Bulgular, çoğu OSB’li birey ve aileleri için günlük aktiviteleri yönetmede artan zorluklarla ve en az her üç çocuktan birinin daha sık veya daha yoğun olarak Verona Entegre Üniversite Hastanesine başvurmasıyla sonuçlandığını göstermektedir.¹⁸ Mart 2020’den başlayarak sosyal izolasyon uygulayan Hindistan’da da benzer bir örnek vardır. Çalışma, karantina öncesi ve sonrasında otizmlili çocukların çeşitli gelişim alanlarını karşılaştırmaya odaklanmıştır. Bu çalışmada, otizmlili çocuklar arasında görülen akademik, dilsel ve iletişimsel eksikliklerinin yanı sıra özellikle davranışsal alanlarda genel bir gerileme olduğunu saptanmıştır.¹⁹

Sonuç olarak, hastaneye acil hizmetlere erişimin artması ile hastaların COVID-19 endişesinin birleşmesi sonucunda daha önce OSB hizmetlerinde standart olmayan bir uygulama olan yüz yüze bakımdan tele sağlığa bir geçiş olmuştur.²⁰

Türkiye’de de sonuçların Dünyadan çok da farklı olmadığı belirlenmiştir. Selçuk Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalında OSB tanısı konan 4-17 yaş arası 46 çocuk ve ergeni içeren grupta COVID-19’un etkisi araştırılmıştır.²¹ Çalışma bulgularına göre, ‘COVID-19 Evde Kal’ uygulamaları sürecinde sinirlilik puanları önemli ölçüde artmıştır.²¹

Ülkemizde yapılan diğer bir çalışma da, COVID-19 nedeniyle ‘Evde Kal’ süresince OSB’li bireylerin anne ve babalarının görüşlerini incelemiştir. Bu çalışma sonucunda ilginç bir sonuç çıktığını görüyoruz.²² Başta babalar olmak üzere çoğu ebeveyn, COVID-19 pandemisine bağlı olarak sokağa çıkma yasağına kadar iş gücünde çalışmak zorunda oldukları için ailelerle vakit geçirecek zamanlarının olmadığını dile getirmişler. ‘Evde Kal’ süreciyle çocuklarıyla daha çok vakit geçirme fırsatı yakaladıklarını ifade etmişlerdir. Bu nedenle velilerin, pandemi sürecinde bu günlerin olumlu taraflarının altını çizdikleri görülmüştür.²²

“Evde Kal” süresince yaşanan diğer bir sorun da tüm Dünyada olduğu gibi sağlık hizmetlerine erişim konusudur. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı 20 Ekim 2020’de, virüs bulaşımı azaltmak ve risk altındaki bireylerin toplum sağlığını tehdit etmeden sağlık hizmetlerine erişimini sağlamaya yönelik olarak “Tele-Sağlık Sistemi” nin başlaması için duyuru ve hazırlıklar yapmıştır.²³

Afetler ve OSB

Türkiye’de 6 Şubat 2023 tarihinde yaşanan Kahramanmaraş merkezli, 11 ilimizi etkileyen deprem nedeniyle bir kez daha bir deprem ülkesi olduğumuz anlaşılmıştır. Ancak doğal afetlerden sonra OSB olan kişilerin uyumsal sonuçlarına ilişkin hiçbir açıklama ve araştırma bulunmamaktadır. Sayılı çalışmalardan biri 2009 yılında L'Aquila (İtalya) depremine maruz kalan OSB’li bireylerde yürütülen bir araştırmadır. Bu çalışmada bir yıl boyunca depreme maruz kalan OSB’li bireylerin uyumsal davranışları, maruz kalmamış OSB’li akran grubuyla karşılaştırılmıştır. Sonuç olarak maruz kalan gruptaki VABS* iletişim alanı puanları, maruz kalmayan akranlarına kıyasla olaydan 6 ay sonra önemli bir düşüş göstermiştir. Altı aylık puan düşüşünün, maruz kalan çocuklarda kritik (yaklaşık %20) ve maruz kalan ergenlerde kayda değer (yaklaşık %10) olduğu gösterilmiştir. Depremden bir yıl sonra, depreme maruz kalan çocukların VABS puanları tekrar yükselmiş, ancak başlangıca ve depreme maruz kalmayan katılımcılara göre önemli ölçüde düşük kaldığı belirlenmiştir.²⁴

***VABS: Vineland Adaptive Behavior Scales-III - Vineland Uyumsal Davranış Ölçekleri-III:**VABS, bireylerin günlük yaşam becerilerini değerlendirmek için kullanılan yaygın bir ölçektir. VABS, bireylerin sosyal etkileşim, iletişim, günlük yaşam becerileri ve motor becerileri gibi alanlarda gösterdikleri performansı değerlendirir. Bu ölçekte yüksek puanlar, bireyin yaşına uygun becerilere sahip olduğu veya bu becerileri yaşlılarından daha iyi gerçekleştirdiği anlamına gelir. Düşük/kritik puanlar ise bireyin yaşına uygun becerilere sahip olmadığı, bu becerileri yaşlılarından daha zayıf gerçekleştirdiği ve bu alanda ek destek veya müdahaleye ihtiyaç duyabileceği anlamına gelir.

Bir önceki paragrafta belirtildiği gibi, afet veya terörün yeti yitimi olan çocuklar üzerindeki etkilerini inceleyen çok az çalışma vardır. Elimizdeki bu araştırmalar da özel gereksinimli çocukların ve ailelerinin uzun süredir devam eden ayrımcı uygulamalar nedeniyle afete maruz kalma düzeylerinin daha yüksek, afetlere hazırlık düzeylerinin düşük olduğunu ve iyileştirme desteğinin daha az olduğunu göstermektedir.²⁴ Haiti’deki 2010 depreminden iki yıl sonra, Danquah ve ark. Haiti’deki Port-au-Prince bölgesindeki yeti yitimi yaygınlığını ve hizmet gereksinimlerini incelemişlerdir.²⁴ Yeti yitimi olan çocukların okula kaydolma olasılıklarının diğer çocuklara kıyasla daha düşük olduğu belirlenmiştir.²⁴ Afet planlaması ve hazırlık konusu üzerine yapılan incelemede ise yeti yitimi olan bireylerin bulunduğu hanelerin hazırlıklı olma ihtimalinin daha düşük olduğu saptanmıştır.²⁴

OSB Eğitim ve Sağlığa Erişim Alanında 21.yyda Yeni Uygulamalar

Yukarıda OSB’li çocuk prevalansının 2008’li yıllar ile günümüz arasında ciddi derecede arttığına değinilmişti. Ayrıntılı ve titiz hizmet verilmesi gereken bu özel topluluğun sayısının giderek artışının doğuracağı engellerin saptanması gerekmektedir. Bunlardan en önemlisi OSB’li bireylerin sağlığa erişim engelleridir. Bu alanda, OSB’li bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları zorlukları belirlemeye yönelik bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışma, OSB’li bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişiminde özel olarak ortaya çıkan engelleri vurgulamıştır. Araştırma, randevu almak için telefon kullanımı, kendilerini anlaşılmış hissetmemeleri ve doktorlarla iletişim kurma zorluğu gibi faktörlerin yanı sıra, sağlık hizmetlerine erişimi etkileyen duysal ve organizasyonel sorunları da açığa çıkarmıştır.²⁵

OSB olan çocukların ağız sağlığı, akranlarına kıyasla daha olumsuz bir durumda olabilir. Sağlık hizmetlerine erişim konusundaki kısıtlamalar göz önüne alındığında, İtalya’da "MyDentist" adlı bir proje yürütülmektedir. Bu projede, halk sağlığı bilgi ve iletişim teknolojileri (BİT) destekli diş bakımı hizmeti sunulmaktadır. Araştırmada, yaş ortalaması 9.9 olan (standart sapma = 5.43) 59 çocuk çalışma kapsamına alınmıştır.²⁶

Geliştirilmiş ve özelleştirilmiş bir BİT tabanlı müdahale yöntemi kullanarak, OSB’li çocukları klasik diş bakımı teknikleri, tıbbi ortam ve prosedürlerle tanıştırmayı hedeflemişlerdir. Bu yeni yaklaşım, duyarsızlaştırma ve korku kontrolü uygulamalarını OSB’li çocukların diş bakımı deneyimine entegre etmeyi amaçlamaktadır.²⁶

"MyDentist" deneyiminin etkisini değerlendirmek için, ebeveynlerden öncesinde ve sonrasında olmak üzere iki ayrı anket doldurmaları istenmiştir. Bu anketler aracılığıyla, projenin OSB’li çocukların diş bakımı üzerindeki etkileri ölçülmeye çalışılmıştır.²⁶

Aileler, "MyDentist" adlı multimedya desteğinin kullanımını olumlu bir şekilde değerlendirmişlerdir. Ebeveynler, bu multimedya desteklerinin çocuğun diş ortamına iyi bir şekilde uyum sağlamasına yardımcı olacak şekilde özelleştirildiğini, aynı zamanda diş muayenesi esnasındaki stresi azalttığını kabul etmişlerdir. Anne ve babalar, multimedya desteğinin kullanımının çocukları diş hijyenine daha aşına hale getirdiğini, aynı zamanda diş tedavisi ortamına daha iyi uyum sağlamalarını ve işbirliği yapmalarını destekleyen bir yapı oluşturduğunu ifade

etmişlerdir.²⁶ Bu kapsamlı ve çarpıcı projenin yeni bir başlangıç olduğu söylenmektedir. Teknoloji, başlangıçta OSB olan bireyleri eğitim alanında desteklemek amacıyla kullanılmaya başlandı. Ancak günümüzde, bu teknolojinin sağlık hizmetlerine erişim konusunda da genişletilmesi düşünülmektedir.

Diğer bir araştırma ise OSB'li bireylerin erken tanısının tablet üzerinden bir oyunla belirlenebilirliği ile ilgilidir. Son zamanlarda ortaya konulan yeni bir teoriye göre OSB'li bireylerin bir 'Otizm Motor İmzası' olduğu öne sürülmektedir. Bir başka çalışma da, 3-6 yaş arasındaki 37 otizmlili çocuğun motor beceri kalıplarını dokunmaya duyarlı ekranlı akıllı tablet bilgisayarlar kullanarak ve bu verileri makine öğrenimi analiziyle işleyerek OSB'yi %93'e varan doğrulukla tanımlamıştır.²⁷

Türkiye'de yapılan bir çalışmada, OSB tanılı çocuklara bakım veren kişilerin karşılaştığı ekonomik zorluklar incelenmiştir. İzmir'de 2022 yılında gerçekleştirilen bu bir aylık çalışmada, 26 aileye odaklanılmış ve en büyük ekonomik sorunların eğitim, doktor ve psikolog masrafları olduğu ortaya konmuştur.²⁸ Bu nedenle, daha erişilebilir ve ekonomik yükü daha az olan tele-eğitim ve tele-rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir.

Ülkemizde tablet vb. teknoloji araçlarının kullanım yaşının düştüğü ve sıklığının arttığı bilinmektedir. Devlet okullarına tablet bilgisayar dağıtılması amacıyla 'Fatih Projesi' adlı bir proje düzenlenmiş ve dağıtım Kasım 2013'te başlamıştı. TOHUM vakfının da desteğiyle otizmlili çocukların eğitim müfredatında yer alan bir beceri için Türkçe tablet uygulamasını kodlamak ve test etmek üzere bir pilot çalışma da yapılmıştır. Bu çalışma otizmlili çocukların tablet ve bilgisayarlar ile etkileşimini konu alan ilk ulusal çalışma olarak geçmektedir. Çalışmaya farklı yaş gruplarında üç OSB'li öğrenci katılmıştır. Önce ve sonra karşılaştırmasında her katılımcının ortalama performansında artış olduğu gözlenmiştir.²⁹

Yapılan bir başka kapsamlı ve önemli çalışma da sanal gerçeklik (virtual reality-VR) teknolojisi kullanımı ile OSBli bireylerin yüz ifadelerini uygun şekilde tanıma ve bunlara yanıt verme konusundaki zorlukları aşabilmeleri için tasarlanmıştır. Çalışma sonucunda VR teknolojisinin geleneksel müdahale uygulamalarına kombine edilerek daha hızlı ve etkili bir yanıt alınabileceği vurgulanmıştır.³⁰

Son olarak, Sağlık Bakanlığı Türkiye'de pandemi sürecinde evde kalmanın oluşturduğu problemler, günlük rutinlerinin bozulmasıyla ortaya çıkan sorunlar ve ailelerdeki duygusal ve fiziksel yükün artmasıyla özel gereksinimli kişilerde davranış problemlerine müdahale etmek amacıyla bir uygulama geliştirmiştir. "Özel Çocuklar Destek Sistemi" uygulaması, zihinsel özel gereksinimi olan çocuklar ve süreçte davranış sorunları artan çocuklar ve ailelerine gönüllü danışmanlarla uygulamalı davranış analizi yöntemiyle destek sağlamaktadır. Pandemi süresince kullanılan bu uygulama, ülkemizde meydana gelen, 11 ilimizi etkileyen Kahramanmaraş depremi sonrasında yaşanan büyük göçler ve yaşam alanlarını değişmesi nedeniyle depremden etkilenen tüm özel çocuklar için kullanılması amacıyla kamuoyuna yeniden duyurulmuştur.³¹

Sonuç ve Öneriler

OSB tanı yaşının gelişmiş ülkelerde gelişmekte olan ülkelere göre daha erken olmasının toplumun farkındalığıyla ilişkili olduğu söylenebilir.

Türkiye'de, 0-19 yaş arasındaki 574 bin 963 OSBli bireyin sadece 42 bin 461'i eğitime ulaşabilmiştir. Ülke nüfusuna yansıtıldığında, yaklaşık 1 milyon 900 bin 326 OSBli birey ve bu durumdan etkilenen 7 milyon 601 bin 304 kişi olduğu öngörülmektedir.³² Otizmlili bireylerin hayatlarına olası en yüksek bağımsızlıkta devam edebilmeleri çok büyük önem taşımaktadır. Bunun için OSB'li bireylerin nitelikli eğitime ulaşması sağlanmalıdır. Otizmlili çocuklarda nitelikli eğitim, bireysel ihtiyaçlara odaklanan, erken yaşlarda başlayan ve çocuğun genel gelişimini hedefleyen bir yaklaşımdır. Bu eğitimde, sosyal, iletişimsel, bilişsel ve günlük yaşam becerilerini geliştirmek için özelleştirilmiş öğretim yöntemleri kullanılır. Erken Yoğun Davranışsal Müdahale (EYDM) programları haftada 20-40 saat arasında yapılandırılmış eğitim önermektedir. Ülkemizde ise MEB'e bağlı özel eğitim ve rehabilitasyon birimlerinde tüm özel bireylere sunulan eğitim, 8 saat bireysel, 4 saat grup olmak üzere ayda toplam 12 saat eğitimi kapsamaktadır.³² Bu nedenle, otizmlili bireylerin eğitim olanaklarının geliştirilmesi önerilmektedir. OSB'li çocukların bu eğitime ulaşabilmesi için bakımevlerinin yetersizliğine de dikkat çekilmelidir. Ayrıca dünyada ve özellikle ülkemiz kamu sektöründe OSB'ye yönelik sağlık hizmetleri sunumundaki kısıtlılıklar vurgulanmalı ve hizmetlerin güçlendirilmesi gereksiniminin altı çizilmelidir.

Son beş yıl içerisinde OSB'li bireylerin sağlığa erişim ve eğitimleri ile ilgili araştırmaların yapay zekâ ve teknoloji üzerine odaklandığı görülmektedir. Bu konuda ülkemizde nitelikli çalışmalar yapan Tohum Otizm Vakfının geliştirdiği, Tohum 1 & Tohum 2, Kavram Öğretimi ve Dinle Anla tablet uygulamaları yazılımları bulunmaktadır.^{33,34} Görüldüğü üzere teknoloji, son yıllarda OSB olan bireylerin hayatlarına önemli katkılar sağlamıştır. Her yıl OSB'li bireyler için tablet uygulamaları, sanal gerçeklik, biyosensörlerle giyilebilir ekipmanlar gibi onlarca yazılım üretilmektedir. Bu yazıda, bu teknolojilerin varlığı kadar, OSB'li bireylerin yaşam kalitesine, öğrenmesine ve sosyal becerilerine nasıl etki ettiğinden de söz edilmiştir. Yakın gelecekte bu ilerlemelerle otizmlili bireylerin her birine kendi özgün koşullarında farklılıkları kucaklanarak ulaşılması hedeflenmektedir.

Çıkar çatışması

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Maddi destek

Yazarlar bu çalışma için finansal destek ve bağış almadıklarını beyan etmişlerdir

Kaynaklar

1. US Department of Health and Human Services. Autism Spectrum Disorder: Diagnostic Criteria. 2013. Erişim: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/hcp-dsm.html> Erişim tarihi: 14.03.2023
2. Moskowitz A., Heim G. Eugen Bleuler's Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias (1911): A Centenary Appreciation and Reconsideration. *Schizophrenia Bulletin*. 2011. Volume 37. Issue 3. Pages 471-479. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr016>
3. Arizona State University. Embryo Project Encyclopedia. "Autistic Disturbances of Affective Contact" (1943). by Leo Kanner. 2018. Erişim: <https://embryo.asu.edu/pages/autistic-disturbances-affective-contact-1943-leo-kanner> Erişim tarihi: 02.03.2023
4. Matson, J. L., Kozlowski, A. M. The increasing prevalence of autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011. 5(1):418-425. doi: 10.1016/j.rasd.2010.06.004
5. Hill A.P., Zuckerman E.K., Fombonne E. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorder*. 2014. Erişim: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118911389.hautc03> Erişim tarihi: 04.03.2023
6. Mandell, D. S. Factors Associated With Age of Diagnosis Among Children With Autism Spectrum Disorders. *PEDIATRICS*. 2005. 116(6). 1480-1486. doi:10.1542/peds.2005-0185
7. Volkmar F, Siegel M, Woodbury-Smith M, King B, McCracken J, State M. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014. Feb. Volume 53. Issue 2. Pages 237-257. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.10.013>
8. Mao S, Fan X, Ma Y. *et al* Knowledge and beliefs about autism spectrum disorders among physicians: a cross-sectional survey from China. *BMJ Paediatrics Open*. 2022. December. Volume 6. Issue 1. doi: 10.1136/bmjpo-2022-001696
9. Tamur, Y. & Şen Celasin, N. Aile Sağlığı Merkezlerinde Görev Yapan Sağlık Profesyonellerinin Otizm Konusundaki Bilgi ve Erken Tanıya Yönelik Görüşleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2022. 16 (3). 517-531. Doi: 10.21763/tjfmpe.1041206
10. Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson Rosenberg, C., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L. C., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., Hewitt, A., Pettygrove, S., ... Dowling, N. F. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years - Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries*. 2018. April. 67(6). 1-23. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1>
11. TOHUM Otizm Vakfı, Türkiye'de Otizm Spektrumu Bozukluğu ve Özel Eğitim, 2017 Erişim: <https://www.tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2018/10/tosboe2017.pdf> Erişim tarihi: 15.04.2023
12. Daley, T. C. From symptom recognition to diagnosis: children with autism in urban India. *Social Science & Medicine*. 2004. 58(7). 1323-1335. Doi:10.1016/s0277-9536(03)00330-7
13. Patra, S., Kar S. K. Autism spectrum disorder in India: a scoping review. *International Review of Psychiatry*. 2020. Volume 33. Issue 1-2. 81-112. doi:10.1080/09540261.2020.1761136
14. Yüksek Planlama Kurulu, Otizm Spektrumu Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Ulusal Eylem Planı, 2016 Erişim: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/12/20161203-16.htm> Erişim tarihi: 25.02.2023
15. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Otizm E-Bülten Özel Sayı, 2019 Erişim: <https://www.aile.gov.tr/media/51942/otizm-ozel-sayi-bulten-2019.pdf> Erişim tarihi: 14.03.2023
16. Susuz Ç., Güçüz Doğan B. Halk sağlığı bakışıyla otizm spektrumu bozukluğu. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 2020. 5(2): 297-310.
17. Cucinotta, D., Vanelli, M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*. 2020 Mar 19;91(1):157-160. doi: 10.23750/abm.v91i1.9397. PMID: 32191675
18. Colizzi M., Sironi E., Antonini F., Ciceri M.L., Bovo C., Zocante L. Psychosocial and Behavioral Impact of COVID-19 in Autism Spectrum Disorder: An Online Parent Survey, *Brain Sci*. 2020 Jun; 10(6): 341. doi: 10.3390/brainsci10060341
19. Kaur R., Boobna T., Kallingal P. Effect of Covid-19 lockdown on Indian children with autism. *Research in Developmental Disabilities*. 2022. June. Volume 125, 104230. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2022.104230>

20. Fell LA, Albright CM, Kryszak EM, Butter E, Kuhlthau KA. Provider Perspectives on Telehealth Services for Children With Autism Spectrum Disorder During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic. *Acad Pediatr.* 2023 Mar 5: S1876-2859(23)00059-1. doi: 10.1016/j.acap.2023.02.016.
21. Türkoğlu S, Uçar HN, Çetin FH, Güler HA, Tezcan ME. The relationship between irritability and autism symptoms in children with ASD in COVID-19 home confinement period. *Int J Clin Pract.* 2021 Nov;75(11):e14742. doi: 10.1111/ijcp.14742.
22. Meral BF. Parental Views of Families of Children with Autism Spectrum Disorder and Developmental Disorders During the COVID-19 Pandemic. *J Autism Dev Disord.* 2022 Apr;52(4):1712-1724. doi: 10.1007/s10803-021-05070-0.
23. Bozkus-Genc G, Sani-Bozkurt S. How parents of children with autism spectrum disorder experience the COVID-19 pandemic: Perspectives and insights on the new normal. *Res Dev Disabil.* 2022 May; 124:104200. doi: 10.1016/j.ridd.2022.104200.
24. Valenti M, Ciprietti T, Egidio CD, Gabrielli M, Masedu F, Tomassini AR, Sorge G. Adaptive response of children and adolescents with autism to the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Autism Dev Disord.* 2012 Jun;42(6):954-60. doi: 10.1007/s10803-011-1323-9.
25. Doherty M, Neilson S, O'Sullivan J, Carravallah L, Johnson M, Cullen W, Shaw SCK. Barriers to healthcare and self-reported adverse outcomes for autistic adults: a cross-sectional study. *BMJ Open.* 2022 Feb 22;12(2):e056904. doi: 10.1136/bmjopen-2021-056904.
26. Narzisi A, Bondioli M, Pardossi F, Billeci L, Buzzi MC, Buzzi M, Pinzino M, Senette C, Semucci V, Tonacci A, Uscidda F, Vagelli B, Giuca MR, Pelagatti S. "Mom Let's Go to the Dentist!" Preliminary Feasibility of a Tailored Dental Intervention for Children with Autism Spectrum Disorder in the Italian Public Health Service. *Brain Sci.* 2020 Jul 12;10(7):444. doi: 10.3390/brainsci10070444.
27. Anzulewicz, A., Sobota, K. & Delafield-Butt, J. Toward the Autism Motor Signature: Gesture patterns during smart tablet gameplay identify children with autism. *Sci Rep* 6, 31107 (2016). <https://doi.org/10.1038/srep31107>
28. Çınar, İ., Çınar, Ş., Sarıkaya, E. & Yağizefe, D. (2023). Otizm spektrum bozukluğu/yaygın gelişimsel bozuklukta ailelerin ekonomik yükleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26 (1), 49-64.
Erişim: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/76286/1098000> Erişim Tarihi:10.04.2023
29. Doenyas, C., Şimdi, E., Özcan, E. Ç., Çataltepe, Z., & Birkan, B. Autism and tablet computers in Turkey: Teaching picture sequencing skills via a web-based iPad application. *International Journal of Child-Computer Interaction*, 2014; 2(1), 60–71. doi: 10.1016/j.ijcci.2014.04.002
30. Bekele E, Zheng Z, Swanson A, Crittendon J, Warren Z, Sarkar N. Understanding how adolescents with autism respond to facial expressions in virtual reality environments. *IEEE Trans Vis Comput Graph.* 2013 Apr;19(4):711-20. doi: 10.1109/TVCG.2013.42.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Özel Çocuklar Destek Sistemi Duyurusu,2023
Erişim: <https://shgmnadirdb.saglik.gov.tr/TR-94839/depremzede-cocuklarimiza-psikiyatrik-destek-saglamak-icin-saglik-bakanligi-tarafindan-ozel-cocuklar-destek-sistemi-ocds-olusturulmustur.html> Erişim tarihi: 19.03.2023
32. *Cumhuriyet* Gazetesi, Atalay F., Yoksul Otizimli Bireyler İhtiyacı Olan Eğitime Ulaşamıyor, 6 Şubat 2022
Erişim: https://www.cumhuriyet.com.tr/egitim/yoksul-otizimli-bireyler-ihci-yaci-olan-egitime-ulasamiyor-1910236#:~:text=T%C3%BCrkiye'de%20yakla%C5%9F%C4%B1k%202%20milyon,bin%20461'i%20e%C4%9Fiti me%20eri%C5%9Febiliyor_ Erişim tarihi: 08.04.2023
33. TOHUM Otizm Vakfı, Otizm Spektrum Bozukluğunda Eğitim, Terapi ve Tedavi Yöntemleri,2019
Erişim: https://tohumotizm.org.tr/wp-content/uploads/2019/06/OSB_sari_kitapcik_NISAN-2019.pdf
Erişim tarihi: 10.04.2023
34. *Sivil Sayfalar*, Kap D., Otizimli Çocuklar ve Uzaktan Eğitim, Nisan 2020
Erişim: <https://www.sivilsayfalar.org/2020/04/02/otizimli-cocuklar-ve-uzaktan-egitim/> Erişim tarihi: 10.04.2023



Review / Derleme

Quaternary Prevention And Overmedicalization Dördüncül Koruma Ve Aşırı Medikalizasyon

Uğur BÜYÜKOKUDAN¹, Kadriye AVCI¹

Abstract

Quaternary prevention involves identifying patients who are at risk of over-medicalization and protecting patients from unnecessary medical intervention. In fact, patients are currently at risk of unnecessary over-diagnosis and over-treatment as technology progresses and the use of health-care services grows. Over-medicalization is described as medical treatments that have not been validated in terms of patient benefits, are potentially detrimental, and so incur unnecessary expenses. These have a negative social, psychological, and economic impact on patients, while also increasing dissatisfaction and the financial burden on the health-care system. Given the potential for long-term harm from medical interventions, the concept of quaternary prevention and over-medicalization is significant in this particular setting. Patients' engagement in decision-making and shared decision-making, building a trustworthy patient-physician relationship, expanding primary health care services, and regulating the referral system are all crucial to minimizing over-medicalization and providing quaternary prevention.

Keywords: Medicalization; Preventive Health Services; Preventive medicine

Özet

Dördüncül koruma, aşırı tıbbi medikalizasyon riski altındaki kişilerin belirlenmesi ve hastaların gereksiz tıbbi müdahalelere karşı korunmalarını içerir. Günümüzde gelişen teknoloji ve artan sağlık hizmeti kullanımıyla beraber, hastalara gereksiz aşırı teşhis ve aşırı tedavi uygulanabilmektedir. Aşırı medikalizasyon kavramı ise, hastalara sağladığı faydalar açısından doğrulanmamış, potansiyel olarak zararlı ve bu nedenle gereksiz maliyetlere yol açan tıbbi uygulamalar olarak tanımlanmaktadır. Bunlar hastalarda sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden olumsuz etkilenme; sağlık sisteminde ise memnuniyetsizlik ve ekonomik yükü arttırmaktadır. İnsanların tüm yaşamları boyunca tıbbi müdahalelerden zarar görebileceği düşünüldüğünde, dördüncül koruma ve aşırı medikalizasyon kavramı bu bağlamda büyük önem taşımaktadır. Aşırı medikalizasyonu azaltmak ve dördüncül korumayı sağlamak için; hastaların karar verme sürecine katılımı ve ortak karar alma, güvenilir hasta-hekim ilişkisi kurulması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin teşvik edilmesi ve sevk sisteminin düzenlenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: Medikalizasyon; Koruyucu Sağlık Hizmetleri; Koruyucu Hekimlik

Geliş tarihi / Received: 19.07.2023 Kabul tarihi / Accepted: 26.10.2023

¹ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi/Tıp Fakültesi/Halk Sağlığı anabilim dalı

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Uğur BÜYÜKOKUDAN. 2078. Sokak Zafer Sağlık Külliyesi Afsü Tıp Fakültesi B Blok Merkez/Afyonkarahisar E-posta: u_buyukokudan@hotmail.com Tel: +9 0543 233 53 70

Büyükokudan U, Avcı K. *Quaternary Prevention And Overmedicalization*. *TJFMPC*, 2023; 17 (4) :572-581
DOI: 10.21763/tjfmpe.1329929

Hastalıklardan koruma, halk sağlığının temelini oluşturmaktadır. Hastalık ortaya çıkmadan önceki koruma hizmetleri kadar, hastalıklar ortaya çıktıktan sonraki koruma önlemleri de önemlidir. Özellikle günümüzde bazen hastalara gereksiz aşırı teşhis ve tedavi hizmetleri verilmekte, bu da hem hastaların sağlığını olumsuz etkilemekte hem de ekonomik bir yüke neden olmaktadır. Bu tür durumlarda alınacak koruma önlemleri, son yıllarda dördüncül koruma adı altında incelenmeye başlanmıştır. Bu derlemede, koruma düzeyleri, dördüncül koruma kavramı ve dördüncül korumanın bileşenlerinden olan aşırı medikalizasyon, nedenleri ve nleme stratejileri ile birlikte, literatür bilgileri ışığında incelemek amaçlanmıştır.

Koruma ve Korunma Düzeyleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıklar oluşmadan önlem alınması, kronik ve bulaşıcı hastalıkların olumsuz etkilerinin azaltılması, hastalık sonrası hasta ve yakınlarının rehabilitasyonunun sağlanması gibi uygulamaları içeren, tedaviden önce korumaya odaklanan sağlık hizmetlerini kapsamaktadır.¹ Koruma düzeyleri birincil, ikincil, ncl ve yeni bir alan olan dördüncül koruma kategorilerini kapsamaktadır.^{2,3}

Dünya Sağlık rgt, birincil korumayı “bir hastalığın ortaya çıkmasını önlemeyi amaçlayan eylemler” olarak tanımlar. Bu eylemler; sosyal ve ekonomik belirleyicilerin sağlık üzerindeki etkisini değiştirerek sağlığı iyileştirmeye yönelik faaliyetleri, davranışsal ve tıbbi sağlık riskleri hakkında bilgi sağlama ve danışmanlık hizmetini, kişisel ve toplumsal düzeyde beslenme ve gıda takviyesi; ağız ve diş hijyeni eğitimi; çocukların, yetişkinlerin ve yaşlıların aşılanması gibi klinik koruyucu hizmetleri, bulaşıcı hastalığa maruz kalan kişiler için aşılama veya maruz kalma sonrası profilaksiyi içermektedir.⁴ İkincil korumada, birey veya toplumda hastalığın erken teşhis edilmesi ve tedaviyi kolaylaştırarak hastalığın uzun vadede olumsuz sonuçlar doğurmasını önlemek amaçlanmaktadır. İkincil koruma genellikle taramalar ve komplikasyonları nleme şeklinde gerçekleşmektedir.² ncl koruma akut veya kronik sağlık sorunlarından kaynaklanan işlevsel bozulmayı en aza indirerek bireyde veya toplumda sağlık probleminin kronik etkilerini azaltmak için yapılan eylemdir.⁵

Dördüncül Koruma Kavramı ve Tarihsel Gelişimi

Dördüncül koruma kavramı ilk olarak 1986'da Fransızca bir yayında hekim Marc Jamouille tarafından kullanılmış, Jamouille ve Roland tarafından 1999 yılında geliştirilmiş ve 2003 yılında Jamouille tarafından, Wonca Genel/Aile Hekimliği Sözlüğü'nde “**Aşırı medikalizasyon riski taşıyan bir hasta veya toplumu belirleme, onları invaziv tıbbi müdahalelerden koruma ve onlara etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürleri sağlama eylemi**” olarak tanımlanmıştır.⁶⁻⁸

Jamouille, dört koruma kategorisinin yorumlanmasına ilişkin açıklayıcı bir model sunmuştur.⁹ Bu model, öznel bir deneyim olan kendini hasta hissetme durumu ile teorik ve klinik olarak tanısı koyulan patofizyoloji temelli hastalık arasındaki kavramsal ayrıma dayanmaktadır ve bu iki kavramın kombinasyonu ile dört koruma kategorisi temsil edilmektedir (şekil 1).^{6,10,11} Birincil, ikincil ve ncl korumanın tanımları ve Marc Jamouille tarafından önerilen 4. koruma tanımı şekil 1'de gösterilmiştir. Alan 1'de hasta kendini iyi hissetmektedir, hekim bir hastalık bulamamıştır. Burada hekim hastanın sağlıklı kalması için birincil korumayı düzenler. Alan 2'de hasta sağlıklı hissetmektedir, hekim burada ikincil koruma için hastalık taramaları gerçekleştirmektedir. Alan 3'te hasta kendinin sağlıksız olduğunu hisseder, hekim ncl korumayı düzenler ve hastaya gerekli bakımları sağlar. Alan 4, hastanın kendini hasta hissettiği ancak hekimin herhangi bir hastalık olmadığı sonucuna vardığı bir durumu ifade etmektedir.^{8,11}

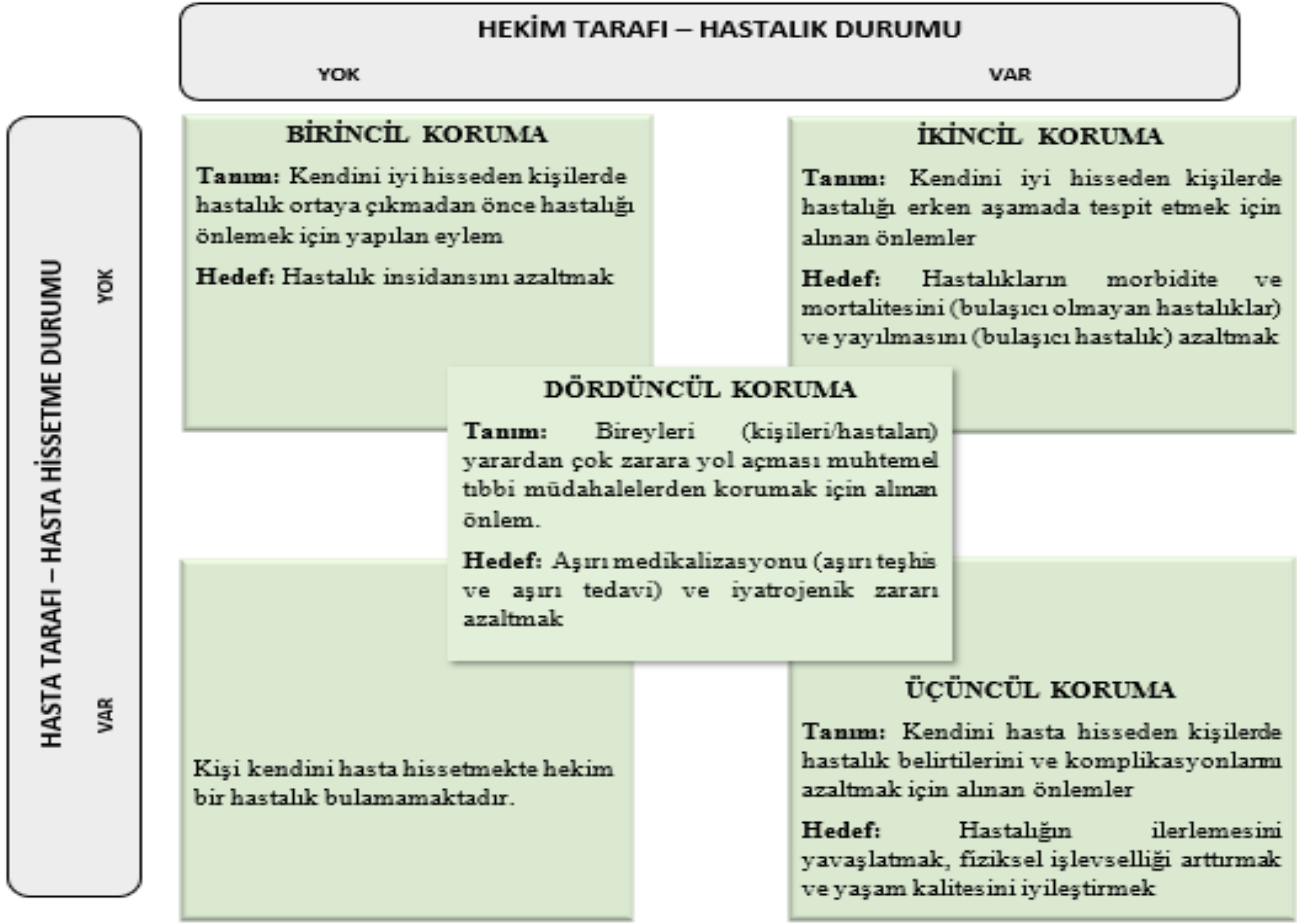


Şekil 1. Hasta hekim karşılaşmasının ve korumanın 4 alanı

Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(2):61'den alıntı yapılmıştır.)

Dördüncül koruma, kendini hasta hisseden ve sağlık durumu hakkında endişe duyan ancak patofizyolojik olarak açıklanamayan semptomları olan ve hekimin herhangi bir hastalık bulamadığı hastalara yöneliktir.¹² Bu hastaların çoğu tıbbi olarak açıklanamayan semptomlar ya da psikosomatik hastalık gibi tanıları olacaktır ya da birçoğu sınırda veya yanlış pozitif sonuçlara sahip olacaktır. Bu anlamda, dördüncül koruma hekimlerin hastalara istemeden de olsa verebilecekleri zararın bilincinde olması adına, hasta için zararlı olabilecek kendi faaliyetlerine eleştirel bir bakış atmayı ve faaliyetlerinin etik sınırlarını sorgulamaya zorlamaktadır. Yani bir tür kalıcı kalite kontrolünü içermektedir. Dördüncül koruma, kaliteli etik bir bakımı sağlarken, hastaların gereksiz medikalizasyonunu önlemeyi hedeflemektedir.¹²⁻¹⁴

Brodersen ve ark. (2014), Jamouille tarafından geliştirilen dördüncül koruma tanımının bazı sınırlılıklarının olduğunu belirtmişlerdir. Dördüncül koruma tanımındaki “aşırı medikalizasyon riski altındaki hastalar” ifadesinin bu hastaları belirleyecek hekimler için gereksiz bir ifade olduğunu, çünkü bütün korumalarda aşırı medikalizasyon riski olduğunu savunmuşlardır.¹⁵ Ayrıca tanımın ikinci kısmındaki “etik olarak kabul edilebilir bakım prosedürleri” sadece hasta hisseden ancak nesnel bir hastalık bulgusu olmayan kişileri kapsamamasının, bu uygulamaların daha dar bir alana itildiğini iddia etmişlerdir.^{5,15} Jamouille, yakın tarihli yayınlarında dördüncül korumanın hasta-hekim ilişkisine dayalı tüm faaliyetleri kapsadığını belirtmesine rağmen, ilk tanımındaki sınırlamalar ve dördüncül korumanın diğer korumalardan ayrılması kavramsal tartışmalara neden olmuştur.^{5,10} Martins ve ark. (2019), yeni bir kavramsal model önermiş ve bu yeni modelde dördüncül korumayı, dördüncü alandan ayrılıp şeklin ve eksenlerin tam ortasına yerleştirilmiştir. Dördüncü alan da boş kalmamakla beraber, kendini hasta hisseden hekimin bir hastalık bulamadığı kişileri temsil etmektedir. Dördüncül korumanın şeklin ortasına yerleştirilmesi her alandaki hastaların aşırı medikalizasyon riski taşıyabileceği, bu yüzden her alanda dördüncül korumanın olması gerektiğini göstermektedir (Şekil 2).^{5,15,16}



Şekil 2. Dört farklı koruma türüyle ilişkili olarak hastalık ve hasta hissetme durumu.

(Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *Apmis*.2014;122(8):683-9'dan alıntı yapılmıştır)

Orijinal model üzerine bir diğer eleştiride ise, dördüncül korumanın sadece aşırı medikalizasyona odaklanmasının bunun tanımlamada eksikliğe yol açmasıdır. İhtiyaç duyulmayan ve hastalara faydadan çok zarar getirme potansiyeline sahip bazı medikalizasyonlar olduğu gibi, ihtiyaç duyulabilecek ve hastalar için etkili olabilecek bazı tıbbi prosedürler olabileceği, önemli olan medikalizasyonu azaltmaya odaklanmak değil yüksek kaliteli bilimsel kanıtlara dayalı olarak faydadan çok zarar verme olasılığı yüksek tıbbi müdahaleleri önlemek olduğu belirtilmiştir.¹⁶

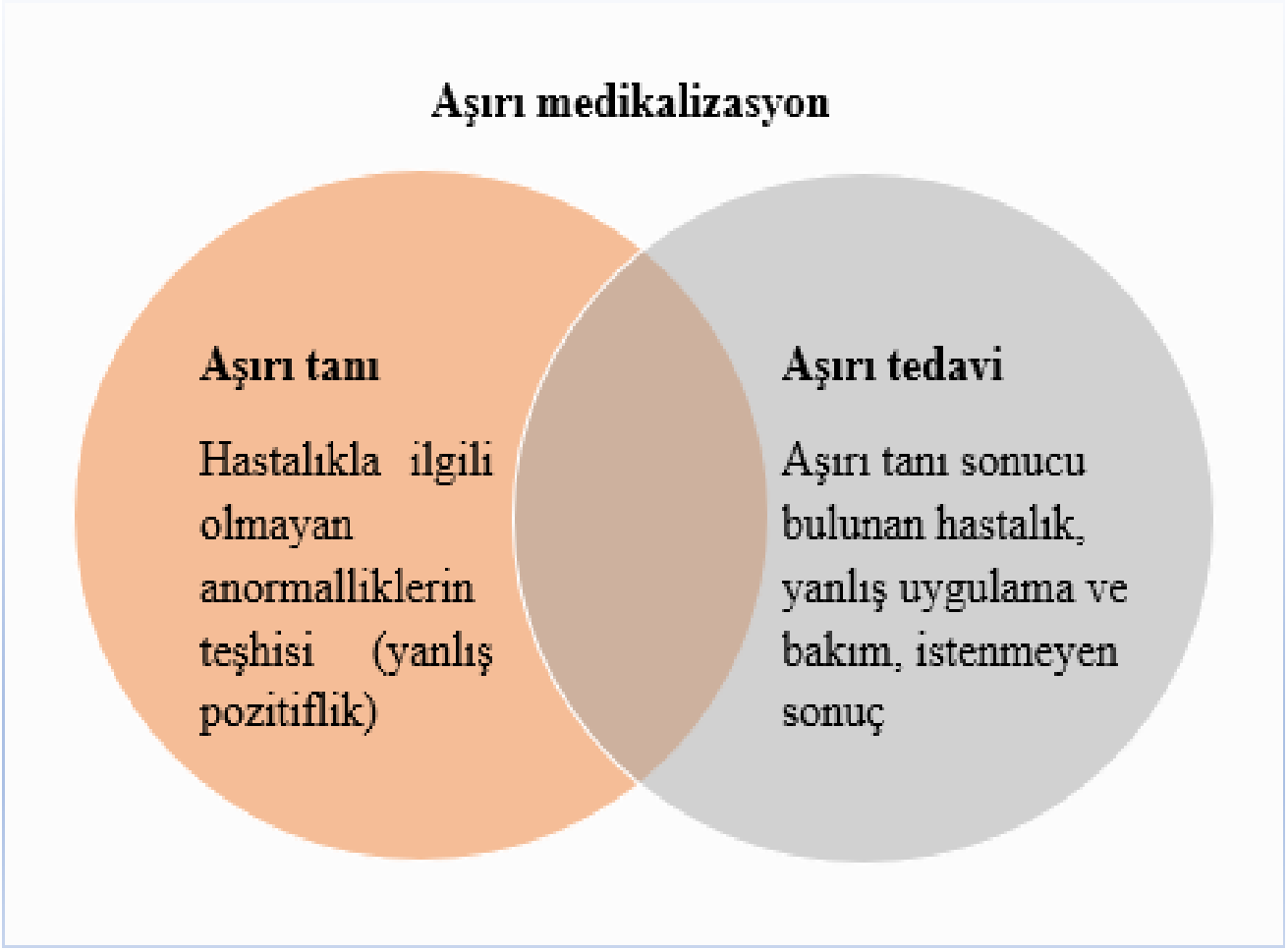
Mevcut öneriler doğrultusunda WONCA tanımının “Bireyleri (kişileri/hastaları) yarardan çok zarar getirmesi muhtemel tıbbi müdahalelerden korumak için alınan önlemler” olarak revize edilmesi gerektiğini hekimlerin dördüncül korumayı her durumda göz önünde bulundurmalarını ve tüm topluma uygulamasını önermektedir.^{5,15} Bu yeni tanımda hastalara zarar vermemeye odaklanma daha belirgindir ve daha sade bir dil kullanılmıştır. Günümüzde yetersiz sağlık okuryazarlığı hala sık görülen bir sorun olduğu için, bu yeni tanım hem hastalar, hem de sağlık çalışanları için daha basit ve anlaşılması daha kolaydır.⁵

Dördüncül korumanın tanımı ve içeriğine dair tartışmalar devam etse de en önemli bileşeni aşırı medikalizasyondur. Bu nedenle bu makalede aşırı medikalizasyonun tanımı, nedenleri, sonuçları ve bu konuda alınabilecek önlemler ele alınarak, dördüncül korumanın nasıl uygulanabileceğine dair ipuçlarına yer verilmiştir.

Aşırı Medikalizasyon

Tıp kimlerin hasta veya sağlıklı olduğunu, hangi durumların hastalığa neden olduğunu belirleme gücüne sahiptir. Bu güç, kimi zaman sosyal hayata dair cinsellik, doğum, yaşlanma, ruhsal değişiklikler gibi doğal süreçlerin tıbbin konusu haline getirilmesine ve hastalık, bozukluk gibi algılanmasına neden olmuştur^{17,18}. Tıbbin sınırlarının genişletilerek patolojik sayılmayan insan yaşamının bazı yönlerinin tıbbi sorunlar olarak algılanması süreci “medikalizasyon” olarak tanımlanmaktadır.¹⁹ Aşırı medikalizasyon kavramı ise hastalara sağladığı faydalar açısından doğrulanmamış, potansiyel olarak zararlı ve bu nedenle gereksiz maliyetlere yol açan tıbbi uygulamalar olarak tanımlanmaktadır ve bu kavram aşırı teşhis ve aşırı tedavi kavramlarını da kapsamaktadır.²⁰ Aşırı medikalizasyonu oluşturan aşırı tanı ve aşırı tedavi arasındaki ilişki Şekil 3’te gösterilmiştir.

Aşırı medikalizasyon



Şekil 3. Aşırı medikalizasyon, aşırı tanı ve aşırı teşhis arasındaki ilişki

(Morgan, D. J., Brownlee, S., Leppin, A. L., Kressin, N., Dhruva, S. S., Levin, L., ... & Elshaug, A. G. (2015). Setting a research agenda for medical overuse. *BMJ*, 351'den alıntı yapılmıştır.)

Aşırı teşhis, genellikle semptomları olmayan bir kişiye, kişinin yaşamı boyunca hiçbir zaman semptomlara veya ölüme neden olmayacak bir hastalık teşhisi konulması olarak tanımlanır.²¹ Aşırı tedavi ise müdahale edilmediği takdirde, semptomlara veya ölüme neden olma olasılığı düşük olan bir hastalığın tedavisi olarak tanımlanır ve genellikle aşırı teşhisin sonucudur.²² Bu kavramlar farklı çıkış noktalarına sahip olmasına rağmen, faydadan çok zararlı olabilecek tıbbi müdahalelerin önlenmesini temel alan dördüncül koruma alanında yaklaşmaktadır.²³

Literatüre bakıldığında, aşırı medikalizasyon ilgili sınırlı sayıda çalışma gözlenmektedir. Aşırı medikalizasyona ilişkin literatüre bakıldığında, bu konu ile ilgili bir sistematik derlemede, birçok testin gereğinden fazla kullanıldığı, aşırı tedavinin yaygınlaştığı ve gereksiz bakımın hastaya zarar verebileceği belirtilmiştir.²⁴ Aşırı teşhisle ilgili yapılan, 3828 hastayı içeren 14 randomize kontrollü çalışmanın, sistematik inceleme ve meta analizi sonucunda ise, birinci basamak sağlık hizmetlerine yapılan başvuruların üçte birinin bilinen bir etiyolojisi olmadığı, sırt ağrısı, dispepsi, çarpıntı, göğüs ağrısı gibi semptomlar için yapılan testlerin hastanın içini rahatlatmadığı, kaygı ve semptomları azaltıcı etkisi olmadığı bulunmuştur.²⁵ Yine Ulusal Kanser Enstitüsü'nün 2012'de kanserin aşırı teşhis ve tedavisi üzerine sunduğu önerilerde, meme ve prostat kanseri taramasının klinik olarak önemsiz birçok tanıya neden olduğu, tiroit ve melanom kanseri taramalarıyla yavaş ilerleyen, iyi prognozlu hastalıkların erkenden tespit edilmesi ve bunun sonucunda aşırı tedavi planlandığı belirtilmiştir.²⁶

Cerrahi alanında, tümörlerin tespiti de aşırı teşhis ve aşırı tedavi fenomeni ile ilişkilendirilebilmektedir. Otopsi sonuçlarına dayanan araştırmalar, bazı kişilerin tümörün herhangi bir klinik belirtisini gözlemlemeden başka nedenlerle öldüğünü göstermiştir. Bu durum, subklinik tümör rezervuarı olduğunu doğrulamakta ve bu hastaların farmakolojik veya cerrahi tedavisi bireye gereksiz yere zarar verebilmektedir.²⁷

Aşırı medikalizasyona neden olan faktörler

Aşırı medikalizasyon, modern tıbbın büyük sorunlarından biridir ve birçok nedenden kaynaklanabilmektedir.²⁸ Bu nedenleri, hekim, hasta ve sistem kaynaklı olarak 3 grupta inceleyebiliriz.

1. Hekim kaynaklı aşırı medikalizasyon: Aşırı medikalizasyonun en önemli bölümü hekim kaynaklı nedenlerle ortaya çıkmaktadır. Hekimin kişisel, sosyal ve mesleki özellikleri bu durumu etkilemektedir.²⁹ Kadın hekimlerin daha fazla istemde bulunduğu ve klinik rehberlere daha bağlı olduğu, daha ileri yaştaki hekimlerin daha fazla tanı testi istediği, genç hekimlerin klinik rehberlere daha iyi uyduğu ve genellikle uzmanlık derecesi arttıkça istenen test sayısının arttığı tespit edilmiştir.³⁰ Bunların yanında hekimin empati ve iletişim kurma yeteneğinin az olması, danışma becerilerindeki eksiklik, tıbbi deneyim eksikliği, klinik rehberlerin az kullanımı ve kanıta dayalı tıp uygulamalarına yönelik bilgi eksikliği, ekonomik teşvik nedeniyle gereksiz testler ve tedaviler istemeleri, aşırı medikalizasyona yol açmaktadır.^{29,30}

2. Hasta kaynaklı aşırı medikalizasyon: Hastaların tutumu da aşırı medikalizasyona neden olabilmektedir. Toplumun değişen hastalık ve sağlık algısı, medyanın etkisi ile daha çok bilgi edinen hastaların daha çok test istemesi ve ilerleyen teknoloji ve gelişmiş cihazlara kolay erişim buna yol açan faktörlerdir.^{18,31} Sağlıkla ilgili genel inançlar ve tutumlar da aşırı teşhise yol açmaktadır. “Bilmek bilmemekten daha iyidir”, “yeni eskisinden daha iyidir”, “erken davranmak, geç kalmaktan iyidir” gibi inançlar veya “daha fazla test daha iyidir” ifadeleri, aşırı teşhisin artmasına neden olabilir.²³

Hastayla ilişkili faktörler arasında testin hasta tarafından kabul edilebilirliği, invazivliği, testi yaptırmak isteyip istememesi, hastanın sağlıkla ilgili endişeleri için hekimden daha fazla tetkikler istemesi yer almaktadır.³² Kalitatif bir çalışma, bel ağrısı olan bazı hastaların kendilerine ayrıntılı tetkikler yapılmadığını ve röntgen veya bilgisayarlı tomografi taraması gibi ek testlerin, çektikleri ağrının fiziksel nedeninin kesin olarak tespit edilmesini sağlayabileceğini belirtmiştir.³³ Araştırmalar, hastaların daha fazla tedavi gördüklerinde veya daha fazla ilaç aldıklarında, kendi çıkarları için bir şeyler yapıldığını algıladıkları için daha memnun olduklarını göstermektedir. Bu durumda, hekimleri hasta memnuniyetini sürdürmek için aşırı tedaviye zorlamaktadır.^{34,35}

Bunların yanında bazı savunmasız gruplar da aşırı medikalizasyon risk altındadır. Bu savunmasız grupları; semptomu olmayan veya çok az semptomu olan ancak kaygılarından dolayı sık sık hekime giden kişiler; semptom odaklı yaklaşım yerine maksimum araştırma ve tedavi alan palyatif bakım hastaları; psikoterapi yerine somatik sağlık hizmetlerine odaklanan psikosomatik tanıları olan hastalar; potansiyel olarak ciddi yan etkilere yol açan polifarmakoterapi riski taşıyan yaşlı ve multimorbid hastalar oluşmaktadır.^{36,37}

3. Sağlık sistemi kaynaklı aşırı medikalizasyon: Birinci basamak sağlık sistemindeki sorunlar aşırı medikalizasyona yol açabilmektedir. Hastaların birinci basamak sağlık hizmetleri sevki olmadan ikinci basamak sağlık hizmetlerine başvurabilmeleri ve hasta talepleri buna örnek olarak verilebilir.²⁹

Sağlık sistemiyle ilgili başka bir neden ise hekim sirkülasyonudur. Hekim sirkülasyonunun fazla olduğu bölgelerde bakımın bir kişi tarafından devamlılığı sağlanmadığı için, daha fazla laboratuvar ve görüntüleme isteminde bulunulduğu belirtilmektedir.³⁰

Taramalar da uygun ve yerinde yapılmazsa aşırı medikalizasyona yol açabilmektedir. Halk sağlığı için taramalar yapıp, hastalıkları erken evrede yakalamak ve hastalıklar için risk faktörleri belirleyip hastalıkları önlemek önemlidir.³⁸ Ancak giderek daha hassas hale gelen tarama ve tanı testlerinin yanı sıra öngörülemeyen bir durumun erken evrelerinin hastalık tanımına dahil edilmesinden kaynaklanan, aşırı tanısız değerlendirme giderek büyüyen bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır.³¹ Hayatı tehdit etmeyen prostat kanserinin prostat spesifik antijen ile saptanması, küçük papiller tiroit kanserinin ultrasonografi ile veya hipersekrete etmeyen iyi huylu adrenokortikal adenomların bilgisayarlı tomografi BT ile saptanması gibi örneklerin yanı sıra hipertansiyon, diyabet veya osteoporoz gibi taramayla saptanan diğer durumlarda da gereksiz teşhisler koyulması dördüncül korumanın çiğnenmesine neden olmaktadır.³⁹ Toplumun taramayla ilişkili risklerin ve faydaların kapsamını ve özellikle de aşırı teşhisin sonuçlarını tam olarak anlamak için yeterince bilgilendirilmesi önemlidir. Örneğin; 510 İngiliz kadının değerlendirildiği kesitsel bir çalışmada, katılımcıların %15'i aşırı teşhisi kabul etmeye hazır olduklarını bildirmiştir, bu da taramanın amaçlarını ve aşırı teşhis kavramını anlamamış olabileceklerini düşündürmektedir.⁴⁰

Bunların dışında, hasta memnuniyetini artırmak ve aşırı medikalizasyonu daha kaliteli bir bakım olarak nitelendirmek de, sağlık sistemin yol açtığı aşırı medikalizasyon nedenlerindedir.^{34,35} Aşırı teşhis sonucunda ortaya çıkan aşırı tedavinin merkezinde, daha fazla bakımın hasta için daha iyi bir sonuca yol açacağı algısı ve beklentisi vardır.⁴¹ Bu ‘daha fazla bakım’ daha kaliteliymiş gibi algılanan yeni teknoloji, cihaz, ekipman ve tekniklerin kullanımı ve daha fazla ilaç reçete edilmesidir. Hastaların memnuniyetini arttırmak için hasta talepleri doğrultusunda aşırı tedavi, aşırı medikalizasyonun önemli sebeplerinden biridir.⁴²

Aşırı medikalizasyonun sonuçları

Aşırı medikalizasyonun olumsuz sonuçları, psikolojik, fiziksel, sosyal, finansal sorunlar ve sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik gibi geniş bir yelpazede incelenmektedir.

1. Psikolojik sonuçlar: Tedavilerin veya testlerin tetikleyebileceği stres, belirsizliğin neden olduğu kaygı ve gereksiz bir prosedür nedeniyle “hasta” olarak etiketlenme psikolojik zararlar ilişkilidir.⁴³ Örneğin meme kanseri şüphesiyle tarama yapılan in situ duktal karsinomlu hastalar, genellikle nüksetme korkusuyla ilgili sürekli kaygı ve ölüm korkusu yaşamaktadır.⁴⁴ Ayrıca aşırı medikalizasyon sonucu hastanede tedavinin hastalarda gereksiz fiziksel izolasyona yol açabileceği için yalnızlık ve depresyon gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.⁴⁵

2. Fiziksel sonuçlar: Tıbbi prosedürlerden kaynaklanan komplikasyon riskini ve sakatlığa veya ölüme yol açan advers ilaç reaksiyonlarını içerir.⁴⁶ Örneğin, Cushner ve ark.⁴⁷, total diz ve kalça artroplastisi küresel verilerinin kayıt edildiği belgelere ulaşarak aşırı tedavi nedeniyle hastaların %7-8’inde enfeksiyon, revizyon, kardiyovasküler olaylar ve ölümü gibi ciddi yan etkiler geliştiğini belirtmiştir.

3. Sosyal sonuçlar: Yanlış teşhis edilmiş bir tıbbi durum psikolojik zarara, potansiyel olarak kişisel ilişkilerin bozulmasına ve sosyal damgalanmaya yol açabilmektedir.⁴⁸

4. Finansal sonuçlar: Aşırı medikalizasyonun bir diğer olumsuz etkisi ise finansal sonuçlarıdır. Hastalık durumu, belirsiz kişilere gereksiz tanımlar koymak ve tedavi etmek, daha ciddi şekilde etkilenen kişiler için gerekli tedaviye daha iyi harcanabilecek kaynakların israfına neden olarak doğrudan; işe devamsızlık, üretkenlik kaybı ve nihai iş kaybı nedeniyle dolaylı olarak mali problemlere yol açar.^{46,49} Aşırı teşhisin ana ve en kötü sonucu aşırı tedavidir.³⁹ Aşırı tedavi daha çok yüksek gelirli ülkelerde artan bir sorun olsa da düşük ve orta gelirli ülkeleri de etkilemektedir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde aşırı tedavi, sağlık kaynaklarının eşit olmayan bir şekilde dağılmasına ve sağlık hizmetlerinden faydalanım dengesinin bozulmasına neden olabilir.⁵⁰ Çin’de yapılan bir çalışma sonucu, aşırı medikalizasyon grubundaki hastaların diğerlerine göre toplam sağlık harcama maliyetini %117,8, test maliyetini %58,8 ve ilaç maliyetini %100,3 oranında önemli ölçüde artırdığı bulunmuştur. Aşırı medikalizasyon ayrıca gereksiz tıbbi bakımla daha fazla zaman harcanmasına neden olarak tedavi yükü nedeniyle çalışanların iş yükünün artmasına neden olur.⁵¹

5. Sağlık hizmetlerinden memnuniyetsizlik: Tüm bu faktörler, daha geniş bir perspektifte, sağlık sisteminden memnuniyetsizliğe ve güvensizliğe neden olmaktadır.⁴⁸

Aşırı medikalizasyonun bu faktörlerinin dışında, aşırı teşhis nedeniyle sağlıklı bir kişinin hasta kabul edilmesine neden olduğu için, tarama testlerinin duyarlılığının, özgüllüğünün değişmesine ve sonuçta hastalık insidansının olduğundan fazla tahmin edilmesine neden olabilmektedir.^{52,53}

Aşırı medikalizasyonu azaltma stratejileri

Aşırı medikalizasyonu sınırlandırmak amacıyla hastalara, klinisyenlere veya sistem değişikliklerine odaklanan çeşitli yaklaşımlar kullanılmaktadır.

1. Hastalara yönelik olarak: Hastanın karar verme sürecine katılımını sağlama ve ortak karar alma, hastaların tıbbi testlerin potansiyel yararları ve dezavantajları konusunda eğitimi gibi hasta-hekim etkileşimli uygulamalar, bu konu da etkili olmaktadır.⁵⁴ Günümüzde internet ve sosyal medyanın yaygınlaşmasıyla birlikte, hastalar daha çok sağlık bilgisine ulaşmakta, bu da bazen hasta kaynaklı aşırı medikalizasyona sebep olmaktadır. Bu durumda da yine hasta-hekim iletişimi önemli rol oynamaktadır.^{18,31}

2. Hekimlere yönelik: Güvenilir bir hekim-hasta ilişkisi kurulması, birinci basamak merkezli sağlık hizmeti modelinin teşvik edilmesi ve hasta eğitimi önerilmektedir.²⁹ Özellikle hekim-hasta ilişkisi bu stratejinin merkezinde yer alır. Hekimler, herhangi bir karar almadan önce sadece hastalığa değil, hastayla olan ilişkisine odaklanmalı, onların inançlarını, değerlerini ve hastanın başvuru amacını anlamaya daha fazla zaman ayırmalıdır.⁵⁵ Bu yüzden hastalarla iyi bir iletişim içinde olmalı hastaların endişesi, beklentisi, sosyal ve kültürel seviyelerini göz önünde tutmalıdırlar. Hekim teknik bilgisi ve hastanın etik değerlerine göre “yapma” ya da “yapmama” kararını hasta ile paylaşarak aşırı medikalizasyon riski altındaki hastaları belirleyip korumalıdır.^{10,11}

Aşırı medikalizasyonu önlemede, öncelikle birinci basamak hekimleri sorumludur, ancak klinisyenlere de bu konuda önemli sorumluluklar düşmektedir. Klinisyen odaklı aşırı medikalizasyonun en önemli nedenlerinden biri olan malpraktis korkusunu azaltmaya yönelik önlemler alınmalı ve bu konuda kurumsal yönergeler ve kanıta dayalı kılavuzlar oluşturulmalıdır.⁵⁶ Kanıta dayalı kılavuzlar nasıl ve ne zaman tedavi uygulanacağına yöneliktir ancak genellikle ne zaman teşhis ve tedaviden kaçınılması gerektiğine dair öneriler kılavuzlarda yer almamaktadır. Kılavuzların “aşırı medikalizasyon riski” hakkında bir bölüm içermesi gerektiği düşünülmektedir.^{31,57} Bununla birlikte Rudin ve arkadaşları (2022), klinisyenlerin tıbbi test isteme kararları hakkında zaten en iyi seçimi yapmaya çalıştıklarına inandıklarını, bu nedenle eğitim materyallerinin bu tutum ve davranışı değiştirmek için yetersiz kalabileceğini belirtmişlerdir.

3. Sağlık sistemine yönelik: Aşırı medikalizasyonu önlemeye yönelik bir diğer strateji ise sağlık sistemine yöneliktir. Sağlık sistemlerinin finansmanı, sistemin işleyişi üzerinde etkilidir ve doğrudan mali teşvikler klinik

uygunluğa bakılmaksızın aşırı tanı ve tedaviyi artırabilir. Yakın zamanda yapılan bir çalışma, yaygın görülen hastalıkların tanı aralıklarını genişletilmesini öneren kılavuzları geliştiren pek çok panel üyesinin, sağlık sektörüyle finansal bağları olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, teşhis prosedürleri veya tedavi gerektiren durumların tanımları için öneriler, bu endüstrilerle hiçbir bağlantısı olmayan uzmanlar tarafından detaylandırılmalıdır.⁵⁸ Ayrıca ilaç ve tıbbi cihaz endüstrileri, tanı kriterlerini *etkileyerek belirli ilaçlar için daha fazla hasta popülasyonu yaratmak ve ilaç pazarlarını genişletmeye çalışabilir. Bu konuya yönelik önlemler alınmalıdır*³¹. Doğrudan tüketiciye yönelik ilaç reklamları da hastaların reçete taleplerini artırabileceğinden, bu konuda da sağlık sisteminde düzenlemeler yapılmalıdır.³¹

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2012'de, Kanada'da 2014'te başlayan "Akılcı Seçim" ("Choosing Wisely") kampanyası şu anda dünyanın birçok ülkesinde uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu uygulama, hekimleri ve hastaları gereksiz testler, tedaviler ve prosedürler hakkında bilinçlendirmeyi, bakım yönteminin seçiminde, kanıtlar tarafından desteklenen, hastaya zarar vermeyen ve gerçekten gerekli test ve girişimlerin seçilmesini hedeflemektedir.⁵⁹ Amerikan Hekimler Koleji (ACP) ve Amerikan İç Hastalıkları Yeterlik Kurulu (ABIM) Vakfı tarafından başlatılan akılcı seçim kampanyası, hekimler ve hastaların uygun tedavi planını birlikte belirlerken rehber olarak kullanabilecekleri önerilerde bulunmaktadır.⁶⁰ Acil serviste istenen gereksiz laboratuvar testlerini azaltmak için, akılcı seçim önerilerinin kullanıldığı müdahale grubunda kontrol grubuna göre 100 kişi başına tekrarlanan test sayısında anlamlı düşüş bulunmuştur.⁶¹ Akılcı Seçim tavsiyelerine dayanan müdahaleler, aşırı medikalizasyonu azaltmak için uygulama modellerini değiştirmede etkili olabilir.⁶⁰

Sonuç

Halk sağlığı, koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlığın geliştirilmesine vurgu yapmaktadır ve zamanla koruyucu sağlık hizmetleri zarar vermeme, yararlılık ilkesine doğru yapılanarak dördüncül koruma kavramı gelişmiştir. Dördüncül koruma, özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde aşırı medikalizasyonu önlemeye ve zararlarını kontrol altına almaya yönelik stratejiler geliştirilmesini teşvik etmektedir. Dördüncül korumanın, tıp fakültesi eğitiminde müfredata entegre edilmesinin bu konuda farkındalığa sahip hekimler yetişmesine ve uygulamaya aktarılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Başta birinci basamak hekimleri olmak üzere, tüm hekimler aşırı medikalizasyonun önlenmesi ve dördüncül koruma hakkında bilinçlendirilmelidir. Mevcut literatürde, dördüncül korumanın önemi ve aşırı medikalizasyona yönelik yeterli çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu alana katkı sağlamaya yönelik daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

Çıkar Çatışması: Yazarlar, çıkar çatışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal Destek: Yazarlar, bu çalışma için finansal destek almadıklarını açıklamışlardır.

Kaynakça

1. Basan NM, Bilir N. Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2016;15(1)
2. Kisliling LA, Das JM. Prevention strategies. *StatPearls [internet]*. StatPearls Publishing; 2021. p1-3.
3. Akdeniz M, Kavukçu E. Dördüncül koruma: Önce zarar verme. *Turkish Journal of Family Practice/Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2017;21(2)
4. World Health Organization. Health promotion and disease prevention through population-based interventions, including action to address social determinants and health inequity. URL: <http://www.emro.who.int/aboutwho/public-health-functions/health-promotion-disease-prevention.html>[Stand: 0209 2017]. Accessed March 28,2023.
5. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: reviewing the concept. *European Journal of General Practice*. 2018/01/01 2018;24(1):106-111. doi:10.1080/13814788.2017.1422177
6. Jamouille M. The four duties of family doctors. Quaternary prevention: first, do no harm. *Hong Kong Practitioner*. 2014;36: 1-6.
7. Kuehlein T, Sghedoni D, Visentin G, Gervas J, Jamouille M. Quaternary prevention: a task of the general practitioner. *Primary Care*. 2010;10:350-354.
8. Jamouille M, Roland M. Quaternary prevention. Paper presented at the Hong-Kong Meeting of the Wonca Classification Committee; June, 1995. Accessed March-April 2023.
9. Depallens MA, Guimarães JM, Almeida Filho N. Quaternary prevention: a concept relevant to public health? A bibliometric and descriptive content analysis. *Cadernos de Saúde Pública*. 2020; 36(7):e00231819
10. Jamouille M. Quaternary prevention: first, do not harm. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2015;10(35):1-3.

11. Jamouille M. Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *International Journal of Health Policy and Management*. 2015;4(2):61.
12. Norman AH, Tesser CD. Quaternary prevention: a balanced approach to demedicalisation. *The British Journal of General Practice*. 2019;69(678):28.
13. Pandve HT. Quaternary prevention: need of the hour. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(4):309-10.
14. Widmer D, Herzig L, Jamouille M. Quaternary prevention: is acting always justified in family medicine? *Revue Medicale Suisse*. 2014;10(430):1052-1056.
15. Brodersen J, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: how cancer screening can turn indolent pathology into illness. *Apmis*. Aug 2014;122(8):683-9. doi:10.1111/apm.12278
16. Martins C, Godycki-Cwirko M, Heleno B, Brodersen J. Quaternary prevention: an evidence-based concept aiming to protect patients from medical harm. *Br J Gen Pract*. Dec 2019;69(689):614-615. doi:10.3399/bjgp19X706913
17. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual review of Sociology*. 1992:209-232.
18. Bardakçı T. Tıbbın yaşamlarımızdaki hakimiyeti: medikalizasyon. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*. 2022;27(3):347-356.
19. Toraman A, Erdem R. Kavramsal Açından Tıbbileştirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 2016;19(4):423-442.
20. Carter SM, Rogers W, Heath I, Degeling C, Doust J, Barratt A. The challenge of overdiagnosis begins with its definition. *Bmj*. 2015;350: h869.
21. Carter SM, Degeling C, Doust J, Barratt A. A definition and ethical evaluation of overdiagnosis. *Journal of medical ethics*. 2016;42(11):705-714.
22. Bhatt JR, Klotz L. Overtreatment in cancer—is it a problem? : Taylor & Francis; 2016. p. 1-5.
23. Hofmann B. Medicalization and overdiagnosis: different but alike. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2016/06/01 2016;19(2):253-264. doi:10.1007/s11019-016-9693-6
24. Morgan DJ, Dhruva SS, Coon ER, Wright SM, Korenstein D. 2019 update on medical overuse: a review. *JAMA internal medicine*. 2019;179(11):1568-1574.
25. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with a low pretest probability of serious disease: systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*. Mar 25 2013;173(6):407-16. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2762
26. Esserman LJ, Thompson IM, Jr, Reid B. Overdiagnosis and Overtreatment in Cancer: An Opportunity for Improvement. *JAMA*. 2013;310(8):797-798. doi:10.1001/jama.2013.108415
27. Garcia-Alamino JM, López-Cano M. Overdiagnosis and overtreatment - More is better? *Cir Esp (Engl Ed)*. Dec 2022;100(12):793-794. doi:10.1016/j.cireng.2022.06.053
28. Hofmann B. Back to basics: overdiagnosis is about unwarranted diagnosis. *American Journal of Epidemiology*. 2019;188(10):1812-1817.
29. Alber K, Kuehlein T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. *BMC Family Practice*. 2017/12/08 2017;18(1):99. doi:10.1186/s12875-017-0667-4
30. Sood R, Sood A, Ghosh AK. Non-evidence-based variables affecting physicians' test-ordering tendencies: a systematic review. *Neth J Med*. 2007;65(5):167-177.
31. Kale MS, Korenstein D. Overdiagnosis in primary care: framing the problem and finding solutions. *Bmj*. 2018;362
32. Whiting P, Toerien M, de Salis I, et al. A review identifies and classifies reasons for ordering diagnostic tests. *Journal of clinical epidemiology*. 2007;60(10):981-989.
33. Borkan J, Reis S, Hermoni D, Biderman A. Talking about the pain: a patient-centered study of low back pain in primary care. *Social science & medicine*. 1995;40(7):977-988.
34. Ooi K. The pitfalls of overtreatment: Why more care is not necessarily beneficial. *Asian Bioethics Review*. 2020;12(4):399-417.
35. Moynihan R, Doust J, Henry D. Preventing overdiagnosis: how to stop harming the healthy. *Bmj*. 2012;344:e3502.
36. Santos Cruz R, Brito-Costa S, Santa Rosa B, Silvestre M. Overtreatment in elderly care: ethical considerations. *Acta Biomed*. May 11 2022;93(2):e2022136. doi:10.23750/abm.v93i2.12855
37. Björkhem-Bergman L. Overtreatment in end-of-life care: how can we do better? *Acta Oncol*. Dec 2022;61(12):1435-1436. doi:10.1080/0284186x.2023.2164919
38. Starfield B, Hyde J, Gervas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 2008;62(7):580-583.
39. Bulliard J-L, Chiolerio A. Screening and overdiagnosis: public health implications. *Public Health Reviews*. 2015/11/05 2015;36(1):8. doi:10.1186/s40985-015-0012-1
40. Van den Bruel A, Jones C, Yang Y, Oke J, Hewitson P. People's willingness to accept overdetection in cancer screening: population survey. *Bmj*. 2015;350:h980
41. Katz MH, Grady D, Redberg RF. Undertreatment Improves, but Overtreatment Does Not. *JAMA Internal Medicine*. 2013;173(2):93-93. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2361
42. Lyu H, Xu T, Brotman D, et al. Overtreatment in the united states. *PloS one*. 2017;12(9):e0181970.
43. Singh H, Dickinson JA, Thériault G, et al. Overdiagnosis: causes and consequences in primary health care. *Canadian Family Physician*. 2018;64(9):654-659.
44. King MT, Winters ZE, Olivotto IA, et al. Patient-reported outcomes in ductal carcinoma in situ: a systematic review. *European Journal of Cancer*. 2017;71:95-108.

45. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, et al. Evidence for overuse of medical services around the world. *The Lancet*. 2017/07/08/ 2017;390(10090):156-168. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32585-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32585-5)
46. Korenstein D, Chimonas S, Barrow B, Keyhani S, Troy A, Lipitz-Snyderman A. Development of a Conceptual Map of Negative Consequences for Patients of Overuse of Medical Tests and Treatments. *JAMA Intern Med*. Oct 1 2018;178(10):1401-1407. doi:10.1001/jamainternmed.2018.3573
47. Cushner F, Agnelli G, FitzGerald G, Warwick D. Complications and functional outcomes after total hip arthroplasty and total knee arthroplasty: results from the Global Orthopaedic Registry (GLORY). 2010;
48. Bandovas JP, Leal B, Reis-de-Carvalho C, et al. Broadening risk factor or disease definition as a driver for overdiagnosis: A narrative review. *Journal of Internal Medicine*. 2022;291(4):426-437. doi:<https://doi.org/10.1111/joim.13465>
49. Heath I. Overdiagnosis: when good intentions meet vested interests—an essay by Iona Heath. *Bmj*. 2013;347
50. Berwick DM. Avoiding overuse—the next quality frontier. *The Lancet*. 2017;390(10090):102-104.
51. Si Y, Bateman H, Chen S, et al. Quantifying the financial impact of overuse in primary care in China: A standardised patient study. *Social Science & Medicine*. 2023/03/01/ 2023;320:115670. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.115670>
52. Black WC. Overdiagnosis: an underrecognized cause of confusion and harm in cancer screening. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(16):1280-1282.
53. Hakama M, Pokhrel A, Malila N, Hakulinen T. Sensitivity, effect and overdiagnosis in screening for cancers with detectable pre-invasive phase. *International Journal of Cancer*. 2015;136(4):928-935. doi:<https://doi.org/10.1002/ijc.29053>
54. Chandrashekar P, Fendrick AM, Ganguli I. Stopping the Flood: Reducing Harmful Cascades of Care. *American Journal of Managed Care*. 2021; 27: 178–180.
55. Visentin G. The difficult choice of "not doing": comment on "Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization". *International journal of health policy and management*. 2015;4(8):559.
56. Rudin RS, Thakore N, Mulligan KL, Ganguli I. Addressing the Drivers of Medical Test Overuse and Cascades: User-Centered Design to Improve Patient–Doctor Communication. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2022/04/01/ 2022;48(4):233-240. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.01.005>
57. Morgan DJ, Brownlee S, Leppin AL, et al. Setting a research agenda for medical overuse. *Bmj*. 2015;35: h4534.
58. Moynihan RN, Cooke GP, Doust JA, Bero L, Hill S, Glasziou PP. Expanding disease definitions in guidelines and expert panel ties to industry: a cross-sectional study of common conditions in the United States. *PLoS Med*. Aug 2013;10(8):e1001500. doi:10.1371/journal.pmed.1001500
59. Levinson W, Born K, Wolfson D. Choosing wisely campaigns: a work in progress. *Jama*. 2018;319(19):1975-1976.
60. Yardımcı B. İç Hastalıklarında Akılcı Seçimler. *Klinik Tıp Bilimleri*. 2018;6(2):40-54.
61. Venkatesh AK, Hajdasz D, Rothenberg C, et al. Reducing unnecessary blood chemistry testing in the emergency department: implementation of choosing wisely. *American Journal of Medical Quality*. 2018;33(1):81-85.



Review / Derleme

The Place Of Intermittent Fasting In Obesity Treatment Aralıklı Orucun Obezite Tedavisindeki Yeri

Fadime Figen KARAHAN¹, Esin YEŞİL²

Abstract

Obesity is the most important social epidemic of the 21st century, which is associated with high morbidity and mortality risks that reduces the quality of life and requires long-term medical intervention, and is a chronic disease whose frequency is increasing year by year. According to the World Health Organization data; The prevalence of obesity worldwide nearly tripled between 1975 and 2016. The aim of medical nutrition therapy of obesity is to create appropriate nutrition programs that include energy restriction specific to the individual. However, adherence to the diet is low in daily calorie restriction diets, as the energy requirement is restricted every day. As an alternative to the traditional daily energy restriction model, intermittent fasting has received a lot of attention from people. intermittent fasting; It constitutes a unique dietary strategy that includes alternating periods of not eating (fasting) along with periods of eating. Intermittent fasting models; It is classified under 3 main headings as alternate day fasting, regulated intermittent fasting (5:2 method) and time-restricted intermittent fasting method. Many studies have found that intermittent fasting provides weight loss at a similar rate to conventional calorie restriction diets. In this review it is aimed to discuss whether intermittent fasting is effective in the medical nutrition treatment of obesity.

Key words: intermittent fasting, obesity, body mass index

Özet

Obezite; yaşam kalitesini düşüren ve uzun süreli tıbbi müdahale gerektiren yüksek morbidite ve mortalite riskleriyle ilişkili, 21. yüzyılın en önemli toplumsal salgını olup, sıklığı yıldan yıla artan kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre; dünya çapında obezite prevalansı 1975-2016 arasında yaklaşık üç katına çıkmıştır. Obezitenin tıbbi beslenme tedavisinin amacı, kişiye özgü enerji kısıtlaması içeren uygun beslenme programları oluşturmaktır. Ancak günlük kalori kısıtlama diyetlerinde enerji gereksinimi her gün kısıtlandığı için diyetle bağlılık düşüktür. Geleneksel günlük enerji kısıtlama modeline bir alternatif olarak aralıklı oruç, insanlar tarafından büyük ilgi görmüştür. Aralıklı oruç; yemek yeme dönemleriyle birlikte dönüşümlü olarak yemek yememe (oruç) dönemlerini de kapsayan benzersiz bir diyet stratejisini oluşturmaktadır. Aralıklı oruç modelleri; alternatif gün orucu, düzenlenmiş aralıklı oruç (5:2 yöntemi) ve zaman kısıtlı aralıklı oruç yöntemi olmak üzere 3 ana başlıkta sınıflanmaktadır. Yapılan birçok çalışmada, aralıklı orucun klasik kalori kısıtlama diyetleriyle benzer oranda ağırlık kaybı sağladığı bulunmuştur. Bu derlemede aralıklı orucun obezitenin tıbbi beslenme tedavisinde etkin olup olmadığını tartışmak amaçlanmıştır.

Anahtar kelimeler: aralıklı oruç, obezite, beden kitle indeksi

Geliş tarihi / Received: 18.07.2023 Kabul tarihi / Accepted: 17.11.2023

¹Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Erzincan, Türkiye

²Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara, Türkiye

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Fadime Figen KARAHAN. Erzincan Binalı Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Erzincan, Türkiye.

E-posta: dytsyn_figen24@hotmail.com Tel: +90506 0614724

Karahan FF, Yeşil E. *The Place Of Intermittent Fasting In Obesity Treatment*. TJFMPC, 2023; 17 (4):582-589

DOI: 10.21763/tjfmpe.1329260

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir hastalık olarak tanımlanan obezite; dünya çapında bir küresel sağlık problemi olup, halk sağlığı çabalarının ana odak noktası olmaya devam etmektedir.¹ Obez nüfusun 2015 yılında 107,7 milyon çocuk ve 603,7 milyon yetişkin olduğu ve bu nüfusun 1980 yılına göre ikiye katlandığı bildirilmiştir. Bununla birlikte yıllık 4 milyon küresel ölümün %60'ından fazlası obezite ile ilişkilidir.² Obezitenin tıbbi beslenme tedavisinde farklı diyet yaklaşımları mevcut olmakla birlikte, temel olarak kişiye özgü enerji kısıtlaması içeren beslenme programları oluşturmak esastır.³ Bu yüzden obez hastalarda ağırlık kaybı için birinci basamak tedavi olarak kalori kısıtlaması düşünülmüştür.⁴ Son birkaç on yılda halk sağlığı stratejileri, sürekli enerji kısıtlamasını teşvik etmek için diyetin makrobesin içeriğini, miktarını ve kalitesini ayarlamaya odaklanmıştır. Bu durumda klinik olarak önemli ağırlık kaybına ve ardından sağlıktaki iyileşmelere yol açmıştır.⁵ Kalori kısıtlama diyetlerinde, beslenme ile bireye verilen enerjinin her gün azaltılması, bu diyetle olan bağlılık oranını düşürmektedir.⁶ Aralıklı enerji kısıtlaması günlük gıda yoksunluğuna ve ardından kısa ad libitum olarak bilinen (istenildiği kadar) yeme dönemlerine odaklanan sürekli enerji kısıtlamasına alternatif bir strateji olarak ortaya çıkmıştır. Enerji tüketiminin zamanlamasına odaklanan bu diyet stratejisi, hafif şişman ve obezitesi olan bireylerde; vücut ağırlığını, beden kitle indeksini (BKİ), toplam vücut yağ yüzdesini, bel ve kalça çevresini azalttığı kanıtlanan potansiyel bir tedavi olarak vurgulanmıştır.^{7,8} Bu çalışma ile, aralıklı orucun obezitenin tıbbi beslenme tedavisi üzerindeki etkinliğini ortaya koymak amaçlanmıştır.

Obezite ve Obezite Prevelansı

Obezite yetişkinlerde beslenme bozukluklarından daha önemli sağlık problemlerine yol açması nedeni ile DSÖ tarafından kronik sağlık sorunları arasında en önemli metabolik hastalık ilan edilmiştir.⁹ Obezitenin; kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet ve bazı kanser türlerini içeren bulaşıcı olmayan hastalıklar kaynaklı ölümlerin artması nedeni ile 20 yıla kadar azalan yaşam beklentisine katkıda bulunduğu bildirilmiştir.¹⁰ Dünya Obezite Federasyonu, obezitenin hastalıklar için risk faktörü oluşturduğu görüşünün aksine, obeziteyi kronik, tekrarlayan ilerleyici hastalık olduğunu ilan etmiştir.¹¹ Çoğu yüksek gelirli ülkede obezitedeki artış hızı düşüyor gibi görünse de, birçok düşük ve orta gelirli ülkede obezite prevalansı artmaya ve yaygınlığı küresel olarak yüksek olmaya devam etmektedir.¹² DSÖ tarafından Avrupa, Asya ve Afrika kıtalarında yürütülen MONICA (Kardiyovasküler Hastalıkta Belirleyicilerin ve Eğilimlerin Çokuluslu İzlenmesi) araştırmasına göre 10 yıl içerisinde obezite prevalansının %10-30 arasında bir artış gösterdiği belirlenmiştir.¹³ Küresel Hastalık Yüklü (Global Burden of Disease: GBD) Raporu'nda, obez nüfusun 2015 yılında 710 milyonu aştığı saptanmıştır. DSÖ'ye göre 2016 yılında dünya çapında 18 yaş ve üzeri nüfusunun %39'u hafif şişman ve %14'ü obez sınıfında yer almaktadır.² BOH Risk Faktörü İşbirliğinden elde edilen en son verilere dayanarak, 2016 yılında yaklaşık 2 milyar yetişkinin (dünyanın yetişkin nüfusunun %39'u) hafif şişman (BKİ ≥ 25 kg/m²) olduğu tahmin edilmiştir. DSÖ Avrupa Bölgesi 2022 Obezite Raporu'na göre; yetişkinlerin %59'u (erkeklerde %63, kadınlarda %54) ve çocukların yaklaşık üçte birinin (erkeklerde %29, kızlarda %27) hafif şişman veya obez olduğu belirlenmiştir.¹⁴ Mevcut eğilimler devam ederse, 2025 yılına kadar 1 milyar yetişkinin (dünya nüfusunun yaklaşık %20'si) obezite hastası olması beklenmektedir.¹² Obezite prevalans değeri incelendiğinde dünya ülkelerinde görülen yükseliş bizim ülkemizde de yaşanmaktadır. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 2019 verilerine göre, 15 yaş ve üstü obez bireylerin oranı %1,5 artış göstermiştir.¹⁵ Yaklaşık olarak 25.000 kişinin dahil edildiği Türkiye Obezite ve Hipertansiyon Taraması (TOHTA) çalışmasında obezite prevalansı; kadınlarda %36, erkeklerde %21,5 ve genel olarak toplumda ise %25 olduğu saptanmıştır.¹⁶ Küresel obezitedeki ani artıştan sorumlu olan ve yaygın olarak kabul edilen çevresel faktörler; azalan fiziksel aktivite ile birlikte enerji içeriği yoğun gıdaya artan erişimdir.¹⁵ Uyku yoksunluğu¹⁷ sirkadiyen uyumsuzluk,¹⁸ kronik stres¹⁹ ve anti-epileptik ve psikoaktif ilaçların²⁰ kullanımı ağırlık artışına neden olabilmektedir.¹⁷⁻²⁰ Günlük enerji kısıtlaması, uygulanabilecek diyet yöntemlerinin en yaygın şekli olmakla beraber alternatif bir seçenek olarak diğer yöntemler de ortaya çıkmıştır.⁹

Aralıklı Oruç

Son zamanlarda vücut ağırlığının azalması amacıyla yeni bir diyet olarak ortaya çıkan aralıklı orucun vücut ağırlığı kaybına sebep olmasının yanı sıra, metabolik sağlığı da artırdığı bildirilmiştir.²¹ Aralıklı oruç, obezite ve ilgili bozuklukların tedavisi için geleneksel günlük enerji kısıtlama modeline bir alternatif olarak ve aynı zamanda yaşam süresini uzatan yaşlanma karşıtı bir yöntem olarak insanlar tarafından büyük ilgi görmüştür.^{22,23} Yemek yeme dönemleriyle birlikte dönüşümlü olarak yemek yememe (oruç) dönemleri olarak tanımlanan benzersiz bir diyet stratejisini oluşturan aralıklı oruç, gıdanın ne zaman tüketildiğine ve tüketilen toplam gıda miktarına odaklanmaktadır.²⁴ Aralıklı oruç, vücudun periyodik olarak açlık dönemlerinde karaciğerden türetilen glikozdan, adipoz hücreden türetilen ketonlara geçtiği metabolik geçiş olarak adlandırılan değiştirilmiş bir karaciğer metabolizması yoluyla çalışmaktadır.²² Aralıklı orucun daha yüksek lipoliz oranının bir sonucu olarak azalmış glikojen depo seviyeleri ve artmış kan ketonları gibi belirli hücrel değişiklikleri indüklemesi beklenmektedir.²⁵ Klinik deneyler; aralıklı orucun, özellikle obezite, diyabet ve kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok sağlık durumu için ağırlık kaybı ve iyileştirilmiş kardiyometabolik parametreler yoluyla faydalarını göstermiştir.⁵ Aralıklı orucun,

metabolizmayı nasıl etkilediğinin altında yatan mekanizmalar hala belirsizliğini korumaktadır. Kardiyovasküler yönler ve ağırlık kaybı ile ilgili bazı potansiyel ilgili mekanizmalar dikkat çekici bir şekilde önerilmiştir. Oksidatif stresi, sirkadiyen ritimleri ve ketojenik durumu azaltmak, aralıklı orucun kardiyovasküler faydalara nasıl yol açtığına dair üç ana hipotez olarak karşımıza çıkmaktadır.²¹ Oksidatif stres hipotezi; enerji kısıtlamasının mitokondrilerin daha fazla serbest radikal üretmesini engellediği ve obez hastalarda hem sistemik hem de vasküler inflamasyonu azalttığı, böylece obez astım hastalarının semptomlarını ve pulmoner fonksiyonlarını iyileştirdiği fikrini desteklemektedir.²¹ Ketojenik durum hipotezi; aralıklı orucun ketonlar tarafından daha fazla enerjinin gerekli olduğu bir ketojenik durumu indüklediğini ve böylece ağırlık kaybını desteklediğini ileri sürmektedir.²⁶ Farklı bir bakış açısına odaklanan sirkadiyen ritim hipotezi ise oruç tutmanın, beslenme sürelerini belirli bir zaman dilimiyle sınırlandırarak zaman kısıtlı aralıklı oruç tarafından somutlaştırılabilen organların periferik saatlerini uygun şekilde optimize ettiğini göstermektedir. Randomize bir çapraz deneme çalışması, daha erken beslenme süresi kısıtlamasının ortalama açlık glukozunu azalttığını göstermiştir.²⁷ Ek olarak, emilim sonrası ilk fazda (yiyecek tüketiminin bitmesinden 0-3 saat sonra), insülin seviyesi düşmeye başlar ve glukagon seviyesi yükselir ve bundan sonra tipik olarak 6-24 saat süren karaciğer glikojen deposunun parçalanmasını desteklemektedir.²⁸ Hepatositlerdeki glikojen depoları tükendiğinde, daha fazla gliserol ve yağ asidi üretmek için yağ dokusu lipolizi hızlanmaktadır. Kademeli olarak, vücudun tercihli enerji kullanımı, glikojenoliz yoluyla glikozdan, genellikle enerji alımının kesilmesinden sonra 12 ila 36 saat arasında meydana gelen, yağ asitleri ve yağ asidi türevi ketonlara kaymaktadır.⁷ Ketonlar, asetil koenzime metabolize edildikten sonra adenosin trifosfatın (ATP) üretildiği kas hücrelerine ve nöronlara taşınmaktadır.

Aralıklı Oruç Türleri

Farklı açlık ve beslenme dönemlerini içeren mevcut aralıklı oruç modelleri; alternatif gün aralıklı oruç, düzenlenmiş aralıklı oruç (5:2 yöntemi) ve zaman kısıtlı beslenme (16/8 yöntemi) olmak üzere temelde 3 ana başlık altında toplanmaktadır.⁹

Düzenlenmiş Aralıklı Oruç (5:2 Yöntemi)

Periyodik açlık olarak da bilinen bu diyet stratejisi, normal bir diyetle dönüşümlü olarak kısa süreliğine önemli enerji kısıtlaması (%75-100) içeren yaygın bir aralıklı oruç modelidir.²⁹ Düzenlenmiş aralıklı oruç, esasında enerji alımını azaltarak ağırlık kaybını teşvik etmektedir. Düzenlenmiş aralıklı oruç modeli; haftanın ardışık olmayan 2 gününde oruç tutma stratejisini hedefleyerek oruç tutulan günlerde besin alımını tamamen sınırlandırmakta veya ihtiyacı olan enerjinin %25'i kadar besin alımına izin vermektedir. Haftanın geri kalan 5 gününde ise ad libitum besin tüketimini sağlamaktadır.³⁰ Bu diyet modeli uygulandığı zaman total enerji alımı, bel çevresi, kan basıncı, trigliseridler ve yüksek yoğunluklu lipoprotein (HDL) kolesterolde olumlu gelişmeler sağlandığı bildirilmiştir. Ayrıca modifiye edilmiş aralıklı oruç, standart enerji kısıtlaması diyetini uygulayanlar ile karşılaştırıldığında vücut ağırlığı koruma döneminde açlık hissinin daha az olduğu belirlenmiştir.³¹

Alternatif Gün Orucu

Düzenlenmiş aralıklı orucun özel bir şekli olan Alternatif Gün Orucu, dönüşümlü olacak şekilde bir gün oruç ve bir beslenme günü olarak sabit bir döngü içinde gerçekleştirilir. Genel olarak, düzenlenmiş aralıklı orucun döngü süresi bir haftadan fazla değildir.³² Alternatif gün aralıklı oruç kişilerin diyet yaptıkları günlerde ihtiyaçları olan enerjinin %25'ini tükettikleri, diğer günlerde ise istedikleri kadar besin tüketebilecekleri bir beslenme protokolünü kapsamaktadır.³³

Zaman Kısıtlı Aralıklı Oruç

Zaman Kısıtlı aralıklı oruç, değişen aydınlık ve karanlık ile günlük değişikliklerin önderlik ettiği sirkadiyen ritimler bağlamında ortaya çıkan günlük bir oruç tutma modelidir. Çoğu tür, yiyeceklerin mevcut olduğu (beslenme dönemi) gün ışığında, günün geri kalanında (açlık dönemi) kullanılmak amacıyla enerji depolamaktadır. Beslenme ve oruç tutmanın dönüşümlü döngüsüne "açlık fizyolojisi" denilmektedir. Açlık fizyolojisi, beslenme süresi kısıtlanmasından daha erken tetiklenir ve böylece enerji tüketimini artırma amacına ulaşmaktadır.³⁴ Zaman kısıtlı beslenmenin, saat geni ekspresyonunu bozmadan lipid ve amino asit metabolit ritmikliğini değiştirerek metabolizmayı geliştirdiği doğrulanmıştır. Zaman kısıtlı beslenme, tüm enerji alımlarının günde belirli saatlerde bitmesini gerektirmektedir. Zaman kısıtlı aralıklı oruç, besin alımının günlük 8 saat veya daha az zamanla sınırlandırıldığı bir beslenme türü olarak tanımlanmaktadır.³³ En yaygın şekli 16:8 olup, 8 saatte tüm enerji alımı kontrol altına alınır ve geri kalan 16 saatte açlık gerçekleştirilmektedir. Ayrıca 15:9 diyeti, 15 saatte tüm enerji alımının kontrol altına alındığı ve geri kalan 9 saatte aç kalındığı son araştırmalarda da sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Zaman kısıtlı beslenme, açlık süresini ≥ 12 saate uzatarak enerji olarak serbest yağ asitleri ve yağ asidinden türetilmiş ketonları kullanarak en çok çalışılan aralıklı oruç protokollerinden üçü Tablo 1'de özetlenmiştir.³⁸

Tablo 1. Aralıklı Oruç Modelleri

Aralıklı Oruç Türü	Tanım
Alternatif gün orucu	Ad libitum (istenildiği kadar) yemek yeme günleri ile alternatif oruç günleri
Modifiye alternatif gün orucu	Alternatif gün orucundaki varyasyonlar - en popüler olanı 5:2 diyetidir: Mutlak oruç tutma veya haftada iki ardışık veya birbirini takip etmeyen gün boyunca enerji alımını ciddi şekilde kısıtlama
Zaman kısıtlamalı besleme	Günlük besin alımı belirli saatlerle sınırlıdır

Aralıklı Oruç ve Obezite

Obeziteyi tedavi etmek ve ilişkili hastalıkları önlemek için ameliyat, ilaç tedavisi, egzersiz ve oruç tutma gibi farklı müdahale türleri uygulanmış ve incelenmiştir.³⁹ Obezitenin ve komplikasyonlarının dünya çapında artan prevalansı ve bazı geleneksel terapötik yaklaşımların sınırlı ve uzun vadeli etkinliği, yeni tedavi stratejilerinin uygulanmasına yönelik çabaların artmasına neden olmaktadır.⁴⁰ Uzun oruç dönemleri, insan toplulukları tarafından yüzyıllardır pratik nedenlerle veya dini amaçlarla denenmiştir. Günlük 8-12 saatten daha uzun oruç tutmak ketogenezi ve lipolizi arttırmakla beraber oksidatif ve metabolik strese karşı içsel savunmaları aktive etmektedir.²⁵ Bir oruç tutma stratejisi olarak aralıklı oruç, ağırlık kaybı ile birlikte ilgili klinik gelişmelerde de tutarlı bir performans göstererek son yıllarda dikkat çekmeyi başarmıştır. Yapılan çalışmalardan elde edilen kanıtlara göre, Aralıklı orucun; kan şekeri ve lipitleri düzenlemede, ağırlık kaybı sağlamada, bağırsak mikroplarının bileşimini değiştirmede ve böylece hayvanlarda ve insanlarda metabolik sendromu önlemede etkili bir strateji olduğunu göstermektedir.⁴¹

Catenacci ve arkadaşlarının 2016 yılında yaptığı çalışmaya göre bir gün oruç (0 kalori ihtiyacı) ve bir beslenme günü dönüşümlü olarak sekiz haftalık sıfır kalorili alternatif gün orucu müdahalesinden sonra obez bireylerde standart enerji kısıtlamasına göre 376 kkal/gün daha fazla enerji açığı oluşturduğu görülmüştür. Bununla birlikte vücut ağırlığı değişimi, vücut kompozisyonu ve insülin duyarlılığı arasında anlamlı bir farklılık olmadığı bildirilmiştir. Obez yetişkinlerin ağırlığının $8,2 \pm 0,9$ kg düştüğünü bildirmiştir. Sekiz haftalık sıfır kalorili alternatif gün orucu güvenli ve tolere edilebilir olduğu bu çalışma ile doğrulanmıştır. Yirmi dört haftalık takip döneminde ise vücut ağırlığı geri kazanımının, standart enerji kısıtlaması ve komple aralıklı oruç grubunda farklılık göstermediği; ancak aralıklı oruç grubunda yağ kütlesi ve yağsız kütlede daha olumlu değişiklikler olduğu gözlenmiştir.⁴² Yapılan randomize kontrollü bir çalışmada üç aylık bir müdahaleden sonra geleneksel enerji kısıtlamasıyla ortalama ağırlık kaybı 2,4 kg iken, aralıklı oruç müdahalesinden sonra ortalama 4 kg ağırlık kaybı gözlenmiştir. Ayrıca, aralıklı açlık sonrası insülin direncindeki azalma (ortalama 0,34 birim), geleneksel oruç programlarına (ortalama 0,20 birim) kıyasla daha fazla olduğu bildirilmiştir.⁴³ Başka bir çalışmada 112 hafif şişman veya obez katılımcıya alternatif gün orucu diyet modeli uygulanmış, 8 haftalık müdahale boyunca %5 'lik bir ağırlık kaybı gözlenmiştir.⁴⁴ Son yıllarda yapılan bir çalışmaya göre 5:2 programına tabi tutulan 72 yetişkin Çinli gönüllünün oruç tutmadığı günlerde herhangi bir ek fiziksel çalışma veya diyet kontrolü yapmadan üç hafta boyunca 5:2 aralıklı oruç programına bağlı kalarak ortalama 3,67 kg ağırlık verdiği gözlemlenmiştir. Özellikle obezite, hiperlipidemi ve aterosklerotik kardiyovasküler hastalıklar (ASCVD) ile ilgili olanlar olmak üzere klinik parametrelerde iyileşmeler olduğu bildirilmiştir.⁴⁵ Schubel ve arkadaşlarının 35-65 yaş arası hafif şişman ve sigara içmeyen 150 obez birey üzerinde yaptığı bir çalışmaya göre 12 haftalık düzenlenmiş aralıklı orucun (5:2 diyet) müdahale aşaması boyunca $7,1 \pm 0,7$ ağırlık kaybı gözlenmiştir.⁴⁶ **Randomize 1 yıllık bir çalışma sonuçlarına göre BKM 30-45 kg/ m²** arasında olan 21-70 yaş arası toplam 112 katılımcının aralıklı ve sürekli enerji kısıtlama gruplarındaki katılımcılarla arasında ağırlık kaybı benzer olduğu bildirilmiştir. Aralıklı enerji kısıtlama grubundaki katılımcıların toplam %63'ü > %5 ağırlık kaybı elde ettiği bildirilmiştir. Gruplar arasında fark olmaksızın bel çevresi, kan basıncı, trigliseritler ve HDL-kolesterolde olumlu gelişmeler olduğu bildirilmiştir.³¹ Metabolik sendromlu (MetS) 80 hasta üzerinde yapılan bir çalışma sonucuna göre 4 ay boyunca alternatif gün orucu uygulanmasının (%7), normal enerji kısıtlaması (%5) diyetine kıyasla vücut ağırlığında anlamlı düşüş meydana gelmiştir.⁴⁷ Hafif şişman veya obez 116 yetişkinin dahil edildiği prospektif randomize klinik bir çalışmada, 16:8 saatlik zaman kısıtlamalı yemenin ağırlık kaybına neden olduğu belirlenmiştir ancak bu düşüş anlamlı bulunmamıştır.⁴⁸ Zaman kısıtlamalı besleme aralıklı oruç modelini kullanılarak yapılan bir başka çalışmaya göre, 8 haftalık müdahale boyunca 20 obez yetişkin vücut ağırlığını < % 3.7 oranında azaldığı bildirilmiştir.⁸ 2021 yılında yapılan bir çalışmaya göre; 35-60 yaşları arasında 23 hafif şişman ve obez yetişkinlerin 8 haftalık zaman kısıtlamalı beslenme ve eş zamanlı egzersiz uygulanmış ve müdahale boyunca %3.3 ağırlık kaybı meydana geldiği bildirilmiştir.⁴⁹ Tablo 2'de aralıklı orucun obezite üzerindeki etkisini inceleyen çalışmalar verilmiştir.^{8,31,42,44-}

⁴⁹ Literatürde 130 randomize kontrollü çalışmayı inceleyen 11 metaanalizin değerlendirildiği bir araştırma; sağlıklı, hafif şişman ve obez ya da alkolsüz yağlı karaciğer hastalığı olan yetişkinlerde 1 ila 2 ay boyunca gün aşırı oruç tutmanın beden kitle indeksinin orta derecede azalması ile ilişkili olduğunu yüksek düzey kanıtlarla bildirmektedir. Bu çalışma, aralıklı orucun antropometrik ölçümler ve kardiyometabolik sonuçlar üzerinde orta-yüksek düzey

kanıtlar ile doğrulanmış olumlu etkisini ortaya koymaktadır.⁵⁰ Bununla birlikte sürekli ve aralıklı enerji kısıtlaması yapan hafif şişman bireylerin karşılaştırıldığı sistematik derlemede; antropometrik ölçümler, kardiyometabolik sonuçlar, inflamasyon veya iştah açısından uzun vadede (≥ 24 hafta) fark görülmediği belirlenmiş olup aralıklı enerji kısıtlamasının sağlık üzerindeki faydalarını ortaya koymak için daha uzun vadeli çalışmaların planlanması gerektiği vurgulanmaktadır.⁵¹ Yapılan başka bir çalışmada 4 hafta sabit kalori kısıtlaması yapan ve 8-12 hafta alternatif gün orucu uygulayan bireyler karşılaştırılmış olup, sabit enerji kısıtlaması yapan bireylerin ağırlık kaybının daha yüksek miktarda (0.88 kg) olduğu ve alternatif gün orucu uygulayanlarda ise yağsız vücut kütlelerinin daha fazla korunduğu tespit edilmiştir.⁵²

Tablo 2. Aralıklı oruç ve obezite çalışmaları

Kaynak	Diyet Modeli	Katılımcı Özellikleri	Diyetin özelliği	Ağırlık Kaybı
Xiangwei Hu. ve ark. ⁴⁵ 2023	Düzenlenmiş aralıklı oruç (5:2 diyet yöntemi)	Geniş bir BKİ aralığına sahip, 72 çinli birey	Üç hafta boyunca 5:2 diyeti uygulanmış, oruç tutmadığı günlerde herhangi bir ek fiziksel çalışma veya diyet kontrolü yapılmamış	3 haftalık müdahale boyunca 3,67 kg ağırlık kaybı
Stundfor ve ark. ³¹ 2018	Düzenlenmiş aralıklı oruç (5:2 diyet yöntemi)	BKİ 30-45 kg/ m² olan 21-70 yaş arası toplam 112 katılımcı	Katılımcılara haftada birbirini takip etmeyen 2 günün her birinde 400/600 (kadın/erkek) ve haftanın geriye kalan 5 gününde her zamanki gibi yiyecek tüketmeleri önerilmiş	1 yılın sonunda > % 5'lik ağırlık kaybı
Schubel ve ark. ⁴⁶ 2018	Düzenlenmiş aralıklı oruç (5:2 diyet modeli)	35-65 yaş arası hafif şişman ve sigara içmeyen 150 obez birey	Enerji kısıtlaması olmadan 5 gün ve %75 enerji açığı ile iki gün diyet önerilmiş	12 haftalık müdahale aşaması boyunca, ağırlıkta %7,1 \pm %0,7 ağırlık kaybı
Catenacci ve ark. ⁴² 2016	Alternatif gün orucu	BKİ >30 kg/m ² üzeri 25 yetişkin obez birey	Bir gün oruç (0 kalori ihtiyacı) ve bir beslenme günü dönüşümlü olarak 8 haftalık alternatif gün orucu diyeti	8 haftalık müdahalede ağırlığının 8,2 \pm 0,9 kg düştüğünü
Cho ve ark. ⁴⁴ 2019	Alternatif gün orucu	112 hafif şişman veya obez katılımcı rastgele	Her "oruç gününde" günlük önerilen enerji alımlarının %25'ini tükettiler ve her "beslenme gününde" yiyecekleri ad libitum tükettiler	8 haftalık müdahale boyunca %5'lik ağırlık kaybı
Ravazi ve ark. ⁴⁷ 2021	Alternatif gün orucu	80 metabolik sendromlu hasta	4 aylık alternatif gün orucu uygulaması	müdahale boyunca %7 'lik ağırlık kaybı
Kotarysky ve ark. ⁴⁹ 2021	Zaman kısıtlamalı besleme (16:8 diyet modeli)	35-60 yaşları arasında 23 hafif şişman ve obez yetişkinler	8 haftalık zaman kısıtlamalı besleme (ve eş zamanlı egzersiz)	Müdahale boyunca %3.3 ağırlık kaybı
Chow ve ark. ⁸ 2020	Zaman kısıtlamalı besleme (16:8 diyet modeli)	20 obez yetişkin	8 haftalık zaman kısıtlamalı besleme olarak 16:8 diyet modeli	Müdahale boyunca < % 3.7 oranında azalma
Lowe ve ark. ⁴⁸ 2020	Zaman kısıtlamalı besleme (16:8 diyet modeli)	116 hafif şişman veya obez yetişkin	16:8 saatlik zaman kısıtlamalı beslenme	Ağırlık kaybı görülmüş ancak anlamlı bulunmamıştır

Sonuç

Aralıklı oruç ile ilgili yapılan çalışmalar küçük ve kısa süreli olmuştur. Bu nedenle aralıklı orucun obezite tedavisinde kısa sürede etkinliği günden güne belirginleşirken uzun vadede etkinliği hala belirsizliğini korumaktadır. Aralıklı orucun obezite tedavisindeki etkinliği ile ilgili mevcut kanıtlar alternatif gün orucu, 5:2 diyeti ve zaman kısıtlamalı beslenmenin 8-12 hafta boyunca hafif ila orta derecede ağırlık kaybı (başlangıca göre %3-7 kayıp) sağladığını göstermektedir. Bu ağırlık kaybı derecesi, geleneksel diyet yaklaşım modeli ile (günlük enerji kısıtlaması) elde edilen sonuçlarla benzerdir. Bununla birlikte, insanlar üzerinde yapılan aralıklı oruç denemelerinde olumsuz sonuçlar düzenli olarak değerlendirilmediğinden, bu diyetlerin güvenliğine ilişkin kesin sonuçlara varmak şu anda zordur. Aralıklı orucun vücut ağırlığı yönetiminde oynayabileceği sürdürülebilir rolü anlamak için daha uzun vadeli randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Liu B, Du Y, Wu Y, Snetselaar LG, Wallace RB, Bao W. Trends in obesity and adiposity measures by race or ethnicity among adults in the United States 2011–18: Population based study. *BMJ* 2021;372.
2. Collaborators GO. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *New England Journal of Medicine*. 2017; 377(1): 13-27.
3. Baysal YF. Obezitede Diyetin Düzenlenmesi. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 2017;5(5):1-4.
4. Trepanowski JF, Kroeger CM, Barnosky A, Klempel M, Bhutani S, Hoddy KK, et al. Effects of alternate-day fasting or daily calorie restriction on body composition, fat distribution, and circulating adipokines: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Clin Nutr*. 2018;37(6):1871–8.
5. Lean ME, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, et al. Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): An open-label, cluster-randomised trial. *Lancet* 2018;391:541–51.
6. Moreira EAM, Most M, Howard J, Ravussin E. Dietary adherence to long-term controlled feeding in a calorie-restriction study in overweight men and women. *Nutr Clin Pract*. 2011;26(3):309–15.
7. Antoni R, Robertson TM, Robertson MD, Johnston JD. A pilot feasibility study exploring the effects of a moderate time-restricted feeding intervention on energy intake, adiposity and metabolic physiology in free-living human subjects. *J. Nutr. Sci*. 2018;7(22):p 1 of 6
8. Chow LS, Manoogian ENC, Alvear A, Fleischer J, Thor H, Dietsche K, et al. Time-Restricted Eating Effects on Body Composition and Metabolic Measures in Humans who are Overweight: A Feasibility Study. *Obesity* 2020;28:860-69.
9. Tinsley GM, La Bounty PM. Effects of intermittent fasting on body composition and clinical health markers in humans. *Nutr Rev*. 2015;73(10):661-74.
10. Pischon T, Boeing H, Hoffmann K, Bergman M, Schulze MB, K Overvad K, et al. General and abdominal adiposity and risk of death in Europe. *N Engl J Med*. 2008;359:2105-20
11. Bray GA, Kim KK, Wilding JPH; World Obesity Federation. Obesity: a chronic relapsing progressive disease process. A position statement of the World Obesity Federation. *Obes Rev*. 2017;18(7):715-23
12. Gómez LA, Abdeen ZA, AbdulHamid Z, Abu-Rmeileh NM, Cazares B, Acuin C, et al. World wide trends in body-mass index, under weight, over weight, and obesity from 1975 to 2016: a pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *Lancet* 2017;390:2627-42 .
13. Birinci Basamak Sağlık Kurumları için Obezite ve Diyabet Klinik Rehberi 2017. Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1070; s.28
14. World Health Organization. European Regional Obesity Report 2022. p.13-17. Erişim tarihi: 20.07.2023 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/353747/9789289057738-eng.pdf>
15. TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2022. Türkiye. Erişim tarihi: 20.07.2023 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-4974716>.
16. Akbulut, G, Mortaş H, Türközü D, (2016a). Obezite tedavisi, Bariatrik ve Metabolik Cerrahide Tıbbi Beslenme Tedavisi III. Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. s.1-4.
17. Cappuccio FP, et al. Meta-analysis of short sleep duration and obesity in children and adults. *Sleep* 2008;31, 619-26.
18. Noh J. The effect of circadian and sleep disruptions on obesity risk. *J. Obes. Metab. Syndr*. 2018;27:78–83.
19. Scott KA, Melhorn SJ, & Sakai RR. Effects of chronic social stress on obesity. *Curr. Obes. Rep*. 2012;1:16–25.
20. Ness-Abramof, R. & Apovian CM. Drug-induced weight gain. *Drugs Today*. 2005;41:547–555

21. Hoddy KK, Marlatt KL, Çetinkaya H, Ravussin E. Intermittent fasting and metabolic health: from religious fast to time-restricted feeding. *Obesity*. 2020;28:29–37
22. de Cabo R, Mattson MP. Effects of Intermittent Fasting on Health, Aging, and Disease. *N Engl J Med*. 2019;381(26):2541-51.
23. Patterson RE, Sears DD. Metabolic Effects of Intermittent Fasting. *Annu Rev Nutr*. 2017;37:371-9
24. Varady KA, Cienfuegos S, Ezpeleta M, Gabel K. Cardio metabolic benefits of intermittent fasting. *Annu Rev Nutr*. 2021;41(1):333-61.
25. Rui L. Energy Metabolism in the Liver. In: Terjung R, editor. *Comprehensive Physiology*. 1st ed. Wiley; 2014;p. 177–97.
26. Dong TA, Sandesara PB, Dhindsa DS, Mehta A, Arneson LC, Dollar AL, Taub PR, Sperling LS. Intermittent fasting: A heart healthy dietary pattern? *Am. J. Med*. 2020;133:901-7.
27. Hutchison AT, Regmi P, Manoogian ENC, Fleischer JG, Wittert GA, Panda S, et al. Time-restricted feeding improves glucose tolerance in men at risk for type 2 diabetes: A randomized crossover trial. *Obesity* 2019;27, 724-32.
28. Nencioni A, Caffa I, Cortellino S, Longo VD. Fasting and cancer: Molecular mechanisms and clinical application. *Nat. Rev. Cancer* 2018; 18: 707-19
29. Tallis J, James RS, Seebacher F. The effects of obesity on skeletal muscle contractile function. *J. Exp. Biol*. 2018;221:jeb163840.
30. Anton SD, Moehl K, Donahoo WT, Marosi K, Lee SA, Mainous III AG, et al. Flipping the Metabolic Switch: Understanding and Applying the Health Benefits of Fasting. *Obesity (Silver Spring)*. 2018;26(2):254- 68.
31. Sundfør TM, Svendsen M, Tonstad S. Effect of intermittent versus continuous energy restriction on weight loss, maintenance and cardio metabolic risk: a randomized 1-year trial. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2018;28(7):698- 706.
32. Byrne NM, Sainsbury A, King NA, Hills AP, Wood RE. Intermittent energy restriction improves weight loss efficiency in obese men: The Matador study. *Int. J. Obes*. 2018; 42:129-38.
33. Patterson RE, Laughlin GA, Sears DD, LaCroix AZ, Marinac C, Gallo LC, et al. Intermittent Fasting and Human Metabolic Health. *J Acad Nutr Diet*. 2015;115(8):1203-12.
34. Gabel K, Hoddy KK., Varady KA. Safety of 8-h time restricted feeding in adults with obesity. *Appl. Physiol. Nutr. Metab*. 2019;44:107-9.
35. Rynders CA, Thomas EA, Zaman A, Pan Z, Catenacci VA, Melanson EL. Effectiveness of intermittent fasting and time-restricted feeding compared to continuous energy restriction for weight loss. *Nutrients* 2019;11:2442.
36. Longo VD, Panda S. Fasting, circadian rhythms, and time-restricted feeding in healthy lifespan. *Cell Metab*. 2016;23:1048-59.
37. Ravussin E, Beyl RA, Poggiogalle E, Hsia D, Peterson CM. Early Time-Restricted Feeding Reduces Appetite and Increases Fat Oxidation But Does Not Affect Energy Expenditure in Humans. *Obesity* 2019;27:1244-54.
38. Stockman MC, Thomas D, Burke J, Apovian CM. Is The Wait Worth The Weight? *Curr Obes Rep*. 2018;7(2):172-85.
39. Varady KA, Cienfuegos S, Ezpeleta M. & Gabel K. Clinical application of intermittent fasting for weight loss: progress and future directions. *Nat. Rev. Endocrinol*. 2022;18:309-21
40. Barnosky AR, Hoddy KK, Unterman,TK, Varady KA. Intermittent fasting vs daily calorie 336 restriction for type 2 diabetes prevention: a review of human findings. *Transl. Res.*,2014;164(4):302-11.
41. Parr EB, Devlin BL, Radford BE, & Hawley JA. A Delayed Morning and Earlier Evening Time-Restricted Feeding Protocol for Improving Glycemic Control and Dietary Adherence in Men with Overweight/Obesity: A Randomized Controlled Trial. *Nutrients*. 2020;12(2):505.
42. Catenacci VA, Pan Z, Ostendorf D, Brannon S, Gozansky WS, Mattson MP, Martin B, MacLean PS, Melanson EL, Troy Donahoo WA. Randomized pilot study comparing zero-calorie alternate-day fasting to daily caloric restriction in adults with obesity. *Obesity* 2016;24:1874-83.
43. Harvie M, Wright C, Pegington M, McMullan D, Mitchell E, Martin B, et al. The effect of intermittent energy and carbohydrate restriction v. daily energy restriction on weight loss and, metabolic disease risk markers in overweight women. *Br. J. Nutr*. 2013;110:1534-47.
44. Cho AR, Ay JY, Kim S, An KY, Ah M, Jeon JY, et al. Effects of alternate day fasting and exercise on cholesterol metabolism in overweight or obese adults: a pilot randomized controlled trial. *Metabolism*. 2019;93:52-60
45. Xiangwei Hu, Kai Xia, Minhui Dai, Xiaofeng Han, Peng Yuan, Jia Liu et al, Intermittent fasting modulates the intestinal microbiota and improves obesity and host energy metabolism. *Biofilms and Microbiomes* 2023; 9:19 ; <https://doi.org/10.1038/s41522-023-00386-4>
46. Schubel R, Nattenmüller J, Sookthai D., Nonnenmacher T, Graf ME, Ried L et al. Effects of intermittent and continuous calorie restriction on body weight and metabolism over 50 wk: a randomized controlled trial. *Am. J. Clin. Nutr*.2018; 108:933–45.
47. Razavi R, Parvareh A, Abbasi B, Yaghoobloo K, Hassanzadeh A, Mohammadifard N, et al. Alternate-day fasting is a more effective approach to weight loss and hs-CRP levels than a calorie restriction diet. *Int J Vitamin Nutr Res*. 2021; 91:242–50.
48. Lowe DA, Wu N, Rohdin-Bibby L,² Moore BH, Kelly N, Liu YE,⁵ et al. Effects of time-restricted eating on weight loss and other metabolic parameters in women and men with overweight and obesity: the TREAT randomized clinical trial. *JAMA Intern. Med*. 2020;180:1491–99.

49. Kotarsky CJ, Johnson NR, Mahoney SJ, Mitchell SL, Schimek RL, Stastny SN, et al. Time-restricted eating and concurrent exercise training reduces fat mass and increases lean mass in overweight and obese adults. *Physiol Rep.* 2021; 9:e14868.
50. Patikorn C, PharmD, Roubal K, PharmD, Veettil SK, Chandran V, et al. Intermittent Fasting and Obesity-Related Health Outcomes. An Umbrella Review of Meta-analyses of Randomized Clinical Trials. *JAMA Network Open.* 2021;4(12):e2139558.
51. Xueting Wei, Ashley Cooper, Irene Lee, Christine A. Cernoch, Ginny Huntoon, et al. Intermittent Energy Restriction for Weight Loss: A Systematic Review of Cardiometabolic, Inflammatory and Appetite Outcomes. *Biological Research For Nursing.* 2022; Vol. 24(3) 410–28
52. Alhamdan BA, Garcia-Alvarez A, Alzahrnai AH, Karanxha J, Stretchberry DR, Contrera KJ, et al. Alternate-Day versus Daily Energy Restriction Diets: Which Is More Effective for Weight Loss? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes. Sci. Pract.* 2016; 2: 293–302.



Case Report / Olgu Sunumu

A Case Of Syphilis In A Family Health Center In Bir Aile Sağlığı Merkezinde Sifilis Olgusu

Ayşen MERT¹, Gamze DUR¹

Summary

Syphilis is a sexually transmitted infection caused by *Treponema pallidum* genus spirochetes, which can present with many different clinical conditions such as skin rash, painless genital ulcer, lymphadenopathy, and mucocutaneous lesions. Cases that can heal spontaneously and remain asymptomatic for years may cause the spread of the disease. Due to the changes in the epidemiology of the disease, syphilis cases are also reported in older ages. Family medicine is one of the most frequently encountered departments with undifferentiated patients among medical disciplines. In this article, we aimed to explain the process of diagnosing and treating syphilis by the family physician in an patient who came to the family health center with complaints of genital wound, swelling and pain in the left groin, and the importance of low prevalence medicine and undifferentiated patient approach in primary care.

Key Words: Syphilis cutaneous, Sexually transmitted diseases, Primary care physicians, Patient-centered care

Özet

Sifilis, *Treponema pallidum* cinsi spiroketlerin etken olduğu, deri döküntüsü, ağrısız genital ülser, lenfadenopati, mukokutanöz lezyonlar gibi pek çok farklı klinik durumla karşımıza çıkabilen cinsel yolla bulaşan bir enfeksiyondür. Kendiliğinden iyileşebilen ve yıllarca asemptomatik seyreden olgular hastalığın yayılmasına neden olabilir. Günümüzde hastalık epidemiyolojisindeki değişimler nedeniyle ileri yaşlarda da sifilis vakaları bildirilmektedir. Aile hekimliği, tıp disiplinleri arasında ayrışmamış hasta ile en sık karşılaşılan bölümlerdendir. Bu makalede, aile sağlığı merkezine genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetiyle gelen bir hastaya aile hekimi tarafından sifilis teşhisinin konulması ve tedavisinin yapılması sürecini ve düşük prevalans hekimliği ve ayrışmamış hasta yaklaşımının birinci basamaktaki önemini dile getirmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Sifilis kütanöz, Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, Birinci basamak hekimleri, Hasta merkezli bakım

Geliş tarihi / Received: 27.03.2023 Kabul tarihi / Accepted: 15.09.2023

¹ Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

Address for Correspondence / Yazışma Adresi: Ayşen MERT Afyon Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D

C Blok Dörtüol Mah. Afyonkarahisar E-posta: aysendr1978@hotmail.com Tel: +905532475307

Mert A , Dur G. *A Case Of Syphilis In A Family Health Center In. TJFMPC, 2023; 17 (4):590-598*

DOI: 10.21763/tjfmpe.1271957

Giriş

Sifilis, Frengi ve Lues gibi adları olan hastalık, 16.yüzyılda Avrupa’da epidemi yapmıştır. Ülkemizde de bu hastalıktan ilk kez bir cerrah olan İbrahim Abdullah tarafından 1505 yılında bahsedilmiştir. ¹ Sifilis Türkiye’de 19. yüzyıldan sonra görülmeye başlamıştır ve hastalığın ilk olarak Avrupalılardan ülkemize getirildiğini belirtmek için “frengi” olarak adlandırılmıştır. ²

Sifilis, spiroket grubundan *Treponema pallidum*’un etken olduğu cinsel yolla bulaşan, sistemik tutulum da yapabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. ^{3,4} *Treponema pallidum* karanlık alan mikroskopisinde çok hareketlidir. Burgu, dalgalanma ve uzayıp kısalma şeklinde üç özgün hareketi mevcuttur. Giemsa boyası ile pembe ve soluk boyanır. Kültürü yapılamamıştır. Kuruluğa dayanamaz, tuzlu su ve gliserin etkisi ile ölür. Kanda ise iki-üç gün yaşayabilir. ¹

Laboratuvar kazaları, tükürük, kan transfüzyonları, deri lezyonlarına temas, transplental olarak ve doğum sırasında anneden bebeğe geçme şeklinde bulaşabilmektedir. Ayrıca korunmasız ve riskli cinsel ilişki yaşayanlarda, para ile seks davranışında bulunanlarda, seks işçilerinde, cinsel aktivitenin fazla olduğu yaş aralığında, sosyokültürel seviyesi düşük olan toplumlarda, madde bağımlılığında, birden fazla cinsel partner varlığında, homoseksüel erkeklerde ve deri bütünlüğünü bozan başka bir cinsel yolla bulaşan hastalık varlığında daha fazla görülebilmektedir. Her iki cinste de görülür. Semptomatik veya asemptomatik olabilir. Asemptomatik dönem uzun olabilir ve bu dönemde de bulaştırıcı olmaya devam eder. Sifilis edinsel ve doğumsal olarak iki ana gruba ayrılabilir. Doğumsal sifilis erken ve geç doğumsal sifilis şeklinde gruplanabilmektedir. Edinsel sifilis ise lezyonların niteliği, yaygınlığı ve lokalizasyonuna göre primer, sekonder, latent ve tersiyer olmak üzere farklı evrelere ayrılmıştır; tedavi ve izlem bu evrelere göre yapılmaktadır. Primer sifiliste klasik bulgu enfeksiyon bölgesinde ağrısız tek bir ülserdir (şankr). Bazen aynı anda çok sayıda atipik veya ağrılı lezyonlar da oluşabilir. Sekonder sifiliste deri döküntüsü, lenfadenopati veya mukokutanöz lezyonlar olabilir. Tersiyer sifiliste; nörosifilis, kalp tutulumu, gommatöz lezyonlar meydana gelebilir. ^{1,3,4,5}

Sifilis hem deriyi hem de pek çok farklı bölgeyi etkilemesi ve değişik bulgular ortaya çıkarması sebebiyle birçok hastalık gibi görünebileceğinden, “büyük taklitçi/büyük sahtekâr” olarak nitelendirilmiştir. ^{4,6,7}

Sifilis tüm dünyada görülmektedir ve Amerika Birleşik Devletleri’nde cinsel yolla bulaşan hastalıklar arasında üçüncü sıradadır. ⁴ Ülkemizde, sifilis bildirim zorunlu hastalıklar grubundadır. Hastalığın gerçek sıklığı tam olarak bilinmemektedir. 2018 yılı Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 2006 yılından itibaren her yıl iki binin üzerinde vaka bildirim yapılmıştır. ^{3,4,5} Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre ülkemizde 2022 yılı içinde 3533 sifilis vakası bildirilmiştir. ⁸ Semptomatik dönemdeki bulgu çeşitliliği ve asemptomatik dönemin de olabilmesi nedeniyle tanıda, tedavide, hastalık kontrol ve eradikasyonunda bazı zorluklar yaşanabilmektedir. Bu hastaların hastaneye başvuru sıklığının azlığı ve bildirim sisteminin iyi çalışmaması sebebiyle hastalığın görülme oranında ve eşlik edebilecek diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklara dair bilgilerde eksiklik mevcuttur. ⁵

Gebelik sırasında sifilis enfeksiyonu her yıl 305.000 fetal ve neonatal ölüme neden olmaktadır. Temel doğum öncesi bakım paketleri, tüm gebeler için sifilis testini içerecek şekilde yapılandırılmalıdır. Sifilis ve HIV (Human Immunodeficiency Virus - İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) testlerinin entegrasyonunun sağlanmasıyla ortaya çıkacak olan yeni ikili hızlı testlerin kullanımı, her iki enfeksiyonun da anneden bebeğe bulaşmasını ortadan kaldıracaktır. ^{9,10} Türkiye’de gebelikte TORCH (T: Toksoplazmoz, O: Others (Diğerleri)/Sifilis, Parvovirus vb, R: Rubella/Kızamıkçık, C: Cytomegalovirus (Sitomegalovirüs), H: Herpes simpleks virüs) taraması konusunda farklı görüşler vardır. TORCH rutin tarama testleri ülkelere göre değişebilmektedir. ¹¹

Sifilis serolojik testlerinin kullanım endikasyonları; gebeler gibi asemptomatik bireyler, cinsel yolla bulaşan enfeksiyon riski taşıyanlar, kan/organ/doku bağışlanmış bireyler, HIV ile enfekte olanlar, genital ülseri olanlar, kronik herhangi bir nörolojik hastalığa sahip olanlar, nontreponemal tarama testlerinde reaktif sonuç alınanlar ve enfeksiyonun hangi aşamada olduğunu ve tedaviye yanıtı takip şeklinde sıralanabilir. ¹⁰

Etkenin *in vitro* kültürü yapılamamaktadır. Laboratuvar tanısı için genellikle serolojik yöntemler kullanılmaktadır. ^{4,12}

Serolojik tanıda esas olan nontreponemal testlerle tarama yapmak ve ardından sonucu doğrulamak için treponemal testler kullanılmaktadır. ¹⁰ Non-treponemal test olarak RPR (Rapid Plazma Reagin- Hızlı Plazma Tepkisi) ve VDRL (Venereal Disease Research Laboratory- Venereal hastalık Araştırma laboratuvarı) kitleri kullanılır. Treponemal test olarak TPHA (*Treponema pallidum* Hemaglutinasyon Assay- *Treponema pallidum* Hemaglutinasyon Testi), TPPA (*Treponema pallidum* particle agglutination assay- *Treponema pallidum* Pasif Parçacık Hemaglutinasyon), FTA-ABS (The Fluorescent Treponemal Antibody Absorption- Floresanlı *Treponema* Antikor-Absorbsiyon Deneyi) kitleri kullanılmaktadır. ¹⁰ Tarama amacıyla en sık flokülasyon temelli VDRL ve aglutinasyon temelli RPR testleri kullanılmaktadır. Treponemal testler treponemalara özgü antikorları gösterir. En sık kullanılanları TPHA ve FTA-ABS’dir. TPHA sifilis tedavisi olmuş hastalarda ömür boyu pozitif kalır. Spesifik testlerde yalancı pozitiflik oranı ise nonspesifik testlere göre düşüktür; bu sebeple tanının doğrulanması için nonspesifik testlerin spesifik testlerle doğrulanması önem arz eder. ⁴

VDRL ve TPHA testleri ayrı ayrı kullanıldıklarında duyarlılıkları düşük olmakta, birlikte kullanıldıklarında tedavisiz primer sifilisi tespit etmedeki duyarlılıkları % 94'e kadar ulaşmaktadır.⁴ Tüm serolojik testlerin değişken yanlış pozitif ve yanlış negatif oranları vardır, bu nedenle klinik ve epidemiyolojik bağlamın sonuçla birlikte değerlendirilmesi daha uygun olacaktır.¹²

Sifiliste etkilenen dokuda, lezyon tipine ve hastalığın evresine bağlı olarak histolojik ve immünohistopatolojik boyamalarda değişiklik meydana gelir. Primer sifilis histolojik özellikleri genellikle zamanla ülserleşen akantotik bir epidermis, yoğun lenfositik ve plazma hücre infiltrasyonu ve endotelial şişlik gösteren bir şankr ile karakterizedir. Spiroketler genellikle kan damarlarının içinde veya çevresinde ve dermal-epidermal bileşkede bulunur. Sekonder sifiliste epidermis normal, nekrotik veya ülser olabirirken, dermiste yoğun bir lenfosit infiltrasyonu ve endotel şişkinlik ile primer sifilise benzeyen değişiklikler veya likenoid doku reaksiyonu görülebilir. Tersiyer sifilis; cilt, kemik ve aort gibi etkilenen dokularda lokal inflamasyon veya nekrotizan granülomatöz lezyon (gom) gelişimi ile karakterizedir. Primer ve sekonder sifilis lezyonlarında, formalinle sabitlenmiş parafine gömülmüş dokudaki spiroketleri göstermek için gümüş ve histolojik boyalar kullanılabilir. Tersiyer sifiliste bu yöntem yararlı değildir. Steiner veya Warthin Starry boyaması gibi gümüş boyama, melanin ve retikülin lifleri spiroket olarak yanlış yorumlanabileceğinden sınırlı duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir. Gümüş boya ile karşılaştırıldığında bir immünohistokimya boyası tanıda daha iyi duyarlılık ve özgüllüğe sahiptir.¹²

Sifilis cinsel yolla bulaşan diğer hastalıklar açısından da risk oluşturması nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemidir. Sifilis HIV'in bulaşını kolaylaştırmakta, komplikasyon sıklığı ve klinik tablonun şiddetini arttırmakta ve progresyonunu da hızlandırmaktadır. Sifilis tanısı alan bir hastada HIV başta olmak üzere diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların da araştırılması önemli bir konudur. Ayrıca HPV (human papillomavirüs- insan papilloma virüs), HSV (human herpes virüs- insan herpes virüs) gibi klinik bulgularla tanısı konulabilen hastalıkların sorgulanması önem arz etmektedir.⁵

Penisilin bulunmadan önce sifilis, tedavisi mümkün olmayan bir hastalık olarak görülmekteydi. Ancak penisilin keşfiyle birlikte hastalığın görülme sıklığında da anlamlı bir düşüş sağlanmıştır.⁴ Erişkinlerde primer ve sekonder sifilis tedavisinde önerilen, benzatin penisilin G 2,4 milyon IU (international unit-uluslararası ünite) intra muskuler (IM) tek doz şeklindedir. Prokain penisilin G ise 600.000 IU/gün, 8 gün boyunca toplam 4.8 milyon IU şeklinde önerilir. Oral penisilin tedavisi ise etkinliği takip edilemeyeceği ve hasta uyumu zor olabileceği için önerilmez. Penisilin alerjisi olan hastalarda tetrasiklin (500 mg, günde 4 kez, 14 gün) ve doksisisiklin (100 mg, günde 2 kez, 14 gün) kullanılabilir. Bunların dışında primer veya sekonder sifilis tedavisinde seftriakson 1-2 gram/gün IM veya intra venöz (IV) olarak 10-14 gün kullanılabilir. Primer ve sekonder sifiliste 2 gram tek doz azitromisin de bazı hastalarda etkili olmaktadır.^{1,13} Erken latent sifilis tedavisinde tek doz benzatin penisilin G 2,4 milyon IU IM yolla kullanılır. Geç latent sifilis tedavisinde benzatin penisilin G 2,4 milyon IU 1 hafta ara ile 3 doz olacak şekilde kullanılır. Tersiyer sifiliste, kardiyovasküler ve geç benign sifilis tedavisinde benzatin penisilin G 2,4 milyon IU IM yoldan 3 doz kullanılır. Nörosifiliste kristalize Penisilin G 18-24 milyon IU/gün IV olarak 10-14 gün süresince kullanılır. Prenatal sifiliste, gebeliğin 16. haftasından önce tedavisi yapılmış annelerin bebekleri de sifilise karşı korunmuş olur. 16. haftadan sonra tedaviye rağmen fetal enfeksiyon meydana gelmişse fetus *in utero* tedavi edilir. Özellikle gebeliğin geç dönemlerinde, tedaviye rağmen bebek konjenital sifilis bulguları taşıyabilir. Sifilisin epidemiyolojik tedavisi de önemlidir. Sifilis ile teması olan kişiler de koruyucu tedavi almalıdırlar. Bu kişilere 2,4 milyon IU benzatin penisilin G IM yoldan uygulanır.¹

Tedaviden 6 ve 12 ay sonra serolojik testler (VDRL) tekrarlanmalıdır ve test titreleri başlangıç ile karşılaştırılmalıdır. Tedaviye serolojik yanıtı saptamak zor olabilmektedir. Daha önce sifilis tedavisi almış hastalarda nontreponemal testler daha yavaş düşme eğilimindedir. Primer ve sekonder sifiliste nontreponemal testlerde 6-12 ay içinde dört katı düşme ortaya çıkmazsa, belirti ve bulgular devam ederse ve re-enfeksiyon dışlanamamışsa bu durum tedavi yetersizliği anlamına gelir. Böyle durumlarda beyin omurilik sıvısı (BOS) incelemesi yapılmalı ve tedavi tekrarlanmalıdır.¹³

Yaşlılık genel anlamı ile "65 yaş ve üzeri bireylerin deneyimlediği süreç" şeklinde ifade edilmektedir.¹⁴ Yaşlı nüfus oranı düşük olan ülkelerde, yaş sınırı 60 yaş olarak kabul edilebilmektedir. Yaşlılık, yaşamsal fonksiyonların sürekli azalması, organizmanın verimliliğindeki azalma ve çevresel etkenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması olarak ifade edilirken, süreçle birlikte hastalık riskinde de artışa yol açmaktadır.¹⁵

Dünyadaki her ülkede, nüfus içindeki yaşlı kişilerin oranında artış yaşanmaktadır. 2030 yılına kadar dünyadaki her altı kişiden birinin 60 yaş ve üzerinde olması beklenmektedir. Tipik bir yaşlı insan yoktur. Seksen yaşındaki bazı kişiler, 30 yaşındaki birçok kişiye benzer fiziksel ve zihinsel kapasitelere sahip olabilmektedir. Bazı insanlar ise çok daha genç yaşlarda kapasitelerinde önemli düşüşler yaşayabilmektedir. İleri yaşlarda görülen bu çeşitlilik ise tesadüf değildir. Büyük bir kısmı, insanların fiziksel ve sosyal çevrelerinden ve bu çevrelerin sahip oldukları fırsatlar ve sağlık davranışları üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. İçine doğduğumuz aile, cinsiyetimiz, etnik kökenimiz gibi kişisel özellikler de önemlidir. Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu, 2021-2030'u BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı ilan etmiş ve Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) uygulamaya öncülük etmesini istemiştir.

BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı, daha uzun ve daha sağlıklı yaşamları teşvik etmek için 10 yıllık uyumlu, hızlandırıcı ve işbirlikçi eylem için hükümetleri, sivil toplumu, uluslararası kuruluşları, profesyonelleri, akademiye, medyayı ve özel sektörü bir araya getiren küresel bir iş birliğidir. BM Sağlıklı Yaşlanma On Yılı, dört alanda toplu eylem yoluyla sağlık eşitsizliklerini azaltmayı ve yaşlıların, ailelerinin ve toplulukların yaşamlarını iyileştirmeyi amaçlamaktadır: , yaş ve yaşlı ayrımcılığına yönelik düşünce, duyu ve davranış biçimimizi değiştirmek, toplulukları yaşlı insanların yeteneklerini geliştirecek şekilde geliştirmek, yaşlı insanlara yanıt veren kişi merkezli entegre bakım ve birinci basamak sağlık hizmetleri sunmak ve buna ihtiyacı olan yaşlı insanlara kaliteli uzun vadeli bakıma erişim sağlamak.¹⁶

Yaşlılık doğal bir süreçtir ancak bu dönemde ortaya çıkan değişimler bireylerin cinsel sağlığını da etkileyebilmektedir ve yaşlılıkta cinsellik ihmal edilebilmektedir. Giderek artan yaşlı nüfusun bakım ihtiyaçlarının içinde cinsellik de değerlendirilmelidir. Yaşlanınca cinselliğin sona ermesi gerektiği inancı, yaşlıların cinsel sağlığa yönelik hizmet almasını olumsuz bir şekilde etkilemektedir. İleri yaştaki pek çok yetişkinin farklı davranış ve partner tipi ile aktif cinsel yaşamlarının olduğu bilinmektedir. Fakat 40 yaşın üzerindeki bireylerde gebelik kaygısının olmaması nedeniyle çok düşük prezervatif kullanım oranları mevcuttur. Bu durum ise cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) riskinde artışa neden olmaktadır. Bu sebeple tüm sağlık çalışanları yaşlılık döneminde CYBH riski ve önlenmesi konusunda bilinçli olmalıdır.¹⁷

Yaşlı yetişkinler arasında cinsel sağlıkla ilgili sorunlar, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar, yaşlı erişkinlerde (≥ 50 yaş) sifilis yükünün arttığını göstermektedir. Yeni teşhis edilen yaşlı yetişkinlerin erkek olma, bilinmeyen bulaşma yollarına sahip olma ve geç teşhis edilme olasılıkları daha yüksektir. Cinsel sağlık sorununu ele almak için, cinsel sağlık hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilmesi, CYBH bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir.¹⁸

Aile hekimliği, tıp disiplinleri arasında ayrılmamış hasta ile en sık karşılaşılan bölümlerendir. Bu makalede, aile sağlığı merkezine genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetiyle gelen ileri yaşta bir hastaya aile hekimi tarafından sifilis teşhisinin konulması ve tedavisinin yapılması sürecini ve düşük prevalans hekimliği ve ayrılmamış hasta yaklaşımının birinci basamaktaki önemine vurgu yapmayı amaçladık

Olgu

Altmış bir yaşında bekar erkek hasta genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetleri ile aile sağlığı merkezine başvurdu. Başvurudan 30 gün önce riskli cinsel temas öyküsü mevcuttu. Yaklaşık 10 gün önce de penis kökünde küçük kaşıntılı bir yara çıkmış, giderek büyümüş, sol kasığında şişlikler ve zamanla bu şişliklerde ağrı başlamıştı. Ayrıca penis kökündeki yaranın üzerinde zamanla kabuklanma ve ağrı olmuş ve bu durum günlük işlerinde aksamalara yol açmıştı. Penisten şimdiye kadar akıntı olmamış ve hiç ateşi çıkmamıştı. Bu süreçte hastanın komşusunun hastaya, “kıl dönmesidir geçer” şeklinde telkinde bulunduğu ve hastanın bu sebeple bir hekime başvurmadığı öğrenilmişti. Ancak uzun yol şoförü olarak çalışan hasta, kasığındaki şişlikler ve ağrısı daha da artınca ve yarada hiçbir iyileşme olmayınca hastaneye gitmeye çekindiğini, tekrar yola gitmeden önce aile hekimine başvurmaya karar verdiğini belirtti. Hastanın bu semptomları ayrılmamış hasta olarak geniş bir etyoloji çerçevesinde bulunmaktaydı.

Hastanın hipertansiyon dışında ek bir hastalığı yoktu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Cinsel tercihi sorgulandığında heteroseksüel (cinsel ve duygusal açıdan karşı cinse ilgi duymaya yönelik olan cinsel yönelim) olduğunu beyan etti. Fizik muayenede genel durumu iyi, bilinci açık, oryante, koopere idi. Ateşi 36.5 santigrad derece, nabız 75/dk ve tansiyon arteryel 125/85 mm/Hg idi. Genital muayenesinde penis kökünde palpasyonda sert, yüzeyi kurutlu, ağrılı, yaklaşık 1x1.5 santimetre boyutunda ülsere lezyon (şankr) mevcuttu (Resim 1).



Resim 1. Şankır

Sol inguinal bölgede palpasyonda sert, ağrılı lenfadenopati (LAP) tespit edildi (Resim 2).



Resim 2. Lenfadenopati

Sağ inguinal bölge inspeksiyonu ve palpasyonu normaldi. Hastada palmo-plantar lezyon, diğer cilt lezyonları, alopesi, oral lezyon, gom, kondiloma lata, organomegali görülmedi. Eşlik eden herhangi başka bir cinsel yolla bulaşan hastalık bulgusu yoktu. Hastanın nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Halk sağlığı laboratuvarında yapılan tetkiklerinde eritrosit sedimentasyon hızı 22 mm/saat, CRP: 11,3 mg/L, lökosit sayısı 6.47 mm³, hemoglobin 14.2 gr/dl, hematokrit 45.3 %, platelet 259 mm³ bulundu. Açlık kan şekeri: 100 mg/dl, HbA1c: 6.2 %, üre: 26 mg/dl, kreatinin: 1,02 mg/dl, eGFR: >60 ml/dk, AST: 23 U/L, ALT: 24 U/L, elektrolitler normal

seviyede, total kolesterol: 207 mg/dl, LDL kolesterol: 132 mg/dl, HDL kolesterol: 62 mg/dl, TSH: 1.013 µU/ml, ferritin: 33.7 ng/ml, vitamin B12: 185 pg/ml, 25-hidroksi vitamin D: 27.04 ng/ml, HbsAg (-), anti HCV (-), anti HIV (-), anti Hbc total (-), ve anti Hbs (-) idi.

VDRL test sonucu, "kuşukulu pozitif olup TPHA ile doğrulanması uygundur" şeklinde raporlandı ve doğrulama testi olan TPHA devlet hastanesi laboratuvarında yapıldı. Yapılan tetkikte TPHA 1/320 (+) olarak raporlandı.

Mevcut bulgular eşliğinde hastada primer sifilis tanısı düşünüldü. Sifilis bildirim zorunlu hastalıklardan biri olduğu için Form 014 ile bildirim yapıldı. İlaç alerjisi olmayan hastaya tek doz IM 2.400.00 IU benzatin penisilin G tedavisi yapıldı. Lezyonun ağırlı olması, akut faz reaktanlarının hafif yüksek olması ve yine ağırlı LAP varlığı bir süperenfeksiyonu düşündürdü ve oral tetrasiklin, topikal fusidik asit ve oral nonsteroid antienflamatuar ilaç tedavisi verildi. Tedavinin dördüncü gününde hastanın şikayetleri geriledi, tedavi süresi 7 güne tamamlandı.

Hastaya, cinsel eşine de danışmanlık ve tarama yapılması gerektiği açıklandı. Cinsel eşe, aile sağlığı merkezine kayıtlı olmaması ve başka ilde bulunması sebebiyle ulaşılamadı. Hastaya cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve korunma yöntemleri hakkında danışmanlık verildi. Hepatit B aşısı hakkında bilgi verildi ve 0-1-6. aylarda toplam 3 doz olmak üzere erişkin Hepatit B aşısı önerildi. Sifilis ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından takiplerin nasıl yapılacağı hakkında bilgi verildi. Hastaya üç ay ve altı ay sonra tekrar HIV, hepatit B (HBV) ve hepatit C (HCV) taraması ve VDRL testi için tetkik olmaya davet edileceği anlatıldı. Üç ay sonra telefon ile aranan hasta, işi nedeniyle evinde olmadığını, gerekli tetkikleri bulunduğu yerdeki hastanede yaptırabileceğini beyan etti. Altı ay sonra yine telefon ile aranan hastaya telefonu açmaması nedeniyle ulaşılamadı. Hastanın tekrar gelmemesi, iletişim numarasına ulaşamaması nedenleriyle takibi aile sağlığı merkezinde yapılamadı.

Tartışma

Sifilis düşük gelirli ülkelerde endemik olarak görülebilmektedir. Hastalık, morbiditesine ek olarak HIV enfeksiyonu riskini de artırmaktadır. Tedavi edilmediğinde pek çok klinik görünümde ilerleyip ağır nörolojik ya da kardiyovasküler olaylara neden olabilmektedir.³ Çeşitli belirtileri yorumlayıp tanıyı doğrulamak ve de tedaviye yanıtı değerlendirmek için kullanılan serolojik testlerin yorumlanmasındaki zorluklar nedeniyle sifilisin tanı ve tedavisi güç olabilmektedir.^{3,12} Genital ülser ile seyreden cinsel yolla bulaşan hastalıkların HIV, HBV ve HCV geçişini kolaylaştırdığı bilinmektedir. Bu nedenle bu hastalarda HBV ve HCV ile HIV enfeksiyonu gibi diğer cinsel yolla bulaşan hastalıkların araştırılması gereklidir. Ülkemizde çocuklardaki HBV aşılama kapsamının genişletilip, cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından riskli erişkinleri de kapsamı gereklidir. Bu hastaların etkili korunma yöntemleri kullanarak diğer enfeksiyonlardan da korunmaları için eğitimler verilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir.¹⁹ Olguda, VDRL tetkik sonucu şüpheli gelmesi sonrası istenen doğrulama testi TPHA 1/320 (+) olarak raporlanmıştır. Bu şekilde sifilis tanısı konulmuştur. Olgudan alınan anamnez, yapılan fizik muayene ve serolojik test sonuçlarına göre eşlik eden HIV, HBV, HCV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar saptanmamıştır. Makalede yer verilen hasta erkekti. Literatürde sifilis olgularının cinsiyet dağılımları incelendiğinde hastaların erkek ağırlıklı olduğu, erkek/ kadın oranının 1/1 ile 5,3/1 arasında bulunduğu belirtilmiştir.³ Kuzey Amerika'da sifilis hastalarının yaş ortalamasının 40 yaş altında olduğu bildirilmiştir.^{3,5} Ülkemizde yapılan bir çalışmada sifilis olgularının yaş ortalaması 39,4 bulunmuştur.⁴ Sifilis vakaları geçmiş yıllarda genç erişkinlerin hastalığı şeklinde bilinirken, yıllar içerisinde epidemiyolojik özelliklerin değişmesiyle birlikte ilerleyen yaşlarda da yeni sifilis vakaları bildirilmeye başlanmıştır.²⁰ Sunduğumuz olgunun yaşı 61 idi ve bu yaş literatürde belirtilen yaş ortalamasının üzerindeydi. Bu sonuç son yıllarda erişkin gruplarında da sifilisin görülmeye başladığı verisiyle uyumludur.

Literatürde sifilisin homoseksüel erkekler arasında daha çok görüldüğü bildirilmiştir.²¹ Olgumuz heteroseksüel olduğunu ve sadece karşı cinsle riskli cinsel teması olduğunu beyan etmiştir. Erkeklerle ilişki yaşayan erkekler (Men sex men/MSM) CYBH'lar açısından yüksek risk altındadır. Çünkü anal cinsel ilişki vardır ve bu durumda rektal mukozaya bazı patojenlere karşı daha hassas hale gelmektedir. Bu hastalarda tekrarlayan sifilis enfeksiyonları yaygındır. Ayrıca çok sayıda cinsel partnerin mevcudiyeti, madde kullanımının olması ve cinsellik için kurulmuş birtakım ağlara ulaşımın olması bu grubun CYBH'lara yakalanma riskini yükseltmektedir. Bu kişilerin HIV, sifilis, gonore (üretral, rektal, nazofaringeal) ve klamidya (üretral, rektal) için yıllık olarak taranması önerilmektedir. Ayrıca risk faktörlerine göre HSV, HPV, HBV, HCV ve HAV açısından da tarama önerilmektedir. Bu hastalarda da ayrıntılı bir cinsel öykü almak, kişiye özel danışmanlık ve bakım sağlamak için atılacak olan ilk adımdır.^{22,23} Ayrıca eşcinsel ve biseksüel ve MSM erkeklerin hepsi sifilisin aşırı yan etkilerini yaşamaktadırlar. 2021 CYBH Gözetim Raporundaki tüm birincil ve ikincil sifilis vakalarının %36'sını bu grup oluşturmaktadırlar. Bununla birlikte, son yıllarda heteroseksüel erkekler ve kadınlar arasında da vaka oranlarının arttığı bildirilmiştir.⁷

Ayrıntılı evreleme yapan çalışmalar, sifilisin tanı alma anındaki evrelerinin geniş bir yelpazede dağıldığını göstermektedir.³ Bir derlemede, ileri evre sifilis teşhisinin kadınlar arasında daha fazla olmasının birincil lezyonların kadınlarda daha az görülmesinden kaynaklanabileceği ve bu sebeple kadınların daha geç ve ileri evrede başvurabileceği belirtilmektedir.²⁴ Sunduğumuz olgu, penil ülsere lezyonu olması sebebiyle erken evrede polikliniğimize başvurmuş ve primer sifilis tanısı almış bir erkektir. Erken evre sifilis tanısı önemlidir. Sifilis

düşündüren belirti veya semptomları olan herhangi bir kişiye mutlaka sifilis testi yapılmalıdır. Ayrıca yakın zamanda sifilis teşhisi konulan ve oral, anal veya vajinal seks partneri olan herkese test yapılmalıdır.⁷ Sağlık hizmetlerinde hasta ile ilk temas noktası birinci basamak hekimleri olan aile hekimleridir. Aile hekimleri, cephenin önündeki hekimlerdir, bakıma ihtiyaç duyan hastalar için giriş noktasını oluştururlar, yaş, cinsiyet ve diğer özelliklerin ayrımını gözetmeksizin bireyin tüm sağlık problemleriyle ilgilenirler. Birinci basamak hekimleri genellikle ayrışmamış (çözülmemiş/önceden teşhis edilmemiş) hasta ve organize olmamış (klinik olarak tam oturmamış) semptomlarla ilgilenirler. Aile hekimleri ayrıca hastalara ait bulgu ve semptomlara ilişkin olasılıklar ve olasılık oranları konusunda da ustalık kazanmalıdırlar. Bu tip bilgiler, hasta için müdahalenin gerekip gerekmediği veya bekle-gör yaklaşımının uygun olup olmadığına karar vermek için gerekebilir. Bu sebeple, birinci basamakta hasta yönetiminde farklılıklar vardır.^{25,26} Bu olgu sunumunda da aile sağlığı merkezine ilk kez genital bölgede yara, sol kasıkta şişlik ve ağrı şikayetiyle gelen hastada düşük prevalans hekimliği ve ayrışmamış hasta yaklaşımının birinci basamaktaki önemi dile getirilmiştir.

Hobbs ve arkadaşlarının yapmış olduğu olgu sunumunda 42 yaşında HIV pozitif bir erkek, cinsel sağlık kliniğine şankr ile başvurmuş ve karanlık alan mikroskopunda *T.pallidum* tespit edilmiştir. Yine antiretroviral tedavi gören 60 yaşında HIV pozitif bir erkek, bilişsel gerileme öyküsüyle nöroloji kliniğine başvurmuş ve nörosifilis tanısı almıştır.²⁷ 16 yıllık bir süre boyunca Çin'de yaşlı yetişkinler arasında sifilis enfeksiyonu ve tanı ile ilişkili faktörleri araştıran tanımlayıcı bir çalışmada, yaşlı erişkinlerde sifilis yükünün arttığı tespit edilmiştir. yetişkinlerin (≥ 50 yaş) verileri genç insanların (15–49 yaş) verileriyle karşılaştırıldığında, çalışma süresi boyunca, yaşlı erişkinlerde 242.115 yeni sifilis teşhisi bildirilmiş ve yeni teşhislerin ortalama bildirim oranının 16 yıllık sürenin tamamında önemli ölçüde arttığı görülmüştür. Yeni teşhis edilen yaşlı yetişkinlerin erkek olma, bildirim yapan şehrin yerlisi olma, bilinmeyen bulaşma yollarına sahip olma ve geç teşhis edilme olasılıkları daha yüksek bulunmuştur. Yine bu çalışma ile yaşlı erişkinlerde yeni üçüncül sifilis tanılarında önemli bir artış olduğu bulunmuştur. Geç sifilis enfeksiyonları yıllar sonra gommatöz hastalıklar, kardiyovasküler problemler veya merkezi sinir sistemi tutulumu olarak ortaya çıkabilmektedir. Bu durum ise ileri yaşta zaten yüksek olan morbiditeyi genç bireylere göre daha da artırmaktadır. Bu bulgular, sağlık hizmeti sunucuları arasında farkındalığın artırılması ve yaşlı yetişkinler için sifilis hizmetlerinin ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin entegrasyonu gibi yaşlı yetişkinler için koruyucu sağlık yaklaşımlarının gerekliliğini ortaya koymuştur.¹⁸

Sifilis tedavisi için primer ilaç olarak penisilin önerilir. Benzil penisilin türevleri ile sifilis, hastalığın herhangi bir evresinde yeterli antibakteriyel tedavi rejimi uygulanarak tedavi edilebilir. Tedaviye yanıt serolojik testlerle değerlendirilir.³ Bu olguda da penisilin tedavisi uygulanmıştır

Dünya Aile Hekimleri Birliği (The World Organization of Family Doctors -WONCA) Avrupa 2002 tanımına göre; "Aile hekimliği, kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlıktır".²⁸ Hasta merkezli klinik yöntem (HMKY), aile hekimliğini bir disiplin haline getiren temel özelliklerden biridir. DSÖ'nün 1948'deki tanımına göre "Sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir".²⁹ Bu nedenle geleneksel biyomedikal model tam bir iyilik halini sağlama konusunda eksik kalabilmektedir. HMKY, Dr. George Engel'in 1970'lerde dile getirdiği biyopsikososyal modelin hayata geçmesine olanak sağlamaktadır. HMKY bütüncül yaklaşımı desteklemektedir.³⁰ Hasta merkezli klinik yöntemin birbiriyle etkileşimli, birbirini destekleyen dört bileşeni vardır: hem hastalık (disease) hem de rahatsızlık (illness) deneyimlerini keşfetmek, bireyi bir bütün olarak ele almak, ortak zemin oluşturmak ve hasta-doktor ilişkisinin geliştirmek. Hasta merkezli yaklaşım, aile hekimine teşhis koyma ve tedavi sağlama konusunda yardımcı olabilir. Yapılan bir araştırmada, 315 aile hekimi/hasta görüşmesinden 311'inde hasta tarafından en az bir semptom dile getirilmiştir. Semptom dile getiren hastaların %89'u semptomlarının anlamı hakkındaki görüşlerini de bildirmişlerdir. Örnek olarak hasta, "Bence bu baş ağrıları ciddi bir sebepten kaynaklanıyor olabilir" veya "Baş ağrısının sebebi stres olabilir mi acaba?" diyebilmiştir. Bu olgu sunumunda da hasta kendi semptomlarının "kıl dönmesi" nedeniyle olabileceğini beyan etmiştir. Yine aynı çalışmada, aile hekimlerine başvuran hastaların %16'sı düşüncelerini, beklentilerini, günlük yaşam aktiviteleriyle ilgili sorunlarını, aile/arkadaşlar/yaşam döngüsü sorunlarını ve duygularını kapsayan beş boyutu dile getirmişlerdir. %45'i bu beş boyuttan dördünü ve %71'i de üçünü görüşme esnasında beyan etmişlerdir. Multimorbidite ve birlikte ortaya çıkan rahatsızlık deneyimlerine ilişkin bu veriler, aile hekimlerinin, hastalarının sorunlarının tüm bu yönlerini ve hastalık ile rahatsızlığın arasındaki etkileşimi derinlemesine anlama ihtiyacını kavramalarına ve hastaların neden hasta odaklı bakım beklediklerine yardımcı olabilir.³¹ HMKY uygulanırken sorulacak açık uçlu sorularla hastanın rahatsızlığıyla ilgili duyguları, düşünceleri, beklentileri ve durumunun günlük yaşam aktiviteleri üzerindeki etkileri değerlendirildiğinde ve ortak bir zemin oluşturulabildiğinde biyomedikal yönetime göre daha büyük kazançlar ortaya çıkmaktadır. Bu sayede hastalar kendilerini sorumlu hissederek oluşturulan bakım planına daha iyi uyabilmekte, kendi mevcut kaynaklarını daha etkin kullanarak fizyolojik sağlıklarında iyileşme ortaya çıkarmakta ve koruyucu hekimlik uygulamalarında aile hekimleriyle birlikte daha uyumlu çalışabilmektedirler. Aile hekimleri, daha önceden bir doktor tarafından

değerlendirilmemiş veya sınıflandırılmamış, diğer bir deyişle farklılaşmamış rahatsızlıklarla, ayrışmamış hastalarla daha sık bir şekilde karşılaşılır. Hayatı tehdit edebilen ciddi ve acil müdahale ve bakım gerektirebilen hastalıkları, geçici basit rahatsızlık ve hastalıklardan ayırmaları gerekir.³⁰ Literatürde ülkemizde yapılmış, özellikle birinci basamakta tanı almış ve tedavisi düzenlenmiş erişkin sifilis olgu sunumuna rastlanmamıştır. Bu çalışmanın, birinci basamakta disiplinimiz için önemli konulardan olan hasta merkezli klinik yöntem, düşük prevalans hekimliği ve ayrışmamış hastalıkların yönetimiyle ilgili literatüre kaynak teşkil edeceğini düşünmekteyiz.

Sonuç

Sifilis hala güncelliğini koruyan bir enfeksiyon hastalığıdır. “Büyük taklitçi” olarak bilinen bu hastalık çok farklı klinik tabloda görülebildiğinden dolayı hekimler dikkatli olmalıdır. Sifilis şüphesi olan her hastadan tarama testleri istenmelidir. Hastaların ayrıca riskli olmaları nedeniyle HIV başta olmak üzere HBV, HCV gibi diğer kan ve vücut sıvıları ile bulaşabilecek hastalıklar açısından da değerlendirilmeleri gerekir. Ayrıca varsa cinsel eşlerin de ayrıntılı şekilde değerlendirilmeleri önem arz etmektedir.^{3,4}

Doğumda beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte bireylerin yaşlılık döneminde geçirecekleri zaman da artmıştır. Bu sebeple yaşlılık sürecinde meydana gelen sağlık problemleri de çoğalmıştır. Bireylerin doğru sağlıklı yaşam biçimini benimsemeleri ve bakım ihtiyaçlarının karşılanması bu sürecin sağlıklı geçirilmesi için önem arz etmektedir. Cinsel sağlık, bireylerin genel sağlığından ayrı olarak tutulmamalı ve mutlaka değerlendirilmelidir. Sağlık hizmeti talep eden yaşlıların cinsellikle ilgili riskli davranışları tespit edilmeli ve bakım gereksinimleri bütüncül bakış açısıyla değerlendirilmelidir.¹⁷ Yaşlı yetişkinler arasında cinsel sağlıkla ilgili sorunlar, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yapılan çalışmalar, erişkinlerde (≥50 yaş) sifilis yükünün arttığını göstermektedir.¹⁸

Hastalığın toplum sağlığını etkileyebilen önemli bir hastalık olması, birinci basamak hekimleri tarafından bu hastaların diğer kliniklerle iş birliği ile tedavi ve takip edilmesi ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından danışmanlık verilmesi konuları toplum sağlığın iyileştirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Sonuç olarak, sifilis hala toplumumuz için önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Şüpheli cinsel temas öyküsü bulunan hastalarda öncelikli düşünülmesi gereken hastalıklardandır. Sifilis tanısı alan hastaların diğer olası cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından taranması ve özellikle toplumda yayılımını azaltmak amacıyla riskli cinsel temastan kaçınma ve cinsel temasta etkili korunma yöntemleriyle ilgili eğitimler verilmesi önemlidir.⁵ Bu vakanın bir aile sağlığı merkezinde aile hekimi tarafından tespit edilip tanısının konulması ve tedavisinin düzenlenmesi birinci basamak hekimliği için önemlidir. Ayrıca ayrışmamış hastalara yaklaşım ve düşük prevalans hekimliği açısından, aile hekiminin zaman, etkinlik ve maliyet gibi konularda önemli roller üstlendiğine vurgu yapmak istenmiştir.

Etik Beyanlar

Aydınlatılmış onam: Bu çalışmaya katılan hastanın aydınlatılmış onamı alınmıştır.

Çıkar çatışması: Yazarlar, bu çalışmada herhangi bir çıkara dayalı ilişki olmadığını beyan etmişlerdir.

Finansal destek: Çalışmanın finansal desteği bulunmamaktadır.

Yazar katkıları: Yazarların tümü makalenin tasarımına, yürütülmesine, analizine katıldığını ve son sürümünü onayladıklarını beyan etmişlerdir.

Kaynaklar

1. Serdaroğlu S. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar. Tüzün Y, Engin B, editörler. Dermatolog Olmayanlar İçin Dermatoloji. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi; Mart 2012, No: 76. p. 83 – 124.
2. Karabacak E, Acar A, Aydın E, Doğan B. Bir eğitim araştırma hastanesinde 1996-2012 yılları arasındaki sifilis olgularının değerlendirilmesi. *Türkderm* 2014; 48: 67-70.
3. Alkan S, Akça A, Önder T, Güçlü Kayta SB, Vurucu S, Yüksel C ve ark. Eski ama eskimeyen hastalık sifilis: olgu serisi. *YÖBU Faculty of Health Sciences Journal* 2022; 3 (1): 53-58.
4. Karaosmanoğlu N, Baskovski IGİ, Karaaslan E, Kıratlı E, Ekşioğlu HM. Dermatoloji kliniğine son iki yılda başvuran sifilis olgularının değerlendirilmesi. *Ankara Eğt. Arş. Hast. Derg* 2018; 52 (1): 69-73.
5. Oğrum A, Karataş A, İzol B, Güngör E, Ekşioğlu HM. Bir eğitim araştırma hastanesinde tanı alan sifilis olgularının demografik bulguları. *Van Tıp Derg* 2019; 26 (3): 279-284.
6. Fitzgerald F. The great imitator, syphilis. *West J Med* 1981; 134 (5): 424-32.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). STDs. [Internet]. [Erişim Tarihi: 20.07.2023] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm>
8. Sağlık Bakanlığı. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.03.2023] Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/sifiliz/sifiliz-liste/sifiliz-istatistik.html>
9. Gottlieb SL, Newman LM, Amin A, Temmerman M, Broutet N. Sexually transmitted infections and women's sexual and reproductive health. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2013; 123 (3): 183-184. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.09.013.

10. Çelikcan G, Uncu Y. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon hastalıklarında tarama yöntemleri ve korunma. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi Mart Nisan 2017; 9 (2): 28-31.
11. Sezgin B, Aydın Kartal Y. Gebelik döneminde uygulanan kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi. Journal of Ankara Health Sciences 2021; 10 (1): 92-107.
12. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The laboratory diagnosis of syphilis. Journal of Clinical Microbiology October 2021; 59 (10): 1-11.
13. Workowski KA, Bolan GA. Sifilis. Aydoğan K, Dicle Ö, Doğan B, Keçici AS, Köse O, Serdaroğlu S, çev.editörleri. Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar Tedavi Rehberleri. İstanbul: Galenos Yayınevi; 2015. p. 13-39.
14. United Nation. World population ageing 2017: Highlights. Retrieved from United Nations. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.07.2023] Erişim adresi: https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf
15. WHO. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.07.2023] Erişim adresi: <https://www.who.int/about/governance/constitution>
16. WHO. [Internet]. [Erişim Tarihi: 15.07.2023] Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
17. Temizkan Sekizler E, Atan ŞÜ. Yaşlılık ve cinsel sağlık. Geriatrik Bilimler Dergisi 2023;6 (1): 52-59. Doi: 10.47141/geriatrik.1177354
18. Wang C, Zhao P, Xiong M, Tucker JD, Ong JJ, Hall BJ at al. New syphilis cases in older adults, 2004–2019: an analysis of surveillance data from south China. Front. Med 2021; 8: 1-9. Doi: 10.3389/fmed.2021.781759
19. Kavak A, Parlak AH, Akman RY, Yeşildal N, Anul H, Aydoğan İ ve ark. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda hepatit B, C ve HIV enfeksiyonları açısından bir değerlendirme. TÜRKDERM 2002; 36: 272-275.
20. Alkan S, Akça A, Önder T, Güçlü Kayta SB, Vurucu S, Yüksel C. Her iki gözde görme kaybı ile başvuran sifilis olgusu. Chron Precis Med Res 2021; 2 (3): 59-61.
21. Ling DI, Janjua NZ, Wong S, Krajden M, Hoang L, Morshed M at al. Sexually transmitted infection trends among gay or bisexual men from a clinic-based sentinel surveillance system in British Columbia, Canada. Sexually Transmitted Diseases March 2015; 42 (3): 153-159.
22. Ayaz ÇM, Zarakol P. Cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma stratejileri. Sain Güven G, Yıldız P, editörler. Periyodik Sağlık Kontrolü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2021: 48-54.
23. CDC 2021. Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines. [Internet]. [Erişim Tarihi: 20.07.2023] Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/msm.htm>
24. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with emphasis on clinical, epidemiologic, and some biologic features. Clin Microbiol Rev 1999; 12 (2): 187-209.
25. Set T, Ateş E, Taştan K. Mental processes on the clinical problem solving in family medicine. Editöre Mektup. Konuralp Tıp Dergisi 2019;11 (1): 161-162.
26. Rakeş RE, Rakeş DP. Klinik problem çözme. Saatçi E, çev editörü. Aile Hekimliği. 9. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi;2019. p. 120-125.
27. Hobbs E, Vera JH, Marks M, Barritt AW, Ridha BH, Lawrence D. Neurosyphilis in patients with HIV. Pract Neurol 2018 Jun;18 (3): 211-218. Doi: 10.1136/practneurol-2017-001754.
28. Justin A, President BG, Crebolder H, Catholic JH, Svab I, Maastricht PR, The European Definitions 2011. In: Evans P, ed. The European Definition of General Practice/Family medicine. Spain: WHO Europe Office; 2011. p.8-9
29. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> (Son olarak 01.07.2016'da ziyaret edilmiştir)
30. Karataş Eray İ. Klinik yöntem ve ayrışmamış hasta. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2017; 8 (2): 100-102.
31. Stewart M. The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. Türk Aile Hek Derg 2013;17(2):73-85.