

T²₀₁₄JOBTÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt 12 ◦ Sayı 2 ◦ 2025 Yaz

Volume 12 ◦ Issue 2 ◦ Summer 2025

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından yayımlanan Türkiye Biyoetik Dergisi
Turkish Journal of Bioethics published by Turkish Bioethics Association

e-ISSN: 2148-5917

TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirilerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik

ASCI

AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmaları akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayımlayan dergide, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, yasa incelemesi, kitap incelemesi, sanat ve edebiyat, olgu sunumu, monografi, biyografi niteliğinde çalışmaları da yer almaktadır.

DERGİ KURULLARI

Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

Editörler

Prof. Dr. Selim Kadioğlu
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
turkiyebiyoetikdergisi@gmail.com

Prof. Dr. Gürkan Sert
Marmara Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
drgurkansert@gmail.com

Doç. Dr. M. Kemal Temel
Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Hatay, Türkiye
mkemaltemel@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay Halidi
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
gulayhal@gmail.com

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Hasan Erbay
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik Görkey
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal Güvercin
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay Kadioğlu
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Prof. Dr. Mehmet Karataş
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Serap Şahinoğlu
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Öğr. Üyesi Meltem Akbaş
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Murat Aksu
Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Doç. Dr. Rahime Aydın Er
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Doç. Dr. Elif Bıyıklı Gültekin
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rana Can Özdemir
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat Civaner
Bursa Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin Çobanoğlu
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan Demir Karabulut
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Hatun Hanzade Doğan
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder Gün
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İzgi
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Doç. Dr. Selda Okuyaz
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Prof. Dr. Müesser Özcan
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin Özçelikay
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Mustafa Levent Özgönül
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike Öztürk Çeliktekin
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran Sevimli
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Doç. Dr. Bilge Sözen Şahne
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Serap Torun
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif Vatanoğlu-Lutz
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin Yalım
Ankara Üniversitesi (emekli öğretim üyesi), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülay Yıldırım
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Şerife Yılmaz
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

MAKALE ANA METİN DOSYASI YAZIM KURALLARI

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

Yazar Bilgileri

Ana metin dosyasında yazarların adları ve haklarındaki bilgiler bulunmamalıdır.

Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıklı yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki sayılar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda Roma rakamıyla dipnot kullanılabilir.

Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak "tırnak içinde" gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9x13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.

Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğerleri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler “Medical Subject Headings (MESH)”e uygun olarak yazılmalıdır.

Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ ve YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF ve KOYU

İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu

Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik

Yayın Türleri

Dergiye kabul edilen yazı türleri aşağıda sıralanmış olup ana metin dosyasında başlığın altında köşeli parantez içinde çalışmanın türü belirtilmelidir.

1. Editör Yazısı
2. Editöre Mektup
3. Araştırma Makalesi
4. Derleme
5. Yasa İncelemesi
6. Kitap İncelemesi
7. Sanat ve Edebiyat
8. Olgu Sunumu
9. Konferans Bildirisi
10. Kısa Bildiri
11. Toplantı Özeti
12. Rapor

13. Haber
14. Monografi
15. Biyografi
16. Bibliyografi
17. Çeviri
18. Not
19. Düzeltme

MAKALE ANA METİN DOSYASI DIŞINDA SİSTEME YÜKLENMESİ GEREKENLER

Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan, gönderilen makalenin amacının ve yönteminin açıklandığı, sonuçlarının derginin okur kitlesi için öneminin özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

Başlık Sayfası

Makalenin türünün, başlığının, kısa başlığının; tüm yazarların isimlerinin akademik unvanlarının, çalıştıkları kurumların, ORCID numaralarının, e-posta adreslerinin, telefon numaralarının, posta adreslerinin; mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümünün; çalışma daha önce bir bilimsel toplantıda sunulması, kongre kitabında basılması hakkında bilgilerin; varsa makaleye ilişkin çıkar çatışmasının belirtilmesinin ve açıklanmasının, yer aldığı kısımlardan oluşur.

Telif Hakkı Formu

Yazının ve dayandığı çalışmanın, araştırma ve yayın etiğine uygun olarak hazırlandığını; başka yerde yayımlanmadığını, yayımlanmak veya değerlendirilmek üzere başka bir yayın ortamına gönderilmediğini (bilimsel toplantılarda sunulmuş olması dışında); telif hakkının Türkiye Biyoetik Dergisi'ne devredildiği bilgilerini içerir.

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

Creative Commons Lisansı: Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

Paylaş – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

CC BY-NC-ND lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

CC BY-NC-ND lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

CC BY – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

NC – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

ND - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

Ek sınırlamalar yoktur – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya

da teknolojik önlemler uygulayamazsınız. Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

Okuma, çıktı alma ve indirme: EVET

Atıfta bulunma: EVET

Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması: HAYIR

Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak: HAYIR

Önemli not: Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)

Aşırma politikası

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

Yazarlara Notlar

- Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Hakem sürecinde yazarlardan çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmeleri istenebilir. Yazarlar, makaleye ilişkin verileri-kaynakları editör tarafından istendiğinde sunmakla yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

Hakem Değerlendirme Süreci

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi
- Orijinalliği ve alana katkısı
- Akademik standartlar

Ücret Politikası

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖR YAZISI

EDITORIAL

1. **Editörden Yaz 2025**
Editorial Summer 2025
Selim Kadioğlu 79

ARAŞTIRMA MAKALESİ

RESEARCH ARTICLE

2. **Vaccine Refusal: A Phenomenological Study on What Parents Think**
Anne Babalar Çocukluk Çağı Aşılarını Neden Reddediyor: Fenomenolojik Çalışma
Melike Öztürk, Ayden Çoban 80-88
3. **COVID-19 Vaccine Literacy in Cancer Patients and their Attitudes towards COVID-19 Vaccination**
Kanser Hastalarında COVID-19 Aşı Okuryazarlığı ve Kanser Hastalarının COVID-19 Aşısına Yönelik Tutumları
Beyza Nur Ataoğlu, Dilşad Save, Ömer Faruk Domruk, Oğulcan Alan, Yusra Domruk, Seyhan Hıdıroğlu 89-106
4. **Akut Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Kaçırılmış Fırsatların Değerlendirilmesi**
Evaluation of Missed Opportunities in Individuals with Acute Myocardial Infarction
Önder Demiröz, Miray Sancaktar Demiröz, Oytun Sevil, Sakine Beyza Üstün, Kürşat Uyğul, Rümeyza Kılıç, Zeynep Tuysu Çakır, Seyhan Hıdıroğlu 107-118

DERLEME

REVIEW

5. **Meme Kanserli Hasta Savunuculuğu: Dinamik Bir Sürecin Çok Yönlü Analizi**
Breast Cancer Advocacy: A Multifaceted Analysis of a Dynamic Process
Yakup Akyüz, Yasemin Uslu 119-126

MONOGRAFİ

MONOGRAPH

6. **Türkiye’de Yaşlılara Verilen Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Etik Bir Değerlendirme**
An Ethical Evaluation of Home Care Services Provided to the Elderly in Turkey
Handan Akın, Serap Şahinoğlu 127-136

Editörden Yaz 2025

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin Değerli Okurları,

Dergimizin 2025 yılı ikinci sayısında konuları ve yaklaşımları farklı beş nitelikli makaleyi ilginize sunarken, huzurunuzda daha hacimli sayılarla çıkabilmeyi umduğumu ve bunun için de değerli çalışmalarınızın yolunu gözlediğimi vurgulamak istiyorum.

Melike Öztürk ve **Ayden Çoban**, gündemin ön sıralarındaki varlığını görece uzun süredir devam ettiren ve toplum sağlığı konusunda ciddi kaygılar uyandıran bir konu olan aşı reddini, anne-babalar üzerinde yürütülmüş nitel bir araştırma üzerinden ele alarak konuya ilginç bir bakış açısı getiriyor.

Aşı tereddüdü veya reddi genel çerçevesinde farklı bir yöneliş gösteren **Beyza Nur Ataoğlu**, **Dilşad Save**, **Ömer Faruk Domruk**, **Oğulcan Alan**, **Yusra Domruk** ve **Seyhan Hıdıroğlu** imzalı çalışma, kanser hastalarının COVID-19 aşısı okuryazarlığı ve bu aşıya yönelik tutumları konusunda ufuk açıyor.

Önder Demiröz, **Miray Sancaktar Demiröz**, **Oytun Sevil**, **Sakine Beyza Üstün**, **Kürşat Uyğul**, **Rümeysa Kılıç**, **Zeynep Tuye Çakır** ve **Seyhan Hıdıroğlu** tarafından hazırlanan makale, akut miyokard enfarktüsü geçirmiş bireylerin bu ciddi sağlık sorunu ile karşılaşmalarının öncesindeki yaşamlarına dair anlattıklarından oluşan çarpıcı tabloyu görüp üzerinde düşünmemize olanak sağlıyor.

Her üç araştırma için geçerli bir saptama yaparak, tıp etiğine özgü konuları ele almamış ve işledikleri konuların etik boyutuna doğrudan odaklanmamış olduklarını buna karşılık kuramsal arka planlarında toplum sağlığına yönelik genel bir hassasiyetin ve özellikle de güçlü etik kaygıların yansımalarını barındırdıklarını söylemek olanaklı.

Yakup Akyüz ve **Yasemin Uslu** tarafından kaleme alınan çarpıcı derleme, meme kanserli hastaların savunuculuğunu üstlenme konusunda tarihçeyi aktarıp literatürü tanıtmanın yanı sıra bu bağlamda etkinlikte bulunmaya dair yol gösterici bilgiler de içeriyor.

Türkiye özelinde yaşlılara yönelik evde bakım hizmetlerinin etik boyutu hakkındaki yetkin çalışmanın yazarları, kısa bir süre önce geriatri-gerontoloji tarihçesi hakkında kapsamlı bir tezi yazar ve danışman olarak birlikte tamamlamış bulunan **Handan Akın** ve **Serap Şahinoğlu**.

İyi okumalar diliyorum...

Saygılarımla

Selim Kadıoğlu

Vaccine Refusal: A Phenomenological Study on What Parents Think

Anne Babalar Çocukluk Çağı Aşılarını Neden Reddediyor: Fenomenolojik Çalışma

Melike Öztürk

Doktor Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-9452-4873 E-posta: mozturk@cu.edu.tr

Ayden Çoban

Profesör Doktor, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0002-2189-2488 E-posta: ayden.coban@adu.edu.tr

Geliş Tarihi: 16 Nisan 2025, Kabul Tarihi: 19 Mayıs 2025

ABSTRACT

Purpose: This study aims to identify the views of parents who refuse to vaccinate their children about the reasons for refusing childhood vaccines.

Method: This study utilized a phenomenological design, one of the qualitative research methods, and was conducted between April and June 2019. The sample, selected using maximum variation sampling among purposeful sampling methods, consisted of 15 individuals who had children and refused to have at least one childhood vaccine. Data were collected through the in-depth interview technique using a semi-structured interview form. The participants were informed about the purpose of the study, and their consent was received. Data were analyzed using content analysis methods.

Findings: Data collected from the study were grouped under six main themes. The participating parents were found to refuse vaccination due to reasons such as vaccine components, side effects of the vaccines, religious beliefs, inadequate information about vaccines, the notion that getting diseases or natural methods are better, and drug industry relationships of interest.

Conclusion: The main reasons for the parents to decide on vaccine refusal or support this view included inadequate information about vaccines, religious beliefs, vaccine components and side effects of vaccines, parents' perceptions about diseases, drug industry and relationships of interest. In addition, families were found to have a severe lack of knowledge about childhood vaccines and experienced information pollution.

Keywords: Vaccine, vaccine refusal, vaccination hesitancy, qualitative research

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, çocuklarına aşı yaptırmayı reddeden ebeveynlerin çocukluk çağı aşılarını reddetme nedenlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Nitel araştırma yöntemlerinden fenomenolojik bir çalışma olarak gerçekleştirilen araştırma Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışma grubuna amaçlı örnekleme yöntemlerinden maksimum çeşitlilik örnekleme yöntemi kullanılarak çocuk sahibi olan ve en az bir çocukluk çağı aşısı yaptırmayı reddetmiş 15 kişi dahil edilmiştir. Araştırma verileri derinlemesine görüşme tekniği ile yarı yapılandırılmış görüşme formu ile toplanmıştır. Katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onamları alınmıştır. Verilerin çözümlenmesinde içerik analizi uygulanmıştır.

Bulgular: Görüşmelerden elde edilen veriler altı ana tema altında toplanmıştır. Ailelerin aşılardan içeriğinden ve yan etkisinden dolayı, dini inançları, bazı hastalıkların artışının aşılardan kaynaklandığını düşünme, aşılarda bilgi eksikliği, aşılardan gerekli olmadığı düşüncesi nedeniyle aşı yaptırmayı reddettikleri bulunmuştur. Ayrıca bir hastalığın aşısının çocuğa yapılarak yapılmamasının kararında ailenin o hastalığa bakış açısının etkili olduğunu görülmüştür. Aileler sağlık hizmeti sunucularını önemli bilgi kaynağı olarak görmekte fakat onlardan yeterli bilgi alamadıklarında internet üzerindeki sosyal medya gruplarından faydalandıklarını belirtmektedir. Çocuklarına aşı yaptırmayan aileler bulaşıcı hastalıklardan korunmak için genellikle alternatif tıp uygulamalarını seçmişlerdir.

Sonuç: Ebeveynlerin aşı reddine karar vermeleri ya da bu düşünceleri desteklemelerinin temel nedenleri; aşılarda yeterli bilgi edinememe, dini inanışlar, aşılardan içeriği ve yan etkileri, ailelerin hastalık algısı, ilaç endüstrisi ve çıkar ilişkileri şeklindedir. Ayrıca ailelerin çocukluk çağı aşılarda ciddi bir bilgi eksikliği ve bilgi kirliliği yaşadıkları tespit edilmiştir. Çocukluk çağı aşılarda konusunda ailelerin sahip olduğu eksik ya da yanlış bilgilerin öncelikle giderilmesi ve gerçek anlamda kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, aşı reddi, aşı tereddüdü, nitel araştırma

INTRODUCTION

Vaccines are one of the cornerstones of community health practices enhancing the improvement of health at the global level. The history of vaccines and immunization dates back to very old times; however, there have always been people who object to vaccines. Despite the evidence documented on the reliability, benefits, and success of vaccines, in recent years' vaccine refusal has been brought to the agenda again, and there has been an increase in the resistance in families particularly against childhood vaccines. Twenty years ago, the concepts of "vaccine hesitancy-vaccine refusal" have been put forward in the world, and the increased vaccine refusal cases have led to decreases in vaccination rates and increases in the prevalence of the diseases that can be prevented with vaccines. In 2018, there were 324.277 measles cases worldwide in total while this number was reported as 74.338 measles cases within the first two months of the year 2019 (1). Vaccine refusal has been encountered in our country within the past eight years, which indicated a sharp increase after a court case on receiving parents' consent for vaccination was won in 2015 and anti-vaccine statements began to be frequently seen on media. The number of families who refused to vaccinate their children were reported 183 in 2011, 980 in 2013, 5400 in 2015, 12000 in 2016, 23060 in 2017, and 40370 in 2018 (2).

The World Health Organization defines vaccine hesitancy as a delay in acceptance or refusal of vaccines despite the availability of vaccine services (3). The issue is regarded as a community health problem due to the increasing number of vaccine refusals. When the numbers of vaccine refusal cases have increased rapidly in recent years and demonstrated alarming levels, the World Health Organization placed "vaccine refusal" among the top 10 global health problems that are planned to be solved in 2019 (4). The Ministry of Health in our country has done some activities to provide more accurate information about vaccines and raise public awareness about vaccination.

One of the primary goals of the vaccine services is to protect vaccinated individuals from diseases; another purpose is to take the disease under control in the community by reaching a certain immunization rate. Although the vaccination decision initially seems to be an individual decision to be taken by parents, it is a social decision that affects other people as well. Parents' vaccine decision, which needs to be taken considering the child's high benefit, affects other people in society in various ways. The initial effect of vaccine refusal is to decrease vaccine rates and hence make the spread of diseases easy. This condition, which affects not only individuals who cannot be vaccinated but also the whole society, risks particularly the children for whom parents make decisions. Health professionals are natural defenders of vaccines, which is important for the social benefits of vaccines.

PURPOSE

Due to high numbers of increases in vaccine refusals, knowing about the reasons for vaccine refusal could contribute to solutions. Therefore, this study aims to identify the views of parents who refuse to vaccinate their children about the reasons for refusing childhood vaccines and to explore their opinions, thoughts, and experiences about this issue.

Research Questions

1. What are the parents' reasons for refusing childhood vaccines?
2. What are the factors affecting parents' childhood vaccine refusal?

METHOD

This study utilized a phenomenological design, a qualitative research method, to identify the views of parents who refuse to vaccinate their children about the reasons for refusing childhood vaccines. The study was conducted between April and June 2019. The sample consisted of 15 participants (P) who were selected using maximum variation sampling among purposeful sampling methods from individuals who were reported to have refused at least one childhood vaccine according to the registers of Adana Provincial Directorate of Health. No limitations were indicated in terms of age, education level, and working variables to enrich the study data.

Data were collected through a semi-structured interview form and questionnaire that aimed to obtain data about the participants' socio-demographic characteristics. Content validity of the data collection tool was enhanced by receiving expert views of two instructors, one is an expert on qualitative research and the other one on midwifery, and revisions were made based on their recommendations. A pilot administration was performed to improve the comprehensibility and practicality of the interview form. The interviews were conducted in places suggested by the participants where they would have no difficulties in terms of transportation. The participants were informed about the study, and their written and verbal consent was obtained. The interviews were recorded with a voice recorder, and each interview was completed in about 40-50 minutes.

Data were analyzed using content analysis methods. The participants' voice recordings were transcribed in a Word document, and 73-page raw data were obtained. Before data coding was started, each interview was read line by line to have a holistic picture of the data. The texts written in these documents were coded based on words according to the categories identified. The study process was explained in detail to enhance external validity. The participants' statements in their responses were presented without making any changes. The data were described systematically and clearly, and the descriptions were organized and interpreted.

Approval was obtained from the Non-invasive Clinical Studies Ethics committee at the Medical Faculty of Çukurova University and written permission was obtained from the institution. In addition, the participants were met before the interviews and given information about the study, and their written consent was received before the interviews were conducted.

FINDINGS

The participating parents were aged 24-36, all of them were females, and their professions and education levels demonstrated differences.

The reasons for vaccine refusal that were indicated in the interviews were grouped under six themes as follows:

1. Vaccine refusal due to vaccine components
2. Vaccine refusal due to the side effects of the vaccines
3. Vaccine refusal due to religious beliefs
4. Vaccine refusal due to inadequate information about vaccines
5. Vaccine refusal due to the notion that getting diseases or natural methods are better
6. Drug industry relationships of interest

1. Vaccine Refusal Due to Vaccine Components

The majority of the participating parents think that the substances used during the production stage of vaccines were harmful, and the methods used in the production stages caused some health problems. This notion reveals itself as an important cause of negative views about vaccines.

Some substances are included in the vaccines in line with certain purposes. Among these, mercury and aluminum are the two substances that cause a lot of debate and anxiety. Thiomersal, which is a derivative of mercury used as molecule protectives, is the most common reason for vaccine refusal and was removed from most childhood vaccines as a precaution in 2001, and vaccines containing no thiomersal have begun to be produced (5). On the other hand, evidence-based studies on the issue were conducted and shared with the public. However, families seem to be still confused about vaccine and mercury components.

"... They say we take mercury with fish, too. Let's not take it, either; let's try not to eat deep-sea fish...I do not make my child eat things that we do not know what they contain. Therefore, I am not vaccinating my child..." (P5).

"... We ate and drank so many harmful things in our childhood, but we decided to be careful about my daughter; I decided not to give her anything with a suspected component that might do harm. While looking for things with this purpose in mind, I learned from a halal food website that vaccines contained mercury. At first, I thought that they were exaggerating, but the reality was evident. Here is how my anti-vaccination story began" (P8).

"We know what mercury in vaccines is causing" (P9).

Adjuvants are other substances accused of vaccine components. Studies measuring the aluminum levels in vaccines have begun to be conducted as a result of the statements indicating that various muscle problems are experienced due to the accumulation of aluminum components in the body. Although these studies indicated the reliability of the vaccines, the participants still consider it as a reason for vaccine refusal.

"...Aluminum is not very different from mercury. It is also a heavy metal. That's why I did not vaccinate my child. I would do the same if I had another child" (P3).

"...Compulsory childhood vaccines contain heavy metals that could hinder the child's development and cause more severe damages. The most famous ones include mercury and aluminum" (P7).

2. Vaccine Refusal Due to The Side Effects of the Vaccines

The Ministry of Health issued a circular letter in 2009 and defined unwanted effects after vaccination. This definition was as follows: "an unwanted effect after vaccination (UEAV) is a known side effect of a vaccine or any unwanted medical condition that is considered to develop after vaccination in an individual who is vaccinated." This circular letter also contains frequent and rare side effects after vaccination reported by the Ministry of Health (6).

The majority of the participants reported their experiences and observations about the side effects of the vaccines, which were found to have effects on their decision not to vaccinate.

“...My child generally started to get sick very often after that vaccination process, particularly after the first-year vaccine” (P4).

“... We think that vaccines are the cause of my daughter’s frequent illnesses. Although we are very careful, my daughter has illnesses such as flu and common cold very frequently. Her fever increased up to 40,3 and 39,5. She also experienced vomiting and weakness...” (P1).

“...We know children who had infantile paralysis after they had polio vaccine; that one is also problematic...” (P15).

3. Vaccine Refusal Due to Religious Beliefs

The participants who refused vaccines due to religious beliefs were divided into two categories. While one group thinks that the vaccine components are unfavorable in terms of their religious beliefs, the other one thinks that there is no need to be protected from diseases because diseases come from God and one should trust in God.

“...If it is the destiny by God, you get that disease no matter what you do. If not, you do not get it” (P2).

Some of the parents were found to think that vaccine components were not halal in terms of religion. This view was more frequently mentioned than the view that regarded diseases as destiny.

“...Things in vaccines are full of substances considered necis (dirty) by Islam. I think injecting a 3-month or 1-year old child dirty things such as monkey kidney, mouse cell, or pig whatever is simply not right...” (P13).

“... Of course, religious perception is important. Some people do not want vaccines that contain pig genes and monkey genes; they think so because they are forbidden by religion rather than they are potentially harmful” (P12).

In addition to these views, some participants stated that health professionals demonstrated negative attitudes towards them about their vaccine refusal decision due to their religious beliefs and the clothes they were wearing in line with their beliefs.

4. Vaccine Refusal Due to Inadequate Information About Vaccines

Families who were hesitant about vaccines stated that they wanted to make informed decisions for their children about vaccines by learning about the benefits and risks of vaccines. The participants reportedly saw health professionals as a valuable source of information about their children's health. However, they also stated that the health professionals did not inform them adequately before vaccination, it was not easy to talk with health professionals, and health professionals did not have time to communicate with parents.

“...I was called by the Community Health Center constantly; they sent some people to our home and took the statement down. However, we were not given any worthwhile information about what happens if the child gets ill if s/he is not vaccinated; only one pediatrician said something unqualified like you brought trouble on you” (P1).

When they cannot obtain the necessary information from health professionals, parents start to look for information from other information sources, which affects their vaccine decisions.

“...I came across a Facebook group and things I read there sounded logical. I benefitted from only that group. I think that they follow a sufficient number of articles, share examples from children, and follow current news. I was convinced by the statistics about allergy, autism, and immune system disorders that were reported after vaccines. I was convinced because they gave real-life stories... We are not informed by health professionals about the vaccine components adequately” (P8).

Negative views of the participants about vaccines were significantly affected by their social environment, internet, newspaper and television news, national and international web sites they follow, social media groups, and the things

shared in these groups. After the internet, families were found to have been affected by their close friend circles and relatives mostly when they obtained information about vaccines.

5. Vaccine Refusal Due to The Notion That Getting Diseases or Natural Methods Are Better

The majority of the participants stated that pulling through diseases naturally is better and enables a stronger immunization, immunization enabled with vaccines is inadequate, and it is better to pull through some diseases naturally during childhood. Parents' views about the disease were found to have effects on their decision whether or not to vaccinate their children against that disease.

"...Vaccines are not for protection; namely, it does not mean that a child who is vaccinated does not get this disease. Similarly, it does not mean that the diseases experienced by vaccinated children are not experienced by children who are not vaccinated. I think those who are not vaccinated pull through more easily. I am vaccinated for flu; it takes me one week to pull through. My daughter finishes the process in 3 days" (P5).

Some parents believe that for children, natural immunization is better than the immunization obtained through vaccines. The common view shared by the participating parents was that pulling through a disease could help to strengthen the child's immunization.

"...We should enable natural immunization. Natural social immunization is more effective than the social immunization enabled by vaccination. Natural immunization protects much more than immunization by vaccination" (P2).

"...Common diseases are not my fear. No mothers would want to see their children get ill, of course. As a mother, I do not want my child to get ill. But I think that pulling through diseases such as measles, epidemic parotitis, and chickenpox is better for her immunization" (P7).

The participating families stated that their decisions about not to vaccinate their children were affected because they remembered themselves as children who pulled through these diseases easily and they saw them as diseases to be experienced by all children during childhood.

"... Well, it was the same when we were children. They used to put us in the same room with children who had chickenpox so that we could also get it. We used to have all these diseases. The risk is greater if you get them when you grow up" (P6).

While searching about vaccines, some parents also searched about alternative treatment methods and were affected by the views of alternative medicine practitioners about vaccines. The participants think that the things they did for children had positive effects on protecting their children's health and advocate that vaccines are not needed. For instance, they report that having a natural diet is sufficient.

"...Well, I believe the importance of the natural diet. I mean, it is not easy. It is not easy to find and afford it. But when you put unnatural things in your body, it reacts accordingly. As much as possible, you should eat natural things. The body has a protection mechanism. This is what we are doing now, trying to consume natural things as much as possible" (P11).

Some of the participants stated that vaccines are partly or completely unnecessary. The childhood vaccines they commented on included polio, hepatitis B, meningitis, and combination vaccines. They had the perception that the vaccine components having protectors for more than one disease caused more side effects.

"... I still have my own vaccine card; my mother had kept it. I had a very heavy measles although I had been vaccinated. I remember it" (P4).

6. Drug Industry, Vaccines, And Relationships of Interest

The participants reported to have the issue of trust about obtaining and financing vaccines. The common view of the participants who reportedly did not trust drug companies and the health sector is caused by the notion that vaccines are seen as a monetary source.

“...Compulsory childhood vaccines are a system invented by drug companies to earn money. This is my opinion... The purpose is not to protect children; it is conflicts and interests... it is the performance money for doctors and midwives who do the follow-ups. More vaccines mean more money” (P7).

In addition to the lack of trust in drug companies and the belief that they earn money through vaccines and thus there is bias about this, the foundation of these views also includes more complicated opinions like the use of vaccines as weapons of mass destruction.

DISCUSSION

This phenomenological study explored parental attitudes toward childhood vaccine refusal, identifying six central themes: concerns about vaccine components, fear of side effects, religious beliefs, inadequate information, preference for natural disease progression, and distrust towards the pharmaceutical industry. These findings are consistent with existing literature addressing the multifaceted nature of vaccine hesitancy (7-9).

Parental concerns regarding vaccine components, particularly thiomersal (a mercury derivative) and aluminum, were prominent. Scientific evaluations have consistently demonstrated that the levels of aluminum and former thiomersal use in vaccines are safe and do not pose a health risk to children (10). Nonetheless, misinformation continues to circulate, particularly through social media platforms, exacerbating parental fears.

Reported adverse events following immunization, such as fever and vomiting, also fueled vaccine hesitancy among participants. It is critical to distinguish between common, mild side effects and true vaccine-related adverse events. Mild reactions are anticipated and indicative of the immune system's appropriate activation (11). Severe adverse events are exceedingly rare and, when considering the morbidity and mortality associated with vaccine-preventable diseases, the benefits of vaccination overwhelmingly outweigh the risks (4).

Religious beliefs emerged as another influential factor. Some participants expressed concerns regarding the use of non-halal substances in vaccines, while others regarded disease occurrence as a matter of divine destiny. The WHO has worked collaboratively with religious leaders to address these misconceptions, emphasizing that vaccines are compatible with Islamic teachings and do not conflict with religious principles (12).

The findings also underscored a pervasive lack of adequate information. Participants reported insufficient counseling from healthcare professionals, leading them to seek information from non-validated online sources. Research has shown that misinformation proliferates rapidly on social media, contributing significantly to vaccine hesitancy (13). This highlights the necessity for healthcare providers to deliver clear, accessible, and empathetic communication to parents, ensuring informed decision-making.

A notable portion of participants favored natural immunity, believing that recovering from infectious diseases conferred stronger, more lasting immunity than vaccination. However, natural infection often carries significant risks, including severe complications and death, as exemplified by diseases like measles (14). Vaccination offers a safer and equally effective means of establishing immunity without exposing individuals to the dangers of natural infection.

Finally, distrust towards pharmaceutical companies was widespread among participants, many of whom perceived vaccination initiatives as profit-driven rather than health-oriented. While vigilance regarding conflicts of interest is warranted, vaccine development and approval processes are rigorously regulated by independent health authorities, ensuring that public health interests take precedence (15).

Overall, this study demonstrates that vaccine refusal is deeply rooted in misinformation, distrust, and communication failures rather than in evidence-based concerns about vaccine safety or efficacy. Addressing these issues necessitates a multidimensional public health strategy.

CONCLUSION

The main reasons for the parents to decide on vaccine refusal or support this view included inadequate information about vaccines, religious beliefs, vaccine components and side effects, parents' perceptions about diseases, the drug industry and relationships of interest. In addition, families were found to have a severe lack of knowledge about childhood vaccines and experienced information pollution. Understanding the importance of social immunity and bearing this responsibility belong primarily to health professionals, and midwives, who mainly work in primary care health services, should be natural defenders of this issue.

It is therefore highly important to plan awareness-raising initiations and trainings in health institutions providing health care service to eliminate lack of knowledge and informational convergence in society about this issue. Media was found to have serious effects on the participating parents, who were affected by the negative news about vaccines. Therefore, disseminating comprehensible, clear and effective information about vaccines and increasing the amount of this kind of information could have effects on creating positive perceptions about this issue in society. Implementing a holistic, empathetic, and evidence-based approach is critical to reversing vaccine hesitancy trends and safeguarding both individual and public health.

ACKNOWLEDGEMENT

We would like to acknowledge professor Ruken Aral Vural for her contributions during the design phase of this research. We also thank the valuable contribution of the parents who participated in this study.

This study was presented as an oral presentation at the 4th International 5th National Midwifery Congress held in Ankara, Turkey on 6-9 November 2019.

REFERENCES

1. World Health Organization Immunization Analysis and Insights, 2019. Available from: <https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/immunization-analysis-and-insights/surveillance/surveillance-for-vpds> [cited 2020 Apr 2].
2. Ceyhan M. Vaccine debates, what should we do? Çukurova University Faculty of Medicine Continuing Professional Development Activities. Adana, Turkey, 2019.
3. World Health Organization Immunization, Vaccines and Biologicals, 2019. Available from: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/vaccine_hesitancy/en/ [cited 2020 Apr 2].
4. World Health Organization, Ten Threats to Global Health in 2019. Available from: <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019> [cited 2020 Apr 2].

5. Turkey Ministry of Health Vaccine Portal, 2019. Available from: <https://asi.saglik.gov.tr/genel-bilgiler/36-asi-icerikleri.html> [cited 2020 Apr 2].
6. Turkey Ministry of Health General Directorate of Primary Health Care Extended Immunization Program Circular, 25.02.2008 No: 6111 GENERAL 2008/14. Available from: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1117,gbpgenelge2008pdf.pdf> [cited 2020 May 24].
7. de Figueiredo A, Simas C, Karafillakis E, Paterson P, Larson HJ. Mapping global trends in vaccine confidence and investigating barriers to vaccine uptake: A large-scale retrospective temporal modelling study. *Lancet*, 2020;396(10255):898-908. DOI:10.1016/S0140-6736(20)31558-0
8. Lin C, Tu P, Beitsch LM. Confidence and receptivity for COVID-19 vaccines: A rapid systematic review. *Vaccines*, 2021;9(1):16. DOI:10.3390/vaccines9010016
9. Troiano G, Nardi A. Vaccine hesitancy in the era of COVID-19. *Public Health*, 2021;194:245-251. DOI:10.1016/j.puhe.2021.02.025
10. Offit PA, Jew RK. Addressing Parents' Concerns: Do Vaccines Contain Harmful Preservatives, Adjuvants, Additives, or Residuals? *Pediatrics*, 2003;112(6):1394-1401. DOI:10.1542/peds.112.6.1394
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Possible Side-effects from Vaccines. Available from: <https://www.cdc.gov/vaccines/vac-gen/side-effects.htm> [cited 2020 May 24].
12. World Health Organization. Vaccine safety basics. Available from: <https://vaccine-safety-training.org/home.html> [cited 2020 Apr 2].
13. Puri N, Coomes EA, Haghbayan H, Gunaratne K. Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Hum Vaccin Immunother*, 2020;16(11):2586-2593.
14. Moss WJ. Measles. *Lancet*, 2017;390(10111):2490-2502.
15. Orenstein WA, Ahmed R. Simply put: Vaccination saves lives. *Proc Natl Acad Sci USA*, 2017;114(16):4031-4033.

COVID-19 Vaccine Literacy in Cancer Patients and their Attitudes towards COVID-19 Vaccination

Kanser Hastalarında COVID-19 Aşı Okuryazarlığı ve Kanser Hastalarının COVID-19 Aşısına Yönelik Tutumları

Beyza Nur Ataoglu

Uzman Doktor, Muş Bulanık İlçe Sağlık Müdürlüğü

ORCID: 0000-0001-5202-0458 E-posta: beyzanataoglu@gmail.com

Dilşad Save

Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ORCID: 0000-0002-5252-5189 E-posta: dilsadsave@yahoo.com

Ömer Faruk Domruk

Asistan Doktor, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

ORCID: 0000-0003-0119-7047 E-posta: omerfarukdomruk@gmail.com

Oğulcan Alan

Asistan Doktor, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi

ORCID: 0009-0001-8356-5642 E-posta: ogulcanalan@gmail.com

Yusra Domruk

Pratisyen Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi

ORCID: 0000-0002-6811-7681 E-posta: yusraldag@gmail.com

Seyhan Hıdıroğlu

Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

ORCID: 0000-0001-8656-4613 E-posta: seyhanerginh@gmail.com

Geliş Tarihi: 1 Mayıs 2025, Kabul Tarihi: 15 Haziran 2025

ABSTRACT

Background: Determining the motivations behind receiving the COVID-19 vaccination is essential for providing equitable and ethical care. The aim of this study is to assess the COVID-19 vaccine literacy and attitude towards the COVID-19 vaccine among cancer patients, with a focus on identifying disparities that may inform ethical healthcare practices.

Method: This cross-sectional study included patients aged 18 and above who were receiving a treatment for at least one malignancy at Marmara Pendik Training and Research Hospital in October of 2022. A total of 198 patients were assessed using the COVID-19 Vaccine Attitudes Scale and the COVID-19 Vaccine Literacy Scale.

Results: While every patient had a history of at least one cancer, 88.4% (n=175) of them had at least one COVID-19 vaccine. Patients who were male or older than 60 years old had more positive attitudes about vaccination ($p=0.020$; $p<0.001$). Male

patients, those with higher education, and those planning to get vaccinated all had higher levels of vaccine literacy ($p=0.020$; $p<0.001$; $p=0.035$). In terms of functional skills related to COVID-19 vaccination literacy, the male patients scored higher than females as well ($p=0.020$). The age group of 18 to 45 exhibited the highest communication skill ratings, while functional skill scores were the lowest ($p=0.044$; $p=0.035$). The additional dose of COVID-19 vaccine was more likely to be administered to those who received pneumococcal or influenza vaccinations.

Conclusion: This study highlights the ethical responsibility of healthcare providers and policymakers to ensure equitable access to vaccination and vaccine related information, particularly among vulnerable populations. Identifying the high-risk group for tailored interventions contributes to the more effective and inclusive healthcare practices.

Keywords: COVID-19, vaccination, medical ethics

ÖZET

Giriş: COVID-19 aşısını olma motivasyonlarının belirlenmesi, adil ve etik sağlık hizmeti sunumu açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmanın amacı, kanser hastalarında COVID-19 aşı okuryazarlığını ve COVID-19 aşısına yönelik tutumu değerlendirmek olup, etik sağlık uygulamalarına yön verebilecek eşitsizlikleri belirlemek üzere, kanser hastalarının COVID-19 aşı okuryazarlığını ve COVID-19 aşısına yönelik tutumlarını değerlendirmektir.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya, Ekim 2022'de Marmara Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde en az bir malignite (kanser) nedeniyle tedavi gören, 18 yaş ve üzeri hastalar dâhil edilmiştir. Toplam 198 hasta, COVID-19 Aşı Tutum Ölçeği ve COVID-19 Aşı Okuryazarlığı Ölçeği kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Her hastanın en az bir kanser öyküsü olmasına rağmen, bunların %88,4'ü ($n=175$) en az bir COVID-19 aşısı yaptırdı. Erkek veya 60 yaşından büyük olan hastaların aşıya yönelik tutumları daha olumluydu ($p=0,020$; $p<0,001$). Erkek hastalar, yüksek eğitimliler ve aşı olmayı planlayanların hepsinin aşı okuryazarlığı düzeyleri daha yüksekti ($p=0,020$; $p<0,001$; $p=0,035$). COVID-19 aşısına yönelik işlevsel beceriler açısından erkek hastalar kadınlardan daha yüksek puan aldı ($p=0,020$). 18 - 45 yaş grubu en yüksek iletişimsel/eleştirel beceri puanlarını sergilerken, en düşük fonksiyonel beceri puanlarına sahipti ($p=0,044$; $p=0,035$). Pnömonokok veya grip aşısı olanlarda, COVID-19 aşısının ek dozunun uygulanma olasılığı daha yüksekti.

Sonuç: Kişiyi özel müdahaleler için yüksek riskli grubun belirlenmesi, daha etkili ve kapsayıcı sağlık hizmeti uygulamalarına katkıda bulunur. Bu çalışma, özellikle savunmasız gruplar arasında aşılama ve aşıyla ilgili bilgilere eşit erişimi sağlama konusunda sağlık hizmeti sağlayıcılarının ve politika yapımcıların etik sorumluluğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, aşılama, tıp etiği

INTRODUCTION

At the end of 2019, the outbreak caused by SARS-COV-2 affected our lives in many ways (1). Although the first cases were seen in Wuhan, the outbreak was declared a "Public Health Emergency of International Concern" by the World Health Organization (WHO) on January 31, 2020, and spread all over the world over time (2).

Studies have shown that underlying malignancy and immunosuppression increase the risk of morbidity and mortality due to COVID-19 (3). It is reported that COVID-19 increases the rates of intensive care hospitalization, invasive ventilation and mortality in cancer patients compared to the healthy population (3-5). While the development of severe diseases vary depending on the cancer type and stage, the treatment strategy of the cancer such as active chemotherapy treatment is associated with an increased risk of COVID-19 infection and death as well (6-8). Cancer itself, its metastasis into bone marrow and certain cancer treatments suppress the rapidly-growing cells. Through the weakened immune response by inefficient hematopoiesis patients become more vulnerable to acquiring COVID-19. Even though cancer patients had poorer prognosis with COVID-19, they were hesitant about vaccination (9). Since people who are immunosuppressed and use immunosuppressive drugs are excluded in vaccine development studies,

the data of vaccine efficacy and safety in this group are unknown (10,11). It was observed that cancer patients had a lower chance of developing an acceptable immune response after vaccination compared to healthy individuals, and the risk of these patients getting COVID-19 was lower after vaccination (12). The National Comprehensive Cancer Network (NCCN), the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the European Society of Medical Oncology (ASCO) recommend that cancer patients should be vaccinated unless they have contraindications specified by the CDC (13-16). The recommendations of the COVID-19 Pandemic Advisory Board of the Turkish Society of Medical Oncology recommend that COVID-19 vaccine should be administered two weeks before or three months after cancer treatment, if possible, to ensure an adequate vaccine response (17).

The knowledge of individuals and the ability to comprehend the information are the main factors affecting the health decisions [18]. Acquiring and understanding the information about vaccination is related to their level of vaccine literacy which is defined as “individuals’ ability to have basic health information and health services, and understand and process the information about vaccines in order to make well informed health decisions about vaccines” (18). In this regard, it is ethically imperative to understand the factors contributing to COVID-19 vaccine hesitancy among cancer patients, as well as the influence of vaccine literacy on their decisions. This understanding enables the development of tailored communication strategies that support informed and voluntary health choices. This study aimed to evaluate the COVID-19 vaccine literacy levels of cancer patients and their attitudes towards COVID-19 vaccine, with the goal of identifying factors influencing hesitancy, informing healthcare workers, and strengthening ethically responsible healthcare policies.

METHOD

This study was conducted on patients who were admitted to oncology department of a Marmara University Pendik Training and Research Hospital for treatment in October, 2022. Inclusion criteria were a) being 18 years old and above, b) having been diagnosed with a cancer, and c) agreeing to be participate to the study. The patients filled out the questionnaire in person when they came for their treatment. The participants who had reading difficulties, could not write due to intravenous vascular access treatment, and had difficulty completing due to side effects of chemotherapeutics such as nausea and headache filled out the questionnaire verbally with the researchers’ assistance. Since five individuals who did not have a cancer diagnosis and four individuals unable to finish the questionnaire because of the side effects during chemotherapy were excluded. A total of 198 patients participated in the study.

The questionnaire consisted of four parts. In the first two sections, the characteristics of the participants and their COVID-19 infection and vaccination history were questioned. Then, the attitudes towards COVID-19 vaccine and COVID-19 vaccine literacy were evaluated. “Attitudes Towards COVID-19 Vaccine Scale” developed by Geniş et al. was performed to measure attitudes towards the COVID-19 vaccine (19). The scale consists of 9 likert scale questions and has two sub-dimensions, positive and negative attitudes. Items 5, 6, 7, 8 and 9 in the negative sub-dimension are reversed and calculated. Scale items are evaluated between strongly agree (1) and strongly disagree (5). A value between 1 and 5 is obtained by dividing the sum of the scores of the items in the scale sub-dimension by the number of items. The high score obtained from the positive attitude sub-dimension indicates a stronger positive attitude towards the vaccine; while a high score in negative attitude sub-dimension indicates less negative attitude. “COVID-19 Vaccine Literacy Scale” developed and adjusted by Biasio et al. was performed to measure the literacy. The Turkish validity and reliability of this scale was determined by Durmuş et al. (18). This scale, which includes two sub-dimensions of functional vaccine literacy with 4 items and communicative/critical vaccine literacy with 8 items, consists of a total of 12 statements in likert scale. Individuals with a certain level of functional vaccine literacy, who can perform their daily activities based on basic reading and writing skills, can read materials such as health

education and vaccines. The other dimension, communicative/critical vaccination literacy, focuses more on cognitive efforts such as problem solving and decision making. At the same time, the scale generally assesses how individuals obtain information about the COVID-19 vaccine, and their ability to gather and understand information about the vaccine. Communicative/critical dimension statements ranged from 1 to 4 points as never, rarely, sometimes and often; functional dimension expressions are rated the opposite. The fact that the mean score of the scale is close to 4 indicates that the vaccination literacy level is high.

The IBM SPSS 28 program was used for data analysis. Descriptive data were expressed as number of units (n), percent value (%), and mean±standard deviation (mean±SD), median and interquartile range. The normal distribution of data was evaluated with the Kolmogorov-Smirnov test, histogram and Q-Q plots. Since the data were not normally distributed, Mann-Whitney-U and Kruskal Wallis nonparametric tests were used in the analysis of continuous variables. The p-value <0.05 was accepted as statistically significant.

Ethics committee approval (Protocol Code: 09.2022.1193) was obtained from Marmara University Clinical Research Ethics Committee before starting the study. The purpose of the research was explained to the participants before starting the face-to-face survey. All interviewed patients were clearly informed about the purpose of the study. This study proceeded in compliance with the principles of the Helsinki Declaration.

RESULTS

In total 52.0% (n=103) of the participants were females (Table 1). The mean age of the participants was 56.5±12.3 (median 59.0; min-max: 19-85) and the mean BMI (Body Mass Index) calculated with self-reported height and weight was 26.3±6.4 (median 25.7; min-max: 15.6-88.2) (20). The majority of participants had completed elementary school (42.6%), lived in a big city for the most of their lives (74.2%), and earned an amount that covered their living expenses (49.0%). While 5.1% of females and 2.0% of males were illiterate or literate, 10.2% of females and 13.6% of males had graduated from high school. Both males and females hold at least a bachelor's degree in the same percentages (7.6%). Approximately half of the patients were former smokers, 10.2% of participants still continue to smoke. The rate of male participants who have never smoked or less than 5 packs of cigarettes throughout their lives is lower than females (p<0.001). Each participant had at least one cancer diagnosis and 98.0% of them received chemotherapy. According to their initial diagnosis, 55 (27.7%) had gastrointestinal cancer, 47 (23.7%) had breast cancer, 31 (15.6%) had leukemia/lymphoma, and 23 (11.6%) had lung cancer.

Table 1. Characteristics of the Participants and Vaccination Intentions

		Total		Vaccination Intention*				p
				Yes		No		
		n	%	n	%	n	%	
Gender	Women	103	52.0	37	35.9	66	64.1	0.008
	Men	95	48.0	52	54.7	43	45.3	
Age	18-45	39	19.7	23	59.0	16	41.0	0.002
	46-60	72	36.4	23	31.9	49	68.1	
	Above 60	86	43.4	31	36.0	55	64.0	
BMI	Underweight	9	4.5	3	33.3	6	66.7	0.497
	Normal	79	39.9	39	49.4	40	50.6	
	Overweight	68	34.3	28	41.2	40	58.8	
	Obese	38	19.2	16	42.1	22	57.9	
Education Level	Illiterate	11	5.6	4	36.4	7	63.6	0.952
	Literate	5	2.5	3	60.0	2	40.0	
	Elementary school graduate	84	42.6	38	45.2	46	54.8	
	Middle school graduate	21	10.7	10	47.6	11	52.4	
	High school graduate	46	23.4	19	41.3	27	58.7	
	Bachelor or higher	30	15.2	14	46.7	16	53.3	
Where people live the longest	Village -Small town	19	9.6	5	26.3	14	73.7	0.061
	Town	24	12.1	16	66.7	8	33.3	

	City	8	4.0	3	37.5	5	62.5	
	Big city	147	74.2	65	44.2	82	55.8	
House Income	Less revenue than expenses	79	39.9	38	48.1	41	51.9	0.740
	Revenue equals expenses	97	49.0	41	42.3	56	57.7	
	Greater revenue than expenses	22	11.1	10	45.5	12	54.5	
Smoking**	Never**	80	40.6	29	36.3	51	63.7	0.031
	Current	20	10.2	53	54.6	44	45.4	
	Former	97	49.2	7	35.0	13	65.0	
Having an additional chronic disease	Yes	119	60.1	30	38.0	49	62.0	0.108
	No	79	39.9	59	49.6	60	50.4	
Being a health worker	Yes	8	4.0	2	25.0	6	75.0	0.247
	No	190	96.0	87	45.8	103	54.2	
Having a relative who is a health worker	Yes	118	59.6	41	51.2	39	48.8	0.142
	No	80	40.4	48	40.7	70	59.3	
Having COVID-19	Yes	77	61.1	33	42.9	44	57.1	0.069
	No***	121	38.9	56	46.3	65	53.7	

* Evaluated based on participants' responses to the question: "Will you get the next shots after 6 months?"

** Indicates non-smokers or those who have smoked fewer than 5 packs in their lifetime

*** Indicates those who tested negative or were not tested

The number of participants who had COVID-19 PCR positivity at least once was 77 (61.1%). While the number of those who received influenza vaccination in the last 1 and 5 years was 36 (18.2%) and 51 (25.8%) respectively, the total number of participants who received pneumococcal vaccination in the last 5 years was 30 (15.2%). The number of participants who have passed 6 months or more since the last dose of COVID-19 vaccine is 172 (86.9%), and 107 (62.2%) participants do not plan to receive the next dose of vaccine (Table 2). While 23 (11.6%) of the participants had never been vaccinated towards COVID-19, 7 (3.5%) received 1 dose, 54 (27.2%) received 2 doses, 55 (27.7%) received 3 doses, 45 (22.7%) received 4 doses and 14 (7%) received 5 doses. There were 530 vaccine doses in total, including 311 Biontech, 212 Sinovac, and 7 Turkovac. Although the health authorities suggest receiving at least 4

doses, 170 (85.9%) of the patients still had missing doses. Fourteen (7.1%) patients who didn't receive the 5th dose stated that the permit has not yet been issued by the Ministry of Health.

Table 2. Vaccination Status of the Participants and Vaccination Intentions

		Total		Vaccination Intention*				p
				Yes		No		
		n	%	n	%	n	%	
Getting influenza vaccine ¹	Yes	36	18.2	22	61.1	14	38.9	0.031
	No	162	81.8	67	41.4	95	58.6	
Getting influenza vaccine ²	Yes	51	25.8	36	70.6	15	29.4	<0.001
	No	147	74.2	53	36.1	94	63.9	
Getting pneumococcal vaccine ²	Yes	30	15.2	22	73.3	8	26.7	<0.001
	No	167	84.8	67	40.1	100	59.9	
Getting COVID-19 vaccine ³	Yes	175	88.4	87	49.7	88	50.3	<0.001
	No	23	11.6	2	8.7	21	91.3	
Last COVID-19 vaccination time	Less than 6 months	26	13.1	24	92.3	2	7.7	<0.001
	6 months and more	172	86.9	65	37.8	107	62.2	

* Evaluated based on participants' responses to "Will you get the next shots after 6 months?"

¹ Evaluated whether participants had received an influenza vaccine in the past year

² Evaluated whether participants had received an influenza/ pneumococcal vaccine within the last 5 years

³ Evaluated whether participants had received at least one dose or had not been vaccinated

Eighty six participants (43.9%) reported that their doctors had advised vaccination. Because their doctors did not express a clear recommendation for vaccination during the course of treatment, some patients verbally expressed their uncertainty and also if their doctors suggested it, they would get vaccinated. Additionally, some individuals verbally reported that their doctors haven't advised vaccination due to the type of malignancy they have.

There were more female participants than males who had been vaccinated towards influenza a year ago or influenza or pneumococcal vaccine in the last 5 years ($p=0.169$; $p=0.010$; $p=0.315$). In the last year, the rate of receiving influenza vaccine was 25.6%, with the highest rate among participants aged above 60, while the rate was 10.3% for the 18-45 age group and 13.9% for the 46-60 age group ($p=0.058$). Influenza and pneumococcal vaccination in the last 5 years does not show a statistically significant difference according to age groups ($p=0.151$; $p=0.740$). No statistically significant difference was observed between getting influenza vaccine and BMI groups, education levels, working in the health sector or having a health worker in their family, and the place where they lived for the longest time ($p>0.05$). Results were similar for pneumococcal vaccine ($p>0.05$).

While 31.6% ($n=30$) of men had COVID-19 infection, 45.6% ($n=47$) of women had it ($p=0.042$). The highest prevalence of COVID-19 was found in the age between 18-45, and having COVID-19 was statistically significant

within age groups ($p=0.015$). In addition, no statistically significant relationship was found between having COVID-19 and the participants' BMI, income status or place of residence for the longest time ($p>0.05$).

A total of 44.9% of the cancer patients consider revaccination, and lung cancer had the highest rate of willingness among the different cancer types (Figure 1). Table 1 shows the participants' intention to be vaccinated a second time according to their characteristics. Men are more likely to consider revaccination 6 months after the last dose of COVID-19 vaccine than women ($p=0.080$). There was a statistically significant relationship between age groups and considering revaccination ($p=0.002$). When it has been more than six months since the last dose of the COVID-19 vaccine and less than six months, respectively, 37.8% and 92.3% of individuals reported willingness in revaccinating ($p<0.001$) (Table 2).

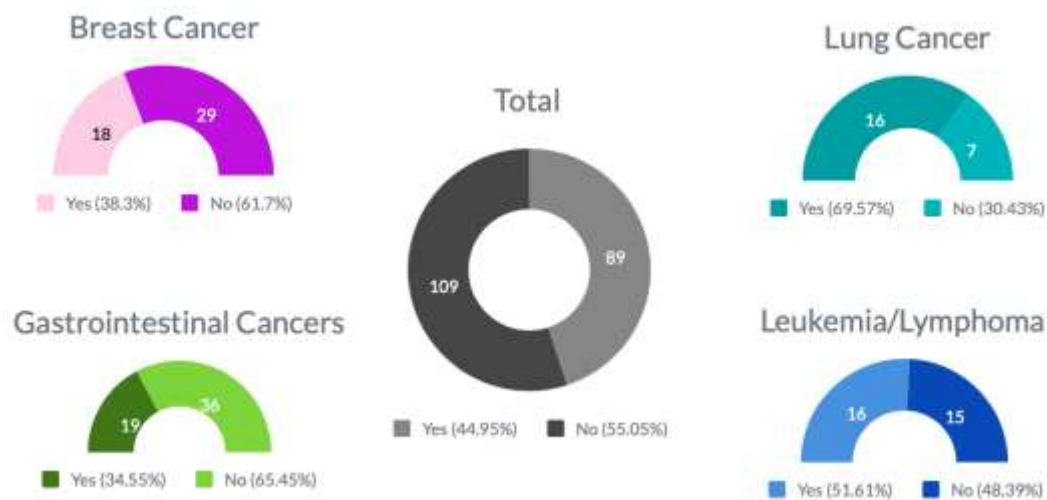


Figure 1. Participants' Intention* to Get COVID-19 Vaccination Based on Their Initial Cancer Diagnosis

*According to the participants' answers to "Will you get the next shots after 6 months? (yes/no)" $p=0.024$ **

**It only illustrates between four types of cancer. Other cancer types were not evaluated because of the low prevalence.

The main reason for participants to get vaccinated was trust; 47 (53.4%) participants stated that they trust the COVID-19 vaccine in terms of safety and side effects (Figure 2). Of the participants 4 (4.5%) were agree to be vaccinated because it has few side effects and the vaccine is safe (Figure 2). Thirteen (14.8%) individuals agreed to get vaccinated after the Ministry of Health suggested it, whereas fifteen (17.0%) participants accepted vaccination due to a chronic illness or cancer they already had. Participants who preferred not to be vaccinated most frequently (29, 33.3%) stated that they were not vaccinated because they thought that the COVID-19 vaccine had serious side effects. Distrust was placed second; 16 (18.4%) participants do not believe the COVID-19 vaccination is effective, one (1.1%) participant does not believe the nation in which the COVID-19 vaccine is made, and one (1.1%) more participant does not believe the vaccine manufacturers. Additionally, 12 (13.8%) participants think that the COVID-19 vaccine is unnecessary (Figure 3).

Participants' vaccination attitude scores are depicted in Table 3 and 4. Male participants had higher positive attitude scores towards the COVID-19 vaccine compared to females ($p=0.020$). The positive attitude scores of the participants were highest for 60 years and older ($p<0.001$), whereas the negative attitude scores were highest between 18-45

($p < 0.001$). The positive attitude scores of the participants towards the vaccine showed a statistically significant difference according to the place where they lived for the longest time ($p = 0.026$).

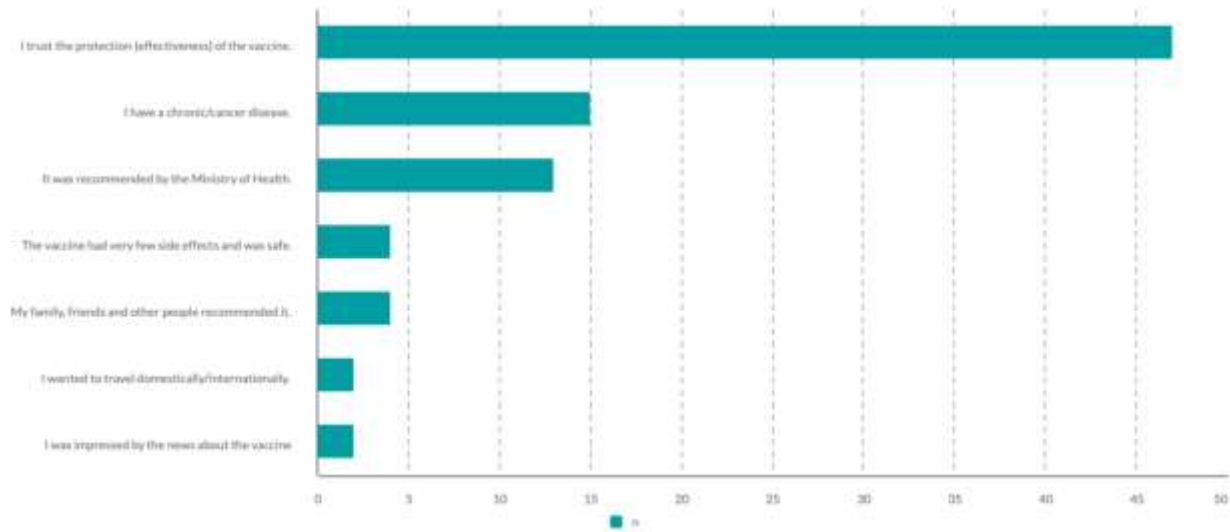


Figure 2. The Reasons Behind Getting COVID-19 Vaccination

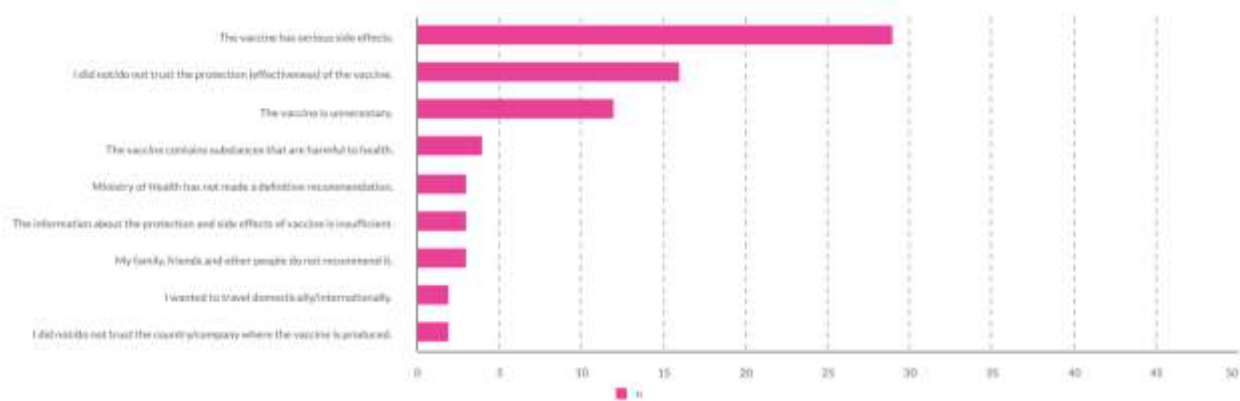


Figure 3. The Reasons Behind not Getting COVID-19 Vaccination

Table 3. Vaccination Attitudes According to the Characteristics of the Participants

		Positive Attitude			Negative Attitude		
		Med	IQR	p	Med	IQR	p
Gender	Women	3.50	1.50	0.020	2.80	1.40	0.026
	Men	4.00	1.00		2.20	1.20	
Age	18-45	3.00	1.75	<0.001	3.20	0.80	<0.001
	46-60	3.50	1.25		2.60	1.20	
	Above 60	4.00	1.50		2.10	1.40	
BMI	Underweight	3.25	1.50	0.833	3.20	1.50	0.674
	Normal	3.75	1.25		2.40	1.20	
	Overweight	3.75	1.50		2.60	1.20	
	Obese	3.75	2.13		2.70	1.70	
Education Level	Illiterate	3.25	2.50	0.940	2.80	1.00	0.977
	Literate	4.00	2.75		2.00	2.20	
	Elementary school	3.75	1.69		2.60	1.35	
	Middle school	3.75	1.13		2.40	1.10	
	High school	3.37	1.75		2.60	1.25	
	Bachelor or higher	3.50	1.06		2.40	1.20	
Where people live the longest	Village-Small town	2.50	1.75	0.011	3.00	1.20	0.252
	Town	4.00	1.13		2.60	1.90	
	City	3.50	1.25		2.90	1.00	
	Big city	3.75	1.50		2.40	1.40	
House income	Less revenue than expenses	3.75	1.25	0.866	2.40	1.40	0.538
	Revenue equals expenses	3.50	1.75		2.80	1.20	
	Greater revenue than expenses	3.75	1.06		2.40	1.10	
Smoking	Never*	3.50	1.69	0.325	2.70	1.35	0.124
	Current	3.75	1.50		2.40	1.30	
	Former	4.00	1.19		2.70	1.45	

Having an additional chronic disease	Yes	3.75	1.25	0.315	2.40	1.40	0.353
	No	3.50	1.50		2.60	1.20	
Being a health worker	Yes	3.00	0.63	0.140	2.40	1.20	0.189
	No	3.75	1.50		3.00	1.10	
Having a relative who is a health worker	Yes	3.50	1.06	0.659	2.60	1.20	0.325
	No	4.00	1.94		2.40	1.60	
Having COVID-19	Yes	3,50	1.25	0.866	2.60	1.40	0.866
	No**	3.75	1.63		2.40	1.20	

* Indicates non-smokers or those who have smoked fewer than 5 packs in their lifetime

** Indicates those who tested negative or were not tested

Table 4. Vaccination Attitudes According to the Participants' Vaccination Status

		Positive Attitude			Negative Attitude		
		Med	IQR	p	Med	IQR	p
Getting influenza vaccine ¹	Yes	3.75	1.25	<0.001	2.40	1.20	<0.001
	No	2.50	2.00		3.40	1.40	
Getting influenza vaccine ²	Yes	3.87	1.44	0.246	2.20	1.50	0.106
	No	3.50	1.50		2.60	1.20	
Getting pneumococcal vaccine ²	Yes	4.00	1.50	0.010	2.20	1.40	0.009
	No	3.50	1.75		2.60	1.20	
Getting COVID-19 vaccine ³	Yes	4.00	1.38	0.032	2.00	1.60	0.018
	No	3.50	1.50		2.60	1.20	
Last COVID-19 vaccination time	Less than 6 months	4.50	1.00	<0.001	1.50	1.00	<0.001
	6 months and more	3.50	1.25		2.80	1.20	
Vaccination intention*	Yes	4.25	0.88	<0.001	2.00	1.00	<0.001
	No	3.00	1.38		3.00	1.20	

* Evaluated based on participants' responses to "Will you get the next shots after 6 months?"

¹ Evaluated whether participants had received an influenza vaccine in the past year

² Evaluated whether participants had received an influenza/ pneumococcal vaccine within the last 5 years

³ Evaluated whether participants had received at least one dose or had not been vaccinated

Although it was observed that normal weight individuals had higher positive attitudes towards the vaccine compared to other groups, no statistically significant difference was found ($p>0.05$). When the relationship between education, income, having an additional chronic disease diagnosed, being diagnosed with COVID-19 PCR positive at least once, and the vaccine attitudes of the participants was examined, no statistically significant difference was found ($p>0.05$). There was no statistically significant difference in attitude scores towards the vaccine according to smoking status either ($p>0.05$).

No statistically significant difference was observed in vaccine attitudes between those who received and did not receive influenza vaccine in the last 1 year ($p>0.05$) (Table 4). However, those who had influenza and pneumococcal vaccines in the last 5 years had higher positive attitude scores ($p=0.010$; $p=0.032$, respectively).

According to Table 5, the COVID-19 vaccine literacy score of male participants was higher than female participants ($p=0.020$). At the same time, men scored higher than women in the functional skill sub-dimension ($p=0.002$). The functional skill scores of the participants aged 18-45 were lower than the participants aged 46-60 and 60 years, and the communication skills scores were higher ($p=0.035$, $p=0.044$, respectively). Although the COVID-19 vaccine literacy score of the obese participants according to BMI was lower than the other participants ($p=0.023$), there was no statistically significant difference between the sub-dimensions and BMI groups ($p>0.05$). Bachelors had a higher COVID-19 vaccine literacy score and communication skills score than the others ($p<0.001$; $p<0.001$, respectively). Individuals living in big cities have higher COVID-19 vaccine literacy and communicative sub-dimension scores ($p=0.014$, $p=0.005$, respectively). It was observed that the participants who thought to be revaccination when the time specified by the Ministry of Health had a higher COVID-19 vaccine literacy score than those who did not want to be vaccinated ($p=0.035$) (Table 6).

Table 5. COVID-19 Vaccine Literacy Based on Participants' Characteristics

		Functional skills			Communicative/ Critical			Vaccine Literacy		
		Med	IQR	p	Med	IQR	p	Med	IQR	p
Gender	Women	2.50	1.25	0.002	2.25	1.63	0.282	2.33	0.75	0.020
	Men	3.00	1.25		2.37	1.25		2.58	0.75	
Age	18-45	2.20	1.00	0.035	2.50	1.10	0.044	2.50	0.50	0.369
	46-60	3.00	1.20		2.10	1.40		2.50	0.80	
	Above 60	3.00	1.20		2.10	1.30		2.40	0.80	
BMI	Underweight	2.25	0.88	0.195	1.75	1.31	0.078	2.25	1.04	0.023
	Normal	3.00	1.25		2.50	1.25		2.50	0.75	
	Overweight	2.75	1.00		2.37	1.13		2.66	0.67	

	Obese	2.75	1.50		1.93	1.16		2.20	0.79	
Education Level	Illiterate	2.25	2.25	0.814	1.00	0.25	<0.001	1.83	0.83	<0.001
	Literate	3.00	1.25		1.75	1.38		2.00	0.58	
	Elementary school	2.75	1.25		2.06	1.34		2.25	0.75	
	Middle school	3.00	1.00		2.12	0.81		2.41	0.67	
	High school	2.75	1.00		2.68	0.81		2.75	0.52	
	Bachelor or higher	2.75	1.31		3.00	1.41		2.79	1.00	
Where people live the longest	Village -Small town	2.75	1.75	0.713	1.50	1.00	0.003	2.00	0.83	0.007
	Small town	2.75	2.38		1.25	0.75		2.00	1.00	
	Town	2.37	1.19		2.18	1.25		2.37	0.83	
	City	3.12	1.44		2.37	1.13		2.66	0.48	
	Big city	2.75	1.25		2.37	1.25		2.50	0.75	
House Income	Less revenue than expenses	3.00	1.25	0.232	2.12	1.13	0.121	2.41	0.75	0.176
	Revenue equals expenses	2.75	1.00		2.37	1.25		2.58	0.83	
	Greater revenue than expenses	3.00	1.38		2.43	1.03		2.50	0.83	
Smoking	Never*	2.87	1.38	0.623	2.12	1.63	0.232	2.41	0.90	0.161
	Current	2.75	1.00		2.37	1.25		2.50	0.83	
	Former	2.87	1.63		2.56	0.72		2.66	0.62	
Having an additional chronic disease	Yes	2.75	1.25	0.870	2.25	1.38	0.132	2.41	0.75	0.109
	No	2.75	1.00		2.50	1.25		2.58	0.75	
Being a health worker	Yes	2.25	1.31	0.172	2.37	1.69	0.553	2.41	1.15	0.987
	No	2.75	1.25		2.25	1.28		2.41	0.83	

Having a relative who is a health worker	Yes	2.75	1.00	0.239	2.37	1.25	0.510	2.50	0.69	0.200
	No	3.00	1.25		2.12	1.50		2.37	0.83	
Having COVID-19	Yes	2.75	1.25	0.738	2.37	1.75	0.953	2.50	0.83	0.930
	No **	2.75	1.13		2.25	1.25		2.41	0.83	

* Indicates non-smokers or those who have smoked fewer than 5 packs in their lifetime

** Indicates those who tested negative or were not tested

Table 6. COVID-19 Vaccine Literacy Based on Participants' Vaccination Status

		Functional skills			Communicative/ Critical			Vaccine Literacy		
		Med	IQR	p	Med	IQR	p	Med	IQR	p
Getting influenza vaccine ¹	Yes	2.75	1.25	0.561	2.37	1.25	0.584	2.50	0.83	0.445
	No	2.75	1.25		2.00	1.75		2.25	1.00	
Getting influenza vaccine ²	Yes	3.00	1.13	0.075	2.12	1.63	0.461	2.41	0.75	0.776
	No	2.75	1.00		2.37	1.28		2.41	0.83	
Getting pneumococcal vaccine ²	Yes	3.00	1.25	0.047	2.12	1.25	0.944	2.50	0.83	0.516
	No	2.75	1.00		2.37	1.38		2.41	0.83	
Getting COVID-19 vaccine ³	Yes	2.87	0.88	0.189	2.37	1.13	0.815	2.50	0.79	0.481
	No	2.75	1.25		2.25	1.50		2.41	0.83	
Last COVID-19 vaccination time	Less than 6 months	2.50	1.25	0.997	2.62	1.19	0.171	2.62	1.08	0.290
	6 months and more	2.75	1.19		2.25	1.38		2.41	0.83	
Vaccination intention*	Yes	2.75	1.25	0.356	2.50	1.25	0.069	2.58	0.75	0.035
	No	2.75	1.25		2.12	1.38		2.33	0.75	

* Evaluated based on participants' responses to "Will you get the next shots after 6 months?"

¹ Evaluated whether participants had received an influenza vaccine in the past year

² Evaluated whether participants had received an influenza/ pneumococcal vaccine within the last 5 years

³ Evaluated whether participants had received at least one dose or had not been vaccinated

DISCUSSION

The literature on the approaches of patients receiving chemotherapy to the COVID-19 vaccine is limited. However, these patients are at high risk for COVID-19 infection and have low immunity levels. It is even more crucial for these

individuals to get vaccinated due to the fact that vaccination can lower the risk of infection. A perspective on these patients' vaccination attitudes will be provided by this evaluation to the public health care professionals and practitioners.

The reasons underneath accepting and rejecting the vaccine were examined in this study. While participants who trust the COVID-19 vaccine received it with greatest frequency, those who are concerned about its side effects refused to receive it. People seem to have similar concerns about vaccinations in all societies (21). Similar to the results of this research, a study conducted with cancer patients showed the main acceptance factors as their trust in the COVID-19 vaccine's effectiveness, the presence of an underlying malignancy, and their confidence in the COVID-19 vaccines' safety (19). Nearly half of the patients who refused vaccination said they were concerned about the COVID-19 vaccine's reliability, that they did not believe the vaccine's effectiveness or protection at lower rates, and that the available information about the COVID-19 vaccine was insufficient (22).

Influenza vaccination is related in the literature to an increased desire to get vaccinated (23). It was believed that patients who had already received a vaccination for another factor could receive a COVID-19 vaccination to ward off infectious diseases. This theory is supported by the study's findings. In those who received the pneumococcal and influenza vaccines within the previous five years, vaccine positive attitude scores were found to be higher. Similarly, those who received the COVID-19 vaccine scored more positively than those who did not.

Males are shown to be more likely to have had a new COVID-19 vaccine, despite the fact that it is acknowledged that women generally have healthier lives than males (24). Since male participants are educated higher, educational level could be a confounder on this difference. While male patients had higher positive attitude scores than female patients, the negative attitude score was higher among womens. This may be because of the restrictions placed on women's perceptions of their own physical well-being and their ability for good judgment. Women's low education levels also might have contributed to this outcome.

There are publications that illustrate the relationship between education and accepting vaccination (25,26). However, there was no statistically significant association between education level and either the intention to revaccinate or vaccination attitudes in this study. Chun et al. (2021) found no difference in the vaccine acceptance rates between high-educated cancer patients and others as well (22). On the other hand, the COVID-19 vaccine literacy score was higher among individuals with higher education levels. Moreover, communicative/critical health literacy levels which focused on cognitive abilities such as decision-making and problem-solving were increased with the level of education. It is conceivable that as education levels go up, people's qualities in aspects like research and evaluation will advance. Furthermore, males got higher scores in vaccine literacy. When comparing the literacy levels between men and women in Türkiye, women have a lower percentage of literacy (27). The findings are convincing when taking into account the direct relation between vaccine literacy and education levels. Inverse to the findings of this study, Durmus et al. demonstrated that while functional vaccination literacy scores were significantly higher in less educated individuals, communicative/critical (nor health literacy levels) did not vary by education levels (18).

Even though there was no statistically significant difference, the intention to vaccinate is higher among non-healthcare workers. They also have a more positive attitude. However, it is well-known that decisions about health can be influenced by a person's profession. Those who have had medical procedures and received medical health education should find it easier to follow to health recommendations, such as receiving vaccinations (28,29). Contrary to expectations, their literacy scores in both groups were similar. All category in medical professionals analyzed together. Given that their educational backgrounds could differ in each category, this could have contributed to the confounding.

Participants more than 60 years old was less likely to consider taking the new dose. Differently, Chun et al. discovered that people over 50 were more likely to be vaccinated (22). Along with increasing years, the negative thoughts like comorbidities and death might have an impact on vaccination attitudes, along with cultural differences. The participants in younger ages may use the mobile phone more frequently, and the internet as well. It may cause them to get misleading info easier, which may also contribute to higher negative attitudes when compared to elders.

The main limitations of the study are the small sample size and limited time to collect data. The participants who had difficulty in completing the study due to the side effects of chemotherapeutic treatment such as nausea and headache, and who could not write due to the reading difficulties of these individuals and intravenous vascular access treatment, might limit the participation. The findings are based on the personal statement of the participants. Finally, the results may have been affected by the fact that literacy declines with aging and that cancer cases are more prevalent in the elderly.

CONCLUSION

Of the 198 participants with at least one malignancy history, 175 (88.4%) had at least one COVID-19 vaccine. Male participants showed higher scores on positive attitudes towards vaccination, while females had higher score on negative attitudes. Participants aged 60 and over had the highest positive attitude scores whereas participants were 18-45 had the highest negative attitude scores. Being male and having higher education levels were associated to greater vaccination literacy.

The observed disparities in vaccine attitudes and literacy based on age, gender, and education level underscore the need for further evaluation. Implementing ethically responsible healthcare policies is essential to overcoming vaccine hesitancy and improving health outcomes. This study also highlights the ethical responsibility of healthcare providers and policymakers to ensure equitable access to vaccination and vaccine related information, particularly among vulnerable populations such as cancer patients. All individuals -regardless of their comorbidities- should be empowered to make informed decisions about their health. Moreover, addressing the needs of high-risk groups for tailored interventions will contribute to the more effective and inclusive healthcare practices.

REFERENCES

1. Sinha S, Kundu CN. Cancer and COVID-19: Why are cancer patients more susceptible to COVID-19? Medical Oncology, 2021;38(9):1-7.
2. WHO. Situation Report-51 Situation in Numbers total and new cases in last 24 hours. <https://iris.who.int/handle/10665/331475> [cited 2024 November 1].
3. Desai A, Sachdeva S, Parekh T, Desai R. COVID-19 and cancer: Lessons from a pooled meta-analysis. JCO Glob Oncol, 2020 Nov;6(6):557-9.
4. Wang L, Sun Y, Yuan Y, Mei Q, Yuan X. Clinical challenges in cancer patients with COVID-19: Aging, immunosuppression, and comorbidities. Aging. 2020;12(23):24462-74.
5. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: A nationwide analysis in China. Lancet Oncol, 2020;21(3):335-7.
6. Wu MY, Li CJ, Yiang GT, Cheng YL, Tsai APY, Hou YT, et al. Molecular Regulation of bone metastasis pathogenesis. Cell Physiol Biochem. 2018;46(4):1423-38.

7. Kang DH, Weaver MT, Park NJ, Smith B, McArdle T, Carpenter J. Significant impairment in immune recovery after cancer treatment. *Nurs Res*, 2009;58(2):105-14.
8. Dai M, Liu D, Liu M, Zhou F, Li G, Chen Z, et al. Patients with cancer appear more vulnerable to SARS-CoV-2: A multicenter study during the COVID-19 outbreak. *Cancer Discov*, 2020;10(6):783.
9. Tsai R, Hervey J, Hoffman K, Wood J, Johnson J, Deighton D, Clermont D, Loew B, Goldberg SL. COVID-19 vaccine hesitancy and acceptance among individuals with cancer, autoimmune diseases, or other serious comorbid conditions: Cross-sectional, internet-based survey. *JMIR Public Health Surveill*, 2022;8(1):e29872.
10. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *New England Journal of Medicine*, 2020;383(27):2603-15.
11. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, Kotloff K, Frey S, Novak R, et al. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *New England Journal of Medicine*, 2021;384(5):403-16.
12. Becerril-Gaitan A, Vaca-Cartagena BF, Ferrigno AS, Mesa-Chavez F, Barrientos-Gutiérrez T, Tagliamento M, et al. Immunogenicity and risk of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infection after Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) vaccination in patients with cancer: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer*, 2022;160:243-260.
13. CDC. Clinical Guidance for COVID-19 Vaccination. <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/clinical-considerations/interim-considerations-us.html#contraindications> [cited 2024 January 15].
14. CDC. COVID-19 Vaccines for People Who Are Moderately or Severely Immunocompromised. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html> [cited 2024 January 15].
15. Baden LR, Swaminathan S, Angarone M, Blouin G, Camins BC, Casper C, Cooper B, Dubberke ER, Engemann AM, Freifeld AG, Greene JN, Ito JI, Kaul DR, Lustberg ME, Montoya JG, Rolston K, Satyanarayana G, Segal B, Seo SK, Shoham S, Taplitz R, Topal J, Wilson JW, Hoffmann KG, Smith C. Prevention and treatment of cancer-related infections, version 2.2016, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*, 2016;14(7):882-913.
16. ESMO. COVID-19 vaccination. <https://www.esmo.org/covid-19-and-cancer/covid-19-vaccination> [cited 2024 November 1].
17. Cancer. Turkish Society of Medical Oncology COVID-19 Pandemic Advisory Board Vaccination Recommendations for Cancer Patients. https://www.kanser.org/saglik/userfiles/TTOD_Covid19_Pandemisi_Danisma_Kurulunun_Kanser_Hastalarinda_Covid-19_Asilama_Onerileri.pdf [cited 2024 November 1].
18. Durmuş A, Akbolat M, Amarat M. Turkish validity and reliability of COVID-19 Vaccine Literacy Scale. *Cukurova Medical Journal*, 2021;46(2):732-41.
19. Geniş B. Development of perception and attitude scales related with COVID-19 Pandemia. *IEDSR Association*, 2020;7(7):306-28.
20. NHS. What is the body mass index (BMI)? <https://www.nhs.uk/common-health-questions/lifestyle/what-is-the-body-mass-index-bmi/> [cited 2024 April 7].
21. Pogue K, Jensen JL, Stancil CK, Ferguson DG, Hughes SJ, Mello EJ, et al. Influences on attitudes regarding potential COVID-19 vaccination in the United States. *Vaccines*, 2020;8(4):582.
22. Chun JY, Kim SI, Park EY, Park SY, Koh SJ, Cha Y, et al. Cancer patients' willingness to take COVID-19 vaccination: A nationwide multicenter survey in Korea. *Cancers (Basel)*, 2021;13(15): 3883.
23. Dubé E, Laberge C, Guay M, Bramadat P, Roy R, Bettinger J. Vaccine hesitancy: An overview. *Hum Vaccin Immunother*, 2013;9(8):1763-73.

24. Michel JP, Goldberg J. Education, healthy ageing and vaccine literacy. Journal of Nutrition, Health and Aging, 2021;25(5):698-701.
25. MacDonald NE, Eskola J, Liang X, Chaudhuri M, Dube E, Gellin B, et al. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. Vaccine, 2015;33(34):4161-4.
26. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, Smith DMD, Paterson P. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007-2012. Vaccine, 2014;32(19):2150-9.
27. TÜİK. Housing Census, 2021. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Nufus-ve-Konut-Sayimi-2021-45866> [cited 2024 March 15].
28. Biasio LR, Bonaccorsi G, Lorini C, Pecorelli S. Assessing COVID-19 vaccine literacy: a preliminary online survey. Hum Vaccin Immunother, 2021;17(5):1304-12.
29. Korkut S, Ülker T, Çidem A. Factors affecting COVID-19 vaccine literacy and attitudes towards COVID-19 vaccine. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022;11(3):1041-50.

Araştırma Makalesi / Research Article

Akut Miyokard Enfarktüsü Geçirmiş Bireylerde Kaçırılmış Fırsatların Değerlendirilmesi *

Evaluation of Missed Opportunities in Individuals with Acute Myocardial Infarction

Önder Demiröz

Uzman Doktor, Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Kliniği
ORCID: 0000-0002-2401-6109 E-posta: onderdmrz1@windowslive.com

Miray Sancaktar Demiröz

Araştırma Görevlisi, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-6113-3163 E-posta: miray.sanc@gmail.com

Oytun Sevil

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0000-0991-4878 E-posta: oy2nse@gmail.com

Sakine Beyza Üstün

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0006-0958-1413 E-posta: beyzaustun0560@gmail.com

Kürşat Uygul

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0004-3210-2092 E-posta: kursatuygul@gmail.com

Rümeysa Kılıç

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0002-8256-707X E-posta: rmysklcc9551@gmail.com

Zeynep Tuysu Çakır

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
ORCID: 0009-0002-7940-8836 E-posta: zeyneptuysu@gmail.com

Seyhan Hıdıroğlu

Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8656-4613 E-posta: seyhanerginh@gmail.com

Geliş Tarihi: 29 Nisan 2025, Kabul Tarihi: 15 Haziran 2025

* Bu çalışma, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi 23. Ulusal Tıp Öğrenci Kongresi 'nde sözlü sunum olarak ve 8-12 Kasım 2023 tarihleri arasında düzenlenen 39. Ulusal Kardiyoloji Kongresi'nde poster sunumu olarak yer almıştır.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, İstanbul'da bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesine başvuran ve son iki yıl içerisinde akut miyokard enfarktüsü geçirmiş kişilerde, primer ve sekonder korunma düzeyinde kaçırılmış fırsatları belirlemek ve risk farkındalığı ile sağlık hizmetlerine başvuru davranışlarını değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel araştırmada, Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında bir kamu hastanesinin kardiyoloji polikliniğine başvuran ve son iki yıl içinde miyokard enfarktüsü tanısı almış 74 birey ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Geliştirilen yarı yapılandırılmış anket formu ile sosyodemografik özellikler, kardiyovasküler risk faktörleri, sağlık hizmetlerine erişim ve risk farkındalığına ilişkin veriler toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U testi ve Pearson Ki-kare testi kullanılmış, anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların % 83,8'i erkek olup, median yaş 60,5 yıldır. Sigara kullanımı % 60,8, hipertansiyon % 62,2, diyabet % 43,2 ve hiperlipidemi % 67,6 oranında saptanmıştır. İlk miyokard enfarktüsü yaşının medianı 53 yıl olarak bulunmuştur. Risk faktörlerine sahip kişilerin yalnızca % 40'ı kalp krizi riski hakkında bilgilendirilmiştir. Katılımcıların % 23'ü şikayet olmadan hekime başvurduğunu bildirmiştir. Eğitim durumu, cinsiyet, sosyal güvence ve ailede kalp hastalığı öyküsü gibi değişkenlerle doktora başvurma davranışı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmamız, miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde değiştirilebilir risk faktörlerinin yaygın olduğunu, ancak risk farkındalığının ve koruyucu sağlık davranışlarının yetersiz kaldığını ortaya koymuştur. Bulgular, birinci basamakta koruyucu hizmetlerin güçlendirilmesi, risk gruplarına yönelik sağlık okuryazarlığı programlarının geliştirilmesi ve toplum temelli müdahalelerin artırılması gerektiğini göstermektedir. Ayrıca sosyal tıp perspektifiyle, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi ve bütüncül sağlık politikalarının benimsenmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Miyokard enfarktüsü, kalp krizi, risk faktörleri, kaçırılmış fırsatlar, birincil koruma

ABSTRACT

Objective: This study aimed to identify missed opportunities at the levels of primary and secondary prevention and to evaluate risk awareness and healthcare-seeking behaviors among individuals who experienced acute myocardial infarction within the past two years at a tertiary education and research hospital in Istanbul.

Materials and Methods: In this cross-sectional study, face-to-face interviews were conducted with 74 individuals who were diagnosed with myocardial infarction and admitted to the cardiology outpatient clinic between January 2023 and April 2023. Data were collected using a semi-structured questionnaire developed based on the literature, covering sociodemographic characteristics, cardiovascular risk factors, access to healthcare, and indicators of risk awareness. The Mann-Whitney U test and Pearson's Chi-square test were used for statistical analysis, with a significance level set at $p < 0.05$.

Results: Among the participants, 83.8% were male, and the median age was 60.5 years. The rates of smoking, hypertension, diabetes, and hyperlipidemia were found to be 60.8%, 62.2%, 43.2%, and 67.6%, respectively. The median age at first myocardial infarction was 53 years. Only about 40% of participants with risk factors had been informed about their risk of heart attack. While 23% of participants reported visiting a physician without symptoms to assess cardiovascular risk, no statistically significant association was found between healthcare-seeking behavior and variables such as education level, gender, presence of social security, or family history of heart disease.

Conclusion: This study revealed that modifiable risk factors are highly prevalent among individuals who experienced myocardial infarction, yet risk awareness and preventive health behaviors remain inadequate. The findings highlight the necessity of strengthening preventive services at the primary care level, developing targeted health literacy programs, and promoting community-based interventions. From a social medicine perspective, addressing inequalities in healthcare access and adopting comprehensive health policies are crucial for effective prevention.

Keywords: Myocardial infarction, risk factors, missed opportunities, primary prevention, health services accessibility

GİRİŞ

Dünya genelinde her yıl üç milyondan fazla kişi ST segment elevasyonlu miyokard enfarktüsü (STEMI) ve dört milyondan fazla kişi ST segment elevasyonsuz miyokard enfarktüsü (NSTEMI) geçirmektedir (1,2). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre, 2013 yılında ölümlerin % 39,9'u dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı gerçekleşmiş, koroner arter hastalıkları prevalansı özellikle 50 yaş üstü grupta artış göstermiştir (3,4). Dünya Sağlık Örgütü, önümüzdeki 20 yılda koroner arter hastalığına bağlı ölümlerin kadınlarda % 120, erkeklerde ise % 137 oranında artacağını öngörmektedir (4,5).

Miyokard enfarktüsü ciddi komplikasyonlara neden olabilir: Kalp yetmezliği, ritim bozuklukları ve ani ölüm gibi sonuçlar, erken müdahale ile büyük ölçüde önlenabilir (2,3). Klinik çalışmalar, erken tanı ve tedavinin miyokard enfarktüsüne bağlı ölüm oranlarını düşürdüğünü göstermektedir. Bu bağlamda, koruyucu sağlık hizmetleri ve bireysel farkındalık kritik öneme sahiptir.

Kalp krizine yol açan risk faktörleri iyi bilinmektedir ve önemli ölçüde önlenabilir durumdadır (6). Hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, sigara kullanımı, sağlıksız beslenme, fiziksel inaktivite gibi değiştirilebilir risk etmenleri, miyokard enfarktüsü riskini belirgin şekilde artırmaktadır (6). Örneğin DSÖ verilerine göre, dünya genelinde yetişkinlerin yaklaşık % 20'si tütün kullanmakta ve bu kullanım kardiyovasküler ölümlerin % 10'unu oluşturmaktadır (7). 2022 yılı itibarıyla, 15 yaş ve üzeri kişilerde günlük sigara içme oranı % 28 olarak belirlenmiştir. Bu oran, erkeklerde % 41,3 kadınlarda ise % 14,9'dur. Aynı şekilde, fiziksel inaktivite dünya genelinde yetişkinlerin en az dörtte birini etkilerken, Türkiye'de bu oran yaklaşık üçte birdir (7,8). Ek olarak yoksulluk, düşük eğitim durumu (ilköğretim düzeyinde veya daha düşük eğitim almış olmak), işsizlik, cinsiyet gibi sosyal belirleyiciler de kalp-damar sağlığını olumsuz etkilemekte, bu da toplumun dezavantajlı kesimlerinde miyokard enfarktüsü sıklığını ve genç yaşta miyokard enfarktüsü riskini artırarak sağlıkta eşitsizlikler yaratmaktadır (9).

Miyokard enfarktüsü gelişimini önlemede ve yönetmede bazı durumlar "kaçırılmış fırsatlar" olarak değerlendirilir. Primer korunmada kaçırılmış fırsatlar, hastaların risk faktörleri açısından yeterince değerlendirilmemesi, koruyucu hizmetlere ulaşamaması ya da sağlık hizmeti sunucularının tanı koymadaki eksikliklerinden kaynaklanabilir (10). Sekonder korunmada ise hastaların semptomlarını tanıyamaması, geç başvuru yapması veya tanı ve tedavi sürecinde yaşanan gecikmeler önemli rol oynar (11).

Literatürde bu tür kaçırılmış fırsatların oranları geniş bir aralıkta bildirilmektedir. Örneğin, hastaların miyokard enfarktüsü semptomlarını fark etmelerine rağmen tıbbi yardım almakta gecikme oranı % 26–50 arasında, doğru yönlendirilmeden birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hasta oranı ise % 11–27 olarak bildirilmiştir (10,12). STEMI hastalarının % 27–40'ı semptomların başlamasından 12 saat sonra hastaneye başvurmakta ve reperfüzyon tedavisinde gecikmeler yaşanmaktadır. Öte yandan, birinci basamakta koroner arter hastalığı tanısının atlanma oranı % 14,8–43,4; risk faktörlerinin gözden kaçma oranı ise % 30–50 arasında değişmektedir [8,9]. Ayrıca, koroner arter hastalığı bulunan kişilerin % 83'ünün LDL kolesterol hedef seviyelerine ulaşamadığı belirlenmiştir (13).

Kaçırılmış fırsatlar yalnızca klinik sonuçlar açısından değil, sosyal tıp ve etik bağlamında da ciddi sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık hizmetine erişimdeki eşitsizlikler, sağlık okuryazarlığının düşüklüğü ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliği, "kimin için fırsatın kaçırıldığı" sorusunu gündeme getirmektedir (8,14). Daha eğitilmiş, sosyal olarak avantajlı kişiler, risk faktörlerini daha erken öğrenip yönetme şansına sahipken; sosyoekonomik dezavantajlı gruplar bu imkanlardan yeterince faydalanamayabilir (15). Bu durum, Beauchamp & Childress'in dört etik ilkesinden biri olan "adalet" ilkesi ile yakından ilişkilidir. Adalet ilkesi, sağlık hizmetlerinin herkese eşit, saygılı ve ihtiyaç odaklı şekilde sunulmasını gerektirir (16). Oysa kaçırılmış fırsatlar çoğu zaman sistematik olarak kırılgan grupların aleyhine işlemekte ve sağlıkta eşitsizlikleri derinleştirmektedir (9).

Bu çalışmanın amacı, İstanbul'daki bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji kliniğine başvuran ve son iki yıl içerisinde akut miyokard enfarktüsü geçirmiş kişilerde, primer ve sekonder korunma düzeyinde kaçırılmış fırsatları belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı ve Örneklem

Bu kesitsel tipte araştırmanın evrenini, İstanbul'daki bir üçüncü basamak kamu eğitim ve araştırma hastanesinin kardiyoloji polikliniğine Ocak 2023-Nisan 2023 tarihleri arasında başvuran hastalar oluşturmaktadır. Araştırmaya, son iki yıl içerisinde akut miyokard enfarktüsü tanısı almış ve 18 yaşını doldurmuş, belirtilen süre zarfında ilgili polikliniğe başvuran, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve anketin uygulanmasına engel olabilecek bilişsel bozukluğu bulunmayan kişiler dahil edilmiştir. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak toplam 74 hastaya ulaşılmıştır (n=74). Her bir katılımcıya, araştırmanın amacı açıklandıktan sonra sözlü onam alınmış, görüşmeler gizlilik ilkesi gözetilerek yüz yüze gerçekleştirilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taraması doğrultusunda geliştirilen ve uzman görüşüyle içerik geçerliliği sağlanan 25 soruluk yarı yapılandırılmış bir anket formu ile toplanmıştır. Katılımcıların isimleri anket formunda gizli tutulmuştur. Anket sekiz açık uçlu, 17 çoktan seçmeli sorudan oluşmaktadır. İlk yedi soru sosyodemografik özellikleri, geri kalan 18 soru miyokard enfarktüsü geçirmiş hastalarda kaçırılmış fırsatların varlığını test etmek kapsamında sorulmuş sorulardır.

Anket; katılımcıların sosyodemografik özellikleri, bilinen kardiyovasküler risk faktörleri (hipertansiyon, diyabet, hiperkolesterolemi, sigara kullanımı), sağlık hizmetine erişim durumları, sağlık okuryazarlığına ilişkin göstergeler, daha önceki hekim başvuruları ve sağlık profesyonelleri tarafından risk farkındalığı oluşturulup oluşturulmadığı gibi temaları kapsamaktadır. Anket formları, klinik ortamda birebir görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler Jamovi (Version 2.4) istatistik programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada yer alan sürekli değişkenler normal dağılım göstermediği için medyan, minimum ve maksimum değerler kullanılarak tanımlayıcı istatistikler sunulmuştur. İki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, kategorik değişkenler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde ise Pearson Ki-kare testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Çalışmanın Etik Boyutu

Bu araştırma için Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Etik Kurul Onay Numarası: 09.2023.99). Ayrıca, ilgili hastane yönetiminden gerekli idari izinler sağlanmıştır. Çalışmaya katılan tüm kişilerden sözlü onam alınmış, verilerin gizliliği korunmuş ve araştırma gönüllülük esasına göre yürütülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma yalnızca İstanbul'da bir üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülmüş olup, tek merkezli olması nedeniyle bulguların genellenebilirliği sınırlıdır. Araştırmanın örneklem grubu yalnızca hastaneye başvurmuş ve kardiyoloji kliniğinde takip edilen kişilerden oluşmaktadır; sağlık hizmetine hiç başvurmamış veya semptomlarını önemsememiş kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Bu durum seçim yanlılığı (selection bias) riski oluşturmuştur. Ayrıca örneklem büyüklüğü görece küçük (n=74) olduğundan, istatistiksel analizlerde anlamlılık elde etme gücü

azalmış ve bazı değişkenler arasındaki ilişkiler saptanamamış olabilir. Verilerin katılımcıların kendi beyanlarına dayanması nedeniyle hatırlama yanlılığı (recall bias) riski de mevcuttur.

BULGULAR

Araştırmaya son iki yıl içinde miyokard enfarktüsü tanısı almış 12'si kadın (% 16,2), 62'si erkek (% 83,8) toplamda 74 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaşlarına bakıldığında, yaş dağılımı 42 ile 86 arasında değişmekte olup, median yaş 60,5 olarak bulunmuştur. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bazı risk faktörleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve bazı risk faktörleri

Değişkenler	Kategori	n	%
Cinsiyet	Kadın	12	16,2
	Erkek	62	83,8
Meslek	Çalışmıyor	10	13,5
	Emekli	22	29,7
	İşçi	23	31,1
	Diğer meslekler	7	9,5
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	3	4,1
	İlkokul mezunu	41	55,4
	Ortaokul mezunu	16	21,6
	Lise	9	12,2
	Üniversite mezunu	5	6,8
Medeni Hal	Evli	67	90,5
	Bekar	7	9,5
Sosyal Güvence	Var	67	90,5
	Yok	7	9,5
Sigara Kullanımı	Evet	45	60,8
	Hayır	29	39,2
Alkol Kullanımı	Evet	18	24,3
	Hayır	56	75,7
Düzenli Egzersiz yapma durumu	Evet	29	39,2
	Hayır	45	60,8

Sigara kullanan 45 katılımcının paket-yıl cinsinden sigara tüketimi incelendiğinde, en düşük değer 2, en yüksek değer 90 olarak bulunmuş; median değer ise 38 olarak belirlenmiştir.

Alkol kullanan 18 katılımcının 14'ü (% 77,7) nadiren (özel günlerde, ayda bir veya iki kez), 1'i (% 5,6) haftada bir kez, 3'ü (% 16,7) ise her gün veya her akşam düzenli olarak alkol tükettiğini belirtmiştir. Ayrıca katılımcılarda sigara ve alkol dışında bağımlılık yapıcı madde kullanımı da sorgulanmış ve hiçbirinin kullanmadığı görülmüştür.

Miyokard enfarktüsü geçirmeden önce katılımcıların 46'sında (% 62,2) hipertansiyon, 32'sinde (% 43,2) diyabet, 50'sinde (% 67,6) hiperlipidemi tanısı mevcuttu. Bunun yanı sıra 12 katılımcı (% 16,2) kronik akciğer hastalığına ve 20 katılımcı (% 27,0) koroner arter hastalığına sahip olduğunu bildirmiştir.

Katılımcıların birinci derece akrabalarında kalp hastalığı öyküsü bulunma durumuna bakıldığında, 55 kişinin (% 74,3) ailesinde kalp hastalığı öyküsü varken, 19 kişinin (% 25,7) böyle bir öyküsü bulunmamaktadır.

İlk miyokard enfarktüsü geçirme yaşı, çalışmamıza katılan kişilerde medyan olarak 53 yıl olarak saptanmıştır. Bu değerler arasında en genç yaş 20, en ileri yaş ise 78 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ilk kalp krizinden önceki bazı sağlık davranışları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. İlk kalp krizi öncesinde sağlık davranışları

Değişkenler	Kategori	n	%
Kalp hastalığı riskinizi bilmek amacıyla şikayetiniz olmadan herhangi bir hekime başvurduğunuz mu?	Evet	17	23,0
	Hayır	57	77,0
Başvurduğu sağlık kuruluşu	Aile hekimi	1	1,4
	Devlet hastanesi	69	93,2
	Özel hastane	4	5,4
İlk kalp krizinizin öncesinde kalp hastalığı düşündüren bir şikayetiniz var mıydı?	Evet	25	33,8
	Hayır	49	66,2
İlk kalp kriziniz öncesinde kalp rahatsızlığı şüphesiyle doktor başvurunuz oldu mu?	Evet	19	25,7
	Hayır	55	74,3

Miyokard enfarktüsü geçirmeden önce hipertansiyon tanısı olan 46 kişiden 45'i (% 97,8) bu hastalık için tedavi almaktadır. Diyabet tanısı alan 32 bireyin tamamı (% 100) tedavi görmektedir. Hiperlipidemi tanısı olan 50 bireyden 47'si (% 94,0) tedavi alırken, 3 kişi (% 6,0) tedavi almamaktadır. Kronik akciğer hastalığı tanısı olan 12 kişiden 11'i (% 91,7) tedavi almakta, 1'i (% 8,3) tedavi almamaktadır. Koroner arter hastalığı tanısı alan 20 kişiden 17'si (% 85,0) tedavi alırken, 3 kişi (% 15,0) tedavi almamaktadır.

İlgili risk faktörlerine sahip kişilerin kalp krizi riski hakkında bilgilendirilme durumları incelendiğinde; hipertansiyon tanısı olan 46 kişiden yalnızca 20'si (% 43,5) bu durumun kalp krizi riski ile ilişkili olduğu konusunda bilgilendirilmiştir. Diyabet tanısı olan 32 katılımcının ise 13'ü (% 40,6) kalp krizi riski açısından bilgilendirilmiştir. Hiperlipidemi tanısı olan 50 kişiden 20'si (% 40,0), kronik akciğer hastalığı tanısı olan 12 kişiden 3'ü (% 25,0) ve koroner arter hastalığı tanısı olan 20 kişiden yalnızca 3'ü (% 15,0) kalp krizi riski konusunda bilgilendirilmiştir.

Katılımcıların yalnızca % 23'ü (n=17) kalp hastalığı riskini öğrenmek amacıyla şikayetsiz dönemde herhangi bir hekime başvurduğunu belirtirken, % 77'si (n=57) böyle bir başvurusunun olmadığını ifade etmiştir. İlk başvuru yapılan sağlık kuruluşu olarak katılımcıların büyük çoğunluğu (% 93,2; n=69) devlet hastanesini tercih ederken, yalnızca bir kişi (% 1,4) aile hekimine ve dört kişi (% 5,4) özel hastaneye başvurmuştur.

Kalp krizinden önce kalp hastalığı düşündüren bir şikayet bildiren katılımcı oranı % 33,8 (n=25) iken, % 66,2'si (n=49) herhangi bir şikayet yaşamadığını belirtmiştir. Buna rağmen, kriz öncesinde kalp hastalığı şüphesiyle doktora

başvuranların oranı % 25,7 (n=19) ile sınırlı kalmış, % 74,3'ü (n=55) bu süreçte herhangi bir başvuru gerçekleştirmemiştir.

Hastalıklara ilişkin bilgilendirme durumlarına bakıldığında; hipertansiyon hastası olduğunu belirten kişilerin yalnızca % 29,7'si (n=22), diyabet hastalarının % 20,3'ü (n=15), hiperlipidemi hastalarının % 28,4'ü (n=21), kronik akciğer hastalarının % 5,4'ü (n=4) ve koroner arter hastalığı olan kişilerin sadece % 4,1'i (n=3) kalp krizi riski hakkında bilgilendirildiğini belirtmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu bu riskler hakkında bilgilendirilmemiştir.

Hayat tarzı düzenlemeleri açısından değerlendirildiğinde, sağlıklı beslenme hakkında % 59,5'i (n=44), düzenli fiziksel aktivite konusunda % 50'si (n=37), ilaçların düzenli kullanımı hakkında % 62,2'si (n=46) ve düzenli doktor kontrolü hakkında % 58,1'i (n=43) bilgilendirilmiştir. Sigara kullanan 44 katılımcının 32'si (% 72,7), sigarayı bırakma konusunda hekimi tarafından bilgilendirilmiştir. Diğer yandan, 12 kişi (% 27,3) bu konuda herhangi bir danışmanlık almamıştır. Alkol kullanan 18 katılımcının ise yalnızca 9'u (% 50,0), alkol tüketiminin sınırlandırılması yönünde hekim tavsiyesi aldığını belirtmiştir.

Eğitim durumuna göre ilk miyokard enfarktüsü geçirme yaşı karşılaştırıldığında, en az lise mezunu olan grubun ilk kriz yaşı medyanı 50,5 yıl, ilkokul/ortaokul mezunu grubun medyanı ise 53,0 yıl olarak bulunmuştur. Mann-Whitney U testi ile yapılan analizde, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,204).

Şikayet olmadan kalp hastalığı riskine karşı doktor kontrolüne gitme durumu ile çeşitli sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiye bakmak amacıyla Ki-kare ve Fisher-exact testleri uygulanmış, ancak istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Eğitim durumu ile bu davranış arasında fark gözlenmemiştir (p=0,650). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p=0,855). Katılımcıların ailede kalp hastalığı öyküsüne sahip olup olmamaları ile doktora başvurma davranışı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki görülmemiştir (p=0,817). Benzer şekilde, sosyal güvence varlığı ile bu davranış arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p=0,711).

TARTIŞMA

Araştırmamızda, son iki yıl içinde akut miyokard enfarktüsü tanısı almış kişilerde mevcut risk faktörleri, bu risklere ilişkin farkındalık düzeyi, sağlık hizmetlerine başvuru davranışları ve kaçırılmış fırsatlar değerlendirilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu erkek (% 83,8) ve medyan yaşı 60,5 olup, bu durum miyokard enfarktüsünün özellikle erkeklerde ve ileri yaş gruplarında daha sık görüldüğünü bildiren uluslararası literatürle uyumludur (17). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da benzer şekilde miyokard enfarktüsü geçiren hastaların büyük bölümünün erkek olduğu ve yaş ortalamasının 60'lı yaşlarda seyrettiği rapor edilmiştir (18). Ayrıca araştırmamızda ilk miyokard enfarktüsü yaşının medyanı 53 olup, bu bulgu da prematür miyokard enfarktüsünün erkeklerde daha erken yaşta görülebileceğini gösteren sistematik derlemeleri desteklemektedir (19)

Katılımcılar arasında sigara kullanımı oranı % 60,8 gibi yüksek bir düzeydedir ve paket-yıl medyan değeri 38 olarak bulunmuştur. Bu oranlar, Türkiye'de tütün kullanımının kardiyovasküler risk üzerindeki belirleyici etkisini ortaya koymaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2022 verilerine göre, 15 yaş ve üzeri kişilerde günlük sigara kullanımı % 28 iken, bu çalışmadaki oran neredeyse iki katıdır (8). Bu durum, miyokard enfarktüsü geçiren kişilerde sigara kullanımının ciddi bir problem olarak varlığını sürdürdüğünü göstermektedir. Mensah ve arkadaşlarının 2023 tarihli küresel analizinde, yüksek tansiyon, kötü beslenme ve tütün kullanımı, kardiyovasküler hastalıkların en önemli risk faktörleri arasında yer almıştır (20). Benzer şekilde alkol kullanımı düşük olmakla birlikte, kullanan kişilerin yalnızca yarısı (% 50) bu konuda hekim danışmanlığı almıştır. Oysaki 2019 ACC/AHA kılavuzları, yaşam tarzı değişiklikleri ile risk faktörlerinin azaltılmasını önerirken, danışmanlık hizmetlerinin bu süreçte belirleyici olduğunu

vurgulamaktadır (21). Ayrıca, katılımcıların yalnızca % 58,1'inin düzenli doktor kontrolü konusunda bilgilendirilmiş olması, takip süreçlerinde danışmanlık eksikliği olduğunu göstermektedir. Bu durum, Topuzoğlu ve ark. tarafından yürütülen çalışmada da benzer şekilde değerlendirilmiş ve danışmanlık hizmetlerinin eksikliği bir "kaçırılmış fırsat" olarak tanımlanmıştır (22).

Araştırmamızda kronik hastalıkların yaygınlığı oldukça yüksektir. Katılımcıların % 62,2'sinde hipertansiyon, % 43,2'sinde diyabet, % 67,6'sında hiperlipidemi tespit edilmiştir. Bununla birlikte, bu kişilerin çoğu tedavi almasına rağmen, kalp krizi riski açısından yeterince bilgilendirilmedikleri görülmektedir. Hipertansiyonu olanların yalnızca % 43,5'i, diyabetlilerin % 40,6'sı ve hiperlipidemisi olanların % 40'ı bu riskle ilişkili olarak bilgilendirilmiştir. 2023 ESC Kılavuzu, özellikle diyabetli bireylerde kardiyovasküler riskin yüksek olduğunu vurgulamakta ve bu gruba yönelik yaşam tarzı değişiklikleri, erken tanı, bireyselleştirilmiş tedavi ve multidisipliner yaklaşım önerilmektedir (23). Bu da, çalışmamızdaki bilgilendirme eksikliklerinin mevcut uluslararası önerilerle çeliştiğini ve klinik uygulamada boşluklar bulunduğunu göstermektedir. Literatürde, bu hastalıkların kalp krizi riskine doğrudan etkisi olduğu ve etkili bilgilendirme ile önlenabilir olduğu vurgulanmaktadır (6,22,24). Küresel Hastalık Yüğü Çalışması verileri de benzer şekilde, risk faktörlerinin yönetimiyle kardiyovasküler mortalitenin düşürülebileceğini ortaya koymaktadır (25,26). Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı doğrudan ölçülmemiştir; ancak literatürde düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireylerde kalp krizi risk faktörlerini tanıma ve koruyucu sağlık davranışlarını benimseme oranlarının anlamlı şekilde daha düşük olduğu gösterilmiştir (27).

Katılımcıların yalnızca % 23'ü kalp hastalığı riski nedeniyle şikayet olmadan hekime başvurmuş olup, bu oran oldukça düşüktür. Risk farkındalığının yetersizliği, düzenli sağlık kontrollerine gitmeme ile birleştiğinde, erken tanı ve müdahale açısından önemli fırsatların kaçırıldığını göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri gibi uluslararası otoriteler, özellikle yüksek risk gruplarının taranması ve erken müdahalenin, kardiyovasküler mortaliteyi azaltmada kritik rol oynadığını belirtmektedir (28,29). DSÖ'nün 2023 yılında yayımladığı bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulama yol haritası da, bu süreçte birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesini ve fırsat eşitliğine dayalı erişimin sağlanmasını önermektedir (30). Avustralya'da gerçekleştirilen bir araştırmada, kişilerin kalp krizi semptomlarını algılamadaki gecikmesinin, klinik sonuçlar üzerinde ciddi olumsuz etkiler yarattığını göstermektedir (31).

Araştırmamızda; eğitim durumu, cinsiyet, sosyal güvence ve ailede kalp hastalığı öyküsü gibi değişkenler ile şikayetsiz dönemde doktora başvurma davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu bulgular, yalnızca bireysel sosyodemografik faktörlerin değil, aynı zamanda sağlık sistemine erişim ve sağlık okuryazarlığı gibi yapısal faktörlerin de belirleyici olduğunu göstermektedir. Özellikle ilköğretim düzeyinde (ilkokul ve ortaokul) eğitim almış kişilerin kalp krizi risk faktörlerine dair bilgi düzeyinin daha az olduğu; bu kişilerde risk farkındalığının zayıf seyrettiği önceki çalışmalarda da gösterilmiştir (5,22). Sosyal tıp perspektifinden bakıldığında, sağlıktaki eşitsizliklerin yalnızca birey düzeyinde değil, toplumsal ve sistemsel düzeyde müdahaleler gerektirdiği açıktır. Bu bağlamda, sağlık politikalarının riskli kişilerin erken tanısını destekleyecek şekilde yapılandırılması gerekmektedir.

Sosyal tıp yaklaşımı, yalnızca biyomedikal nedenlere odaklanmak yerine, hastalıkların sosyal belirleyicilerini de göz önünde bulundurur. Bu çerçevede çalışmamızda tespit edilen bilgi eksiklikleri, düşük başvuru oranları ve danışmanlık yetersizlikleri yalnızca bireysel faktörlerle değil, aynı zamanda toplumsal yapı ve sağlık sisteminin düzenlenme biçimiyle ilişkilidir. Özellikle sosyoekonomik açıdan dezavantajlı ve ilköğretim düzeyinde eğitim almış kişilerin sağlık hizmetine erişimde yaşadığı yapısal engeller, sosyal tıp kuramlarında açıkça tanımlanmış sağlık eşitsizlikleri örneklerindendir (32). Bu bağlamda, yalnızca kişilerin farkındalığını artırmak değil, aynı zamanda toplum temelli sağlık okuryazarlığı programları ve güçlendirilmiş bir birinci basamak sağlık hizmeti altyapısı da bu sorunların çözümünde kritik rol oynamaktadır (33). Bu durum, Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol

Programı'nda da vurgulandığı üzere, birinci basamak düzeyde koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve yüksek riskli bireylerin erken dönemde tanınarak takip altına alınması gerekliliğini desteklemektedir (34,35). Dünya Sağlık Örgütü de 2022 yılında yayımladığı yol haritasında, bulaşıcı olmayan hastalıkların önlenmesi ve kontrolünde sağlık hizmetlerinin etik sorumluluk temelinde yapılandırılması, eşitlik odaklı politikaların benimsenmesi ve birinci basamak hizmetlerin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır (36).

Bu araştırmada saptanan kaçırılmış fırsatlar yalnızca klinik sonuçlar açısından değil, aynı zamanda biyoetik ilkeler bağlamında da ele alınmalıdır. Risk faktörlerine sahip bireylerin büyük bir kısmının kalp krizi riski konusunda bilgilendirilmemiş olması, hastaların “bilgilendirilmiş onam” hakkını dolaylı olarak zedelemektedir (37). Etkili bilgilendirme yapılmaksızın bireylerin kendi sağlıklarına dair bilinçli karar verebilmesi mümkün değildir. Bu durum, Beauchamp ve Childress'in dört temel etik ilkesinden biri olan “yararlılık” ilkesine ek olarak, “adalet” ilkesiyle de çelişmektedir (37); çünkü sağlık okuryazarlığı düşük, sosyoekonomik açıdan dezavantajlı bireyler bilgiye erişimde sistematik olarak geri planda kalmaktadır (38). Özellikle risk farkındalığının düşük olduğu bireylerde düzenli takip ve erken başvuru davranışlarının yetersiz kalması, önlenebilir sonuçların yaşanmasına yol açmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, bireylerin sağlıkla ilgili kararlarında aktif rol alabilmesi için hem bilgiye ulaşabilirliğin hem de anlamlandırabilirliğin sağlanması gerektiğini vurgulamaktadır (39). Bu çerçevede, sağlık hizmetlerinde etik sorumluluk, yalnızca tıbbi girişimi zamanında yapmakla sınırlı kalmayıp, bireyin bilgiye erişimini sağlama, anlaşılır şekilde sunma ve sağlık okuryazarlığını geliştirme gibi çok boyutlu bir yükümlülüğü de kapsamaktadır (14,40).

SONUÇ

Sonuç olarak, bu araştırmanın bulguları, kardiyovasküler hastalıkların birincil korunmasına yönelik müdahalelerin güçlendirilmesi gerektiğini göstermektedir. Özellikle risk gruplarındaki kişilerin erken dönemde tanınması ve düzenli olarak izlenmesi için toplum temelli tarama programlarının yaygınlaştırılması önem arz etmektedir. Aile hekimliği sisteminin koruyucu sağlık hizmetleri yönünden güçlendirilmesi ve bu düzeyde çalışan hekimlerin kişilere yönelik yaşam tarzı değişiklikleri, kalp krizi riski ve kronik hastalık yönetimi konusunda düzenli danışmanlık vermesi desteklenmelidir. Çalışmamızda katılımcıların % 81,1'inin ilköğretim düzeyinde (ilkokul veya ortaokul) eğitim aldığı görülmüştür; bu grupta risk farkındalığı daha düşüktür; bu nedenle sağlık okuryazarlığını artırmaya yönelik hedefe özel eğitim programları ve halk sağlığı kampanyaları planlanmalıdır. Bu kapsamda görsel, yazılı ve dijital medya araçları kullanılarak kişilerin bilgi düzeylerinin artırılması sağlanabilir. Ayrıca sağlık sistemine erişimdeki eşitsizliklerin giderilmesi ve sosyal dezavantajlı grupların desteklenmesi amacıyla sosyal destek mekanizmalarının güçlendirilmesi gereklidir. Sosyal tıp perspektifinden bakıldığında, sağlık davranışlarını etkileyen sosyal belirleyicilerin dikkate alındığı bütüncül sağlık politikalarının geliştirilmesi kaçınılmazdır. Son olarak, kardiyolog, aile hekimi, diyetisyen, psikolog ve sosyal hizmet uzmanlarının iş birliği içinde çalışacağı multidisipliner hasta izlem modelleri teşvik edilerek, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde etkili bir önleme stratejisi oluşturulabilir. Güncel küresel veriler, etkili bir önleme stratejisinin sadece bireysel risk azaltımına değil, aynı zamanda yapısal müdahalelere de odaklanması gerektiğini göstermektedir (21).

KAYNAKLAR

1. Roffi M, Patrono C, Collet J-P, Mueller C, Valgimigli M, Andreotti F, et al. 2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task force for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). European Heart Journal 2016; 37 (3): 267-315.

2. Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, Bucciarelli-Ducci C, Bueno H, et al. 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The task force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2018; 39 (2): 119-177.
3. Özkan AA. Akut Koroner Sendromlar: Epidemiyoloji. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2013; 41 (1): 1-3.
4. Onat A, Yüksel M, Köroğlu B, Gümrükçüoğlu HA, Aydın M, Çakmak HA ve ark. TEKHARF 2012: Genel ve koroner mortalite ile metabolik sendrom prevalansı eğilimleri. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi* 2013; 41 (5): 373-378.
5. Mackay J, Mensah GA, Mendis S, Greenland K. The atlas of heart disease and stroke. World Health Organization, 2004. Erişim: (<https://iris.who.int/handle/10665/43007>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
6. Yusuf S, Hawken S, Öunpuu S, Dans T, Avezum A, Lanus F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet* 2004; 364 (9438): 937-952.
7. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000–2030. World Health Organization, 2024. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240088283>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
8. Türkiye Sağlık Araştırması 2022. Türkiye İstatistik Kurumu, 2023. Erişim: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkiye-Saglik-Arastirmasi-2022-49747>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
9. Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P. WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet* 2012; 380 (9846): 1011-1029.
10. Sequist TD, Marshall R, Lampert S, Buechler EJ, Lee TH. Missed opportunities in the primary care management of early acute ischemic heart disease. *Archives of Internal Medicine* 2006; 166 (20): 2237-2243.
11. Irmak Z, Fesci H. Akut Miyokard İnfarktüsünde Sekonder Koruma. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2005; 12 (1): 84-96.
12. Dracup K, Moser DK, Eisenberg M, Meischke H, Alonzo AA, Braslow A. Causes of delay in seeking treatment for heart attack symptoms. *Social Science & Medicine* 1995; 40 (3): 379-392.
13. Smith Jr SC. Clinical treatment of dyslipidemia: practice patterns and missed opportunities. *The American Journal of Cardiology* 2000; 86 (12): 62-65.
14. 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): 259-267.
15. Marmot M. Social determinants of health inequalities. *The Lancet* 2005; 365 (9464): 1099-1104.
16. Childress JF, Beauchamp TL. Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, 1994.
17. Dugani SB, Melendez APA, Reka R, Hydoub YM, McCafferty SN, Murad MH, et al. Risk factors associated with premature myocardial infarction: a systematic review protocol. *BMJ open* 2019; 9 (2): e023647.
18. Aladağ N, Özdemir M, Yurtdaş M, Gümrükçüoğlu HA. Akut Koroner Sendrom ile Başvuran Hastaların Klinik Özellikleri, Risk Faktörleri ve Tedavi Yöntemleri. *Van Tıp Dergisi* 2019; 26 (4): 505-513.
19. Canu M, Khouri C, Marliere S, Vautrin E, Piliero N, Ormezzano O, et al. Prognostic significance of severe coronary microvascular dysfunction post-PCI in patients with STEMI: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2022; 17 (5): e0268330.
20. Mensah GA, Fuster V, Murray CJ, Roth GA, Diseases GBoC, Collaborators R. Global burden of cardiovascular diseases and risks, 1990-2022. *Journal of the American College of Cardiology* 2023; 82 (25): 2350-2473.

21. Arnett DK, Blumenthal RS, Albert MA, Buroker AB, Goldberger ZD, Hahn EJ, et al. 2019 ACC/AHA guideline on the primary prevention of cardiovascular disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines. *Journal of the American College of Cardiology* 2019; 140 (11): e-597-e-624.
22. Topuzoğlu A, Hıdıroğlu S, Önsüz M, Polat G. Missed opportunities for chronic diseases prevention in a primary health care center in İstanbul. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10 (6): 665-674.
23. Marx N, Federici M, Schütt K, Müller-Wieland D, Ajjan RA, Antunes MJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes: Developed by the task force on the management of cardiovascular disease in patients with diabetes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal* 2023; 44 (39): 4043-4140.
24. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): Case-control study. *The Lancet* 2004; 364 (9438): 937-952.
25. Murray CJ. Findings from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024; 403 (10440): 2259-2262.
26. Naghavi M, Ong KL, Aali A, Ababneh HS, Abate YH, Abbafati C, et al. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–2021: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet* 2024; 403 (10440): 2100-2132.
27. Magnani JW, Mujahid MS, Aronow HD, Cené CW, Dickson VV, Havranek E, et al. Health literacy and cardiovascular disease: fundamental relevance to primary and secondary prevention: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2018; 138 (2): e48-e74.
28. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
29. Preventing heart disease. Centers for Disease Control and Prevention, 2024. Erişim: (<https://www.cdc.gov/heart-disease/prevention/index.html>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
30. Shahmohamadi E, Ayati A, Sharifi Y, Ebrahimi P, Gooshki ES, Djalalinia S, et al. Ethical considerations in prevention and management of non-communicable diseases: A narrative review. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine* 2024; 17: 19.
31. Finn JC, Bett JHN, Shilton TR, Cunningham C, Thompson PL. Patient delay in responding to symptoms of possible heart attack: can we reduce time to care? *Medical Journal of Australia* 2007; 187 (5): 293-298.
32. Navarro V. What we mean by social determinants of health. *Global Health Promotion* 2009; 16 (1): 5-16.
33. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and Principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: World Health Organization, 2006. Erişim: (https://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
34. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı 2021-2026. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2021: 104. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagliği-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlani_2021-2026.pdf). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
35. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022. Ankara: TC Sağlık Bakanlığı, 2024. Erişim: (<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/48054/0/siy202205042024pdf.pdf>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
36. Beasant B, Lee G, Vaughan V, Lotfaliany M, Hosking S. Health literacy and cardiovascular disease prevention: A systematic scoping review protocol. *BMJ open* 2022; 12 (6): e054977.
37. Beauchamp T, Childress J. Principles of Biomedical Ethics: Marking Its Fortieth Anniversary. *Am J Bioeth* 2019; 19 (11): 9-12.

38. Marmot M, Allen JJ. Social determinants of health equity. Am J Public Health 2014; 104 (Suppl 4): S517–S519
39. Health literacy development for the prevention and control of noncommunicable diseases: Volume 2. A globally relevant perspective. World Health Organization, 2022. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240055353>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.
40. Ethics and governance of artificial intelligence for health: WHO Guidance. World Health Organization, 2021. Erişim: (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029200>). Erişim Tarihi: 28.04.2025.

Meme Kanseri Hastası Savunuculuğu: Dinamik Bir Sürecin Çok Yönlü Analizi

Breast Cancer Advocacy: A Multifaceted Analysis of a Dynamic Process

Yakup Akyüz

Araştırma Görevlisi, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-8336-3824 E-posta: yakup.akyuz@istanbul.edu.tr

Yasemin Uslu

Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği Anabilim Dalı
ORCID: 0000-0001-5727-3753 E-posta: yasemin.uslu@istanbul.edu.tr

Geliş Tarihi: 3 Şubat 2025, Kabul Tarihi: 27 Mart 2025

ÖZET

Meme kanserli hasta savunuculuğu, hastaların haklarını korumayı, ihtiyaçlarını karşılamayı ve tedavi süreçlerini iyileştirmeyi hedefleyen önemli bir faaliyet alanıdır. 1950'lerden itibaren hasta haklarının savunulması, farkındalık oluşturulması ve yenilikçi tedavilere erişim gibi amaçlarla gelişen bu hareket, hastaların erken teşhis, uygun tedavi ve psikososyal destek hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaktadır. Savunuculuk, bireyselleştirilmiş bakım sağlayarak yaşam kalitesini artırırken, bilgi ve eğitim eksikliği, sınırlı kaynaklar ve sosyokültürel engeller gibi sorunlarla da karşı karşıya kalmaktadır. Dijital ve sosyal medya, teknoloji ve uluslararası iş birlikleri gibi yeni fırsatlar, savunuculuk faaliyetlerinin etkisini artırarak hastaların tedavi süreçlerinde daha aktif roller üstlenmesine olanak tanımaktadır. Meme kanserli hasta savunuculuğu, zorlukların fırsata dönüştürülmesiyle hasta sonuçlarını iyileştirebilir ve sağlık politikalarının gelişimine katkı sağlayabilir. Bu derlemede, meme kanserinde hasta savunuculuğunun tarihsel gelişimi, hasta sonuçlarına etkileri, karşılaşılan zorluklar ve yeni fırsatlar çok yönlü olarak ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Meme Kanseri, hasta savunuculuğu, hemşirelik

ABSTRACT

Breast cancer advocacy is an important field of activity aimed at protecting patients' rights, meeting their needs, and improving treatment processes. Since the 1950s, this movement, which has developed with the aims of advocating for patient rights, raising awareness, and providing access to innovative treatments, has facilitated patients' access to early diagnosis, appropriate treatment, and psychosocial support services. Advocacy, while enhancing the quality of life by providing personalized care, also faces challenges such as lack of information and education, limited resources, and sociocultural barriers. New opportunities such as digital and social media, technology, and international collaborations enhance the impact of advocacy activities, allowing patients to take more active roles in their treatment processes. Breast cancer advocacy can improve patient outcomes by turning challenges into opportunities and contribute to the development of health policies. In this review, the historical development of patient advocacy in breast cancer, its impact on patient outcomes, the challenges faced, and new opportunities have been addressed in a multifaceted manner.

Keywords: Breast Cancer, patient advocacy, nursing

GİRİŞ

Hasta savunuculuğu, bireylerin sağlık sistemindeki haklarının korunması haklarını korumayı ve ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla yapılan faaliyetleri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır (1,2). Sağlık alanında teknolojik gelişmeler ve sağlık politikalarındaki değişimler, hastaların bilgiye erişimlerini ve karar verme süreçlerini daha karmaşık hale getirmiştir. Bu durum onların haklarını savunacak sistemlere olan ihtiyacı artırmıştır (1). Sağlık hizmetlerinin karmaşık yapısı içinde bireylerin kendilerini ifade edebilmeleri ve ihtiyaçlarının karşılanabilmesi savunuculuk ile mümkündür (2).

Savunuculuk, bireylerin sağlık haklarının korunmasının yanı sıra, sağlık politikalarının birey ve topluma uyumlu bir şekilde geliştirilmesini de amaçlar. Bunun yanı sıra, savunuculuk, hasta merkezli bakım anlayışının hayata geçirilmesine de katkı sağlamaktadır (3). Özellikle kronik ve hayati tehdit oluşturan hastalıklar açısından, bireylerin sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla faydalanabilmeleri için savunuculuk, hem bireysel hem de toplumsal düzeyde önemli bir gereklilik haline gelmektedir (3,4). Kanser hastalarında savunuculuk, bu bağlamda son derece önemli bir rol oynamaktadır (3,5). Kanser, bireylerin fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik açıdan ciddi zorluklarla karşılaştığı bir süreçtir (3,5,6). Meme kanserinin, hasta savunuculuğu alanında özel bir önem taşımasının en önemli nedeni dünya genelinde kadınlar arasında en yaygın görülen kanser türü olmasıdır (7). Meme kanseri kadınlarda tüm kanser ölümlerinin yaklaşık %18'ini oluşturmaktadır (4). Bu durum, bireyler ile toplum düzeyinde farkındalık ve destek gereksinimini artırmaktadır. Bu makale, meme kanserli hasta savunuculuğunun çok yönlü ve dinamik yapısını değerlendirerek meme kanserinin tarihsel gelişimi, hasta sonuçlarına etkileri, savunuculuk sürecinde fırsatlar ve karşılaşılan zorlukları ortaya koymayı amaçlamaktadır.

MEME KANSERLİ HASTA SAVUNUCULUĞUNUN TARİHSEL GELİŞİMİ

Meme kanseri hastalarında savunuculuk, 1950'lerde Mary Lasker, Maria Amosio, Terese Lasser, Betty Friedan, Babette Rosmond ve Nancy Reagan'ın öncülüğünde başlamış ve zamanla hasta haklarını savunma, araştırma fonlarını artırma ve toplumsal farkındalık oluşturma odaklı bir hareket haline gelmiştir. Mary Lasker, kanser bilincini artırmaya yönelik kampanyalar yürütürken, 1950'lerde Terese Lasser, "İyileşmeye Erişim (Reach to Recovery)" gibi programlarla hastalara duygusal destek sağlamayı hedeflemiştir (8). 1960 ve 1970 yıllarındaki kadın hareketleri, kadınların sağlık sisteminde daha etkin rol almasını sağlamış ve "meme kanseri farkındalık ayı" gibi etkinliklerle faaliyetler devam etmiştir. Savunuculuk kavramı, 1970'lerde Uluslararası Hemşireler Konseyi tarafından meslek kurallarına dahil edilerek resmi olarak tanımlanmıştır (1). First Lady Betty Ford'un meme kanseri teşhisini açıklaması da meme kanserli hastaların savunuculuk faaliyetlerine yaklaşımı değiştirerek hastaların seslerini duyurmasına katkıda bulunmuştur (9). Nancy Brinker, 1980'lerde Susan G. Komen Vakfı'nı kurarak örgütlü savunuculuk hareketine güç katmış, BRCA1 geninin keşfi ise genetik faktörlerin önemine dikkat çekmiştir (8,10). Avrupa Donna gibi sivil toplum kuruluşları ise savunuculuğu uluslararası boyuta taşımıştır. 1990'larda "pembe kurdele" sembolü ve medya desteği farkındalığın artmasında etkili olmuş, Dünya Kanseri Deklarasyonu küresel sağlık politikalarındaki önemini pekiştirmiştir. 2000'lerde yenilikçi tedavilere erişim savunuculuğun odağı haline gelmiş ve Angelina Jolie'nin BRCA1 mutasyonu taşıdığı için koruyucu mastektomi yaptırması, küresel boyutta meme kanseri farkındalığını artırmıştır. Koruyucu mastektomi yaklaşımı, genetik testlerin önemini vurgulayan kampanyaların yaygınlaşmasına, hastaların risk faktörlerini daha iyi anlamalarına ve erken önlem almalarına katkı sağlamıştır (10,11). 2010'larda Meme Kanseri Araştırma Vakfı gibi gruplar, daha bütüncül yaklaşımlar sergilerken, 2020'lerde dijital platformlar savunuculuk faaliyetlerini geniş kitlelere ulaştırmıştır. Meme kanserli hasta savunuculuğu, sağlık profesyonelleri, sivil toplum kuruluşları ve hasta savunucularının çabalarıyla güçlenmiş ve etkili bir hareket haline gelmiştir (8, 11).

MEME KANSERLİ HASTA SAVUNUCULUĞUNUN ÇOK YÖNLÜ ETKİLERİ

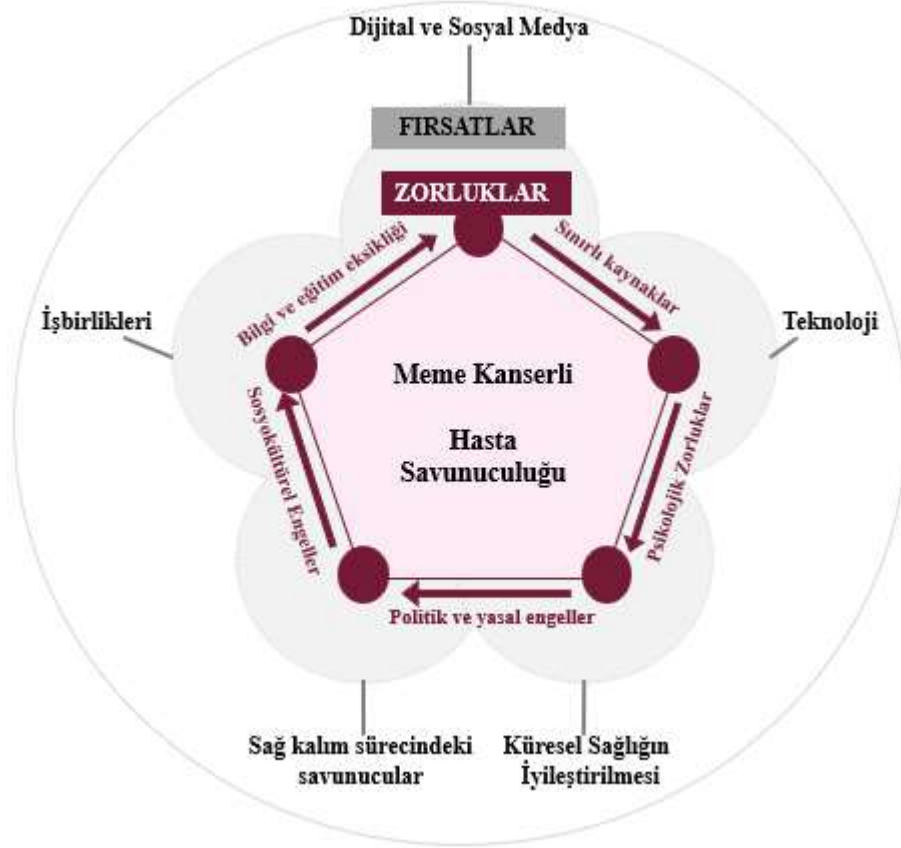
Savunuculuk çalışmaları, meme kanserli hastaların erken tanıya erişimini kolaylaştırarak, uygun tedavi yöntemlerinden yararlanmalarını ve psikososyal destek hizmetlerine ulaşmalarını sağlayan önemli bir mekanizma olarak öne çıkmaktadır (8). Hasta savunuculuğu, özellikle hasta merkezli bakımın güçlendirilmesine katkıda bulunarak, hastaların gereksinimlerinin sağlık hizmet sunumunda öncelikli olarak ele alınmasını sağlamaktadır (8,12). Literatürde, savunuculuk faaliyetlerinin hastaların kişiselleştirilmiş bakım almalarını destekleyerek yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve tedavi sonuçlarının iyileştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (3,7,13,14).

Savunuculuk faaliyetlerine ilişkin araştırma sonuçları çeşitlilik göstermektedir. Tablo 1’de, meme kanserli hastalarda savunuculuk faaliyetlerine yönelik ulusal ve uluslararası çalışma örneklerine yer verilmiştir. Çalışmaların seçiminde, savunuculuk faaliyetlerinin çok boyutlu etkilerine odaklanan örnekler özetlenmiştir.

Tablo 1. Meme Kanserli Hasta Savunuculuğu Hakkında Literatürde Öne Çıkan Araştırma Sonuçları

Yazar ve Yıl	Ülke	Savunuculuk Etkisi
Sullivan et al. 2024 (14)	Amerika Birleşik Devletleri	Benzer deneyim yaşayan hastaların paylaşımlarının artırılması savunuculuk becerilerini güçlendirmektedir.
Bogale et al. 2023 (7)	Doğu Afrika	Toplum temelli farkındalık etkinlikleri, dini otoritelerle iş birlikleri erken teşhise teşviki ve savunuculuğu güçlendirmektedir.
Chopra et al. 2023 (15)	Birleşik Krallık	Savunuculuk, erken teşhis ve kişiselleştirilmiş tedavi seçeneklerine erişim farkındalığını artırmakta ve tedavi kalitesini geliştirmektedir.
Stires et al. 2022 (16)	Amerika Birleşik Devletleri	Hasta savunucularının kanser araştırmalarına dahil edilmesi hasta odaklı yaklaşımı güçlendirmekte ve araştırma sonuçlarının topluma doğrudan fayda sağlamasını desteklemektedir.
Antone et al. 2021 (5)	Doğu Avrupa ve Orta Asya	Erken teşhis, tedaviye erişim ve stigma ile mücadele, savunuculuk faaliyetlerini güçlendirerek meme kanseriyle mücadelede etkili olmaktadır.
Nasso et al. 2021 (17)	Amerika Birleşik Devletleri	Savunucuların duygusal yüklerini anlama ve destek mekanizmaları oluşturmak savunuculuğu daha sürdürülebilir hale getirmeye katkı sağlamaktadır.
Dvaladze et al. 2020 (13)	Doğu Avrupa, Orta Asya, Doğu ve Güney Afrika, Latin Amerika	Sivil toplum kuruluşları, siyasi liderler ve sağlık uzmanları arasındaki iş birliği, meme kanserli hasta savunuculuğunu daha etkili hale getirmektedir.
Kizub et al. 2020 (18)	Doğu ve Güney Afrika	Farkındalık, erken teşhis ve tedaviye erişim stratejileri savunuculuk faaliyetlerini güçlendirmektedir.
Thomas et al. 2020 (19)	Pensilvanya	Savunuculuk, kanser bakımında kadınların ihtiyaçlarını, değerlerini ve önceliklerini etkili şekilde savunmalarını destekler.
Jourquin et al. 2019 (11)	Amerika Birleşik Devletleri	Hastaların veri paylaşımı ve savunuculuk süreçlerine aktif katılımını teşvik etmek bireylerin ve toplumların sağlık sonuçlarını iyileştirmektedir.
Özmen 2018 (20)	Türkiye	Savunuculuk gruplarının iş birliği, sağlık politikalarının geliştirilmesinde ve hasta haklarının savunulmasında güçlü bir etkidir.
Mirrielees et al. 2017 (21)	Amerika Birleşik Devletleri	Hastalarla savunucular arasındaki destek ilişkileri, hastaların tedaviye daha aktif katılmalarını sağlamaktadır.
Salako et al. 2017 (12)	Nijerya	Savunuculuk, erken teşhis ve tedavi farkındalığını artırarak bireyleri kanserle mücadelede aktif rol almasını teşvik etmektedir.
Sulik et al. 2014 (22)	Amerika Birleşik Devletleri	Feminist perspektiflerle kadınların meme kanserli hasta savunuculuğunu güçlendirmesi farkındalık, dayanışma ve toplumsal değişimi sağlamaktadır.
Osuch et al. 2012 (23)	Amerika Birleşik Devletleri	Meme kanserli hasta savunuculuğu farkındalık yaratmada ve politika değişikliklerini tetiklemede etkili olmaktadır.
Maza-Fernandez et al. 2009 (24)	Meksika	Sivil toplum örgütleri, toplumsal destek ve savunuculuk hizmetlerini geliştirmede farkındalık sağlamaktadır.

Meme kanserli hasta savunuculuğu, dijital platformların yaygınlaşması ve toplumsal farkındalığın artmasıyla birlikte, hasta ve hasta yakınlarının hastalık yönetiminde daha aktif roller üstlenmesine olanak tanımaktadır (5,7,8). Bununla birlikte, politika ve sağlık sistemlerindeki bürokratik engeller, sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan eşitsizlikler ve eğitim olanaklarının yetersizliği gibi faktörler, savunuculuk faaliyetlerinin etkinliğini sınırlandırmaktadır (13,25). Meme kanserli hasta savunuculuğunda mevcut fırsatlar ve karşılaşılan zorluklar Şekil 1’de sunulmuştur.



Şekil 1. Meme Kanserli Hasta Savunuculuğunda Karşılaşılan Fırsatlar ve Zorluklar
(Model yazarlar tarafından oluşturulmuştur)

MEME KANSERLİ HASTA SAVUNUCULUĞUNDA FIRSATLAR

Savunuculuk, toplumda meme kanserine yönelik önyargıları kırarak, hasta ve hasta yakınları için daha destekleyici fırsatlar yaratır (18). Bu fırsatlar sayesinde savunuculuk faaliyetleri daha geniş kitlelere ulaşabilmekte, hastalara daha fazla kaynak sunulmakta ve sağlık hizmetlerine erişim artırılmaktadır (6,11). Meme kanserli hasta savunuculuğunda başlıca fırsatlar; dijital ve sosyal medya kullanımı, teknoloji kullanımı, kurumsal ve toplumsal ortaklıklar, küresel sağlığı iyileştirme ve sağ kalım sürecinin (survivor) güçlendirilmesidir (7,11,13).

Dijital ve Sosyal Medya Kullanımı: Dijital ve sosyal medya platformları, bilgi yayma, topluluk oluşturma ve destek ağları için bir alan sağlayarak meme kanserli hasta savunuculuğunda çok etkili araçlar sunmaktadır (5,7). Bu durum, hastalık için farkındalık oluşturmada fırsat ve hastalık ilişkili damgalanmayı azaltmada yardımcı olabilir ve duygusal destek sağlayabilir (3,6,7,14). Facebook, Twitter, YouTube, LinkedIn ve Instagram gibi platformlar, savunucuların küresel bir kitleye ulaşmasını sağlayarak daha önce yerel topluluklarla sınırlı olan tartışmaları kolaylaştırabilir (5,7). Bu platformlar sayesinde meme kanserli hastaların savunucuları dünyanın dört bir yanındaki insanlara ulaşarak kültürel ve sosyoekonomik farklılıklara rağmen kapsayıcı mesajlar verebilir (7,14). Sosyal medya analitikleri, yapılan

kampanyaların etkinliğini ölçme imkânı sunarak savunuculara hedef kitleye göre içerik stratejilerini şekillendirme fırsatı verir. Bu platformlar, hem bilgilendirme hem de hasta desteği sağlama açısından savunucular için benzersiz bir araçtır (3,13).

Teknoloji Kullanımı: Meme kanserli hastalar için tasarlanmış mobil sağlık uygulamaları, tedavi planları, ilaç hatırlatıcıları ve yan etki yönetimi hakkında kişiselleştirilmiş bilgiler sağlayabilir (5,7). Giyilebilir cihazlar, özellikle tedavi sonrasında fiziksel sağlığın takibinde önemli rol oynamaktadır (7,13). Ayrıca, tele-sağlık hizmetleri ile hastalar uzaktan sağlık danışmanlığı alabilir; bu da özellikle kırsal veya yetersiz hizmet alan bölgelerdeki hastaların sürekli izlem, takip olanaklarını artırır (13,18). Meme kanserli hastaların savunucuları, teknolojinin gücünü kullanarak coğrafi engelleri yıkabilir, en uzak bölgelerdeki hastalara bile kritik bilgi ve kaynaklarla ulaşabilir ve onları destekleyebilir (5,7,18).

Kurumsal ve Toplumsal Ortaklıklar: Şirketlerle ortaklıklar, araştırma girişimleri, farkındalık kampanyaları ve hasta destek programları için finansman fırsatları sağlayabilir (6). Şirketler ayrıca tedavi gören çalışanları destekleyen işyeri politikalarını teşvik ederek de katkıda bulunabilirler (7,13). Sağlık sektörü ve ilaç firmaları gibi kuruluşlarla yapılan iş birliği, savunuculara fon, araştırma ve geliştirme kaynaklarına erişim imkânı sağlayabilir (5,7). Yapılan ortaklıklar sayesinde tarama programları, erken teşhis atölyeleri ve destek grupları düzenlenebilir (13,18). Dünyada ve ülkemizde birçok sivil toplum kuruluşu iş birliği yaparak ve savunuculuk kursları düzenleyerek savunucuları ve uzmanları bir araya getirmektedir. Bu iş birlikleri, meme kanseri farkındalığının yayılmasına katkıda bulunur ve toplumun tüm üyelerinin sürece dahil edilmesini sağlayabilir (5,7).

Küresel Sağlığın İyileştirilmesi: Meme kanserli hasta savunuculuğu, düşük ve orta gelirli ülkelerde meme kanseriyle ilgili sağlık eşitsizliklerini ele alarak küresel sağlık üzerinde önemli bir rol oynamaktadır (5,13). Birçok ülkede sağlık sistemlerinin yöneticileri, sivil toplum kuruluşları ile bir araya gelerek yuvarlak masa toplantıları düzenlemektedir (14). Savunucular, tüm hastalar için bakıma eşit erişim sağlayan politikaların gelişmesini sağlayabilmektedir. Özellikle yetersiz kaynaklara sahip bölgelerde tarama programlarının hayata geçirilmesi ve sağlık çalışanlarına erken teşhis eğitimi verilmesi gibi çalışmalar, sağlık hizmetlerinin eşit dağılımını destekleyebilir (5,13,18).

Sağ Kalım Sürecinin Güçlendirilmesi: Meme kanseri tedavisini tamamlamış ve sağ kalım sürecinde olan bireylerin savunuculuk faaliyetlerine katılımı, savunuculuğun gücünü artıran ve hasta deneyimini merkeze alan önemli bir bileşendir (7,9). Sağ kalım sürecindeki bireylerin öncülük ettiği girişimler, yeni tanı konmuş hastalara önemli bir destek sağlayabilir, tedavi sürecindeki hastaların bu süreci daha etkili sürdürmelerine yardımcı olabilir (5,9,13). Sağ kalım sürecindeki kadınların görüşleri, hasta merkezli yaklaşımların geliştirilmesinde araştırmacılara yol gösterebilir (9,13).

MEME KANSERLİ HASTA SAVUNUCULUĞUNDA KARŞILAŞILAN ENGELLER

Meme kanserli hasta savunuculuğu sürecinde pek çok yapısal ve psikososyal engel bulunmaktadır. Bu engeller, kanserli hastaların savunucularının topluma ulaşma kapasitesini sınırlamakta ve etkili sonuçlar elde etmeyi güçleştirmektedir (7,13). Meme kanserli hasta savunuculuğunun önündeki başlıca engeller: Bilgi ve eğitim eksikliği, sınırlı kaynaklar, sosyokültürel faktörler, siyasi ve yasal engeller ile psikolojik ve duygusal zorluklardır (7,11,13).

Bilgi ve Eğitim Eksikliği: Birçok meme kanserli birey risk faktörleri, tarama programları ve tedavi seçenekleri hakkında sınırlı bilgiye sahiptir (5,15). Bu bilgi boşluğu, geç teşhis konulması, uygunsuz tedavi seçeneklerine ve nihayetinde sağ kalım sürecini kötü etkileyebilir (13,14). Gelişmiş ülkelerde meme kanseri kadınlar eğitim kaynaklarına kolaylıkla erişebilirken, düşük gelirli ve kırsal bölgelerde yaşayan kadınlar eğitim kaynaklarına

erişmekte zorlanmaktadır (13). Düşük ve orta gelirli ülkelerde, meme kanseri farkındalığını artıracak eğitim programlarının eksikliği, savunuculuk faaliyetlerini sınırlamakta ve bireylerin kendi sağlıklarına dair farkındalıklarını düşürmektedir (13,18).

Bilgi eksikliği, yalnızca toplumda değil, sağlık profesyonelleri arasında da ortaya çıkabilir (7,13). Sağlık çalışanlarının, meme kanseri belirtileri, tarama yöntemleri ve hastalar için uygun destek mekanizmaları konusunda yeterince bilgili olmaması hastaların etkin ve zamanında bakım almasını zorlaştırabilir (3,5,13). Tıbbi terminolojinin karmaşıklığı da hastaları sağlık sistemine yabancılaştırabilir ve kendi sağlık durumlarıyla ilgili karar vermelerini zorlaştırabilir (7,13,18).

Sınırlı Kaynaklar: Meme kanserli hasta savunuculuğu için finansal ve insan kaynağının yeterli olması gerekir. Ancak, birçok ülkede bu kaynakların sınırlı olması, savunuculuğun etkisini büyük ölçüde azaltmakta (13,15,18) ve sürdürülebilir etkiyi zorlaştırmaktadır (7,13,14,18). Sınırlı kaynaklar, savunucular için eğitim materyallerinin oluşturulamaması veya dağıtılamaması anlamına gelmektedir (15). Bilgilendirme kampanyaları, tarama programları ve psikososyal destek hizmetlerinin sağlanması için gerekli olan bütçelerin yetersizliği, meme kanserli hasta savunuculuğunun toplum üzerinde istenilen ölçüde etkili olamamasına yol açmaktadır (7,14).

Sosyo-Kültürel Engeller: Birçok toplumda meme kanseri hakkında konuşmak, kültürel normlar ve toplumsal beklentiler sebebiyle tabu olarak görülmektedir (7,13,26). Özellikle mahremiyete daha çok önem veren ve geleneksel yapıya sahip toplumlarda, meme kanseri ile ilgili bilinçlendirme faaliyetleri sınırlı kalmakta; bu durum hastalığın erken teşhis edilmesini zorlaştırmaktadır (13,26,27). Ayrıca, bazı topluluklarda kanser hastalarına yönelik damgalanma ve sosyal dışlanma riskinin yüksek olması, hastaların tedavi süreçlerinde toplumdan dışlanmalarına neden olmaktadır (13,15). Yapılan araştırmalarda, düşük eğitim seviyesi, sosyokültürel ve yapısal engeller, göçmen ve azınlık kadınlar arasında meme kanserinin erken teşhisin güçleştiği vurgulanmaktadır (26,27).

Politik ve Yasal Engeller: Birçok bölgede, yetersiz sağlık politikaları veya kanser bakımına yönelik yönetimsel desteğin olmaması, savunuculuk çabalarını engellemektedir (7,13,27). Gelişmiş ülkelerde sağlık politikaları kapsamlı ve tüm bireyler için erişilebilirken az gelişmiş ülkelerde sağlık eşitsizlikleri vardır (7,13). Ayrıca, yasal çerçeveler hasta haklarını yeterince koruyamayabilir veya hasta örgütlerinin faaliyetlerini desteklemeyebilir (13,18). Bu kurumsal destek eksikliği, meme kanseri bakımını etkileyen politikaların şekillendirilmesinde savunucuların etkisini azaltabilir (13). Ayrıca, hastaların işyerinde karşılaştıkları ayrımcılık veya sağlık sigortası eksiklikleri, meme kanserli hastaların yaşam kalitesini düşürmektedir (7,13).

Psikolojik ve Duygusal Engeller: Savunuculuk faaliyetlerine katılan meme kanseri hastaları, geçmiş deneyimlerini yeniden hatırlamak ve bu deneyimlerini paylaşmak zorunda olduklarında, duygusal açıdan zorlayıcı bir süreç yaşayabilirler. Bu duygusal yük tükenmişliğe yol açarak zaman içinde savunucu etkinliklerini azaltabilir (13,25). Psikososyal destek mekanizmalarının sağlanması, hem hastalar hem de savunucular için kritik önem taşımaktadır (7).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Meme kanserli hasta savunuculuğu, hastaların seslerini duyurabilmeleri, haklarını savunabilmeleri ve tedavi süreçlerinde daha iyi bir deneyim yaşamaları için büyük önem taşır. Bu sürecin etkili olabilmesi için engellerin belirlenmesi ve fırsatların değerlendirilmesi gerekmektedir. Dijital araçlar ve toplumsal iş birlikleri, savunuculuğu güçlendirirken sağlık politikalarında sürdürülebilir değişimlere katkı sağlamaktadır. Savunuculuğun yaygınlaştırılması, yalnızca hastaların sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamaz, aynı zamanda toplumsal sağlık politikalarında kalıcı değişimlere yol açar. Savunuculuk faaliyetleri, erken teşhis, tedavi ve hasta takibini

destekleyerek, meme kanserli hastaların yaşam kalitesini, tedaviye uyumunu ve sonuçlarını iyileştirmede etkili bir rol oynar. Bu doğrultuda, savunucular, sağlık profesyonelleri ve sivil toplum kuruluşları ile iş birliği yaparak daha kapsamlı farkındalık kampanyaları düzenlenmelidir. Ayrıca, dijital platformlar üzerinden hastaların bilgiye erişimini kolaylaştıracak kaynaklar sağlanmalı ve sağlık hizmetlerine eşit erişim için politikalar geliştirilmelidir. Ulusal sağlık politikalarına entegre farkındalık programları, ülke genelinde meme kanseri konusunda bilincin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu tür ulusal faaliyetler, toplumun her kesiminde bilinç oluştururken, sağlık hizmetlerinin bölgesel farklılıklar gözetilerek daha erişilebilir hale gelmesine katkıda bulunacaktır.

KAYNAKLAR

1. Abbasinia M, Ahmadi F, Kazemnejad A. Patient advocacy in nursing: A concept analysis. *Nursing ethics* 2020; 27 (1): 141-151.
2. Grant JB, Reed SM. Existential advocacy in nursing care: A concept analysis. *Nursing Forum* 2024; Article ID 8475749.
3. Wilkinson L, Gathani T. Understanding breast cancer as a global health concern. *The British Journal of Radiology* 2022; 95 (1130): 20211033.
4. Katsura C, Ogunmwoyi I, Kankam HK, Saha S. Breast cancer: presentation, investigation and management. *British Journal of Hospital Medicine* 2022; 83 (2): 1-7.
5. Antone N, Kizub D, Gralow J, Zujewski JA, Dvaladze A. Advancing breast cancer advocacy in Eastern Europe and Central Asia: Findings from Women's empowerment cancer advocacy network (WE CAN) summits. *JCO Global Oncology* 2021; 7: 585-592.
6. Baffoe A, Addai BW. Summary report of a successful policy/advocacy campaign by Breast Care International in Ghana. *Journal of Global Oncology* 2018; 4 [Supplement 2 (2018 World Cancer Congress Abstracts)].
7. Bogale N, Balta B, Demissie G, Geleta D, Rakoff M, Anderson B, Johnson N, Yee L, Taylor L. Exploring Challenges Related to Breast Cancer to Identify Opportunities for Advocacy in Hawassa City, Southern Ethiopia: A Community-Based, Qualitative Study. *JCO Global Oncology* 2023; 9: e2300137.
8. Saunders CM, Tyson TM. A history of advocacy in breast cancer: Lessons for all of us in putting advocacy to work—or 'how to just get things done!'. *ANZ Journal of Surgery* 2024; 94 (9): 1439-1443.
9. Self Advocacy: A Cancer Survivor's Handbook. National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS), 2009. Erişim: (https://canceradvocacy.org/wp-content/uploads/Self_Advocacy.pdf). Erişim Tarihi: 26.03.2025.
10. Vineburgh NT. The power of the pink ribbon: Raising awareness of the mental health implications of terrorism. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes* 2004; 67 (2): 137-146.
11. Jourquin J, Reffey SB, Jernigan C, Levy M, Zinser G, Sabelko K, Pietenpol J, Sledge G. Susan G Komen big data for breast cancer initiative: How patient advocacy organizations can facilitate using big data to improve patient outcomes. *JCO Precision Oncology* 2019; 3: 1-9.
12. Salako O, Roberts AA, Isibor VI, Babatunde O, Fatiregun O, Nwogu CN. Innovative breast cancer awareness and advocacy campaign. *Journal of Global Oncology* 2017; 3 (2): 169-176.
13. Dvaladze A, Kizub DA, Cabanes A, Nakigudde G, Aguilar B, Singh RKP, Zujewski JA, Duggan C, Anderson BO, Gralow JR. Breast Cancer Patient Advocacy: Challenges and Opportunities in Low-and Middle-Income Countries. *JCO Global Oncology* 2020; 6 [Supplement 1(8th Annual Symposium on Global Cancer Research: Meeting Abstracts)]: 39.
14. O'Sullivan CC, Larson NL, Vierkant RA, Smith ML, Chauhan C, Couch FJ, Olson JE, Loprinzi CL, Ruddy KJ. Advocate-BREAST: Advocates and patients' advice to enhance breast cancer care delivery, patient experience and patient centered research by 2025. *Archives of Public Health* 2024; 82 (1): 119.

15. Chopra S, Khosla M, Vidya R. Innovations and challenges in breast cancer care: A review. *Medicina* 2023; 59 (5): 957.
16. Stires H, Bado I, Brown T, Carlson M, Chan IS, Echeverria GV, Ewald JA, Lim B, Lloyd C, Maues J, Oesterreich S, Riter RN, Shanahan K, Welm AL, Newby J. Improving the odds together: A framework for breast cancer research scientists to include patient advocates in their research. *npj Breast Cancer* 2022; 8 (1): 75.
17. Fuld Nasso S, Porter LD, McNiff Landrum KK. The benefits and burdens of patient advocacy. *Journal of Clinical Oncology* 2021; 39 [28 (Meeting Abstract: 2021 ASCO Quality Care Symposium)].
18. Kizub D, Allison, Darya A, Cabanes A, Nakigudde G, Aguilar B, Zujewski JA, Duggan C, Anderson BO, Singh PKR. Breast cancer patient advocacy: A qualitative study of the challenges and opportunities for civil society organizations in low-income and middle-income countries. *Cancer* 2020; 126 (Suppl 10): 2439-2447.
19. Thomas TH, Donovan HS, Rosenzweig MQ, Bender CM, Schenker Y. A conceptual framework of self-advocacy in women with cancer. *Advances in nursing science* 2021; 44 (1): E1-E13.
20. Özmen V. A patient advocacy group summit, cancer care in Turkey and The Society of Breast Health. *European Journal of Breast Health* 2018; 14 (1): 1.
21. Mirrieles JA, Breckheimer KR, White TA, Denure DA, Schroeder MM, Gaines ME, Wilke LG, Tevaarwerk AJ. Breast cancer survivor advocacy at a university hospital: Development of a peer support program with evaluation by patients, advocates, and clinicians. *Journal of Cancer Education* 2017; 32: 97-104.
22. Sulik G, Zierkiewicz E. Gender, power, and feminisms in breast cancer advocacy: Lessons from the United States and Poland. *Journal of Gender and Power* 2014; 1 (1): 111-145.
23. Osuch JR, Silk K, Price C, Barlow J, Miller K, Hernick A, Fonfa A. A historical perspective on breast cancer activism in the United States: from education and support to partnership in scientific research. *Journal of Women's Health* 2012; 21 (3): 355-362.
24. Maza-Fernández ME, Vecchi-Martini E. [History, overview and challenges of the breast cancer movement in Mexico (Article in Spanish)]. *Salud Pública de México* 2009; 51 (Suppl 2): 329-334.
25. Torres P, Guitelman J, Lucio A, Rini C, Molina Y. Medical Advocacy among Latina Women Diagnosed with Breast Cancer. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2024; 21 (4): 495.
26. Sawhney R, Nathani P, Patil P, Bhandarkar P, Veetil DK, Venghateri JB, Roy N, Gadgil A. Recognising socio-cultural barriers while seeking early detection services for breast cancer: a study from a Universal Health Coverage setting in India. *BMC Cancer* 2023; 23 (1): 881.
27. Azarbakhsh H, Heiran A, Askarinejad A, Hassanzadeh J, Janfada M, Mirahmadizadeh A. Mortality Rate and Years of Life Lost Due to Breast and Gynecologic Cancers in Southern Iran 2004–2019: A Population-Based Study. *Iranian Journal of Public Health* 2024; 53 (8): 1890.

Türkiye’de Yaşlılara Verilen Evde Bakım Hizmetlerine Yönelik Etik Bir Değerlendirme

An Ethical Evaluation of Home Care Services Provided to the Elderly in Turkey

Handan Akın

Bilim Doktoru, Hacettepe Üniversitesi, Aşı Enstitüsü

ORCID: 0000-0001-8338-2443 E-posta: handansenol@hotmail.com

Serap Şahinoğlu

Profesör Doktor, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı

ORCID: 0000-0003-4462-2402 E-posta: serapsahinoglu@yahoo.co.uk

Geliş Tarihi: 23 Nisan 2025, Kabul Tarihi: 25 Haziran 2025

ÖZET

Yaşam süresinin uzaması küresel anlamda yaşlı nüfusun artmasına neden olmaktadır. Yaşlanmayla beraber hastalıkların ve tedavi ihtiyacının artması, toplumdaki sosyoekonomik koşulların ve bunların yanı sıra sağlık hizmetlerindeki maliyetin yükselmesi evde bakım hizmetlerine olan talebi artırmaktadır. Evde bakım hizmetleri yeni, hızla gelişen, etkili ve verimli bir sağlık hizmeti modelidir. Sağlık hizmetlerine alternatif değil tamamlayıcı bir nitelik taşıyan bu hizmet, birey ve aileler için önemli etkiye sahiptir. Bu çalışmada amaç ülkemizde yaşlılara verilen evde bakım hizmetlerini ve evde bakım hizmeti sunumunda ortaya çıkabilecek etik sorunları güncel bir bakışla yeniden irdelemektir.

Evde bakım hizmeti alan hastaların çoğu ciddi veya kronik hastalığı olan ve diğer yaş gruplarına göre daha fazla tıbbi bakıma ihtiyacı olan kimselerdir. Hastaların yanı sıra aileler de günümüzde evde bakımı tercih etmektedir. Giderek yaygınlaşan evde bakım hizmetlerinin olumlu sonuç verebilmesi için disiplinlerarası yaklaşım oldukça önemlidir. Hizmet verenlerin, hasta ve aile koordinasyonu ile yaşlılıkla ilgili her konuda farkındalığın artırılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım hizmeti, etik sorunlar, yaşlılık, geriatri

ABSTRACT

The increase in life expectancy globally is leading to a rise in the elderly population. With aging, there is an increase in the prevalence of diseases and the need for treatment, which, along with socioeconomic changes in society and rising costs of healthcare services, is driving the demand for home care services. Home care services are the new, developing, effective and efficient health service model. This service is complementary, which is not an alternative to health services, has a significant effect on individuals and families. The aim of this study is to reevaluate the ethical problems that may arise in the provision of home care services to the elderly.

Most of the patients who receive home care services are people with serious or chronic diseases and who need more medical care than other age groups. Not only patients but families also prefer home care. In order for home care services to improve a multidisciplinary approach coordination of the service providers, patients and families and increased all of the issues related to the old age is essential.

Keywords: Home care services, ethical problems, elderly, geriatrics

GİRİŞ

Yirminci yüzyıldan itibaren “yaşlılık” ve “yaşlanan toplum” kavramları giderek daha çok gündeme gelmektedir. Dünyada tıp alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmeler ile tanı ve tedavi yöntemlerindeki yenilikler birçok hastalığın önlenmesine, tedavi edilmesine olanak sağlamış, sonuç olarak ortalama yaşam süresi uzamıştır. Yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfus oranındaki artışa paralel olarak özellikle gelişmiş ülkelerde tıbbi, sosyal, psikolojik ve ekonomik sorunlarda da artış görülmüştür. Tüm dünyadaki demografik değişim sağlık hizmetleri sunumunu da etkilediğinden sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyaç da artmıştır (1).

Bu çalışmada öncelikle yaşlılık kavramı incelenecektir. Yaşlanan toplum ve insanların yaşlılık döneminin uzaması, bakım ihtiyacına gereksinimi artırdığından evde bakım hizmetlerinin tanımı, bu hizmetlere olan ihtiyaç, ülkemizdeki evde bakım hizmetlerinin mevcut durumu ve konunun etik boyutunun irdelenmesi amaçlanmıştır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) “yaşlılık” kavramını “çevresel etmenlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması” olarak “yaşlanma” kavramını ise kişilerin hem fiziksel hem de ruhsal açıdan gerilemesi olarak tanımlamaktadır. Yaşlanma bireyseldir ancak toplumsal değerlerin yaşlılara ve yaşlılığa verilen değeri belirlemesi nedeniyle yaşlılık aynı zamanda toplumsal ve kültürel bir olaydır. Bir başka tanımda “yaşlılık” artmış yaşın etkilerini gösterme olarak belirtilmektedir (2). Yaşlılık fizyolojik açıdan bir gerileme dönemi değil, fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları ile değerlendirilmesi gereken bir süreç olarak görülmelidir, bu evre bireyin yaşamında tecrübelerle ulaştığı, yaşamın diğer evreleri gibi doğal, kaçınılmaz bir hayat evresidir (3).

Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal İşler Dairesi’nin “*World Population Aging 2019*” başlıklı raporunda, 65 yaş üstü bireyler yaşlı olarak nitelendirilmiş, Avrupa Birliği’nin (AB) 2020 tarihli “*Aging Europe*” başlıklı çalışmasında, Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) verilerinde de 65 yaş üstü bireyler yaşlı olarak ele alınmıştır (4).

Günümüz dünyasında küresel yaşlanmanın artarak devam edeceği ve yaşamın tüm boyutlarını etkileyeceği, 65 ve üzeri yaş nüfusunun %9’a kadar yükselmesinden anlaşılmaktadır. Öngörüler 2017 yılında 962 milyon olan yaşlı nüfusun 2050’de 2.1 milyara ulaşacağı yönündedir (4). Ülkemizde de buna paralel olarak nüfus dinamiklerinde değişim olacağı ve toplam nüfusumuzda yaşlı nüfus oranının sayısal ve oransal olarak artacağı, yaşlılık konularının ülke gündeminde daha çok yer alacağı belirtilmektedir. Türkiye’nin yaş yapısındaki değişimler özellikle yirmi birinci yüzyılın başı itibariyle dikkat çekici olmuş, doğurganlık düzeyindeki önemli düşüşler de ülkemizdeki yaşlı nüfus artışını etkilemiştir (4). TÜİK verilerinde 2012 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfusumuza oranı %7,5 iken, bu oran 2017 yılında %17,1’e ulaşarak hızla yükseldiği ve %8,3 olduğu görülmüştür (5). TÜİK 2015 nüfus verilerine göre 2023 yılında bu oran %10,2’ye, 2050 yılında ise %20,8’e yükseleceği, 2075 yılında ise toplumumuzun dörtte birinden fazlasının (%27,7) yaşlılardan oluşacağı öngörülmektedir (6). Türkiye’de ayrıca toplam doğurganlık hızının 1960 yılı verilerinde 6,4 olduğu, 1980’de 4,4, 2000’de 2,5, 2018’de 2,1, 2024’te ise 1,48’e düştüğü görülmektedir (5).

Ortalama yaşam süresi de 1960 yılında 45,4 olarak gerçekleşmişken, bu oran 1980’de 58,7’ye, 2000’de 70’e, 2018’de 77,4’e, 2023’de ise 80’e yükselmiştir. Genel olarak kadınların erkeklerden daha uzun süre yaşadığı, erkek ve kadın arasında beklenen yaşam süresi farkının da 5,3 yıl olduğu görülmektedir (7). Yeni doğmuş bir bireyin mevcut ölümlülük riskleri doğrultusunda beklenen ortalama yaşam yılı olarak tanımlanan “doğuştan beklenen yaşam süresi” Türkiye’de 2020-2022 döneminde 77,5 yıl iken 2021-2023 döneminde 77,3 yıl olmuştur. Bu veriler aynı zamanda ülkemizin kısa bir süre sonra “çok yaşlı” toplum kategorisine gireceğini işaret etmektedir (8).

Yaşlanmayla birlikte zihinsel kapasite korunsa bile enerji kapasitesi, uyum yeteneği ve iş yapma yeterliliği azalmaktadır. Bu bağlamda azalan kapasite, yetenek ve yeterlilik her bireyde farklı bir yaşta kendini göstermektedir. Yaşlılığın fizyolojisini tanımlayan ifade, bireysel farklılıklar da düşünüldüğünde bir bakıma yaş ayrımcılığını da

hatırlatan ve bu açıdan gözden kaçırılmaması gereken bir husustur. İnsanlar günümüzde daha uzun yaşamakta ve sağlığını da daha uzun süre koruyabilmektedir (9). Yaşlı hizmetlerinde en önemli hedef, yaşlının sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesi ve bireylere bağımsızlık düzeyi artan bir yaşlılık dönemi sağlanmasıdır. Bakıma muhtaç olup olmadığına bakılmaksızın bütün yaşlılar, onurlu bir yaşam hakkına sahiptir (10). Uzun yaşam beklentisi artmış olsa da uzun ömürlü olmak her bakımdan mutluluğu sağlayamayacaktır, yaşam kalitesi ve sağlık beklentisi uzun yaşam beklentisinden daha önemlidir (11). Yaşlanan dünya ve geriatri eğitiminde mevcut demografik eğilimler doğrultusunda artan yaş ile birlikte çoğalan tıbbi sorunlar, yaşlı bireylerin yaşamını yalnız sürdürmesini zorlaştırmakta, uzayan yaşamda hastanede veya evde tedaviye ve rehabilitasyona ihtiyaç duyulabilmektedir (12).

Evde bakım hizmetleri, sağlık düzeyini iyileştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek için hastalara ev ortamında sağlık hizmeti ve bu hizmetlere ilişkin gereçlerin sağlanması olarak tanımlanmaktadır (13). Evde bakım hizmetlerine en çok ihtiyacı olan hastalar, son dönem hastaları, temel ihtiyaçlarını sağlayamayan yaşlılar, kanser hastaları, kronik hastalar ve psikiyatri hastaları olarak sayılabilir (14). Evde bakımın amacı, hastanın günlük yaşamını en az etkileyecek maksimum tedavi ve bakımı sağlamak, hastalığın etkilerini azaltarak yaşam kalitesini yükseltmektir (15). Evde bakım hizmetlerinin temeli ise ev ziyaretleridir, bu hizmette öncelik hasta ya da hizmet alacak bireye ve aileye gereken hizmeti sunmak ve kontrol etmektir (14).

Evde bakım hizmetlerinin dünyada ilk kez on sekizinci yüzyılda ABD’de ortaya çıktığı ve oradaki hizmetlere ilişkin kapsamlı kayıtların da ilk bilgiler olduğu bilinmektedir. Yaşlılara hemşirelik hizmetleri kapsamında “evde bakım” adıyla başlayan bu hizmetler, 1883’te Lillian Wald tarafından New York’ta başlatılmıştır. Günümüzde de ABD’de evde bakımın en hızlı gelişen sektörlerden olduğu söylenmektedir (16). Tarihsel süreçte evde bakım hizmetlerinin ev ziyaretleriyle başladığı, günümüze gelinceye dek bu hizmetin değerinin sürekli arttığı ve tüm dünya ülkelerinde hızla yaygınlaştığı görülmektedir. Evde bakım hizmetinin hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog gibi farklı meslek gruplarından oluşan disiplinler arası bir ekip ile sosyal devlet anlayışıyla, devlet politikası kapsamında sunulması hedeflenmektedir. Evde bakıma olan ihtiyacın giderek artması nedeniyle hizmetler herkes için eşit, ulaşılabilir ve genel bütçe destekli olarak düzenlenmelidir. Aksi halde özel sektör bu alanda denetimsiz bir şekilde büyüyecek, kayıt dışı ekonomi öne çıkacak ve kamusal denetim sistemi de işlevsiz kalacaktır (17).

TÜRKİYE’DE EVDE BAKIM HİZMETLERİ

Türkiye’de evde bakımla ilgili ilk düzenlemelerin 1930 yılında hazırlanan “Umumi Hıfzısıhha Kanunu”ndaki, bulaşıcı hastalıkların evde tanı ve tedavisi, hekimlerin evde muayenesi ve ana-çocuk sağlığı hizmetleri için hekimlerin ve hemşirelerin yaptıkları ev ziyaretleri olduğu bilinmektedir. Daha sonra 1946 yılında sağlık merkezlerinin gezici hizmetler vermesi düzenlenmiş ve bu hizmetler için oluşturulan ekiplerle ev ziyaretleri yapılmıştır. “Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesine Dair Kanun”un 1961 yılında çıkarılmasıyla, kronik hastalığı olan bireylerin evde izlenme görevi halk sağlığı hemşirelerine, gebelerin izlenme görevi ise ebelerle verilmiştir. “Huzurevleri ve Yaşlı Bakım Yönetmeliği”nin 2001’de düzenlenmesiyle bakıma ihtiyacı olan 60 yaş üzeri yaşlıların bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanma esasları belirlenmiştir. 2003’te “Sağlıkta Dönüşüm Programı”nın başlamasıyla aile hekimleri gezici sağlık hizmetleri kapsamında ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Yasal düzenlemelerin tamamı Anayasa’ya dayanmaktadır (18).

Türkiye’de profesyonel evde bakım hizmeti dünya örneklerine göre daha geç tarihlerde görülmüştür. Bu hizmet özel kuruluşlar, belediyeler, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (şimdiki adı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı) ve Sağlık Bakanlığı tarafından verilmeye başlanmıştır. İlk profesyonel örnekler özel sektörle başlamış, 2001 yılında yerel yönetim kuruluşları hizmete başlamıştır. Kamu hastanelerinde evde bakım hizmetleri ise, 2004 yılında başlamıştır. Sağlık Bakanlığı “Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile 2010

yılında bu hizmetlerin ülke çapında yaygınlaşmasını sağlamıştır. Aynı yıl, İl Sağlık Müdürlüklerinde Evde Bakım Koordinasyon Merkezleri kurulmuştur. Türkiye’de sağlık ve sosyal hizmetlere tam olarak uyumlu bir evde bakım modeli olmadığından farklı şekilde yürütülen bağımsız uygulamalar da görülmektedir. Başlangıçta özel sektörün ağırlıklı olduğu, günümüzde de hala bu konuda sistemli ve kaliteli hizmetlerin özel merkezlerde verildiği görülmektedir. Bakanlığa bağlı ruhsatlı hizmet sunan özel kurumlar, az sayıda ve sayılı büyük şehirle sınırlıdır (18). Bu alandaki yasal düzenlemeler profesyonel olmayan ve kayıt dışı hizmetleri engellemekte yetersiz kalmaktadır, sektörde çalışanların büyük bölümü Türkiye’de oturma ve çalışma izni bulunmayan yabancı uyruklu kişilerden oluşmaktadır (19).

Türkiye’de Evde Bakım Hizmetleri Mevzuatı

Türkiye’de yaşlıların devletçe korunması, onlara sağlanacak yardım, hak ve kolaylıklar 1982 Anayasası’nın 61. maddesiyle güvence altına alınmıştır. Bu doğrultuda yürürlüğe giren 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu ile yasal reform süreci başlamış ve yaşlılık sigortası kavramı gündeme gelmiştir. 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu’na göre; belirli bir süre çalışmış, gerekli yaş ve prim gün sayısını tamamlamış bireyler Sosyal Güvenlik Kurumu aracılığıyla emeklilik hakkı kazanmakta ve sosyal güvenceye erişebilmektedir (20). Türkiye’de Yerel Yönetimler de yardıma muhtaç yaşlılar için hizmet vermektedir. Anayasa’nın 127. maddesi ve Belediye Kanunu ile düzenlenen bu hizmetler kapsamında; huzurevleri yapılmakta, ücretsiz muayene ve çeşitli yardımlar sağlanmaktadır (21).

Ülkemizde evde bakım hizmetleri 2010 yılında sosyal yardım kapsamına alınmıştır. Değişen sağlık politikası ile aile hekimlerinin görevlerine “kendine kayıtlı hastaların kontrolü için altı ayda bir ev ziyareti yapar ya da iletişime geçer” ifadesi eklenmiş ancak evde bakım hizmeti tanımlanmamıştır. Hekimle birlikte çalışan personelin görevlerine de “hekime yardımcı olmak” ifadesi eklenmiştir (22). Başlangıçta yardım olarak görülen evde bakım hizmeti, giderek hak temelli sosyal hizmet sunumuna dönüşmüştür (20). Yaşlı bireylerin genel nüfus içerisindeki oranı arttıkça onlara yönelik tedavi, koruma ve rehabilitasyon gibi hizmetlerin yeniden planlanması da gündeme gelmektedir (23).

Halen Evde Bakım Hizmetleri, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesindeki Engelli ve Yaşlı Hizmetleri tarafından koordine edilmektedir. Bu hizmetler “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” kapsamında uygulanmaktadır (24).

Evde Bakım Hizmetlerinin Avantajları ve Dezavantajları

Evde bakımın giderek daha fazla kabul görmesi, hastane bakımıyla karşılaştırılmasına ve her iki bakım modelinin avantajları ile dezavantajlarının tartışılmasına zemin hazırlamaktadır. Evde bakımın öne çıkan avantajları arasında, hastanın özerklik ve özgürlüğünün ev ortamında daha yüksek düzeyde sağlanması, aile bireyleriyle birlikte yaşamanın getirdiği psikolojik memnuniyet, yaşam kalitesinde artış ve hasta-yakın iletişiminin güçlenmesi sayılabilir. Ayrıca, evde bakım hem hasta ve yakınları hem de sosyal güvenlik kurumları açısından maliyetleri azaltmakta, hastaneye yatış oranlarını düşürmekte ve hastane enfeksiyonları gibi kuruma özgü risklerden korunma imkanı sunmaktadır (25).

Evde bakımın bazı dezavantajları da bulunmaktadır. Bunlar arasında, hastanın hastaneden eve dönmesiyle birlikte iyileşme umudunun azalması, ev ortamında fiziksel ve zihinsel yorgunluğun artması, beslenme düzenine uyumda güçlükler yaşanması ve yanlış bilgilendirme gibi sorunlar öne çıkmaktadır. Ayrıca tıbbi planlama ve izlemenin ev ortamında yeterince sağlanamaması, hastanın ve ailesinin mahremiyetinin zarar görmesi, tıbbi uygulamalarda, ilaç kullanımında veya tıbbi cihazların kullanımında hatalar sonucu komplikasyonların gelişmesi gibi riskler de söz konusudur. Sürekli hasta ile birlikte olmanın aile bireyleri üzerinde duygusal ve psikolojik baskı oluşturmaları ve acil durumlarda müdahale edecek sağlık personelinin her zaman hazır bulunmaması da önemli dezavantajlardır.

Ancak, bu sorunlar genellikle evde bakım hizmetinin düzenli, planlı ve yeterli düzeyde sunulamamasından kaynaklanmaktadır (26).

YAŞLILARA YÖNELİK EVDE BAKIM HİZMETLERİNDE ETİK SORUNLAR

Yaşlı insandan ve onun saygınlığından söz eden bilinen ilk eser; Homeros’un “İlyada” adlı eseridir. Eserdeki Nestor, birçok yönden olumlu bir yaşlı görüntüsü vermiştir. Platon 81 yaşında, bilgelik ve huzur için tek doğru “bilinçli yaşanılan gençlik ve orta yaşlılıktır” ifadesiyle yaşlılığa hazırlanmanın en iyi yolunu belirtmiştir ve 2400 yıl önce benimsenen bu görüş günümüzde hala kabul görmektedir. Cicero ise “İnsan yaşlılığında da başarılar imza atabilir” sözüyle yaşın değil, üretkenliğin önemini vurgulamıştır. Yaşlıların ürettikleri çoğu zaman tartışma konusu olsa da; coğrafyacı Alexander Von Humbolt’un 89 yaşında yazdığı beş ciltlik “Cosmos”, filozof Bertrand Russell’in 96 yaşında yazdığı “Felsefe Sanatı”, müzik dehası Guiseppe Verdi’nin 80 yaşında yazdığı “Falstaff” operası 65 yaş üzerinde de başarılı eserler verilebildiğinin göstergesidir (27).

Toplumların yaşlanması, artan yaşlı nüfus ve yaşam beklentisi en çok gelişmiş ülkelerde sosyopolitik sorunlar ortaya çıkarmıştır. 2000’li yıllara geldiğimiz günümüzde tartışmalar politik gerçeklik düzeyini aşarak etik bir gerçekliğe dönüşmüştür (28). Ülkemizde yakın bir geçmişi olan evde bakım hizmetlerinde pek çok konuda araştırma yapıldığı ancak etik konusunun sınırlı olarak çalışıldığı görülmüştür. Yaşlılara sunulan evde bakım hizmetleri sırasında birçok farklı etik sorunla karşılaşıldığı, evde gerçekleşen tıbbi işlemlerden, hastanın yaşlı bir birey olmasından, sağlık sisteminden ve mevzuattan kaynaklanan sorunlar olduğu görülmektedir. Burada yaşlı hastalara yönelik evde bakım hizmetlerindeki etiğin yanı sıra geriatri-gerontoloji etiğinden de söz etmek mümkündür (29). Bu sorunlardan başlıcaları yaşlılar açısından, sağlık çalışanları açısından, sağlık sisteminden, mevzuattan ve toplumsal değişimden kaynaklanan etik sorunlar olarak ele alınabilir.

Evde Bakım Hizmeti Alan Yaşlılar Açısından Etik Sorunlar

Yaşlanma insan yaşamının doğal bir evresi olsa da aynı zamanda istenmeyen bir durum olarak görülmektedir. Bunun temel nedeni, yaşlılığın güçsüzlükle, hastalıklara yatkınlık ve ölüme yakınlıkla doğrudan ilişkilendirilmesidir. Bu olumsuzluklar sonucunda yaşlılığa karşı negatif düşünceler ve yaşlı ayrımcılığı kavramı ortaya çıkmıştır. Çilingiroğlu, ageism-yaşlı ayrımcılığı kavramının ilk kez Robert Butler tarafından tanımlandığını, ırkçılık ve cinsiyetçilikten sonra üçüncü büyük ayrımcılık olduğunu belirterek, yaşlı ayrımcılığının farkını herkesin yaşlandığında bu kategoriye dahil olmasına bağlamıştır (30). Yaşlılara karşı negatif tutumların varlığı kabul edilmekte, ancak bu ayrımcılık ve tutumlara karşı bir yaptırım bulunmamaktadır. Örneğin “yaşlılar bunaktır” şeklindeki kalıp yargı, toplumda demans hastalığına sahip yaşlı bireylerin varlığını akla getirirse de, bu ifade hem bilimsel açıdan aşırı genelleme içermekte hem de demans tanısı almamış yaşlı bireyler üzerinde olumsuz ve etik açıdan sorunlu sonuçlar doğurmaktadır. Yaşlı ayrımcılığına her toplumda farklı biçimlerde rastlanmakta; devlet kurumları, işverenler, sağlık kuruluşları ve medya gibi çeşitli aktörler, yaş grupları arasındaki eşitsizlikleri ve ayrımcılığı dolaylı olarak meşrulaştırarak sürdürmektedir. Yaşlı bireyler, sosyal ilişkilerde, istihdamda, eğitim olanaklarında, zorunlu emeklilik uygulamalarında ve çeşitli kamu hizmetlerinde ayrımcılığa maruz kalabilmektedir. Bu durum, onların moral bozukluğu, özgüven kaybı, toplumsal pasiflik ve işlevsizlik duygusu gibi psikolojik ve sosyal sorunlar yaşamalarına neden olabilmektedir (31).

Hekim-hasta ilişkisinde “yaş” etkeni etik soruna yol açabilmektedir. Tıpta hekim-hasta ilişkisi her zaman merkezde olmuş, hekim davranışının en eski etik metni olan hekim andında da hekim-hasta ilişkisinde ayrımcılık olmaması gerektiğine dikkat çekilmiştir. Önceki dönemlerde ant metinlerinde hastanın “din, milliyet, ırk veya sosyal sınıf kaygılarının hekim-hasta arasına girmemesi” belirtilmiş, ama yaş ve cinsiyete değinilmemiştir. Dünya Hekimler

Birliği’nin düzenlediği Cenevre Bildirgesi’ndeki ant metnine yaş ve cinsiyet kavramı da eklenmiştir. Şahinoğlu ve Arda, etik açıdan hastanın “yaş ögesi”nin feda edilme gerekçesi olamayacağına değinmişlerdir. Yazarlar, insanın yaşam sürecindeki her evreye aşına olan hekimlerin yaşlılığı da olağan bir süreç olarak görmeleri gerektiğini, hekimlerin sosyokültürel yapılarının yaş nedeniyle hastaya farklı davranmalarına izin vermeyeceğini öne sürmektedirler (32). Günümüzde yaşlılık dönemi, tıptaki çocukluk ve ergenlik gibi ele alınmaktadır, yaşlı hastaların tanı ve tedavi süreçlerini yürüten geriatri ise ayrı bir uzmanlık dalı konusu olmuştur (33).

Tıp etiğinin temel ilkeleri genel olarak yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleridir, hekimin yaşlı hastalara yönelik tüm tıbbi girişimlerinde bu ilkeler doğrultusunda hareket etmesi beklenir. Bu ilkeler arasında yer alan özerkliği Can ve arkadaşları, “*kişinin yapacaklarına ve kendisine yapılacaklara ilişkin son kararı verme gücü*” olarak tanımlamış; çağdaş tıbbın temel amacının özellikle hastalık, yaşlılık gibi insanın özerkliğinin zedelenebildiği durumlarda özerkliğin korunması gerektiğini vurgulamışlardır (26). Önemli olan hastaya yapılacak tıbbi uygulamalar hakkında bilgi vermek ve uygun biçimde onam alındıktan sonra işlem yapmaktır. Özerkliğe saygı konusu geriatrik hastalarda daha önemli görülmektedir.

İzgi, hastanın mahremiyetini korumanın özerkliğe saygı temeline dayandığını ve Kant’ın “insanı bir araç olarak değil, amaç olarak gör” ifadesiyle özerkliğin evrensel bir değer olarak görüldüğünü vurgulamıştır. İzgi, özerk olma evrensel ahlaki ilkeler ölçüsünde kendi seçimini yapmak, mahremiyet ise sürdürülen yakınlık derecesiyle verilen izindir diye ifade etmiştir. Yaşlı hastanın özerkliği, onun temel insani değerlerinden biri olarak kabul edilmekte; bu bağlamda, hastanın gizli tuttuğu bilgilerin rızası olmaksızın yakınlarıyla paylaşılması, kişisel ve bedensel mahremiyetin ihlali anlamına gelmekte ve önemli bir etik sorun olarak değerlendirilmektedir (34).

Evde bakım hizmetleri hastanın alışık olduğu ortamda, onun özerkliği ve katılımı gözetilerek yaşamını en iyi şekilde sürdürmesine imkan vermelidir. Örneğin, hastaya yapılacak uygulamalara kimin karar vereceği konusu çok önemlidir, hastanın bilinci yerinde ise kendi kararlarını özerk olarak verebilmelidir (35). Bilinci yerinde olmayan yaşlıya hukuken vasi tayin edilmemişse, evde bakım uygulamalarına kimin karar vereceği de bir başka önemli etik sorundur. Yaşlılık nedeniyle vesayetin önemli hukuki sonuçları olduğundan bu konudaki süreç Türk Medeni Kanunu’nda (Madde 429) düzenlenmiştir (36).

Tıbbi kaynakların dağıtımı bir başka etik sorundur. Kaynaklar her dönemde sınırlı olduğundan, ne kadar ömrü olduğu bilinmeyen, tedavi şansı belirsiz olan yaşlıya yapılacak harcama yerine, bu kaynağın genç hastalar için kullanılması gerektiğini düşünen görüşler bulunmaktadır. Aydın, gerektiğinde yaşlı hastalara ileri teknolojik uygulamalar ve yüksek maliyetli tıbbi müdahaleler yapılması konusunun etik yönden tartışılması gerektiğini belirtmiştir (35). Toplumda sınırlı kaynakların yaşlı sağlığı için nasıl paylaştırılacağı, tercihin hangi ölçütlere göre yapılacağı “adalet ilkesi” kapsamında değerlendirilebilir. Ekmekçi ve Arda, sağlıkta adaletin yalnız sağlık hizmetlerine erişimde değil, sağlığın diğer tüm belirleyicilerle birlikte değerlendirilecek geniş perspektifli bir dağıtımla mümkün olabileceğini belirtmişlerdir. Yaşam sürecinde kişilerin birbirlerine göre bir üstünlüğü olduğunu düşünmek insanlar arası “eşitlik” ilkesine ters düşecektir, yaş kaç olursa olsun, doğan her bebeğin, erişkin ve yaşlının “yaşama hakkı” bulunmaktadır (37).

Tarihsel süreçte yaşlanma, bedensel kayıplarla ilişkilendirilmiş ve bu nedenle yaşlılık uzun süre tedavi edilmesi gereken bir hastalık olarak değerlendirilmiştir. Günümüzde de bu anlayışın izleri devam etmekle birlikte, yaşlanmanın bir hastalık değil; tıpkı hamilelik gibi doğal ve fizyolojik bir süreç olduğu vurgulanmaktadır. Buna rağmen, sağlık çalışanlarının yaşlı hastalara karşı tutumlarında genel bir isteksizlik gözlenmektedir. Genç bireylerin akut sağlık sorunları, sağlık profesyonelleri tarafından çoğu zaman yaşlıların kronik rahatsızlıklarına tercih edilmektedir. Özdemir ve arkadaşlarının çalışmalarında, sağlık kurumlarında yaşlılara yönelik yeterli tedavi yaklaşımı yerine, yaşla birlikte gelen sorunların “doğal” kabul edilerek göz ardı edilebildiği belirtilmiştir. Ayrıca,

yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerini en çok kullanan grup olarak görülmesi, bazı durumlarda sağlık çalışanlarının yaşlılara karşı olumsuz tutum geliştirmesine yol açabilmektedir (38).

Sağlık Sistemi ve Mevzuattan Kaynaklanan Etik Sorunlar

Ülkemizde evde bakım mevzuatı, kaliteli bir yaşam sürdürme, kendi yaşlılarıyla vakit geçirme konularını kapsamamaktadır. Yasal mevzuatın, diğer ülkelerde olduğu gibi, sosyal hizmetleri içermemesi ve hizmetler sırasında planlanan tıbbi uygulamaların alt yapısının olmaması önemli bir sorundur. Evde bakım mevzuatında hizmeti alacak kişinin tanısı ve tedavisi hekim tarafından planlanır, hizmet alacak kişinin sağlık durumuna göre sorumlu hekim tarafından muayene edilir. Hemşire tarafından da bakım planı hazırlanır ve hekimin onayına sunulur. Gerekli durumlarda farklı uzmanlık alanlarındaki uzman hekimlerle de konsültasyon yapılır denilmektedir. Bu planda ayrıca kişiye özgü özelliklerin tespit edilerek etik sorunları belirleyecek analizlerin yapılması ve çözüm önerileri geliştirilmesi gerekmektedir (39).

Dünya genelindeki yaşlı nüfus karşısında, mevcut bakım politikaları yetersiz kalabilmekte, yaşlıların bakımında yeni ihtiyaçları ortaya çıkmaktadır. Tüm yaşlıların ihtiyaçlarını aynı olarak görmek etik ihlallere neden olmaktadır. Yaşlıların bireysel özellikleri, istekleri, beklentileri göz ardı edilerek değerlendirilmektedir. Yaşlı insanlar genellikle yönetilebilen sağlık sorunlarında hastane yerine evde bakımı tercih etmektedir. Bu gruplarla ilgili uygulamalarda etik sorgulamaların yanı sıra ekonomik sorunlar ve sağlık politikaları çok önemlidir. Bu nedenle özel bir grup insanın tercih ettiği evde bakım hizmetinin global bir bakış açısıyla ele alınması, hizmetlerin uygun bir etik yaklaşımla verilmesi idealdir (41).

Yoksul hastaların özel evde bakım hizmetlerinden yararlanma olanağı olmaması nedeniyle, sağlık bakımı zorunlu olarak ailesi tarafından verilecektir. Bu konuda yeterli bilgisi olmayan aile bireylerine de hastaya yardımcı olması için medikal destek ve süreci yönetebilmesi için eğitim verilmesi gerekmektedir. Bu eğitimle ilgili konulara da mevzuatta yer verilmediğinden uygulanamamakta, bakım hizmetlerinde tıbbi ve etik sorunlar yaşanabilmektedir (25). Sağlık kuruluşlarının hastalara eşit ve kaliteli bakım vermeleri, tedavide ve bakımda hastayı merkeze alan etik bir yaklaşımın temel koşuludur (41).

Toplumsal Değişimden Kaynaklanan Sorunlar

Türkiye’de toplumsal yapının değişmesiyle yaşlıların toplum içindeki konumu ve rolleri de değişmektedir. Bu değişim yaşlı bireylerin yük olarak algılanmasına ve yaşlı bakımının sorun olarak görülmesine neden olabilmektedir. Evde bakımı yürüten hasta yakınının genellikle kadınlar olması cinsiyet ayrımcılığını gündeme getirmektedir. Tarih boyunca hemen her dönemde bakım sorumluluğu kadına verildiğinden, bu durum kadının iş yaşamından ve sosyal yaşamdan kopmasına, evdeki sorumluluğunun artmasına neden olmaktadır. Bu bağlamda kadının birincil önceliği, kendine biçilen roller çerçevesinde tüm aile bireylerinin bakımından sorumlu olmaktır, bakım verenin kadın olması beklentisi de kadınlara haksız rekabet oluşturmaktadır (25, 29).

Evde bakım hizmetlerine ihtiyacın giderek artmasıyla bu hizmetin endüstriye dönüşmesi söz konusudur. Sektördeki denetim ve kontrol eksikliği, verilen bakım veya tedavi sırasında oluşan tıbbi atıkların imha edilmemesi, bu atıkların şehir çöplerine karışması diğer insanların sağlığını tehdit edeceğinden etik açıdan uygun olmayan bir durumdur. Tıbbi atıkların uygun şekilde ayrıştırılıp toplanması önemlidir çünkü bu atıklar halk sağlığı ve çevre için ciddi tehlike taşıdığından ayrıca bir çevre etiği sorunu oluşturacaktır. Ülkemizde atıkla ilgili yönetmeliklerde evde sağlık hizmetleriyle ilgili maddeler bulunmadığından mevzuatın bu açıdan ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir (42).

Son olarak, yaşlıların giderek daha da “yaşlandığı” günümüzde disiplinlerarası geriatrik eğitim programlarına ve özellikle üniversite hastanelerinde geriatri ve gerontoloji bölümlerinin artırılmasına, yaşlıların ihtiyaçlarının hem

sağlık hem sosyal boyutlarıyla değerlendirilerek sağlık hizmetinin geriatri-gerontoloji alanlarında eğitilmiş ve deneyim sahibi multidisipliner bir sağlık ekibi tarafından verilmesine ihtiyaç duyulmaktadır (23,43).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Yüzyılımızda özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun giderek artması önemli bir sorun olmaya başlamıştır. 65 yaş üzeri nüfusun artmasıyla; değişen morbidite ve mortalite oranlarına göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, çocuk hekimleri dışındaki tüm hekimlerin yaşlıların ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayacak şekilde eğitilmesi, üniversitelerde geriatri ve gerontoloji ünitelerinin oluşturulması için akademik kadrolara destek verilmesi ve yaşlılık konulu araştırmalara maddi destek verilmesi sıklıkla gündeme gelen ve gözardı edilmemesi gereken önemli konu başlıklarıdır.

Yalnızca bazı sağlık hizmetlerinin evde sunulmasından ibaret olmayan evde bakım, çok daha kapsamlı bir yapıya sahip olup, Türkiye’nin sağlık sistemi içerisinde akademik olarak da ele alınması gereken önemli bir konudur. Bu hizmetin diğer sağlık hizmetlerinden ayrı ve kendine özgü özellikleri olduğu ve mevcut sorunları ile çözüm önerilerinin bütüncül bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğinin anlaşılması evde bakım hizmetlerinin gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Aksi halde, hem hizmeti sunanlar hem de hizmetten yararlananlar, çeşitli tıbbi ve etik sorunlarla karşı karşıya kalmaya devam edeceklerdir. Ülkemizde evde bakım hizmetlerinin, tüm ihtiyaç sahipleri için erişilebilir, standart ve etkin bir yapıya kavuşturulması; ülke kaynaklarıyla karşılanabilir ve sosyal güvenlik sistemiyle entegre bir modelin oluşturulmasıyla mümkündür. Bu süreçte, yurtdışındaki başarılı uygulamaların incelenerek Türkiye’nin koşullarına uyarlanması yararlı olacaktır. Ayrıca, evde bakım hizmetlerini sunacak personelin yeterli bilgiye ve beceriye sahip olması gerektiği göz önünde bulundurulursa, üniversitelerde bu alana yönelik nitelikli eğitim programları ve bölümlerin açılması da önemli bir gerekliliktir.

Evde bakım hizmetine sıklıkla ve kaçınılmaz olarak ihtiyaç duyan yaş gruplarından birinin yaşlılar olması, bu hizmetin sağlanmasında ve sunulmasında yaşlılığa özgü medikal-sosyal-kültürel niteliklerin göz ardı edilmemesi gerekliliğini beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla bu bağlamda yetişecek donanımlı personel evde bakım hizmetinde bir ilerleme sağlayacak, aynı zamanda toplumun yaşlılara bakış açısını değiştirip onların toplumun önemli bir değeri olarak görülmesine katkı sağlayacaktır. Sağlık alanındaki tüm branşlarda eğitim verilen programlara yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin bilgilerin eklenmesi, yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin kurs, seminer ve sertifika programlarına katılımların desteklenmesi, sağlık personelinin yaşlı sağlığı alanında uzmanlaşmaya teşvik edilmesi sağlanmalıdır. Son olarak evde bakım hizmetlerinin geliştirilebilmesi için teknik, tıbbi ve etik konular detaylı olarak değerlendirilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programı, 2021-2026. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagli-ig-db/Dokumanlar/Kitaplar/Turkiye_Saglikli_Yaslanma_Eylem_Plani_ve_Uygulama_Programi_2021-2026.pdf) Erişim Tarihi: 05.07.2024
2. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Sosyal Sektörler ve Koordinasyon Genel Müdürlüğü. Ankara: DPT Yayınları, Yayın No DPT:2741, 2007:10.
3. Beğen T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim Dergisi, 2012;25(3):1-3.
4. Yaşlanma Özel İhtisas Komisyonu Raporu. Ankara, 2018. Erişim: (www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2020/04/) Erişim Tarihi: 10.08.2024

5. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. Erişim: (https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Raporlar/TUIK_Yasli_Istatistik_2017.pdf.) Erişim Tarihi: 20.03.2025
6. İstatistiklerle Yaşlılar, 2013. Erişim: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Elderly-Statistics-2013-16057>.) Erişim Tarihi: 20.03.2025
7. İstatistiklerle Yaşlılar, 2024. Erişim: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-202454079#:~:text=Ya%C5>.) Erişim Tarihi: 20.03.2025
8. TÜİK, Hayat Tabloları, 2024. Erişim: (<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hayat-Tablolari-2021-2023-53678#>.) Erişim Tarihi: 20.03.2025
9. Bahar A, Parlar S. Yaşlılık ve Evde Bakım. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2007;2(4):33-39.
10. Örnek Büken N, Büken E. Yaşlanma Olgusu ve Tıp Etiği. Geriatri, 2003;6(2):75-79.
11. Uyanık Y. Yaşlılık, Yaşlanan Nüfus ve Sosyal Politika. İş ve Hayat Dergisi, 2017;5(3): 67-100.
12. Gökçe Kutsal Y. Neden Geriatri. Türk Fiz Tıp Rehab Derg, 2009;55 (Özel Sayı 2):51-56.
13. Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2000.
14. Çoban M, Esatoğlu AE. Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bir Bakış. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi 2004;12(2):109-120.
15. Tanlı S. Evde Bakım Hizmetlerinin Firmalaştırılması: Bir İşletme Planı Önerisi. Danışman Sarvan F. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 1996.
16. Karabağ H. Evde Sağlık Bakım Hizmetlerinin Türkiye’de Uygulanabilirliğine İlişkin Hekimlerin Görüşleri ve Kardiyoloji Hastaları için Hastane Destekli Evde Bakım Hizmetleri Model Önerisi. Danışman Tengilimoğlu D. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
17. Aslan D. Evde Yaşlı Bakımı; Hekimin Rolü. Türk Geriatri Dergisi, 2012; 15(Özel Sayı):34.
18. Onarcan M. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu Dergisi, 2011; S: 19; 90-95. Erişim: (https://www.medipol.edu.tr/sites/default/files/document/SD_Dergi_Sayi19-90-95.sayfalar_Mehmet_Onarcan.pdf) Erişim Tarihi: 10.12.2024
19. Hekimler A. Yaşlılara Yönelik Bir Sosyal Politika Aracı Olarak Bakım Sigortası: Federal Almanya Örneği. Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2017;3(2):235-243.
20. Zıplar ÜT. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık Hizmetleri. Çankırı Karatekin Üniversitesi SBE Dergisi, 2016;6(2):173-194.
21. Belediye Kanunu. Erişim: (www.mevzuat.gov.tr/Mevzuat/Metin/1.5.5393.pdf.) Erişim Tarihi: 18.11.2024
22. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete Tarihi: 25/05/2010, Sayı:27591. Erişim: (<https://resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm>) Erişim Tarihi: 18.11.2024
23. Can R. Tıp Etiği Çerçevesinde Geriatri-Gerontoloji Alanlarında Umut Yönetimi. Danışman Uzel İ. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana, 2011.
24. Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik. (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=7542&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>) Erişim Tarihi: 03.03.2025
25. Öztö H, Şener A, Güven S. Evde Bakımın Yaşlı ve Aile Açısından Olumlu ve Olumsuz Yönleri. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008;(1):39-49.
26. Can R, Çapar Abacı L, Kadioğlu S. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetleri Sırasında Gündeme Gelen Tıp Etiği Sorunları. Cumhuriyet Tıp Dergisi, 2013;(35):448-456.

27. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan Dünyanın Yaşlanan İnsanları. GEBAM Hacettepe Üniversitesi Yayını. Erişim: (http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/yaslilikta_kaliteli_yasam_son.pdf) Erişim Tarihi: 21.11.2024
28. Aydın ZD. Yaşlanan Dünya ve Geriatri Eğitimi. Geriatri, 1999;2(4):179-181.
29. Ögenler O. Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinde Etik Sorunlar. Türkiye Klinikleri J Med Ethics Law Hist-Special Topics, 2016;2(2):54-60.
30. Çilingiroğlu N, Demir S. Yaşlılık ve Yaşlı Ayrımcılığı. Türk Geriatri Dergisi, 2004;7(4):225-230.
31. Kılıç NP. Sağlık Hizmetlerinde Bireysel Yaşlı Ayrımcılığı. Kurgu, 2017;25(3):53-77.
32. Şahinoğlu S, Arda B. Etik Açısından Yaşlılık ve Hekim-Hasta İlişkileri. Geriatri, 1998;1(1):39-42.
33. İzgi MC ve Çoban M. Tıpta Uzmanlık Dallarının Cumhuriyet Dönemindeki Değişimi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi, 2014;4(1):26-37.
34. İzgi C. Etik Açısından Yaşlı Mahremiyeti: Huzurevi Örneğinde Hizmet Alanlar ve Verenler Açısından Bir Değerlendirme. Danışman Oğuz NY. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2009.
35. Aydın E. Yaşlı Hastalar ve Tıp Etiği. Geriatri, 2000;3(1):29.
36. Türk Medeni Kanunu. Erişim: (<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>) Erişim Tarihi: 10.08.2024
37. Ekmekçi P, Arda B. Temel Etik Kuramlar Açısından Adalet ve Sağlık Hakkı Kavramlarının Değerlendirmesi. T Klin Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi, 2015;23(1):6-21.
38. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık Hizmetlerinde Yaşlı Ayrımcılığı. Gülhane Tıp Dergisi, 2014;56:128-131.
39. Tanlı S, Utku T. Evde Bakımda Organizasyon ve Etik Sorunlar. Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi 2008;6(4): 58-63.
40. Can R, Erenoğlu R, Kadioğlu S, Kadioğlu F. Geriatri Merkezinde Çalışan Sağlık Profesyonellerinin Tıp Etiği Sorunlarıyla İlgili Deneyimleri ve Görüşleri. Türk Tıp Etiği ve Tıp Hukuku Araştırma Yıllığı, (2009-2010) 2: 177-178.
41. Nazlıer Keser EN. Yaşlı Bakım Uygulamalarındaki Etik Sorunlar Üzerine Bir Değerlendirme. Toplum ve Sosyal Hizmet, 2020;31(1): 303-333.
42. Bekdemir A. Evde Sağlık Hizmetlerinde Atık Yönetimi. 4. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Evde Sağlık ve Bakım Kongresi, Poster Bildiri. İstanbul, 23-25 Kasım 2017.
43. Akgün S, Bakar C, Budakoğlu İİ. Dünya’da ve Türkiye’de Yaşlı Nüfus Eğilimi, Sorunları ve İyileştirme Önerileri. Türk Geriatri Dergisi, 2004;7(2): 105-110.