

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

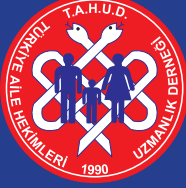
# Türkiye Aile Hekimliği

Cilt  
Volume **28** | Sayı  
Issue **4** | Aralık  
December **2024**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır  
[www.turkailehekderg.org](http://www.turkailehekderg.org)



ISSN 1308-531X

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

*Turkish Journal of Family Practice*

**Yıl / Year 2024**

**Cilt / Volume 28**

**Sayı / Issue 4**

**İmtiyaz Sahibi / Owner**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)  
adına  
Yönetim Kurulu Başkanı  
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

**Baş Editör / Editor in Chief**

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
guzin\_zeren@hotmail.com  
ORCID: 0000-0001-7730-2929

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü /  
Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Yasemin Çayır  
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye  
dryasemincayir@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-9133-5460

**Yayının Türü / Publication Type**

Yaygın Süreli Yayın /  
International peer-reviewed journal

**Yayıncı / Publisher**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /  
Turkish Association of Family Physicians

**Yayıncı Adres / Publisher Address**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel  
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.  
No:44/3, Çankaya/Ankara  
E-posta: tahud@tahud.org.tr  
Tel: +90 312 222 99 30  
Web: www.tahud.org.tr

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) olarak yayımlanan  
açık erişim, ücretsiz ve hakemli bir dergidir.

TÜBİTAK TR Dizin, EBSCO, GALE, Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus  
tarafından dizinlenmektedir.

The journal is published quarterly (March, June, September, December)  
TJFP is an open access, free and peer-reviewed journal.

Turkish Journal of Family Practice is indexed by  
TUBITAK TR Index, EBSCO, GALE, Turkey Citation Index, Index Copernicus.

© Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır.

© Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to Turkish Association of Family Physicians. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden.

**Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services**

Akdema Bilişim Yayıncılık ve Dan. Tic. Ltd. Şti.  
E-posta: bilgi@akdema.com  
Tel: 0533 166 80 80  
Web: www.akdema.com



#### **Baş Editör / Editor in Chief**

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk  
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye  
guzin\_zeren@hotmail.com  
ORCID: 0000-0001-7730-2929

#### **Editörler / Editors**

Prof. Dr. Yasemin Çayır  
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye  
dryasemincayir@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-9133-5460

Prof. Dr. Ümit Aydoğan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
uaydogan06@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4114-3473

Prof. Dr. M. Kürşat Şahin  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile  
Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye  
m.kursatsahin@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-3490-6009

Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş  
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği,  
Ankara, Türkiye  
draylinbaydar@yahoo.com  
ORCID: 0000-0003-1657-5522

Doç. Dr. Gökçe İşcan  
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile  
Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye  
dr\_gokcedilek@yahoo.com  
ORCID: 0000-0003-0848-5201

Doç. Dr. İzzet Fidancı  
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
izzetfidanci@gmail.com  
ORCID: 0000-0001-9848-8697

#### **Teknik Kurul / Technical Board**

Prof. Dr. Erdiñç Yavuz  
Samsun, Türkiye

Doç. Dr. Yusuf Çetin Doğaner  
Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Önder Sezer  
Edirne, Türkiye

#### **İstatistik Editörü / Statistics Editor**

Dr. Öğr. Üyesi Kamber Kaşalı  
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik  
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

## **Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board**

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren  
*Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Edirne*

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu  
*Emekli / Ankara*

Prof. Dr. Mehmet Ungan  
*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Ankara*

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu  
*Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı /  
Eskişehir*

## **Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board**

Prof. Dr. Thomas Freeman  
*The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada*

Prof. Dr. Michael Kidd  
*Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia*

Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
*Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent, Belgium*

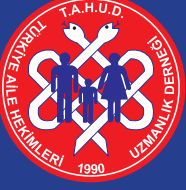
Prof. Dr. Waris Qidwadi  
*Aga Khan University / Karachi, Pakistan*

Prof. Dr. Richard G. Roberts  
*School of Medicine, and Public Health, University of Wisconsin / Madison,  
WI, USA*

Prof. Dr. Moira Steward  
*The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada*

Prof. Dr. Nabil D. Sulaiman  
*College of Medicine, University of Sharjah/ Sharjah, United Arab Emirates*

Prof. Dr. Chris van Weel  
*Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands*



## İçindekiler / Contents

### Orijinal Araştırmalar / Original Research

- Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları Arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruh Sağlığına Yönelik Tutumlar ve Ruh Hastalıklarına İlişkin İnançların Değerlendirilmesi**  
*Assessment of Mental Health Literacy, Attitudes Towards Mental Health and Beliefs About Mental Illnesses Among Primary Healthcare Providers*  
Emel Güden, Arda Borlu, Özlem Olguner Eker, Saliha Ozsoy, Zeynep Baykan, Selma Durmuş Sarıkahya ..... 121
- Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Muhalefet Tutumlarının İncelenmesi**  
*Investigation of Organizational Silence and Organizational Dissent Attitudes of Medical Residents*  
Sedat Bıçakçı, Merthan Tunay..... 133
- Denizli İlinde Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Bitkisel Tedavi Kullanma Durumu ve Görüşleri**  
*The Use of Herbal Treatment and Opinions of Applicants to A Family Health Center in Denizli Province*  
Mustafa Ulaş, Nilufer Emre, Aysun Özşahin, Tamer Edirne..... 141
- COVID-19 Tanılı Hastalarda Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansının Değerlendirilmesi**  
*Evaluation of Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in Patients Diagnosed with COVID-19*  
Mustafa Cihat Çeliköz, Nazlı Şensoy, Melahat Gürbüz, Gamze Dur, Neşe Demirtürk ..... 149
- Derleme / Review**
- Ölüm Bildirim Sistemi ile İzlenecek Yollar**  
*The Death Notification System and Ways to Follow*  
Muhammet Ali Oruç, Muhammed Mustafa Uzan ..... 155
- Editöre Mektup / Letter to Editor**
- Sağlık İçin Bir Tutam İyotlu Tuz!**  
*A Pinch of Iodised Salt for Health!*  
Nadide Yıldız, Elif Buse Şahin, Büşra Yılmaz Demiralay, Hilal Aksoy, İzzet Fidancı, Duygu Ayhan Başer ..... 162
- Haberler / News**
- EYFDM Conference Exchange of 13th TAHEK & EUROPREV Forum 2024: From the Perspective of Young Family Doctors**  
*13. TAHEK & EUROPREV Forum 2024 EYFDM Konferans Değişimi: Genç Aile Hekimlerinin Gözünden*  
Ekin Dikmen, Şeyma Handan Akyon, Gülşah Onur, Hande Büyükdağ, İkbâl Hümay Arman, Mehmet Kocabaş, Fatma Avcı, Emel Aygün ..... 165



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

### AMAÇ KAPSAM

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice (e-ISSN 1308-531X) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Ulusal süreli yayın türünde olan dergi elektronik olarak üç ayda bir yayımlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, sürekli tıp eğitime katkıda bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri ve aile hekimliğinden haberler yer alır.

### YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazılar, çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

### ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kurultan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunularında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri ile işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı, yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarımla konuları yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir.

Dergimiz bilimsel yayını etğinin kötüye kullanımını ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. [www.publicationethics.org](http://www.publicationethics.org)

### YAZI ÇEŞİTLERİ

**Özgün Araştırmalar:** Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları.

**Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri sunularak araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

**Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır.

Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

**Kısa Araştırma Raporları:** Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayımlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

**Olgu Sunumu:** Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. Aile hekimliği uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Derlemeler:** Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi zorunluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler; başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlandırılmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

**Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar:** Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini geliştirmelerden haberdar etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli konulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

**Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?:** Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerekliğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Ulusal ve Uluslararası Raporlar:** Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviriyi yapanın sorumluluğundadır.

**Dergilerden Seçmeler:** Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar yer alabilir. Bu yazılar 500 sözcüğü geçmemelidir.

**Haberler:** Aile hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**Tanıtım Yazıları:** Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurul çalışmalarını ve önemli projeleri tanıtmak amaçlı yazılardır. TAHUD çalışma gruplarının etkinliklerini tanıtmak amacıyla da yazılabilir. Bu yazılar gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

**Başmakale (Editöryal):** Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilir.

### YAZI KURALLARI

Dergimize gönderilecek yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri ile Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda yalnızca standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

Türkçe karşılığı olan yabancı sözcüklerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık
- Özet ve abstract
- Metin
- Kaynaklar
- Tablo, şekil ve resimler

**Başlık:** Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı, yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlarda dışında en çok 10 sözcükten oluşmalıdır. Başlık bölümünde ayrıca varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre vb. bilimsel etkinlikler açıklanır. Yazarların ad ve soyadları, akademik unvanları, bağlı oldukları kurumlar ve uzmanlık alanları ile yazışma yapılacak yazarın adı-soyadı, posta adresi, telefon ve faks numaraları, e-posta adresi makale kabul sistemine ayrıca yüklenir; bu bilgiler başlık sayfasında yer almaz.

**Özet:** Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150, en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç

(Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere, Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler, Türkiye Bilim Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

**Metin:** Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni, Dergi elektronik makale kabul sistemine yazar ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

**Kaynaklar:** Kaynak numaraları, metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir.

Kaynaklar, makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

Kaynakların yazımında VANCOLIVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için linke tıklayabilirsiniz>>>

Makale için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Makalenin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Derginin kısaltma ile belirtilen adı (boşluk), yayınlandığı yıl (noktalı virgül), cilt (iki nokta üst üste), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. Turk Aile Hek Derg 2014; 18(1): 16-24.

Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. Eur J Gen Pract 2014; 20(4): 253-9.

Bildirici için: Dergiye gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözler ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Sunulan kongre/bilimsel toplantının adı (virgül), yapıldığı yer (virgül), yapıldığı tarih (noktalı virgül), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Mansuroğlu YE, Arıca S, Yengil E, Taner M, Özer C. Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin makrozomi ile ilişkisi. 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014; 103.

Kitap için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük) (nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu) (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), Yayınevi (virgül), Yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasınıniki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Birinci baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 95-7.

Başka bir örnek verelim.

Kitap bölümü için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna 'de/'da yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri)



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

(nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), yayınevi (virgül), yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-19.

İnternet sayfası için: (Varsa yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Sayfanın ya da yazının başlığı (nokta). Tarayıcının adres satırında görünen internet sayfasının tam adresi (boşluk) adresinden gg/aa/yyyy tarihinde erişilmiştir (ya da indirilmiştir) (nokta).

**Örnek:**

WONCA Ad Hoc Task Force on Tobacco Cessation. An International Benchmarking Study of Family Medicine Organisations. <http://www.globalfamilydoctor.com/tobacco/> adresinden 29/09/2002 tarihinde indirilmiştir.

**Şekil, Tablo ve Resimler**

Şekil, tablo ve resimler her biri en çok 6 adet olmak üzere toplam 18'i geçmemelidir. Kısa araştırma raporları için bu sayı ikişerden 6'dır. Her bir kategori kendi içinde Arap rakamlarıyla (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Tablo, şekil ve resim/grafikler metin içinde verilmesinin yanı sıra ayrı dosya halinde makale kabul sistemine yüklenmelidir.

### KONTROL LİSTESİ

Hazırlanan yazıların dergiye gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

Yazının uzunluğu (özgün araştırmalar en fazla 3000, kısa araştırma raporları ve olgu sunumları en fazla 1000, derlemeler en fazla 4000 sözcük)

Metin stili (Çift satır aralıklı, her yandan 2.5 cm boşluk bırakılmış, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak yazılmış Word dokümanı)

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

Özetler (Türkçe ve İngilizce; araştırma yazılarında yapılandırılmış; en az 150, en fazla 350 sözcük; kısa raporlarla en fazla 100 sözcük)

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

Şekil, tablo ve resimler (Her biri en çok 6 adet olmak üzere en fazla 18; kısa araştırma raporlarında ikişerden en fazla 6 adet; numaralandırma; gerektiğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

### GENEL KURALLAR

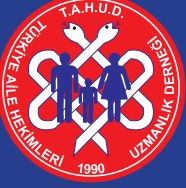
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayın amacına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda Yayın Kurulu incelemesi aşamasının ardından Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur.

Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultuda ise sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtla göre karar verilir.

Dergimiz, derneğimiz ve yayıncı, yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazı ve resimler derginin malı olur (bkz. Telif Hakları). Dergiden yapılacak her türlü alıntının, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

Toplam 20 basılı sayfayı geçen bir yazı ya da yazı serisi, dergi ek sayısı (supplementum) olarak yayımlanmak üzere kabul edilebilir. Bu durumda bütün masrafların yazar(lar) tarafından karşılanması istenir. Ayrı baskı talepleri ücret karşılığı yerine getirilir.



## Editörden / Editorial

Değerli Meslektaşlarım,

Birinci basamakta çalışan meslektaşlarımızın son dönemde yaşadığı sürecin olumlu şekilde sonuçlanmasını temenni ediyor ve üyelerimizin yanında olduğumuzu bir kez daha vurguluyoruz.

Bu yoğun gündem arasında 2024 yılının son sayısı ile karşınızdayız. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi olarak, bu sayımızda aile hekimliği uygulamalarında bilgi ve deneyimlerin paylaşılmasına ışık tutacak nitelikteki çalışmalara yer verdik. Aile hekimliği disiplininin çok yönlülüğünü yansıtan makalelerimizle; birinci basamak sağlık hizmetlerinde ruh sağlığı okuryazarlığının önemine, tıpta uzmanlık öğrencilerinin mesleki tutumlarına, Denizli’de yapılan bir çalışma ile toplumun bitkisel tedavi konusundaki yaklaşımını anlamamızı sağlayacak güncel verilere odaklandık. Bunun yanında, COVID-19 pandemisi sırasında elde edilen Hepatit B ve C seroprevalansına ilişkin veriler, halk sağlığı açısından önemli çıkarımlara zemin hazırlıyor. Bu sayımızda ayrıca, bir derleme ile ölüm bildirim sistemlerine yönelik yol haritası anlatılmış olup bir editöre mektup ile sağlık için iyotlu tuz kullanımının kritik önemini vurguladık. Genç aile hekimlerinin eğitim sürecine yönelik gözlemleri aktaran 13. TAHEK & EUROPREV Forum 2024 EYFDM Konferans Değişimi raporu, mesleğimizin geleceğine dair önemli ipuçları sunuyor.

Bilimsel içeriğin kalitesi, siz değerli araştırmacılarımızın katkılarıyla mümkün olmaktadır. Yayınlanan her bir makale, aile hekimliği alanındaki bilimsel birikimi zenginleştirirken, toplum sağlığına katkı sağlamaktadır. Bu doğrultuda, dergimizin uluslararası bilimsel platformlarda daha görünür olmasını sağlamak amacıyla, 2025 yılı itibarıyla tüm makalelerin yalnızca İngilizce olarak yayınlanacağını duyurmaktan memnuniyet duyuyoruz. Bu önemli adımın, yalnızca dergimizin değil, aynı zamanda ülkemizden çıkan bilimsel çalışmaların uluslararası arenada hak ettiği yeri bulmasına katkı sağlayacağına inanıyoruz. Dergimize gönderilecek çalışmaların, bu yeni dönemde artarak devam etmesini temenni eder, destekleriniz için teşekkür ederiz.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK  
Baş Editör  
Türkiye Aile Hekimliği Dergisi



# Birinci Basamak Sağlık Hizmet Sunucuları Arasında Ruh Sağlığı Okuryazarlığı, Ruh Sağlığına Yönelik Tutumlar ve Ruh Hastalıklarına İlişkin İnançların Değerlendirilmesi

## Assessment of Mental Health Literacy, Attitudes Towards Mental Health and Beliefs About Mental Illnesses Among Primary Healthcare Providers

Emel Güden<sup>1</sup>, Arda Borlu<sup>2</sup>, Özlem Olguner Eker<sup>3</sup>, Saliha Özsoy<sup>4</sup>, Zeynep Baykan<sup>5</sup>, Selma Durmuş Sarıkahya<sup>6</sup>

**Atf/Cite as:** Güden E, Borlu A, Olguner Eker Ö, Özsoy S, Baykan Z, Durmuş Sarıkahya S. Birinci basamak sağlık hizmet sunucuları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığına yönelik tutumlar ve ruh hastalıklarına ilişkin inançların değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):121-132.

### ÖZ

**Amaç:** Ruhsal sorunlar toplumda en çok görülen kronik hastalıklar arasındadır. Sağlık personelinin ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve tutumu bu hastalıkların tedavisinde önemli yere sahiptir. Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegre edilmesinde önemli bir rol üstlenen aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları arasında ruh sağlığı okuryazarlığı, ruh sağlığına yönelik tutumlar ve ruh hastalıklarına ilişkin inançları değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu analitik ve kesitsel çalışmada, 636 birinci basamak sağlık personeli ile çalışılmıştır. Veriler, "Kişisel Özellikler Formu," "Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği," "Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği" ve "Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği" bölümden oluşan bir anket formu ile toplanmıştır. Anket formları, katılımcıların iş adreslerine posta yoluyla dağıtılmış ve aynı şekilde yeniden toplanmıştır. Ölçek verilerinin normal dağılım göstermemesi nedeniyle karşılaştırmalar için Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiler ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

**Bulgular:** Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği için ortanca değer  $16 \pm 3,92$ , Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği için  $47 \pm 15,41$  ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği için  $51 \pm 8,66$  olarak bulunmuştur. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçek puanı ile ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği alt boyutlardan tehlike ( $r = -0,07$   $p < 0,05$ ) ve utanç ( $r = -0,10$   $p < 0,05$ ) arasında negatif yönde güçlü ilişki tespit edilmiştir. Ruh sağlığı okuryazarlığı ölçek puanı ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçek puanı ( $r = 0,20$   $p < 0,01$ ) ve iyi niyet ( $r = 0,15$   $p < 0,01$ ) ölçek puanı arasında pozitif güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları temsil eden RSOY-2 ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Utanç alt boyutu arasında güçlü negatif bir ilişki bulunmuştur ( $r = -0,113$ ,  $p < 0,01$ ).

**Sonuç:** Bu araştırma, birinci basamakta sağlık hizmeti sunucularının ruh sağlığı okuryazarlığının ortalamasının üzerinde olduğunu, ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inanç düzeyinin ortalama düzeyde olduğunu ortaya çıkarmıştır. Olumsuz tutum ve inanç konusunda daha derinlemesine araştırmalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Birinci basamak, Ruh sağlığı, Okuryazarlık, Tutum, İnançlar

### ABSTRACT

**Objective:** Mental health issues are among the most common chronic conditions in society. The knowledge and attitudes of healthcare personnel towards mental illnesses play a crucial role in their treatment. The aim of this study is to assess the mental health literacy, attitudes towards mental health, and beliefs about mental illnesses among family physicians and family health workers, who play a key role in integrating mental health services into primary care.

**Methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted with 636 primary care healthcare personnel. Data were collected using a questionnaire consisting of the "Personal Characteristics Form," "Mental Health Literacy Scale," "Beliefs About Mental Illness Scale," and the "Community Attitudes Toward Mentally Ill Scale." The questionnaires were distributed and collected via postal service to and from participants' work addresses. Since the scale data did not follow a normal distribution, Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis tests were used for comparisons. The relationships between the scales were examined using Pearson correlation analysis.

**Results:** The median score for the Mental Health Literacy Scale was  $16 \pm 3.92$ , for the Beliefs About Mental Illness Scale it was  $47 \pm 15.41$ , and for the Community Attitudes Toward Mentally Ill Scale it was  $51 \pm 8.66$ . A strong negative correlation was found between the mental health literacy scale score and the subscales of danger ( $r = -0.07$ ,  $p < 0.05$ ) and shame ( $r = -0.10$ ,  $p < 0.05$ ) from the beliefs about

Received/Geliş: 28.08.2024

Accepted/Kabul: 19.11.2024

Publication date: 27.12.2024

Corresponding Author:

E. Güden

ORCID: 0000-0003-3492-4298

Kapadokya Üniversitesi, Sağlık

Yüksekokulu, Nevşehir, Türkiye

✉ emelguden@gmail.com

A. Borlu

ORCID: 0000-0002-1424-8037

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Halk Sağlığı Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

Ö. Olguner Eker

ORCID: 0000-0003-1485-3293

Erciyes Üniversitesi, Tıp

Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

S. Özsoy

ORCID: 0000-0003-2757-9641

Erciyes Üniversitesi, Tıp

Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

Z. Baykan

ORCID: 0000-0001-9450-985X

Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Tıp Eğitimi Anabilim Dalı,

Kayseri, Türkiye

S. Durmuş Sarıkahya

ORCID: 0000-0002-0318-3098

Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı

Hemşireliği Anabilim Dalı,

Artvin, Türkiye

mental illness scale. A strong positive correlation was also found between the mental health literacy scale score and the community attitudes towards mentally ill scale score ( $r=0.20$ ,  $p<0.01$ ) as well as the goodwill subscale ( $r=0.15$ ,  $p<0.01$ ). The help-seeking behavior for mental health represented by MHL-2 showed a strong negative correlation with the shame subscale of BMI-3 ( $r=-0.113$ ,  $p<0.01$ ).

**Conclusion:** This study revealed that primary care healthcare providers have above-average mental health literacy, and that the level of negative attitudes and beliefs towards mental illnesses is moderate. Further in-depth research on negative attitudes and beliefs is recommended.

**Keywords:** Primary care, Mental health, Literacy, Attitudes, Beliefs

## GİRİŞ

Ruh sağlığı bozuklukları yüksek ölüm oranları sergilememekte olup yaygınlıkları ve topluma getirdikleri ekonomik yükler nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorununu teşkil etmektedir.<sup>[1]</sup> Ruh sağlığı bozuklukları bölgesel oranlar ve türler bakımından farklılık göstermekle birlikte, dünya genelinde yaygındır ve küresel olarak yaklaşık her sekiz kişiden birini etkilemektedir.<sup>[2]</sup> Bu bozukluklar, dünya genelinde yaşam yıllarıyla kaybedilen özürülük nedenleri arasında önde gelen nedenler arasındadır. Ruh sağlığı bozukluklarının ekonomik sonuçları, üretkenlik kayıpları, sağlık harcamaları ve diğer dolaylı maliyetler gibi unsurlar göz önüne alındığında oldukça büyüktür.<sup>[2]</sup>

Toplum ruh sağlığının geliştirilmesi, 2013-2030 Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (Hedef 3.4 ve Hedef 3.5) kapsamında da yer almaktadır.<sup>[3]</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu konuda çeşitli öneriler sunmuş ve 2022 yılında yayımladığı Dünya Ruh Sağlığı Raporu'nda ilerlemeleri değerlendirmiştir.<sup>[2]</sup> Bu raporda vurgulandığı üzere, ruh sağlığı bozuklukları toplumlarda yaygındır, ancak küresel ruh sağlığı hizmetleri yetersiz kalmaktadır. Bu yetersizliklerin başlıca nedenleri arasında, ruh sağlığı alanında uzman sağlık hizmeti sağlayıcılarının eksikliği, ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan finansal kaynakların yetersizliği, hastane yatışı ve farmakolojik tedaviler dışındaki tedavi seçeneklerinin sınırlı olması ve ruh sağlığı sorunu olan bireylerin karşılaştığı sürekli ayrımcılık ve damgalama yer almaktadır. Ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu, bireylerin ruh sağlığı desteğine erişimini artırmak için önemli bir adım olarak güçlü bir şekilde tavsiye edilmektedir. Ancak, bu stratejinin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının ruh sağlığı hizmeti sunmaya istekli ve motive olmaları, gerekli bilgi ve farkındalığı edinmeleri ve ruh sağlığı bozukluğu yaşayan bireylere yönelik ayrımcılık ve damgalamadan arınmış bir tutum sergilemeleri gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularını ruh sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık sistemine entegre etmek için gerekli

bilgi ve becerilerle donatmak amacıyla eğitim ve politika müdahaleleri gereklidir. Ancak, birçok ülkenin, ruh sağlığı desteği gerektiren herkesin ihtiyaçlarını karşılayacak yeterli eğitilmiş personelden yoksun olduğu bir gerçektir ve yalnızca DSÖ'ye üye ülkelerin %25'i ruh sağlığını birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre ettiğini bildirmiştir.<sup>[2]</sup>

Türkiye'de, aile sağlığı merkezleri (ASM), birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulmasından sorumludur. ASM'lerde, bir aile hekimi (AH) ve bir aile sağlığı çalışanının (ASÇ) birlikte çalıştığı aile hekimliği birimleri kurulmuştur ve her birimde ortalama olarak yaklaşık 3000 kişiye sağlık hizmeti sunulmaktadır. İnsanlar, kayıtlı oldukları aile hekimliği birimini herhangi bir kısıtlama olmaksızın seçme ve değiştirme özgürlüğüne sahiptir.<sup>[4]</sup> AH ve ASÇ'ler, bakım verdikleri nüfusla yakın bağlar kurmaktadır. Dolayısıyla, AH ve ASÇ'ler, ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirme, ruh sağlığını teşvik eden sağlıklı seçimler yapma ve toplumda damgalamayı azaltma konusunda önemli bir rol oynayabilirler. Ayrıca, bakımları altındaki nüfusla olan yakın ilişkileri sayesinde, ruh sağlığı bozukluklarının erken tanısı, takibi ve tedavi yönetimine aktif olarak katkıda bulunabilirler. Bu bağlamda, Türkiye'deki AH ve ASÇ'ler, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonunda kilit bir rol oynayabilirler.<sup>[4]</sup>

DSÖ tarafından tavsiye edilen ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı'nın eylem planlarına dahil edilen birinci basamağın ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonu, toplum ruh sağlığının teşvik edilmesini, ruh sağlığı bozukluğu olan bireyler için erken tanı ve düzenli takip sağlamayı mümkün kılacaktır. Böylece, daha kapsamlı, kolay erişilebilir ve maliyet açısından etkili bir ruh sağlığı hizmeti sunulmasında önemli bir adım atılabilir. Ancak, ruh sağlığı hizmetlerinin birinci basamağa entegrasyonu, çeşitli zorlukları da barındırmaktadır. Beklenen zorluklar arasında, ruh sağlığı bozukluğu olan bireylere yönelik sağlık profesyonellerinin damgalayıcı davranışları, sağlık profesyonellerinin konu hakkında yetersiz eğitimi, birinci basamak sağlık çalışanlarının ağır iş yükü, toplumdaki düşük ruh sağlığı okuryazarlığı,

birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının konuya olan düşük ilgisi ve yetersiz motivasyonu, sağlık sistemindeki seviyeler arası koordinasyon eksikliği, sınırlı ve adil olmayan finansman, fiziksel ve ruh sağlığının birlikte değerlendirilmemesi yer almaktadır.<sup>[5]</sup> Sağlık hizmeti sağlayıcılarının damgalayıcı tutumları, ruh sağlığı sorunları yaşayan bireylerin gerekli tedaviye erişimini engelleyebilecek önemli bir durum olarak karşımıza çıkabilir.<sup>[5]</sup>

Bu beklenen zorluklar, entegrasyonun gerçekleştiği bölgeye, topluma ve zaman dilimine bağlı olarak değişiklik gösterebilir. Bu nedenle, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonundaki potansiyel engellerin belirlenmesi ve bu engellerin proaktif bir şekilde ele alınması zorunludur. DSÖ, ruh sağlığını, “insanların yaşamın stresleriyle başa çıkabilmesini, yeteneklerini gerçekleştirebilmesini, etkili bir şekilde öğrenebilmesini, verimli bir şekilde çalışabilmesini ve topluma olumlu katkılarda bulunabilmesini sağlayan bir zihinsel esenlik durumu” olarak tanımlamaktadır.<sup>[6]</sup> Birinci basamak sağlık çalışanlarının iyi bir ruh sağlığını sürdürmeleri ve ruh sağlığı bozukluklarının önlenmesi, erken tespiti ve tedavisinde etkin bir şekilde görev yapabilmeleri için yeterli ruh sağlığı okuryazarlığına sahip olmaları zorunludur.

Bu çalışmanın amacı, birinci basamak sağlık hizmetlerinin ruh sağlığı hizmetlerine entegrasyonunda kilit bir rol oynayan AH ve ASÇ’lerin ruh sağlığı okuryazarlığını, ruh sağlığına yönelik tutumlarını ve ruh sağlığı sorunlarına ilişkin inançlarını değerlendirmektir.

## GEREÇ VE YÖNTEM

**Araştırma Tasarımı:** Çalışma, analitik ve kesitsel nitelikte olup, STROBE kriterlerine uygun olarak raporlanmıştır.

**Araştırma Evreni ve Örneklem:** Çalışma, Kayseri’deki aile sağlığı merkezlerinde (ASM) çalışan tüm birinci basamak sağlık hizmeti sunucularını (aile hekimi:461; aile sağlığı çalışanı:438; toplam=899) kapsamaktadır. Araştırma için hesaplanan minimum örneklem büyüklüğü aşağıda gösterildiği gibi 385’tir:

$$N = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N - 1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

$$N = \frac{853 \cdot (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50}{(0,50)^2 \cdot (853 - 1) + (1,96)^2 \cdot 0,50 \cdot 0,50} = \text{örneklem büyüklüğü: } 385$$

**Dahil Edilme Kriterleri:** Kayseri’deki bir ASM’de aile hekimi veya aile sağlığı çalışanı olarak görev yapmak ve araştırmaya gönüllü olarak katılmak.

**Hariç tutma kriterleri:** Aile hekimliği uzmanı olan aile hekimleri (n=46).

Herhangi bir örnekleme yapılmamış; tüm evrene araştırmaya katılma teklifi sunulmuş ve 636 kişi gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir. Hedeflenen kitlenin %74,6’sına ulaşılmıştır.

**Veri Toplama Araçları:** Çalışmada veriler dört bölümden oluşan bir anket formu kullanılarak toplanmıştır; “Kişisel Özellikler Formu,” “Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY),” “Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ),” ve “Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ).”

**Kişisel Özellikler Formu:** Demografik detaylar ve ruh sağlığına ilişkin kişisel deneyimler bu bölümde araştırılmıştır.

**Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY):** Jung tarafından 2016 yılında geliştirilmiş, 2019 yılında Göktaş ve ark. tarafından Türkçe’ye çevrilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.<sup>[7,8]</sup> RSOY, toplamda 22 maddeden oluşmakta ve üç alt ölçeğe ayrılmaktadır; RSOY-1: Ruh sağlığı sorunları belirtileri ve semptomlarına dair bilgi (madde 1–10), RSOY-2: Ruh sağlığına dair inançlar (madde 11–18), RSOY-3: Ruh sağlığı kaynaklarına dair bilgi (madde 19–22). Ölçekten alınabilecek puanlar 0 ile 22 arasında değişmektedir. İlk iki alt boyut, “kesinlikle katılıyorum, katılıyorum, kararsızım, katılmıyorum, kesinlikle katılmıyorum, bilmiyorum” gibi yanıt seçenekleriyle 6’lı Likert tipi sorulardan oluşan 18 sorudan oluşmaktadır. RSOY-3 alt ölçeğindeki 4 soruya verilen yanıtlar “evet” ve “hayır” seçeneklerinden oluşmaktadır. “Kesinlikle katılıyorum,” “katılıyorum,” ya da “evet” yanıtları “1 puan” olarak değerlendirilirken, diğer yanıtlar “0 puan” olarak değerlendirilmiştir. 11. ile 18. maddeler arasındaki maddeler ters kodlanmıştır. RSOY ölçeğinden alınan puanların artması, bireyin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğunu gösterir.

**Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ):** Katılımcıların ruh sağlığı sorunlarına yönelik damgalama inançlarını ölçmek amacıyla ‘Ruh Hastalıklarına Yönelik İnançlar Ölçeği’ (RHİÖ) uygulanmıştır. RHİÖ,

Hirai ve Clum tarafından 2000 yılında geliştirilmiş, Türkçe versiyonu Bilge tarafından 2008 yılında doğrulanmıştır.<sup>[9,10]</sup> RHİÖ, psikolojik bozukluklara yönelik olumsuz stereotipik algıları değerlendirmek için tasarlanmış 21 maddelik bir ölçektir ve üç alt ölçeğe ayrılır. Her madde, 0 (tamamen katılmıyorum) ile 5 (tamamen katılıyorum) arasında değişen 6'lı Likert tipi ölçek üzerinde puanlanır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 105 arasında değişmektedir. RHİÖ-1 (Tehlikelilik - 8 madde): Ruh sağlığı sorunu olan bir birey, sağlıklı bir bireye göre başkalarına zarar verme olasılığı daha yüksek olarak değerlendirilir. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0 ile 40 arasındadır. RHİÖ-1 (İyileşmezlik ve Sosyal İşlev Bozukluğu - 11 madde): Bu faktör, ruh sağlığı sorunu olan kişilerin sosyal işlevselliğine yönelik tutumları inceler; bunlar arasında, iş ortamlarındaki güvenilirlikleri, dakiklikleri, bağımsız yaşam yetenekleri, ruh sağlığı sorunlarının kronik ve iyileşmez doğasına dair inançlar, tekrar, yaşam boyu etkileri ve uzun süreli tedavi gereksinimleri gibi algılar yer alır. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0 ile 55 arasındadır. RHİÖ-3 (Utanç-2 madde): Bu faktör, bireyin kendisi veya aile üyelerinin psikolojik bir bozukluk teşhisi alması durumunda yaşadığı utanç veya damgalanma duygularını araştırır. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0 ile 10 arasındadır. Ölçekten ve alt ölçeklerden alınan yüksek puanlar, psikolojik bozukluklara yönelik daha yüksek derecede damgalama olduğunu gösterir.

**Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ):** Katılımcıların ruh sağlığı sorunu olan bireylere ilişkin toplumsal tutumlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Taylor ve Dear tarafından 1979 yılında geliştirilmiş, Türkçe versiyonu Bağ ve Ekinci tarafından 2006 yılında doğrulanmıştır.<sup>[11,12]</sup> RSTTÖ, üç alt ölçekten oluşan 21 madde içermektedir: RSTTÖ-1: İyi niyet, RSTTÖ-2:Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi) ve RSTTÖ-3: Korku/Dışlama. RSTTÖ-1 ve RSTTÖ-2 alt ölçeklerindeki yüksek toplam puanlar, olumlu bir tutumu yansıtırken, RSTTÖ-3 alt ölçeğindeki yüksek toplam puanlar, olumsuz bir tutumu gösterir.

**Veri Toplama:** Anket formları, aile hekimliği birimlerine posta yolu ile gönderilmiş ve posta yolu ile geri toplanmıştır.

**Veri Analizi:** Veri analizi için IBM SPSS Statistics sürüm 26 yazılımı kullanılmıştır. Veri analizine başlamadan önce, değişkenlerin normal dağılıma uyup uymadığı çarpıklık ve basıklık değerleri incelenerek karar verilmiştir. Normal dağılım için pratik bir kural olarak, çarpıklık ve basıklık değerlerinin +/-1,0 veya +/-1,5 aralığında olması normal dağılım olarak kabul edilebilir.<sup>[13]</sup> Ölçek verileri normal dağılım göstermediği için karşılaştırmada Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler frekans, ortalama ve yüzdeler kullanılarak sunulmuştur. Mann-Whitney U testi iki değişkeni karşılaştırırken, Kruskal-Wallis H testi ikiden fazla değişkeni karşılaştırmak için kullanılmıştır. Bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ki kare testi kullanılmıştır. Ölçekler için Cronbach  $\alpha$  değerleri incelenmiştir. P değeri, 0,05'ten küçük olduğunda sonuç istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Ölçekler arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile incelenmiştir.

**Etik Onay:** Araştırma, Dünya Tıp Birliği Helsinki Deklarasyonu'na uygun olarak yürütülmüş olup Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (06.10.2021 - 2021/643) ve İl Sağlık Müdürlüğü'nden onay alınmıştır. Katılımcılar, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve ankete katılmadan önce onayları alınmıştır.

Bu çalışmada kullanılan veriler, "Toplum ruh sağlığını iyileştirmek için birinci basamak sağlık çalışanlarına yönelik eğitim ve politika geliştirilmesi" isimli ve ACTRN12622001223729 numarasıyla kayıtlı randomize kontrollü klinik araştırmanın sahadan toplanan ilk verilerinden oluşmaktadır.

## BULGULAR

Çalışmaya katılan birinci basamak sağlık personelinin yaş ortalaması 42,7±8,5 yıl (min: 21, maks: 65) olup, ortalama toplam çalışma deneyimi 18,4±8,2 yıl (min: 1, maks: 40) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %42,5'i hekim, %69,5'i kadın, %81,0'ı ise üniversite mezunudur. Eğitim açısından, AH'lerin %53,7'si ve ASÇ'lerin %74,6'sı mezuniyet sonrası herhangi bir ruh sağlığı eğitimi almadıklarını belirtmiştir. Katılımcılara ait diğer özellikler Tablo 1'de sunulmuştur.

**Tablo 1. Araştırmaya katılanların demografik özellikleri (n:636)**

		n	%
Cinsiyet	Kadın	442	69,5
	Erkek	194	30,5
Yaş (yıl)	20-29	33	5,2
	30-39	191	30,0
	40-49	262	41,2
	50-59	141	22,2
	60 ve üstü	9	1,4
Medeni durum	Evli	543	85,4
	Bekar	83	13,0
	Diğer	10	1,6
Eğitim düzeyi	Lise	46	7,2
	Ön lisans	53	8,3
	Lisans	515	81,0
	Lisans üstü	22	3,5
Çalışma süresi (yıl)	1-10	118	18,6
	11-20	256	40,2
	21-30	215	33,8
	31-40	47	7,4
Ekonomik durumu	Gelir=Gider	292	45,9
	Gelir<Gider	244	38,4
	Gelir>Gider	100	15,7
Aile tipi	Çekirdek aile	561	88,2
	Geniş aile	37	5,8
	Yalnız yaşayan	16	2,5
	Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	3,5
Mesleği	AH	270	42,5
	ASC	366	57,5
Çalışma yeri	Kentsel	516	81,1
	Kırsal	120	18,9

AH: Aile hekimi, ASC: Aile sağlığı çalışanı

Katılımcıların %26,3'ü kendisinin, %20,6'sı ise bir akraba/çok yakın arkadaşının ruh sağlığı sorunu yaşadığını bildirmiştir. Ruhsal sorun yaşadığını bildiren katılımcıların %59,3'ü bir sağlık profesyoneli destek almış, %20,3'ü farmakolojik olmayan yöntemlere başvurmuş, %10,8'i hiçbir şey yapmamış ve %9,6'sı kendi kendine psikiyatrik ilaç başladığı belirlenmiştir. Ruhsal sorun yaşamaları durumunda hangi sağlık profesyoneli tercih edecekleri sorulan katılımcıların %57,9'u psikiyatristi, %27,5'i psikoloğu, %10,6'sı aile hekimi ve %4'ü diğer sağlık profesyonellerini tercih edeceğini belirtmiştir (Tablo 2).

Araştırmamızda kullanılan RSOY ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,79'dur. RSOY toplam puanının medyan değeri 16 (0-22), ruh sağlığı sorunları hakkında bilgi alt ölçeği puanının medyan değeri 9 (0-10), ruh sağlığı sorunlarına dair inançlar puanının medyan değeri 5 (0-8)

ve ruh sağlığı kaynaklarına dair bilgi alt ölçeği puanının medyan değeri 2 (0-5) olarak bulunmuştur. Kadın katılımcılar, erkeklere göre bilgi ve inanç alt ölçeklerinde daha yüksek puanlar elde etmiştir. Lisansüstü eğitim alan bireyler, diğer eğitim seviyelerine göre daha yüksek bilgi puanları göstermektedir. Geliri giderinden fazla olan bireyler, diğerlerine göre daha yüksek bilgi ve inanç puanlarına sahiptir. ASC'lerin toplam RSOY, RSOY-1 ve RSOY-3 alt boyutları puanları AH'lerden daha yüksektir. Hayatında ruhsal sağlık sorunu geçirmiş bireylerin RSOY puanları, geçirmemiş olanlara göre farklılık göstermemektedir. Ancak, ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı, RSOY-1 alt ölçeğinde anlamlı farklar ortaya çıkarmıştır. Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim almış kişiler, almamış olanlara göre RSOY-1 alt ölçeğinde daha yüksek puanlar elde etmiştir. Ruh sağlığı hizmeti sunma görevini kesinlikle kendi görevleri olarak gören bireyler, bu konuda daha yüksek RSOY-1 puanına sahipken, bu konuyu kesinlikle görev olarak görmeyenler daha düşük puanlar almıştır (Tablo 3).

Araştırmamızda kullanılan RHİÖ ölçeği Cronbach's Alpha değeri 0,86'dır. RHİÖ ölçeğinin medyan değeri  $47 \pm 15,41$  (0-105) olarak bulunmuştur. RHİÖ'nün toplam puanları, 60 yaş ve üzeri kişilerde, kadınlarda, geliri giderlerinden fazla olanlarda ve aile sağlığı çalışanlarında daha yüksek bulunmuştur. Bu ölçek ve alt ölçeklerdeki yüksek puanlar, ruh sağlığı sorunları hakkında olumsuz inançları gösterir. RHİÖ-1 alt ölçeğinde; kadınlar, 60 yaş ve üzeri olanlar, önlisans mezunları, geliri giderlerinden fazla olanlar, aile sağlığı çalışanları ve mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi almamış olanlar en yüksek puanları almıştır ( $p<0,05$ ). RHİÖ-2 alt ölçeğinde, geliri giderlerinden fazla olanlar, ASC'ler daha yüksek puanlar almıştır ( $p<0,05$ ). RHİÖ-3 alt ölçeğinde gruplar arasında bir fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Araştırmamızda kullanılan RHİÖ ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,75'dir. RSTTÖ ölçeğinin medyan değeri ortalama  $51 \pm 8,66$  olarak bulunmuştur. RSTTÖ-1 evli kişilerde daha yüksektir ( $p=0,026$ ). Yakın bir akraba veya akraba arasında ruhsal sağlık sorunu varlığı, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi almış olmak ve ruh sağlığı hizmeti sunmayı kesinlikle görevleri olarak görenlerin RSTTÖ-2 puanı diğerlerine göre

**Tablo 2. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruhsal hastalıklara ilişkin deneyimleri ve ruh sağlığı hizmet tercihlerini etkileyen faktörler**

n=636	Toplam		AH		AŞÇ		Test $\chi^2$ /p
	n	%	n	%	n	%	
<b>Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu</b>							
Aldım	218	34,3	125	46,3	93	25,4	30,08 / <b>0,001</b>
Almadım	418	65,7	145	53,7	273	74,6	
<b>Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu</b>							
Yaşadı	167	26,3	67	24,8	100	27,3	0,505 / 0,477
Yaşamadı	469	73,7	203	75,2	266	72,7	
<b>Ruhsal sağlık sorunları için ilk tercih edilen sağlık profesyoneli</b>							
Psikiyatri uzmanı	368	57,9	204	75,6	164	44,8	80,07 / <b>0,001<sup>a</sup></b>
Aile hekimi	68	10,7	30	11,1	38	10,4	
Psikolog	175	27,5	26	9,6	14	40,7	
Psikiyatri dışı uzman hekim	25	3,9	10	3,7	15	4,1	
<b>Ruhsal sağlık sorunları için ilk tercih edilen kurum/kuruluş</b>							
Özel hastane	175	27,5	76	28,1	99	27,0	4,21 / 0,378
Muayenehane	181	28,5	69	25,5	112	30,6	
Devlet hastanesi	159	25,0	65	24,1	94	25,7	
Aile hekimliği	66	10,4	32	11,9	34	9,3	
Üniversite hastanesi	55	8,6	28	10,4	27	7,4	
<b>Ruhsal sağlık sorunları için kurum tercihini etkileyen faktörler *</b>							
Yeterli muayene süresi sağlanması	395	62,1	162	60,0	233	63,7	0,88 / 0,347
Mahremiyetin iyi olması	348	54,7	131	48,5	217	59,3	13,07 / <b>0,001</b>
Doktorun tavsiye edilmesi	269	42,3	106	39,3	163	44,5	1,77 / 0,106
Ulaşımın kolay olması	270	42,5	96	35,6	174	47,5	9,13 / <b>0,002</b>
Ücretsiz olması	219	34,4	85	31,5	134	36,6	1,81 / 0,178
Kuruma duyulan güven	260	40,9	94	34,8	166	45,4	7,14 / <b>0,005</b>
<b>Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı</b>							
Var	131	20,6	71	26,3	60	16,4	9,317 / <b>0,002</b>
Yok	505	79,4	199	73,7	306	83,6	
<b>Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı</b>							
Kesinlikle görevim	373	58,6	185	68,5	188	51,4	21,42 / <b>&lt;0,001<sup>b</sup></b>
Kısmen görevim	212	33,4	73	27,0	139	38,0	
Görevim değil	35	5,5	7	2,6	28	7,7	
Fikrim yok	16	2,5	5	1,9	11	3,0	

\*Birden çok seçeneğe tercih edilebilmiştir. AH: Aile hekimi; AŞÇ: Aile sağlığı çalışanı  
<sup>a</sup> Pearson ki-kare, <sup>b</sup> Continuity Correction Test

daha düşüktür ( $p<0,05$ ). Korku alt ölçeği puanları ise kadınlar, yakın bir arkadaş veya akraba arasında ruhsal sağlık sorunu varlığı, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alanlar ve ruh sağlığı hizmeti sunmayı görevleri arasında görenlerde daha düşük bulunmuştur ( $p<0,05$ ) (Tablo 5).

Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelenmiştir. RSOY toplam puanının tüm RSOY alt boyutları ile pozitif yönde güçlü bir ilişkiye sahiptir ( $r=0,54$ ;  $r=0,81$ ;  $r=0,40$ ,  $p<0,01$ ). RSOY ile RHİÖ toplam puanı arasında bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ( $r=0,02$ ,  $p>0,05$ ). Ancak alt boyutlardan RHİÖ-

1 ( $r=-0,07$   $p<0,05$ ) ve RHİÖ-3 ( $r=-0,10$   $p<0,05$ ) ile RSOY arasında negatif yönde zayıf ilişki tespit edilmiştir. RSOY toplam puanı ile RSTTÖ toplam ( $r=0,20$   $p<0,01$ ) ve RSTTÖ-1 ( $r=0,15$   $p<0,01$ ) toplam puanı arasında pozitif zayıf bir ilişki, RSTTÖ-2 ile pozitif bir ilişki tespit edilmiştir ( $r=0,19$   $p<0,05$ ). Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları temsil eden RSOY-2 ile Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeğinin Utanç alt boyutu arasında güçlü negatif bir ilişki bulunmuştur ( $r=-0,113$ ,  $p<0,01$ ). Bulgular ışığında, RSOY düzeyi arttıkça, ruh sağlığı sorunlarının tehlikeli ve utanç verici olduğuna dair olumsuz düşünceler azalmakta, ruh sağlığına dair soruların tedavi edilebilirliğine olan inanç ve olumlu iletişim artmaktadır (Tablo 6).

**Tablo 3. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile RSOY ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması**

n:636	RSOY		RSOY-1		RSOY-2		RSOY-3		
	n	Ortanca (Min-Maks)	test/p	Ortanca (Min-Maks)	test/p	Ortanca (Min-Maks)	test/p	Ortanca (Min-Maks)	test/p
<b>Yaş grupları</b>									
20-29	33	16 (1-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		4 (1-4)	
30-39	191	16 (0-21)	1,16 <sup>k</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
40-49	262	15 (0-21)	0,890	9 (0-10)	0,494	5 (0-8)	0,935	2 (0-4)	0,258
50-59	141	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
60 ve üstü	9	15 (12-18)		9 (8-10)		4 (0-8)		2 (0-4)	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	442	16 (1-21)	389 <sup>u</sup>	9 (0-10)	<b>0,002</b>	5 (0-8)	<b>&lt;0,001</b>	2 (0-4)	0,822
Erkek	194	15 (0-21)	0,067	9 (0-10)		4 (0-8)		2 (0-5)	
<b>Medeni durumu</b>									
Evli	543	16 (0-21)	0,28 <sup>k</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Bekar	83	16 (0-21)	0,868	9 (0-10)	0,908	5 (0-8)	0,697	3 (0-4)	0,192
Diğer	10	17 (9-19)		9 (8-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
<b>Eğitim durumu</b>									
Lise	46	16 (9-21)		9 (4-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Ön lisans	53	16 (4-21)	5,96 <sup>k</sup>	9 (2-10)	<b>0,017</b>	5 (0-8)	0,090	3 (0-4)	0,144
Lisans	515	16 (0-21)	0,114	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Lisans üstü	22	18 (9-21)		9 (7-10)		6 (2-8)		3 (0-4)	
<b>Çalışma yılı</b>									
1-10	118	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
11-20	256	16 (0-21)	3,55 <sup>k</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
21-30	215	15 (0-21)	0,315	9 (0-10)	0,431	5 (0-8)	0,635	2 (0-5)	0,388
31-40	47	16 (9-21)		9 (4-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
<b>Ekonomik durumu</b>									
Gelir=Gider	292	15 (0-21)	2,18 <sup>k</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Gelir<Gider	244	16 (0-21)	0,337	9 (0-10)	<b>&lt;0,001</b>	5 (0-8)	0,105	2 (0-4)	0,622
Gelir>Gider	100	16 (1-21)		10 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
<b>Aile tipi</b>									
Çekirdek aile	561	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-5)	
Geniş aile	37	16 (0-21)	0,06 <sup>k</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Yalnız yaşayan	16	16 (0-20)	0,996	10 (0-10)	0,631	4 (0-8)	0,610	3 (0-4)	0,851
Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	15 (10-20)		9 (2-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
<b>Mesleği</b>									
ASÇ	366	16 (1-21)	439 <sup>u</sup>	9 (0-10)		4 (0-8)		3 (0-4)	
AH	270	15 (0-21)	<b>0,016</b>	9 (0-10)	<b>&lt;0,001</b>	4 (0-8)	0,126	2 (0-5)	<b>0,029</b>
<b>Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu</b>									
Yaşadı	167	16 (4-21)	369 <sup>u</sup>	9 (2-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Yaşamadı	469	16 (0-21)	0,277	9 (0-10)	0,324	5 (0-8)	0,311	3 (0-5)	0,104
<b>Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı</b>									
Var	131	16 (0-21)	319 <sup>u</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Yok	505	16 (0-21)	0,531	9 (0-10)	<b>0,011</b>	5 (0-8)	0,971	3 (0-5)	0,254
<b>Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu</b>									
Aldım	218	16 (0-21)	426 <sup>u</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-4)	
Almadım	418	16 (0-21)	0,188	9 (0-10)	<b>0,014</b>	5 (0-8)	0,617	2 (0-5)	0,135
<b>Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı</b>									
Kesinlikle görevim	373	16 (0-21)		9 (0-10)		5 (0-8)		3 (0-5)	
Kısmen görevim	212	16 (9-21)	1,74 <sup>k</sup>	9 (0-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	
Görevim değil	35	16 (0-21)	0,628	9 (3-10)	<b>0,007</b>	5 (0-8)	0,876	3 (0-4)	0,070
Fikrim yok	16	16 (8-20)		8 (3-10)		5 (0-8)		2 (0-4)	

<sup>u</sup>: Mann-Whitney U test; <sup>k</sup>: Kruskal Wallis-H Test. AH: Aile hekimi; ASÇ: Aile sağlığı çalışanı

**Tablo 4. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile RHİÖ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması**

N:636	RHİÖ		RHİÖ-1		RHİÖ-2		RHİÖ-3		
	n	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p
<b>Yaş grupları (yıl)</b>									
20-29	33	50 (21-76)		23 (6-34)		25 (9-42)		1 (0-10)	
30-39	191	50 (9-94)	3,39 <sup>k</sup>	21 (1-40)		25 (0-55)		2 (0-10)	
40-49	262	45 (3-105)	<b>0,007</b>	20 (1-40)	<b>0,004</b>	23 (0-55)	0,045	2 (0-10)	0,943
50-59	141	44 (0-89)		19 (0-38)		24 (0-52)		2 (0-10)	
60 ve üstü	9	62 (44-66)		24 (16-29)		33 (22-36)		2 (0-8)	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	442	48 (9-105)	3708 <sup>u</sup>	21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
Erkek	194	44 (0-89)	<b>0,004</b>	19 (0-37)	<b>&lt;0,001</b>	22 (0-55)	0,57	2 (0-10)	0,943
<b>Medeni durumu</b>									
Evlü	543	46 (3-99)	1,10 <sup>k</sup>	21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
Bekar	83	48 (0-105)	0,574	21 (0-40)	0,849	26 (0-55)	0,318	0 (0-10)	0,142
Diğer	10	49 (23-76)		21 (10-30)		24,5 (8-39)		2 (0-7)	
<b>Eğitim durumu</b>									
Lise	46	50 (9-93)		22 (1-40)		24 (7-53)		2 (0-9)	
Ön lisans	53	52 (10-105)	6,82 <sup>k</sup>	24 (2-40)	<b>0,012</b>	25 (0-55)	0,238	2 (0-10)	0,756
Lisans	515	46 (0-99)	0,075	23 (0-55)		23 (-55)		2 (0-10)	
Lisans üstü	22	54 (21-84)		22,5 (5-36)		26,5 (9-53)		2 (0-10)	
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>									
1-10	118	49 (7-84)		21 (1-35)		25 (3-55)		2 (0-10)	
11-20	256	48 (3-105)	2,29 <sup>k</sup>	21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
21-30	215	45 (9-90)	0,514	20 (2-40)	0,308	23 (0-51)	0,919	2 (0-10)	0,872
31-40	47	50 (0-86)		22 (0-38)		25 (0-47)		2 (0-10)	
<b>Ekonomik durumu</b>									
Gelir=Gider	292	44 (7-105)	9,17 <sup>k</sup>	20 (1-40)		23 (0-55)		2 (0-10)	
Gelir<Gider	244	48 (3-93)	<b>0,01</b>	21 (1-40)	<b>0,010</b>	24 (0-55)	<b>0,039</b>	2 (0-10)	0,848
Gelir>Gider	100	49 (0-94)		22 (0-37)		25 (0-53)		2 (0-10)	
<b>Aile tipi</b>									
Çekirdek aile	561	47 (7-105)		21 (1-40)		24 (0-55)		2 (0-10)	
Geniş aile	37	46 (3-81)	1,30 <sup>k</sup>	19 (1-40)		24 (0-43)		1 (0-10)	
Yalnız yaşayan	16	47,5 (21-84)	0,728	20,5 (5-29)	0,784	26,5 (13-52)	0,241	1 (0-10)	0,475
Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	47 (0-75)		20 (0-37)		26 (0-42)		1 (0-9)	
<b>Mesleği</b>									
ASÇ	366	50 (9-105)	4120 <sup>u</sup>	22 (1-40)		25 (0-55)		2 (0-10)	
AH	270	43 (0-90)	<b>0,001</b>	19 (0-37)	<b>&lt;0,001</b>	22 (0-55)	<b>0,009</b>	2 (0-10)	0,871
<b>Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu</b>									
Yaşadı	167	45 (0-81)	373 <sup>u</sup>	20 (0-35)		22 (0-55)		2 (0-10)	
Yaşamadı	469	47 (7-105)	0,378	21 (1-40)	0,320	24 (0-55)	0,121	2 (0-10)	0,306
<b>Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı</b>									
Var	131	46 (3-90)	3162 <sup>u</sup>	20 (1-38)		24 (0-55)		1 (0-10)	
Yok	505	47 (0-105)	0,437	21 (0-40)	0,087	24 (0-55)	0,959	2 (0-10)	0,291
<b>Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu</b>									
Aldım	218	44 (3-99)	4206 <sup>u</sup>	19 (1-40)		23 (0-53)		1 (0-10)	
Almadım	418	48 (0-105)	0,111	21 (0-40)	<b>0,018</b>	24 (0-55)	0,449	2 (0-10)	0,227
<b>Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı</b>									
Kesinlikle görevim	373	46 (3-105)		20 (1-40)		23 (0-55)		2 (0-10)	
Kısmen görevim	212	48 (22-80)	6,47 <sup>k</sup>	21 (1-40)		24 (0-53)		2 (0-10)	
Görevim değil	35	48,5 (9-99)	0,091	22 (6-35)	0,119	23 (12-53)	0,441	2 (0-9)	0,163
Fikrim yok	16	50 (0-81)		21,5 (0-40)		24 (0-42)		2 (0-10)	

<sup>u</sup>: Mann-Whitney U test; <sup>k</sup>: Kruskal Wallis-H Test. AH: Aile hekimi; ASÇ: Aile sağlığı çalışanı. RHİÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ-1: Tehlike; RHİÖ-2: İyileşmezlik ve Sosyal İşlev Bozukluğu; RHİÖ-3: Utanç)



**Tablo 5. Aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının bazı özellikleri ile RSTTÖ ve alt ölçek puanlarının karşılaştırılması**

N:636	RSTTÖ		RSTTÖ-1		RSTTÖ-2		RSTTÖ-3		
	n	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p	Ortanca (Min-Maks)	Test/p
<b>Yaş grupları (yıl)</b>									
20-29	33	48 (32-63)		21 (15-27)		22 (10-30)		6 (4-10)	
30-39	191	51 (31-75)	3,916 <sup>k</sup>	21 (12-32)		23 (10-40)		6 (3-10)	
40-49	262	51 (32-81)	0,418	21 (13-33)	0,345	23 (10-39)	0,527	7 (2-10)	0,117
50-59	141	51 (34-83)		22 (13-34)		23 (10-40)		7 (2-10)	
60 ve üstü	9	50 (41-63)		23 (17-27)		22 (13-30)		7 (4-10)	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	442	51 (31-83)	4226 <sup>u</sup>	21 (13-34)	0,489	23 (10-40)	0,549	6 (2-10)	<b>0,026</b>
Erkek	194	51 (33-75)	0,776	21 (12-33)		23 (11-40)		7 (2-10)	
<b>Medeni durumu</b>									
Evlü	543	51 (32-83)	3,639 <sup>k</sup>	22 (12-34)		23 (10-40)		7 (2-10)	
Bekar	83	49 (31-75)	0,162	20 (13-30)	<b>0,048</b>	23 (10-40)	0,513	6 (3-10)	0,115
Diğer	10	48 (39-63)		20 (15-27)		21 (16-30)		8 (4-9)	
<b>Eğitim durumu</b>									
Lise	46	50 (36-67)		21 (15-32)		22 (13-35)		6 (4-10)	
Ön lisans	53	52 (34-67)	1,181 <sup>k</sup>	21 (13-29)	0,749	24 (11-33)	0,621	6 (3-9)	0,248
Lisans	515	51 (31-83)	0,758	21 (12-34)		23 (10-40)		7 (2-10)	
Lisans üstü	22	49 (32-64)		21 (15-27)		22 (10-32)		7 (2-10)	
<b>Çalışma süresi (yıl)</b>									
1-10	118	50 (32-75)		2 (0-10)		22 (10-40)		7 (3-10)	
11-20	256	52 (31-75)	2,789 <sup>k</sup>	21 (13-33)		24 (11-36)		6 (2-10)	
21-30	215	51 (33-83)	0,425	21 (13-33)	0,567	23 (10-40)	0,198	7 (3-10)	0,093
31-40	47	51 (34-81)		22 (14-34)		22 (11-40)		7 (2-10)	
<b>Ekonomik durumu</b>									
Gelir=Gider	292	51 (33-83)	1,379 <sup>k</sup>	21 (14-33)		23 (11-40)		7 (2-10)	
Gelir<Gider	244	52 (31-83)	0,502	21 (13-33)	0,372	23 (10-40)	0,495	6 (3-10)	0,529
Gelir>Gider	100	51 (32-81)		22 (12-34)		23 (10-40)		7 (3-10)	
<b>Aile tipi</b>									
Çekirdek aile	561	51 (32-83)		21 (12-34)		23 (10-40)		6 (2-10)	
Geniş aile	37	52 (36-67)	2,785 <sup>k</sup>	22 (15-32)		24 (12-31)		7 (3-10)	
Yalnız yaşayan	16	48 (33-75)	0,426	20 (13-31)	0,176	21 (10-40)	0,530	7 (6-10)	0,594
Boşanmış (Tek ebeveyn)	22	50 (31-64)		20 (13-28)		24 (11-33)		7 (5-9)	
<b>Mesleği</b>									
ASÇ	366	51 (31-70)	49405 <sup>u</sup>	21 (13-32)		23 (10-38)		6 (2-10)	
AH	270	51 (33-83)	1,00	21 (12-34)	0,908	23 (10-40)	0,384	6 (2-10)	0,065
<b>Hayatının bir döneminde ruhsal sağlık sorunu yaşama durumu</b>									
Yaşadı	167	50 (32-83)	42346 <sup>u</sup>	21 (13-33)		22 (11-36)		7 (2-10)	
Yaşamadı	469	51 (31-81)	0,143	21 (12-34)	0,129	23 (10-40)	0,093	6 (2-10)	0,110
<b>Ruhsal sağlık sorunu olan bir tanıdık varlığı</b>									
Var	131	49 (31-83)	2805 <sup>u</sup>	21 (13-33)		21 (10-40)		6 (2-6)	
Yok	505	52 (32-81)	<b>0,007</b>	21 (12-34)	0,303	23 (10-40)	<b>&lt;0,001</b>	7 (2-10)	<b>0,012</b>
<b>Mezuniyet sonrası ruhsal hastalıklar hakkında eğitim alma durumu</b>									
Aldım	218	50 (32-83)	42346 <sup>u</sup>	21 (13-33)		22 (10-40)		6 (2-10)	
Almadım	418	51 (31-81)	0,143	21 (12-34)	0,399	23 (10-40)	<b>0,032</b>	7 (3-10)	<b>0,043</b>
<b>Ruh sağlığı hizmeti sunma konusundaki görev algısı</b>									
Kesinlikle görevim	373	50 (31-83)		21 (12-33)		22 (10-40)		6 (2-10)	
Kısmen görevim	212	52 (40-70)	7,475 <sup>k</sup>	22 (14-34)		24 (11-40)		6 (2-10)	
Görevim değil	35	52 (34-81)	0,058	21 (17-30)	0,075	25 (15-32)	<b>0,017</b>	6 (3-10)	<b>0,001</b>
Fikrim yok	16	50 (39-67)		21 (16-32)		23 (12-29)		7 (5-8)	

<sup>u</sup>: Mann-Whitney U test; <sup>k</sup>: Kruskal Wallis-H Test. AH: Aile hekimi; ASÇ: Aile sağlığı çalışanı. RSTTÖ: Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ-1: İyi niyet; RSTTÖ-2: Toplum ruh sağlığı ideolojisi; RSTTÖ-3: Korku)

**Tablo 6. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ölçek puanlarına ilişkin medyan, standart sapma ve korelasyon değerleri**

Değişkenler	Ortalama ± SS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RSOY (1)	16 ± 3,92	-											
RSOY-1 (2)	9 ± 2,07	,548**	-										
RSOY-2 (3)	5 ± 2,53	,812**	,134**	-									
RSOY-3 (4)	2 ± 1,39	,409**	,166**	0,071	-								
RHIÖ (5)	47 ± 15,41	0,02	0,021	0,022	-0,132*	-							
RHIÖ-1 (6)	21 ± 7,00	-,079*	0,031	-,094*	-0,007	,762**	-						
RHIÖ-2 (7)	24 ± 9,51	0,013	0,019	0,014	-0,039	,913**	,506**	-					
RHIÖ-3 (8)	2 ± 2,86	-,102*	-0,036	-,113**	-0,093*	,391**	0,029	,323**	-				
RSTTÖ (9)	51 ± 8,66	,204**	,204**	145*	0,021	,124*	0,04	,096*	,251**	-			
RSTTÖ-1 (10)	21 ± 3,90	,155**	,197**	,085*	0,021	0,027	-0,059	0,004	,282**	,825**	-		
RSTTÖ-2 (11)	23 ± 5,77	,195*	,178**	,161*	0,034	,160*	-,089	,131**	,222**	,919**	,586**	-	
RSTTÖ-3 (12)	7 ± 1,38	-0,017	-0,051	0,033	-0,043	0,017	0,013	0,012	,156**	-0,023	-0,073	-,134**	-

Spearman'a rho (\*\*p<0,01, \* P<0,05); SS: Standart sapma; RSOY: Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği (RSOY-1: Bilgi; RSOY-2: İnanç; RSOY-3: Kaynak); RHIÖ: Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ-1: Tehlike; RHIÖ-2: İyileşmezlik ve Sosyal İşlev Bozukluğu; RHIÖ-3: Utanç); RSTTÖ: Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (RSTTÖ-1: İyi niyet; RSTTÖ-2: Toplum ruh sağlığı ideolojisi; RSTTÖ-3: Korku)

## TARTIŞMA

Birinci basamak sağlık hizmeti sağlayıcısı AH ve AŞÇ'ler, ruhsal sağlık sorunlarını ilk gören, tanılayan ve yönlendiren sağlık personelidir. Araştırmada aile hekimliği birimlerinde görev yapan sağlık personelinin ortalamasının üzerinde ruh sağlığı okuryazarlığına, orta düzeyde ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz tutum ve inançları olduğu tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alma düzeyleri %34,3 olarak tespit edilmiştir. Eğitim alma oranı AH'lerde daha yüksekken, AŞÇ'lerin önemli bir bölümünün mezuniyet sonrası herhangi bir ruh sağlığı eğitimi almamış olduklarını belirlenmiştir. Bu durum, uygulamalarında ruh sağlığı sorunlarını etkili bir şekilde ele alma becerilerini etkileyebilecek olası bir eğitim eksikliğini işaret etmektedir. Katılımcıların %40,2'i 11-20 çalışma yılına sahiptir ve mezuniyetini üzerinde oldukça uzun bir zaman geçtiği görülmüştür. Ayrıca katılımcıların %26,3'ünün daha önce bir ruh sağlığı sorunu yaşamış olması dikkat çekicidir. Birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumu, sadece bireysel iyi oluşları için değil, aynı zamanda halk sağlığı için de kritik öneme sahiptir. Türkiye'nin ilk ve tek psikiyatrik epidemiyoloji çalışması olan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında, toplumda ruhsal hastalık prevalansı %17,2 olarak bildirilmiştir.<sup>[14]</sup> Çalışmalar arasındaki zaman farkı ve ruhsal hastalıkların başlangıç zamanı hakkındaki tartışmalar göz önüne alındığında, birinci basamak sağlık çalışanları arasındaki ruhsal hastalık prevalansının genel toplumdan önemli ölçüde farklı olmadığı düşünülebilir. Bununla birlikte, her dört sağlık çalışanından birinde bir ruhsal hastalık öyküsünün bulunması, sağlık hizmetlerinin kalitesini riske atabilecek bir durum olarak görünmektedir. Ayrıca, çalışmanın

bulgularına göre, ruh sağlığı sorunu yaşayan sağlık çalışanlarının %59,3'ü profesyonel bir sağlık hizmeti sağlayıcısından yardım alırken, diğerleri alternatif tedavi seçeneklerini araştırmıştır. Birinci basamak sağlık çalışanlarının alternatif tedavi seçeneklerine olan yüksek ilgisi, kişisel başa çıkma stratejilerini sık kullanmalarına veya ruh sağlığı hizmetlerine erişimde karşılaştıkları engellere atfedilebilir. Ancak, bu çalışma bu durumu değerlendirmemiştir. Gelecekte, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı durumu ve başa çıkma stratejileri üzerine daha kapsamlı çalışmalar yapılabilir.

Bu çalışmaya katılan birinci basamak sağlık çalışanlarının RSOY medyan değeri 16'dır. Ölçekteki en yüksek puanın 22 olduğu göz önüne alındığında, birinci basamak sağlık çalışanları RSOY düzeyinin ortalamasının üzerinde olduğu söylenebilir. Alt ölçeklerden elde edilen puanlar incelendiğinde, bilgi alt ölçeği puanlarının medyanının yüksek, inanç alt ölçeği puanlarının medyanının orta, kaynak alt ölçeği puanlarının medyanının ise düşük olduğu görülmektedir. Sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığına ilişkin araştırma bulguları literatürde farklılık göstermektedir. Örneğin, Güney Afrika ve Zambiya'da orta düzeyde, Kenya, Çin, İran ve Arap Yarımadası'nda düşük düzeyde ve Ürdün'de iyi düzeyde olduğu öne sürülmektedir.<sup>[15-20]</sup> Ülkeler arasındaki kültürel farklılıklar, sağlık sistemlerinin yapısındaki değişiklikler ve ruh sağlığı hizmetlerine erişimdeki çeşitlilik, sağlık profesyonellerinin ruh sağlığı konusundaki bilgi, tutum ve inançlarını etkileyebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığı düzeylerindeki farklılıklar, kültürel, yapısal ve eğitsel faktörlerin sonuçlarını yansıtabilir.<sup>[21]</sup> Çalışmada, birinci basamak sağlık çalışanları yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma süresi veya ekonomik durum

gibi tanımlayıcı özelliklerine göre RSOY puanlarında farklılık bulunmamıştır. AH ve ASÇ'lerin RSOY puanı karşılaştırıldığında, ASÇ'lerin toplam RSOY puanlarının yanı sıra ruh sağlığı okuryazarlığına dair bilgi ve kaynak alt ölçeklerinde de daha yüksek puanlara sahip oldukları görülmüştür. Bu durum, ASÇ'lerin topluluk üyeleriyle olan doğrudan etkileşimleri sayesinde ruh sağlığı konularında daha kapsamlı bir anlayış geliştirdiğini göstermektedir.<sup>[22]</sup>

Ruh sağlığı hastalıkları hakkındaki olumsuz inançlar, belirli demografik gruplar arasında daha yaygın bulunmuştur; bu gruplar arasında yaşlı bireyler, kadınlar, ASÇ'ler ve yüksek gelirli olanlar bulunmaktadır. Literatürde, daha yüksek sosyoekonomik statüye sahip bireylerin ruh sağlığı hastalıklarını daha çok kontrol edilebilir faktörlere bağlama eğiliminde oldukları ve bu durumun artan damgalama ile sonuçlandığı belirtilmektedir.<sup>[23]</sup> Ruh sağlığı sorunları olan bireylere yönelik damgalayıcı tutumların, özellikle yaşlı ve daha deneyimli doktorlar arasında, birinci basamak hekimler arasında yaygın olduğu belirtilmektedir.<sup>[24]</sup> Araştırmamızda AH'lerin olumsuz inanç düzeyi ASÇ'lerden daha düşük bulunmuştur. Bu demografik gruplar arasında ruh sağlığı konusundaki yanlış anlamaları ve damgalamayı ele almak için hedeflenmiş müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır. Ayrıca, bu durum, bu gruplar arasında ruh sağlığı eğitiminin güncellenmesi gerekliliği için bir gösterge olarak da değerlendirilebilir.

Araştırmamızda, kadınlar, ruh sağlığı sorunu olan yakın arkadaşları veya akrabaları olanlar, mezuniyet sonrası ruh sağlığı eğitimi alanlar ve ruh sağlığı hizmeti sunmayı görevleri arasında görenler ruh sağlığına karşı daha olumlu tutum sergilemiştir. Ancak literatürdeki birçok çalışma, doktorların ruh sağlığı hastalıklarına karşı diğer birinci basamak sağlık profesyonellerine kıyasla daha olumsuz tutumlar sergilediklerini ve damgalanmaya daha duyarlı olduklarını göstermektedir.<sup>[5,25,26]</sup> Diğer çalışmalardan farklı olarak, Katar'da sağlık profesyonelleri arasında yapılan kesitsel bir çalışmada, damgalayıcı davranışların doktorlara kıyasla hemşireler arasında daha yüksek olduğu görülmüştür.<sup>[27]</sup> Bir çalışmada, sağlık personelinin damgalayıcı inançları ile eğitim düzeyi bağlantılı bulunmuş; üniversite eğitimi olan katılımcıların iki yıllık diploma sertifikasına (önlisans eğitimi) sahip olanlara göre daha az damgalama tutumları sergilediği görülmüştür.<sup>[28]</sup> Nijerya'da sağlık profesyonelleri arasında yapılan bir çalışmada, kadın cinsiyet ve daha kısa mesleki deneyim süresi (5 yıl veya daha az) olanların ruh sağlığı sorunlarına karşı daha damgalayıcı tutumlar sergilediği bulunmuştur.<sup>[29]</sup>

Portekiz'de tıp öğrencileri ve profesyonelleri arasında yapılan bir çalışmada, daha yaşlı katılımcıların ruh sağlığı sorunu yaşayanlara karşı daha damgalayıcı tutumlar sergilediği, ruh sağlığı sorunu olan bir yakını olanların ise daha az damgalayıcı tutumlar sergilediği görülmüştür.<sup>[30]</sup>

RSOY ile RHİÖ arasında güçlü bir ilişki bulunmazken, toplam RSTTÖ ve RSTTÖ-1 arasında güçlü bir pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca, RSOY-3 ile RHİÖ-3 alt ölçeği arasında negatif korelasyon göstermiştir; bu da daha yüksek RSOY'a sahip bireylerin yardım aramaya daha eğilimli olduğunu ve ruh sağlığı sorunları hakkında daha az damgalayıcı inançlara sahip olduğunu göstermektedir. Bu bulgular, profesyonel ve toplum düzeyinde ruh sağlığına yönelik algıların şekillenmesinde eğitim ve farkındalığın merkezi rolünü vurgulamaktadır.

## SONUÇ

Bulgularımız, birinci basamak sağlık çalışanlarının ruh sağlığı okuryazarlığının ortalamasının üzerinde olduğu, olumsuz tutum ve inançlar konusunda ise daha derinlemesine araştırmalar yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Gelecekteki araştırmalar, inançlar ve tutumlarda zaman içinde meydana gelen değişiklikleri izleyen uzunlamasına çalışmalar, eğitim girişimlerinin ve politika müdahalelerinin etkisi hakkında değerli bilgiler sağlayabilir. Ayrıca, birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşadığı deneyimlere ve ruh sağlığı hastalarıyla olan etkileşimlerine ilişkin nitel araştırmalar, klinik uygulamalarda tutum ve davranışları etkileyen faktörleri daha derinlemesine anlamamıza olanak tanıyabilir.

## Sınırlılıklar

Bu çalışmanın çeşitli sınırlılıkları bulunmaktadır. Çalışma gönüllü bir grupta gerçekleştirilmiş olup, gönüllülerin olumlu katkısı damgalama ile ilgili sonuçları etkileyebilir. Çalışma tek bir ilde gerçekleştirildiğinden genellenebilirliği sınırlıdır. Çalışma boyunca belirtildiği gibi kültürel, eğitsel ve sistem farklılıkları sonuçları etkileyebilir. Değerlendirmeler üç ölçek üzerinden yapılmış olup, farklı ölçeklerde farklı sonuçlar ortaya çıkabilir.

**Etik Kurul Onayı:** Erciyes Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (06.10.2021 - 2021/643).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bu çalışma Türkiye Bilimsel Araştırmalar Kurumu (No: 122G055) tarafından desteklenmiştir.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Erciyes University Clinical Research Ethics Committee (06.10.2021 - 2021/643).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** This study was supported by the Scientific Research Council of Türkiye (No: 122G055).

## KAYNAKÇA

- GBD 2019 Mental Disorders Collaborators . Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(2):137-50.
- World Health Organization (WHO). World mental health report: Transforming mental health for all. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338> adresinden 18/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553-98.
- T.C. Resmi Gazete. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013, Sayı: 28539. <https://www.mevzuat.gov.tr/> adresinden 16/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
- Mittal D, Corrigan P, Sherman MD, et al. Healthcare providers' attitudes toward persons with schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J*. 2014;37(4):297-303.
- World Health Organization (WHO). Prevention of mental disorders: Effective interventions and policy options: Summary report. <https://www.who.int/publications/i/item/924159215X> adresinden 16/12/2023 tarihinde erişilmiştir.
- Jung H, von Sternberg K, Davis K. Expanding a measure of mental health literacy: Development and validation of a multicomponent mental health literacy measure. *Psychiatry Res*. 2016;243:278-86.
- Göktaş S, Işıklı B, Önsüz MF, Yenilmez Ç, Metintaş S. Ruh Sağlığı Okuryazarlığı Ölçeği'nin (Rsoy Ölçeği) Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi. *Konuralp Medical Journal*. 2019;11(3):424-31.
- Hirai M, Clum GA. Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2000;22:221-36.
- Bilge A, Çam MO. Validity and reliability of beliefs towards Mental Illness Scale. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(2):91-6.
- Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophr Bull*. 1981;7(2):225-40.
- Bağ B, Ekinci M. Examining of Scale of the Community Attitudes towards the mentally ill in Turkish sample. *Electronic Journal of Social Sciences*. 2006;5(15):63-83.
- Bayram N. Yapısal eşitlik modellemesine giriş: Amos uygulamaları. Ankara: Ezgi Kitabevi; 2010:30-57.
- Kılıç C. Erişkinlerle ilgili sonuçlar. Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Ana rapor. Erol N, Kılıç C, Ulusoy M, Keçeci M, Şimşek Z, editors. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 1998.
- Hao Y, Wu Q, Luo X, et al. Mental Health Literacy of Non-mental Health Nurses: A Mental Health Survey in Four General Hospitals in Hunan Province, China. *Front Psychiatry*. 2020;11:507969.
- Elyamani R, Hammoud H. Mental Health Literacy of Healthcare Providers in Arab Gulf Countries: A Systematic Review. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:2150132720972271.
- Dalky HF, Abu-Hassan HH, Dalky AF, Al-Delaimy W. Assessment of Mental Health Stigma Components of Mental Health Knowledge, Attitudes and Behaviors Among Jordanian Healthcare Providers. *Community Ment Health J*. 2020;56(3):524-31.
- Guo S, Xiong J, Liu F, Su Y. Mental Health Literacy Levels of Medical Staff in China: An Assessment Based on a Meta-Analysis. *Front Psychiatry*. 2021;12:683832.
- Marangu E, Mansouri F, Sands N, et al. Assessing mental health literacy of primary health care workers in Kenya: A cross-sectional survey. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):55.
- Korhonen J, Axelin A, Stein DJ, et al. Mental health literacy among primary healthcare workers in South Africa and Zambia. *Brain Behav*. 2022;12(12):e2807.
- Gopalkrishnan N. Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Front Public Health*. 2018;6:179.
- Öztaş B, Aydoğan A. Assessment of mental health literacy of health professionals. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2021;12(3):198-204.
- Kotera Y, Jackson JE, Kirkman A, et al. Comparing the Mental Health of Healthcare Students: Mental Health Shame and Self-compassion in Counselling, Occupational Therapy, Nursing and Social Work Students. *Int J Ment Health Addict*. 2024;22:2787-804.
- Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari JD. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *Int J Psychiatry Med*. 2018;53(4):317-38.
- Lam TP, Lam KF, Lam EW, Ku YS. Attitudes of primary care physicians towards patients with mental illness in Hong Kong. *Asia Pac Psychiatry*. 2013;5(1):E19-28.
- Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res*. 2014;218(1-2):35-8.
- Ghuloum S, Mahfoud ZR, Al-Amin H, Marji T, Kehyayan V. Healthcare Professionals' Attitudes Toward Patients With Mental Illness: A Cross-Sectional Study in Qatar. *Front Psychiatry*. 2022;13:884947.
- Koutra K, Mavroeides G, Triliva S. Mental Health Professionals' Attitudes Towards People with Severe Mental Illness: Are they Related to Professional Quality of Life? *Community Ment Health J*. 2022;58(4):701-12.
- Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwe CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiop J Health Sci*. 2018;28(4):483-94.
- Oliveira AM, Machado D, Fonseca JB, et al. Stigmatizing Attitudes Toward Patients With Psychiatric Disorders Among Medical Students and Professionals. *Front Psychiatry*. 2020;11:326.

# Tıpta Uzmanlık Öğrencilerinin Örgütsel Sessizlik ve Örgütsel Muhalefet Tutumlarının İncelenmesi

## Investigation of Organizational Silence and Organizational Dissent Attitudes of Medical Residents

Sedat Bıçakçı<sup>✉</sup>, Merthan Tunay<sup>✉</sup>

**Atf/Cite as:** Bıçakçı S, Tunay M. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin örgütsel sessizlik ve örgütsel muhalefet tutumlarının incelenmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):133-140.

### ÖZ

**Amaç:** Çalışanların, kurumları ile alakalı konularda iyileştirme ve geliştirmeye yönelik bilgi ve görüşlerini bilerek ve isteyerek kendinde saklı tutması, örgütsel sessizlik olarak tanımlanırken, mevcut yönetim anlayışı ile bağdaşmayan düşüncelerini ve farklı görüşlerini ifade etmesi örgütsel muhalefet olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamız bu iki kavram çerçevesinde, uzmanlık öğrencilerinin örgütsel sessizlik ve muhalefet düzeylerini belirlemek, eğitim ve çalışma ortamlarının daha sağlıklı hale getirilmesi için çıkarımlar sağlamak amacıyla tasarlanmıştır.

**Yöntem:** Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Şubat-Mart 2023 tarihleri arasında yürütülen araştırmanın evrenini aynı hastanede görevli 634 tıpta uzmanlık öğrencisi oluşturdu. Epi-Info istatistik programı ile örneklem büyüklüğü 239 kişi olarak hesaplandı. 245 tıpta uzmanlık öğrencisi katılımı ile gerçekleştirildi. Veri toplama formunda, 34 sorudan oluşan sosyodemografik özellikleri ile 15 sorudan oluşan Örgütsel Sessizlik Ölçeği (ÖSÖ) ve 17 sorudan oluşan Örgütsel Muhalefet Ölçeği (ÖMÖ) mevcuttu. Katılımcılara veri toplama formu online olarak iletildi. IBM SPSS Statistics sürüm 24 paket program ile istatistiksel değerlendirme yapılırken,  $p < 0,05$  anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Araştırmaya katılanların hekimlerin yaşları ortalaması  $30,20 \pm 4,57$  yıl iken, %52,2'si erkek, %53,1'i evli, %32,2'si çocuk sahibidir. Katılımcıların %22'si cerrahi branşlarda görevli iken %50,6'sı asistanlık eğitiminde ilk 2 yılda, %64,9'u ise 4 yıl ve daha fazla mesleki kıdeme sahiptir. Haftalık çalışma süresinin 40 saat ve üzeri olduğunu beyan edenlerin oranı %84,9'dur. Katılımcıların ÖMÖ puan ortalaması  $3,28 \pm 0,65$ , ÖSÖ puan ortalaması ise  $2,97 \pm 0,65$  olarak saptanmıştır. Katılımcıların her iki ölçek alt boyutlarında sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel anlamlı farklılıkları bulunmuştur.

**Sonuç:** Uzmanlık öğrencilerinin düşük hiyerarşik pozisyonları ve geçici statüleri nedeniyle düşüncelerini ifade etmekte isteksiz oldukları gözlemlenmiştir. Çalışma süresi, gelir durumu, mesleki ilişkileri gibi faktörlerin örgütsel sessizlik ve muhalefet üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Uzmanlık öğrencilerinin sessizlik ve muhalefet kavramları hakkında bilgi düzeylerinin artırılması organizasyonel süreçlere katılımlarını artırarak sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltebilir.

**Anahtar kelimeler:** Örgütsel sessizlik, Örgütsel muhalefet, Tıpta uzmanlık öğrencisi

### ABSTRACT

**Objective:** The fact that employees knowingly and willingly keep their information and opinions for improvement and development on issues related to their institutions hidden in themselves is defined as organizational silence, while expressing their thoughts and different opinions that are incompatible with the current management understanding is defined as organizational dissent. Within the scope of these two concepts, our study was designed to determine the levels of organizational silence and dissent of residents and to provide inferences for making education and working environments healthier.

**Methods:** The population of the study, which was conducted in Adana City Education and Research Hospital between February and March 2023, consisted of 634 medical residents working in the same hospital. The sample size was calculated as 239 people with Epi-Info statistical programme. 245 medical residents participated in the study. The data collection form included sociodemographic characteristics consisting of 34 questions, Organisational Silence Scale (OSO) consisting of 15 questions and Organisational Dissent Scale (OMO) consisting of 17 questions. The data collection form was sent to the participants online. Statistical evaluation was performed with IBM SPSS Statistics version 24 package programme and  $p < 0.05$  was considered significant.

**Results:** The mean age of the residents who participated in the study was  $30.20 \pm 4.57$  years, 52.2% were male, 53.1% were married, and 32.2% had children. While 22% of the participants were working in surgical branches, 50.6% had a professional experience in the first 2 years of residency and 64.9% had a professional experience of 4 years or more. The rate of those who declared that their weekly

Received/Geliş: 18.07.2024

Accepted/Kabul: 19.11.2024

Publication date: 27.12.2024

Corresponding Author:

S. Bıçakçı

ORCID: 0009-0002-8363-2224

Dörtüyl Devlet Hastanesi,

Hatay, Türkiye

✉ se.bicakci@gmail.com

M. Tunay

ORCID: 0000-0003-2838-5531

Adana Şehir Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Adana, Türkiye

working hours were 40 hours or more was 84.9%. The mean score of the participants was found to be 3.28±0.65 on the OMO and 2.97±0.65 on the OSO.

**Conclusion:** It was observed that medical residents were reluctant to express their thoughts due to their low hierarchical position and temporary status. Factors such as working time, income status, colleague relations were found to be effective on organizational silence and dissent. Increasing the level of knowledge of residents about the concepts of silence and dissent may increase their participation in organizational processes and improve the quality of health services.

**Keywords:** Organizational silence, Organizational dissent, Medical residents

## GİRİŞ

Ülkemizde tıpta uzmanlık eğitimi teorikte bir eğitim süreci gibi görünse de aktif çalışılan ve üretilen, disiplinler arası farklılıkları ve düzenlemeleri olan bir süreçtir. Usta-çırak ilişkisi ve katı hiyerarşik düzen çoğu zaman olağan kabul edilir ve olası sorunlar, baskı, mobbing, adaletsiz çalışma koşulları görmezden gelinir. Olası muhalif tavrın veya tepki göstermenin eğitim hakkının kısıtlanmasına yol açabileceği korkusu çoğu zaman sessizliğe yol açarken sorunların şiddetli hale gelmesi genelde istifa ile sonuçlanır. Her yıl ülkemizde pek çok uzmanlık eğitimi alan hekim benzer gerekçelerle görevinden istifa etmektedir.

Sessizlik, çalışanların kurum içerisindeki sorunlara dair görüş ve endişelerini amirlerinden olumsuz dönüş alacakları korkusu veya görüşlerinin dikkate alınmayacağı düşüncesiyle gizlemeleri olarak tanımlanmıştır.<sup>[1]</sup> Çalışanlar, bir sorunu açıkça ifade etmekten ötürü karşılaşacakları olumsuz durumlar, daha önce yaşanmış benzer vakalarda kötü deneyimler, düşük kıdeme sahip olma ve tecrübe eksikliği gibi sebeplerden ötürü iş alanı ile ilgili problemler için görüşlerini paylaşmaktan imtina etmektedirler.<sup>[2]</sup>

Çalışanların, iş alanlarında mevcut yönetim anlayışı ile bağdaşmayan düşüncelerini ve farklı görüşlerini ifade etmesi ise örgütsel muhalefet olarak tanımlanmaktadır.<sup>[3]</sup> İşyeri içerisinde muhalefetin ortaya çıkmasına, yöneticilerin çalışanlara yönelik uygunsuz davranış biçimlerini ve negatif tutumunu sebep göstermiş; bu olumsuz halleri yıldırma, gözdağı verme, baskı kurma yoluyla silikleştirme, haysiyete ve saygınlığa zarar verme, kişisel yakınlığa bağlı olarak birilerini kayırma şeklinde örneklendirmiştir.<sup>[4]</sup> Yöneticiler tarafından muhalefetin hoş karşılanmadığı işyerlerinde, muhalif görüş ve tutumlarından ötürü çalışanlara gözdağı verildiği, çalışanların çeşitli şekillerde cezalandırıldığı veya iş yüklerinin bilinçli şekilde artırıldığı gözlemlenmektedir.

Çalışanlarının iş alanı ile ilgili karar süreçlerine katılımını sağlayabilen, kurumunda güven ortamı oluşturarak çalışanlarının fikir, bilgi ve tecrübelerinden faydalanabilen, çalışanlarının karşılaştıkları sorunlar karşısında geliştirdikleri tutumları doğru okuyabilen ve bunlara uygun çözümler sunabilen yöneticilerin problem çözümünde ve organizasyonel hedeflere ulaşmakta olumlu sonuçlar alacağı öngörülebilir.

Kurumların topluma sunduğu hizmetin kalitesi, ellerindeki insan kaynağı ile doğrudan ilişkilidir. Sağlık kurumlarının sunduğu hizmetin nitelikli olması, belli standartları yakalayabilmesi, bünyesinde çalışan personelin performansına ve istenen verimlilikte çalışmasına bağlıdır. Buradan hareketle sağlık çalışanlarının davranışlarının, çalıştıkları kurumun kolektif performansının temelini oluşturduğu söylenebilir.<sup>[5]</sup> Sağlık kurumları farklı eğitim, tecrübe, bilgi ve yeteneğe sahip; görev tanımları, yetki ve sorumlulukları birbirinden farklı olan çeşitli meslek gruplarından birçok insanın bir arada çalışıyor olmasından ötürü yönetimi güç işletmelerdir. Aile hekimleri de benzer şekilde ekip lideri ve sağlık kurumu işletme rolleri ile gelecekte mevcut kurum içi dinamikleri yönetecek, aynı zamanda diğer sağlık sunucuları, sağlık politikaları düzenleyicileri ve yerel idarecilerle temas halinde bulunmak zorunda kalacaktır. Çalışmamız hali hazırda bir kurumun mensubu olarak hem eğitim gören hem de çalışan uzmanlık öğrencilerinde örgütsel sessizlik ve örgütsel muhalefet boyutlarını araştırmak amacıyla tasarlanmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Çalışma modeli

Çalışmamız kesitsel tipte olup 01.02.2023 ile 31.03.2023 tarihleri arasında, Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 245 tıpta uzmanlık öğrencisi ile gerçekleştirildi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 12.01.2023 tarihli ve 2359 sayılı onayı alındı.

### Çalışmanın evreni ve örnekleme

Araştırmanın evrenini Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan 634 tıpta uzmanlık öğrencisi oluşturmaktaydı. Epi-İnfo istatistik programı ile yapılan hesaplamada %80 güç, %95 güven aralığı ve %5 hata payı ile örneklem büyüklüğü 239 kişi olarak hesaplandı. Katılmayı kabul eden ve onam formunu dolduran tıpta uzmanlık öğrencileri çalışmaya dahil edilirken, katılmayı kabul etmeyen veya daha sonra onam vermekten vazgeçen katılımcılar çalışma kapsamı dışında bırakıldı.

### Verilerin toplanması

Araştırmada kullanılan veri toplama formunda, 34 sorudan oluşan sosyodemografik özellikler, özgeçmiş ve yaşam tarzına dair sorular, çalışma koşullarına, aile ve sosyal yaşantıya dair sorular bulunmaktaydı. Formun devamında çalışmaya alınan bireylere 15 sorudan oluşan Örgütsel Sessizlik Ölçeği ve 17 sorudan oluşan Örgütsel Muhalefet Ölçeği soruları beşli likert tarzında soruldu ve katılımcıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanlarla ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. E-mail yoluyla iletilen veri toplama formu katılımcılar tarafından online olarak dolduruldu.

Örgütsel Sessizlik Ölçeği, 2012 yılında Knoll ve Dick<sup>[6]</sup> tarafından geliştirilmiş; 2019 yılında Selin Çavuşoğlu ve Sevinç Köse<sup>[7]</sup> tarafından Türkçe güvenilirlik ve geçerlilik çalışması yapılmıştır. Kabullenici ve pasif sessizlik, fırsatçı sessizlik, örgüt yararına sessizlik olmak üzere 3 faktör değerlendirilmektedir.

Örgütsel Muhalefet Ölçeği 1998 yılında Kassing<sup>[8]</sup> tarafından geliştirilmiş; 2018 yılında Türkçe uyarlaması Ergün ve Çelik<sup>[9]</sup> tarafından yapılmıştır. Ölçek 17 madde ve 3 alt boyuttan oluşmakta olup; bunlar yatay muhalefet alt boyutu, dikey muhalefet alt boyutu ve dışa aktarılmış muhalefet alt boyutu şeklindedir.

### Verilerin analizi

Elde edilen verileri analiz etmek için IBM SPSS Statistics sürüm 24 kullanıldı. Katılımcılara ait sosyo-demografik özellik verileri, özgeçmiş ve yaşam tarzına ait verileri, çalışma koşullarına ait verileri, aile ve sosyal yaşantı verileri ve katılımcıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldıkları puanları ile ilgili tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama, standart sapma, medyan, frekans, oran, minimum, maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren

parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student's t-testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Sayısal verilerin ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda normal dağılım göstermeyenlerde Kruskal Wallis testi kullanıldı. Kategorik veriler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Sayısal veriler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesinde Spearman's korelasyon analizi kullanıldı. P değeri <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### BULGULAR

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması 30,20±4,57 yıldır. Araştırma grubundakilerin %9,8'inin fiziksel bir hastalığı, %9,4'ünün ruhsal bir hastalığı, %17,1'inin sürekli kullandığı bir ilacı bulunmaktadır. Katılımcıların %22'si sigara ve %31,8'i alkol kullanmaktadır. (Tablo 1) Araştırma grubundakilerin %40,8'i aile hekimi bölümünde, %13,1'i acil tıp bölümünde uzmanlık öğrencisi olarak görev yapmaktadır. Katılımcıların %31,8'i uzmanlık eğitiminde 1.yılında %30,2'si 3.yılında, %40,0'i meslekte 4-6. yılında; %27,8'i 2-3. yılındadır. Uzmanlık öğrencilerinin %38,8'i poliklinikte, %15,1'i acil serviste çalışmaktadır. Araştırma grubundakilerin %35,5'inin haftalık çalışma süresi 40-50 saat arasındadır. Uzmanlık öğrencilerinin %33,1'i çalıştığı alanın fiziksel koşullarını (dinlenme olanakları, temizlik, ekipman vb.) orta düzeyde yeterli bulduğunu, %58,0'i çalıştığı alanda hekimlerle ilişkilerini iyi olarak tanımladığını, %55,5'i çalıştığı alanda hekim dışı personelle ilişkileri iyi olarak tanımladığını ve %48,6'sı hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerini iyi olarak tanımladığını belirtmiştir. Araştırmaya katılan uzmanlık öğrencilerinin %80,0'i mesleğini isteyerek seçtiğini, %46,1'i kişilik yapısının, mesleğine uygun olduğunu düşündüğünü, %42,4'ü sendika ve/veya dernek üyeliği olduğunu, %15,1'i daha önce disiplin incelemesi/soruşturması geçirdiğini ve %6,5'i daha önce disiplin cezası aldığını belirtmiştir. Katılımcıların sosyodemografik bulguları ile yapılan gruplandırma ile sessizlik, muhalefet tutumları arasındaki istatistiksel ilişki Tablo 1'de özetlenmiştir. Araştırma grubundakilerin %55,9'u aile fertleri ile olan ilişkilerini, %60,8'i sosyal çevresi ile olan ilişkilerini iyi olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte asistan hekimlerin %46,1'i sosyalleşmek amaçlı dışarı çıkma sıklığını, %36,7'si hobilerine vakit ayırma sıklığını orta derecede değerlendirirken %40,4'ü yaşantısını oldukça stresli olarak değerlendirmektedir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri**

		n (%)	Örgütsel Sessizlik		Örgütsel Muhalefet	
			X±ss	p	X±ss	p
Cinsiyet	Kadın	117 (47,8)	3,01±0,64	0,326	3,29±0,46	0,651
	Erkek	128 (52,2)	2,93±0,66		3,27±0,45	
Medeni durumunuz nedir?	Bekar	109 (44,5)	2,96±0,64	0,763	3,23±0,45	0,122
	Boşanmış/Ayrı	6 (2,4)				
	Evli	130 (53,1)	2,98±0,65		3,32±0,46	
Çocuğunuz var mı?	Evet	79 (32,2)	2,98±0,65	0,789	3,30±0,46	0,548
	Hayır	166 (67,8)	2,96±0,65		3,27±0,46	
Bakmakla yükümlü olduğunuz başka kişi/kişiler var mı?	Evet	60 (24,5)	3,06±0,64	0,200	3,27±0,46	0,807
	Hayır	185 (75,5)	2,94±0,65		3,28±0,46	
İçinde bulunduğunuz aile tipi nedir?	Çekirdek aile	187 (76,3)	2,96±0,65	0,948	3,29±0,45	0,456
	Geniş Aile	16 (6,5)	2,99±0,71			
	Tek başına yaşıyor	42 (17,1)	2,99±0,64		3,27±0,47	
Gelir durumunuzu nasıl değerlendirirsiniz?	Hiç yeterli değil	18 (7,3)	2,99±0,65	0,314	3,32±0,44	0,866
	Az yeterli	47 (19,2)	3,00±0,69			
	Orta düzeyde yeterli	115 (46,9)	3,00±0,63			
	Yeterli	53 (21,6)	2,82±0,63			
	Gayet yeterli	12 (4,9)	3,20±0,73		3,17±0,56	
Fiziksel bir hastalığınız var mı?	Evet	24 (9,8)	2,91±0,67	0,632	3,31±0,51	0,752
	Hayır	221 (90,2)	2,98±0,65		3,28±0,45	
Ruhsal bir hastalığınız var mı?	Evet	23 (9,4)	3,14±0,66	0,192	3,27±0,55	0,960
	Hayır	222 (90,6)	2,95±0,65		3,28±0,45	
Sürekli kullandığınız bir ilaç var mı?	Evet	42 (17,1)	2,95±0,62	0,845	3,36±0,53	0,293
	Hayır	203 (82,9)	2,97±0,66		3,26±0,44	
Sigara kullanıyor musunuz?	Evet	54 (22,0)	2,97±0,68	0,945	3,28±0,50	0,944
	Hayır	(78,0)	2,97±0,64		3,28±0,45	
Alkol kullanıyor musunuz?	Evet	78 (31,8)	3,05±0,67	0,165	3,29±0,50	0,846
	Hayır	167 (68,2)	2,93±0,64		3,27±0,44	
Sağlıklı beslenmeye ne kadar dikkat edersiniz?	Hiç	16 (6,5)	3,10±0,77	0,877	3,32±0,46	0,329
	Biraz	73 (29,8)	2,96±0,60			
	Orta derecede	113 (46,1)	2,95±0,67			
	Oldukça	40 (16,3)	2,98±0,64			
	Çok	3 (1,2)				
Çalıştığınız alanda hekimlerle ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?	Çok kötü	3 (1,2)	2,99±0,90	0,002	3,26±0,77	0,367
	Kötü	8 (3,3)				
	Orta	67 (27,3)	2,86±0,88			
	İyi	142 (58,0)	3,00±0,90			
	Çok iyi	25 (10,2)	3,24±0,54		3,17±0,55	
Çalıştığınız alanda hekim dışı personelle ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?	Çok kötü	1 (0,4)	3,01±0,82	0,405	3,14±0,47	0,755
	Kötü	8 (3,3)				
	Orta	82 (33,5)	3,04±0,68			
	İyi	136 (55,5)	2,91±0,61			
	Çok iyi	18 (7,3)	3,10±0,72		3,24±0,52	
Hasta ve hasta yakınları ile olan ilişkilerinizi nasıl tanımlarsınız?	Çok kötü	3 (1,2)	3,15±0,57	0,023	3,52±0,55	0,213
	Kötü	10 (4,1)				
	Orta	101 (41,2)	3,08±0,66			
	İyi	119 (48,6)	2,84±0,64			
	Çok iyi	12 (4,9)	3,11±0,49		3,26±0,48	

X: Ortalama değer, ss: Standart sapma.

Katılımcıların örgütsel muhalefet puanları, örgütsel sessizlik puanlarından daha yüksek olarak bulunmuştur (Tablo 2). Katılımcılarda Örgütsel sessizlik ve örgütsel muhalefet arasındaki ilişki Tablo 3'te açıklanmıştır. Dışa aktarılmış muhalefet ve dikey muhalefet biçimleri cinsiyete göre farklılık göstermekte olup

dışa aktarılmış muhalefet kadınlarda, dikey muhalefet ise erkeklerde daha fazla görülmektedir. Fırsatçı sessizlik, gelir durumuna göre farklılık göstermekte olup, gelirlerini gayet yeterli bulan katılımcılarda daha fazla görülmektedir. Meslekte çalışma süresine göre muhalefet etme biçimleri farklılık göstermektedir. Dışa



**Tablo 2. Ölçek puanlarının tanımlayıcı istatistikleri**

	n	Minimum	Maksimum	X	ss
Kabullenici ve Pasif Sessizlik		1,10	5,00	3,16	0,78
Fırsatçı Sessizlik		1,00	5,00	2,31	0,76
Örgüt Yararına Sessizlik		1,00	5,00	3,00	0,90
Örgütsel Sessizlik	245	1,20	4,60	2,97	0,65
Yatay Muhalefet		2,33	5,00	3,33	0,56
Dışa Aktarılmış Muhalefet		1,00	5,00	3,26	0,77
Dikey Muhalefet		1,67	5,00	3,24	0,61
Örgütsel Muhalefet		2,06	4,76	3,28	0,46

X: Ortalama değer, ss: Standart sapma.

**Tablo 3. Örgütsel sessizlik ve örgütsel muhalefet ölçeklerinin korelasyon analizi**

		Kabullenici ve Pasif Sessizlik	Fırsatçı Sessizlik	Örgüt Yararına Sessizlik	Örgütsel Sessizlik	Yatay Muhalefet	Dışa Aktarılmış Muhalefet	Dikey Muhalefet	Örgütsel Muhalefet
Kabullenici ve Pasif Sessizlik	r	1	0,302**	0,466**	0,953**	-0,109	-0,014	-0,525**	-0,303**
	p		<0,001	<0,001	<0,001	0,089	0,829	<0,001	<0,001
Fırsatçı Sessizlik	r		1	0,310**	0,533**	-0,154*	-0,105	-0,173**	-0,201**
	p			<0,001	<0,001	0,016	0,101	0,007	0,002
Örgüt Yararına Sessizlik	r			1	0,628**	-0,039	-0,206**	-0,201**	-0,215**
	p				<0,001	0,539	0,001	0,002	0,001
Örgütsel Sessizlik	r				1	-0,130*	-0,074	-0,496**	-0,328**
	p					0,042	0,249	<0,001	<0,001
Yatay Muhalefet	r					1	0,297**	0,467**	0,800**
	p						<0,001	<0,001	<0,001
Dışa Aktarılmış Muhalefet	r						1	0,051	0,650**
	p							0,427	<0,001
Dikey Muhalefet	r							1	0,700**
	p								<0,001
Örgütsel Muhalefet	r								1
	p								

aktarılmış muhalefet meslekte çalışma süresi 2-3 yıl olanlarda, dikey muhalefet meslekte çalışma süresi 10 yıl ve üzeri olanlarda daha fazla tercih edilmektedir. Örgütsel sessizlik ve fırsatçı sessizlik, yüksek çalışma saatlerine sahip çalışanlarda daha fazla görülmektedir. Kabullenici ve pasif sessizlik, fırsatçı sessizlik ve örgütsel sessizlik, çalışma ortamında diğer hekimlerle ilişkisi kötü olan tıpta uzmanlık öğrencilerinde daha fazla görülmektedir. Örgütsel sessizlik puanları ile kabullenici ve pasif sessizlik puanları; hasta ve hasta yakınları ile olan ilişki düzeyleri kötü olan tıpta uzmanlık öğrencilerinde en yüksektir. Dikey muhalefet biçimi, kişiliğinin mesleğine çok uygun olduğunu düşünen katılımcılarda daha fazla tercih edilmektedir. Kabullenici ve pasif sessizlik puanları, sendika/dernek üyeliği olmayan katılımcılarda; dikey ve yatay muhalefet puanları ise sendika/dernek üyeliği olan katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. Örgütsel sessizlik ile kabullenici ve pasif sessizlik puanları sosyal çevresi ile ilişkisi kötü olanlarda en yüksektir. Örgütsel muhalefet, dikey muhalefet ve yatay muhalefet puanları; sosyal çevresi ile ilişkisi çok iyi olanlarda en yüksektir. Kabullenici ve pasif sessizlik, örgüt yararına sessizlik ve örgütsel sessizlik

puanları, sosyalleşme amaçlı dışarı çıkma sıklığı düşük olanlarda en yüksektir. Örgütsel sessizlik ile kabullenici ve pasif sessizlik puanları yaşantısında stres derecesi çok olanlarda en yüksektir. Dışa aktarılmış muhalefet puanları, yaşantısında stres derecesi 'orta düzeyde' olanlarda en yüksektir. Örgütsel muhalefet puanları, yaşantısında stres derecesi 'oldukça' olanlarda en yüksektir.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda uzmanlık öğrencilerinin %80,0'i mesleğini isteyerek seçtiğini, %46,1'i kişilik yapısının, mesleğine uygun olduğunu düşündüğünü, %15,1'i daha önce disiplin incelemesi/soruşturması geçirdiğini belirtmiştir. Bununla birlikte asistan hekimlerin %40,4'ü yaşantısını oldukça stresli olarak değerlendirmektedir. Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni güncel verilerine göre Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurumları ve üniversite hastanelerinde aktif olarak çalışan toplam hekim sayısı 146.940'tır. Bu hekimlerin 37.017 tanesi tıpta uzmanlık öğrencisidir.<sup>[10]</sup> Uzmanlık eğitimlerini sürdürürken öte yandan topluma sağlık hizmeti

sunmakta olan bu grup; çalışan toplam hekim sayısı içerisindeki oranları ve yüksek çalışma saatleriyle sağlık sistemi içerisinde önemli bir yere sahiptir. Ülkemizde çeşitli sebeplerden ötürü sağlık kurumlarından istifa etmiş olan veya ülkeden ayrılan hekimlerin varlığı bilinen bir gerçektir. Sağlık Bakanlığı, 2020-2022 arasında kamu kurumlarından istifa etmiş hekim sayısını 13.557 olarak açıklamıştır.<sup>[11]</sup> Türk Tabipleri Birliği de bu yıllarda yurtdışına gitmek için kendilerinden “İyi Hal Belgesi” alanların sayısını 5021 olarak bildirmiştir.<sup>[12]</sup> Hekimleri istifa veya göç etmeye iten, verimliliklerini azaltan, örgütlerine olan bağlılık düzeylerini düşüren problemlerin araştırılması ve alınabilecek önlemlerin tespiti ülkemiz geleceği için önemlidir.

Çalışmamızda tıpta uzmanlık öğrencilerinin örgütsel sessizlik puan ortalamasının (2,97±0,65) orta düzeyde olduğu görülmektedir. Örgütsel sessizlik üzerine sağlık çalışanları ile yapılmış araştırmalardan örgütsel sessizlik (genel) düzeyleri açısından çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir.<sup>[13-16]</sup> Yalçın ve Baykal ile Özkan ve ark.’nın araştırmalarında ise örgütsel sessizlik (genel) düzeyleri düşük bulunmuştur.<sup>[17,18]</sup>

Çalışma bulgularımızda kabullenici ve pasif sessizlik puan ortalamalarının diğer alt boyut puanlarından daha yüksek olması, kurumları içerisinde düşük hiyerarşik pozisyonda, öğrenci sıfatıyla, yerleşmiş kadrolarla kıyaslandığında ‘geçici bir süreyle’ çalışan tıpta uzmanlık öğrencilerinin, bu dezavantajlardan ötürü düşüncelerini ifade etmekte isteksiz olmalarına ve örgüt içindeki durumları itiraz etmeksizin kabul etmelerine bağlanabilir. Kabullenici ve pasif sessizliği benimseyen tıpta uzmanlık öğrencileri, karşılaştıkları sorunların çözümüne dair fikir sahibi oldukları halde konuşmalarının bir şeyleri değiştirmeyeceği düşüncesi veya kendileri için negatif sonuçlara yol açacağı endişesi ile sessiz kalmaktadırlar. Konu ile ilgili yapılmış çalışmalardan, katılımcıların kabullenici ve pasif sessizlik puanının diğer alt boyut puanlarından daha yüksek olduğu İçen’in çalışması ile fırsatçı sessizliğin en düşük puana sahip olduğu Özkan ve ark.’nın çalışması bu bulgular açısından çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir.<sup>[17,19]</sup> Özkan ve ark.’nın çalışması örgüt yararına sessizliğin en yüksek puanlara sahip olmasıyla; İçen’in çalışması örgüt yararına sessizliğin en düşük puanlara sahip olmasıyla çalışmamızdan farklılık göstermektedir.<sup>[17,19]</sup>

Çalışmamızda örgütsel sessizliğin yaş gruplarına göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bununla birlikte

33 ve üstü yaş grubundakilerin dikey muhalefet puanlarının en yüksek, 29-30 yaş grubundakilerinin ise en düşük olduğu belirlenmiştir. Örgütsel sessizliğin yaş değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği çalışmalar olan Balıkçı, Sarı, ve Doğan’ın çalışmaları, sonuçları bakımından çalışmamızla örtüşmektedir.<sup>[20-22]</sup> Kılınç ve ark.’nın çalışmasında örgütsel muhalefet yaşa göre anlamlı farklılık göstermiştir. Bu çalışmada dikey muhalefetin en fazla 36-45 yaş grubunda gözlemlenmiş olması, yaş grubu açısından çalışma sonuçlarımızla benzerlik göstermektedir.<sup>[23]</sup> Yaşa bağlı olarak kişilerin bilgi, tecrübe, iletişim becerileri, kendini ifade etme gücü artmaktadır ve kişiler beklentilerini, isteklerini veya şikayetlerini doğrudan muhatabına aktarma eğiliminde olmaktadır. Bu açıdan 33 yaş üzeri grubun dikey muhalefet puanlarının yüksek olması olağan görülmelidir.

Çalışmamızda örgütsel sessizliğin cinsiyete göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bununla birlikte örgütsel muhalefetin cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği; dışa aktarılmış muhalefetin kadınlarda, dikey muhalefetin erkeklerde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Örgütsel sessizliğin cinsiyet değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği çalışmalar olan Eroğlu, Sarıkaya, Yanık, Doğan, Balıkçı, Ergül çalışmaları, sonuçları bakımından çalışmamızla benzerlik göstermektedir.<sup>[20,22,24-27]</sup> Erkeklerin muhalif görüşlerini, sorunların çözümünde direkt inisiyatif alabilecek amir/yöneticiler ile kadınlara oranla daha fazla paylaştıkları, kadınların ise bu düşüncelerini aileleri veya örgüt dışındaki diğer kişilerle erkeklere oranla daha çok paylaştıkları görülmektedir. Cinsiyete göre oluşan ayrımın kişilerin fayda anlayışından kaynaklandığını söyleyebiliriz. Muhalif görüşlerin yöneticilerle paylaşılmasında sorunlara çözüm bulunarak yararsızlaşma düşüncesi; örgüt dışında bireylerle paylaşılmasında ise konuşmanın oluşturacağı dezavantajlardan ve zarardan kaçınma düşüncesi hâkimdir. Bu bakımdan erkeklerin sorunların çözümünde yarar sağlamayı, kadınların ise zarardan kaçınmayı ön planda tutarak hareket ettikleri söylenebilir.

Araştırma sonuçları yorumlanırken ikinci olarak; tıpta uzmanlık öğrencilerinin, örgütsel muhalefete ilişkin tutumları değerlendirilmiş ve çalışmamızın bulguları önceki çalışma sonuçları ile karşılaştırmalı olarak tartışılmıştır. Sonuçlar değerlendirildiğinde,

tıpta uzmanlık öğrencilerinin örgütsel muhalefet (genel) puanlarının (3,28±0,46) orta düzeyde olduğu görülmektedir. Örgütsel muhalefet üzerine yapılmış çalışmalardan Bakan, Biçkes ve Kılınç'ın çalışmaları örgütsel muhalefet (genel) düzeyleri açısından çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir.<sup>[28-30]</sup> Kavak'ın çalışması ise katılımcıların örgütsel muhalefet (genel) düzeylerinin yüksek olmasıyla çalışmamızla farklılık göstermektedir.<sup>[31]</sup>

Çalışmamızda katılımcıların örgütsel muhalefet alt boyut puanlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir. Teski, Demiryürek ve Erkasap'ın çalışmaları; katılımcıların yatay ve dikey muhalefet puanlarının orta düzeyde olması ile çalışmamızla benzer sonuçlara sahiptir.<sup>[32-34]</sup> Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgulardan farklı olarak katılımcıların yatay ve dikey muhalefet düzeyleri Ağalday ve Yaşa'nın çalışmalarında yüksek; Uçar'ın çalışmasında ise düşük bulunmuştur.<sup>[35-37]</sup>

Tıpta uzmanlık öğrencilerinde yatay muhalefet, dışa aktarılmış muhalefet ve dikey muhalefet alt boyut puanlarının orta düzeyde ve birbirine yakın ortalamalarda olması; çalışma koşullarının neden olduğu baskı ve stresin doğrudan konuşmak için itici güç oluşturması, hak arayışında dernek ve/veya sendikaların sunduğu hukuki destek ve danışmanlıklarından daha fazla yararlanılması, çalışma arkadaşları ile kurulan güçlü ilişkilerin örgütsel sorunlara dair yapılan muhalif paylaşımı arttırmasına bağlanabilir. Çalışmamızda örgütsel muhalefet ve örgütsel sessizlik puanları karşılaştırıldığında sonuçların örgütsel muhalefet lehine yüksek olduğu görülmektedir. Buradan hareketle muhalefet etmenin, tıpta uzmanlık öğrencilerinin örgütsel süreçlere katılımında hakim anlayış olduğu sonucunu çıkarabiliriz.

#### **Çalışmanın kısırlılıkları**

Çalışmamızda bölümler arası uzmanlık öğrenci sayısı arasında farklılıklar değerlendirme sonuçlarını olumsuz etkilemiş olabilir. İnternet tabanlı veri formu kullanılması ve randomizasyon yapılmaması çalışmamızın verilerini etkilemiş olabilir. Örgütsel muhalefet ve sessizlik kavramlarındaki 'örgüt' kelimesinin ülkemizdeki olumsuz imajı nedeniyle katılım sayısının düşük kalmış olmasına neden olmuş olabilir. Örgüt yerine organizasyonel kelimesinin seçilmesi daha sonra yürütülecek çalışmalarda tercih edilebilir.

## **SONUÇ**

Sağlık hizmet sunumunun en değerli ögesi olan insan kaynağının etkin kullanımı organizasyon içi ilişkilerin, hiyerarşik yapılanmanın ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasına bağlıdır. Çalışanların işe karşı ilgi ve motivasyonlarını kaybettiği, kurumlarının başarısı ve sundukları hizmetin kalitesini arttırmak için çaba göstermedikleri bir sessiz istifa dönemine girmelerinin önünde tek engel organizasyonel iletişimin arttırılması ve muhalif anlayışlara saygı duymaktan geçtiği unutulmamalıdır. Çalışanların organizasyonel süreçlere ilişkin sessiz kalma veya muhalefet etme kararlarında; çalışma saatleri, iş yükü ve gelir düzeyi gibi değişkenler belirleyici rol oynamaktadır. Bu değişkenlere dair genel bir iyileştirme yapılmalı ve eşitsizlikler ortadan kaldırılmalıdır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin büyük çoğunluğu yaşantısını stresli olarak görmektedir. Stresin, yaşantıları üzerindeki etkisine göre ihtiyaç duydukları destek belirlenmeli, psikolojik danışmanlık ve/veya destek birimleri kurularak stres düzeyini azaltmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Araştırmamıza göre, sendika veya dernek üyeliği olmayanların sessizlik puanları, sendika veya dernek üyeliği olanların muhalefet puanlarına göre daha yüksektir. Disiplin cezası alma oranı ve soruşturma geçirme oranlarına bakıldığında, tıpta uzmanlık öğrencilerinin hukuki desteğe ihtiyaç duydukları çıkarımı yapılabilir.

**Etik Kurul Onayı:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (12.01.2023 - 2359).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Health Sciences University Adana City Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (12.01.2023 - 2359).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## **KAYNAKÇA**

1. Morrison EW, Milliken FJ. Organizational Silence: A Barrier to Change and Development in a Pluralistic World. The Academy of Management Review. 2000;25(4):706.
2. Milliken FJ, Morrison EW, Hewlin PF. An Exploratory Study of Employee Silence: Issues that Employees Don't Communicate Upward and Why. Journal of Management Studies. 2003;40(6):1453-76.

3. Kassing JW. Articulating, antagonizing, and displacing: A model of employee dissent. *Commun Stud.* 1997;48(4):311–32.
4. Özdemir M. Ankara ili kamu genel lise yönetici ve öğretmenlerinin örgütsel muhalefete ilişkin görüşleri [Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi; 2010.
5. Lombardi DM, Schermerhorn JR. *Healthcare management.* Hoboken N, editor. New York: John Wiley & Sons; 2006.
6. Knoll M, van Dick R. Do I Hear the Whistle...? A First Attempt to Measure Four Forms of Employee Silence and Their Correlates. *Journal of Business Ethics.* 2013;113(2):349–62.
7. Çavuşoğlu S, Köse S. Örgütsel Sessizlik Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlanması. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi.* 2019;19(2):365–87.
8. Kassing JW. Speaking Up. *Manag Commun Q.* 2002;16(2):187–209.
9. Ergün H. Örgütsel Muhalefet Ölçeği Türkçe Uyarlaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi.* 2018;48:398-414.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021.* Ankara; 2022.
11. Her ay 400 hekimimiz istifa ediyor. <https://www.yenicaggazetesi.com.tr/saglik-bakani-fahrettin-kocadan-chnin-soru-onergesine-yanit-her-ay-400-hekimimiz-istifa- ediyor-612511h.htm> adresinden erişilmiştir.
12. Türk Tabipleri Birliği. TTB'ye "İyi Hal Belgesi" başvuru sayısı. <https://x.com/ttborgtr/status/1609828230948683782/photo/2> adresinden erişilmiştir.
13. Yaraş GS. Örgütsel sessizlik ve örgütsel sinizm boyutlarının işten ayrılma niyeti ile ilişkisi: Hekim ve hemşireler üzerine bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. *Cumhuriyet Üniversitesi; 2019.*
14. Karaaslan G. Hemşirelerdeki örgütsel sessizlik ile etik liderlik arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi; 2019.
15. Öztürk EU. Sağlık yönetimi alanında çalışan yöneticilerin ve idari personelin örgütsel sessizlik düzeylerinin problem çözüme becerileri üzerine etkisi: Bir kamu hastanesi örneği [Yüksek Lisans Tezi]. *Marmara Üniversitesi; 2019.*
16. Özşahin F. Psikolojik sözleşmenin örgütsel sessizlik üzerindeki etkisi: Sağlık çalışanlarına yönelik bir uygulama [Yüksek Lisans Tezi]. *Cumhuriyet Üniversitesi; 2017.*
17. Özkan Ş, Çatar R, Göçmen H, Gemlik N. Sağlık yöneticilerinin örgütsel sessizlik düzeyleri: Kamu hastanesi örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi.* 2021;7(1):235–45.
18. Yalçın B, Baykal Ü. Özel hastanelerde görevli hemşirelerin sessiz kaldığı konular ve sessiz kalma nedenleri ile ilişkili faktörler. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi.* 2012;9(2):42–50.
19. İcen BT. Sağlık Kurumlarında Örgütsel Muhalefet Örgütsel Sessizlik Ve Lider-Üye Etkileşimi Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. *Cumhuriyet Üniversitesi; 2022.*
20. Balıkcı O. Psikolojik sözleşme ihlalleri ile örgütsel sessizlik arasındaki ilişkinin incelenmesi: Kilis devlet hastanesi örneği [Yüksek Lisans Tezi]. *Gaziantep Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İngilizce İşletme Anabilim Dalı; 2017.*
21. Sarı B. Örgütsel sessizliğin informal iletişime etkisi: Bir kamu hastanesi örneği [Yüksek Lisans Tezi]. *Sakarya Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2019.*
22. Doğan BN. Etik değerlerin örgütsel sessizlik üzerine etkisi sağlık çalışanları üzerine bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı; 2021.*
23. Kılınc M, Yiğit V, Doğanşah Y. Sağlık Çalışanlarında Örgütsel Muhalefet ve Örgütsel Prososyal Davranışlar Arasındaki İlişkinin Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi.* 2020;6(12):143–58.
24. Ergül S, Söyük S. Liderlik Davranışlarının Örgütsel Sessizliğe Etkisi: İki Kamu Hastanesi Örneği. *Nobel Medicus.* 2020;16(1):47–55.
25. Yanık C. Örgütsel Sessizlik İle Güven Arasındaki İlişki ve Eğitim Örgütlerinde Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. *Yeditepe Üniversitesi; 2012.*
26. Sarıkaya M. Karar Verme Süreçleri ve Örgütsel Sessizlik [Yüksek Lisans Tezi]. *Pamukkale Üniversitesi; 2013.*
27. Eroğlu AH, Adıgüzel O. Sessizlik Girdabı ve Bağlılık İkilemi: İş Gören Sessizliği İle Örgütsel Bağlılık İlişkisi ve Bir Araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi.* 2011;16(2):97-124.
28. Bakan İ, Doğan İF, Yılmaz YS. Çalışanlarda Mesleki Öz Yeterlilik Algısı ile Örgütsel Muhalefet İlişkisi. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi.* 2017;54–70.
29. Biçkes DM. Konaklama İşletmelerinde Örgütsel Muhalefetin Bireylerarası Saldırganlık Üzerindeki Etkisi, *Kapadokya'daki Otellerde Bir Araştırma.* *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi.* 2017;31(4):957-973.
30. Kılınc S. Örgütsel Mahkumlaşmanın Örgütsel Muhalefet Üzerindeki Etkisi: Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Alan Çalışması. *Gaziantep University Journal of Social Sciences.* 2020;19(4):1497–510.
31. Kavak H. İlgılanan Örgütsel Kronizmin Örgütsel Muhalefet Üzerine Etkisinde Örgüte Güvenin Aracı Rolü: Adıyaman İlinde Milli Eğitim Bakanlığına Bağlı Orta Öğretim Kurumlarında Bir Araştırma [Doktora Tezi]. *İnönü Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.*
32. Erkasap A. Çalışanların Kişilik Özellikleri ile Örgütsel Demokrasi Algılarının Örgütsel Muhalefet Davranışları ve Örgütsel Sessizlikleri Üzerindeki Etkilerinin İncelenmesi [Doktora Tezi]. *İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2020.*
33. Demiryürek M. Algılanan Örgütsel Adalet İle Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma [Yüksek Lisans Tezi]. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2019.*
34. Teski A. Okul Yöneticilerinin Liderlik Tarzları İle Öğretmenlerin Örgütsel Muhalefet Algıları Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. *Uşak Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2017.*
35. Ağalday B. İlkokul Müdürlerinin Paternalist Liderlik Davranışları İle Öğretmenlerin Örgütsel Yaratıcılık ve Örgütsel Muhalefet Düzeyleri Arasındaki İlişki [Doktora Tezi]. *Dicle Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü; 2017.*
36. Yaşa R. Liselerde Görev Yapan Öğretmenlerin Görüşlerine Göre Örgütsel Özdeşleşme ile Örgütsel Muhalefet Arasındaki İlişki [Yüksek Lisans Tezi]. *Yıldız Teknik Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2018.*
37. Uçar A. Yöneticilerin Kayırmacı Davranışlarının Örgütsel Muhalefet Üzerindeki Etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. *Siirt Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2016.*

# Denizli İlinde Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuranların Bitkisel Tedavi Kullanma Durumu ve Görüşleri

## The Use of Herbal Treatment and Opinions of Applicants to A Family Health Center in Denizli Province

Mustafa Ulaş<sup>1</sup>, Nilüfer Emre<sup>2</sup>, Aysun Özşahin<sup>3</sup>, Tamer Edirne<sup>4</sup>

**Atf/Cite as:** Ulaş M, Emre N, Özşahin A, Edirne T. Denizli ilinde bir aile sağlığı merkezine başvuranların bitkisel tedavi kullanma durumu ve görüşleri. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):141-148.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada bir aile sağlığı merkezine başvuran kişilerde bitkisel tedavi yöntemlerine başvurma sıklığı, nedenleri, bitkisel tedaviler hakkındaki düşünceleri ve bu tedaviler için bir sağlık profesyoneline danışıp danışmadıklarını tespit etmek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu araştırma, 01 Şubat – 31 Mart 2024 tarihleri arasında Denizli 15 Mayıs Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Veri toplanması çalışmaya katılmayı kabul edenlere yüz yüze anket şeklinde uygulanmıştır. Ankette 22 soru bulunmaktadır. Ankette katılımcılara bitkisel tedavi kullanım durumlarına ve bitkisel tedaviler hakkındaki düşüncelerine yönelik sorular sorulmuştur. Veriler IBM SPSS Statistics sürüm 22 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 200 kişi dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 42,8±15,9 yıl ve %55'i kadın olarak saptanmıştır. Katılımcıların %79,5'inin bitkisel tedavi kullandıkları bulunmuştur. Bitkisel tedavi kullanan katılımcıların %50,3'ünün bağımsızlık sistemini güçlendirmek için kullandıkları tespit edilmiştir. En çok kullanılan bitkisel ürünler nane-limon (%57,8), ihlamur (%56,6) ve karışık bitki çaylarıdır (%49,6). Bu çalışmada katılımcıların bitkisel tedaviler hakkındaki bilgi kaynakları %65,4 oranında aileden biri, akraba iken ikinci sırada %45,9 oranı ile internet kullanımındır. Katılımcılar bitkisel ürünleri en çok aktardan almayı tercih etmektedirler. Katılımcıların %69,8'inin kullandıkları bitkisel tedaviyi doktora danışmadıkları bulunmuştur. Katılımcıların bitkisel tedaviyi yüksek oranda güvenilir bulduğu ve genelde başkalarına da önerdiği bulunmuştur.

**Sonuç:** Bu çalışmada katılımcıların yüksek oranda bitkisel tedavi kullandıkları görülmektedir. Ancak gerek çalışmada gerekse literatürde katılımcılar bitkisel tedavileri doktorlara danışmadan kullanmakta ve bu da bitkisel tedavilerin bilinçsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Gün geçtikçe bitkisel tedavileri kullanan kişi sayılarının arttığı düşünüldüğünde bitkisel tedavilerin olumlu ya da olumsuz etkilerinden dolayı hekim kontrolünde kullanımı önem arz etmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Bitkisel tedavi, Bitkisel ürün, Birinci basamak, Alternatif tedaviler

### ABSTRACT

**Objective:** This study aimed to determine the frequency of using herbal treatment methods in people applying to a family health center, their reasons, their thoughts about herbal treatments and whether they consult a health professional for these treatments.

**Method:** This descriptive cross-sectional study was conducted at Denizli 15 Mayıs Family Health Center between 01 February and 31 March 2024. Data collection was conducted in the form of a face-to-face survey for those who agreed to participate in the study. There are 22 questions in the survey. In the survey, participants were asked questions about their use of herbal treatments and their opinions about herbal treatments. The data were evaluated using IBM SPSS Statistics version 22 program.

**Results:** 200 people were included in the study. The average age of the participants was 42.8±15.9 years and 55% were female. It was found that 79.5% of the participants used herbal treatment. It was determined that 50.3% of the participants using herbal treatment used it to strengthen the immune system. The most commonly used herbal products are mint-lemon (57.8%), linden (56.6%) and mixed herbal teas (49.6%). In this study, the participants' sources of information about herbal treatments were a family member and a relative with a rate of 65.4%, and the second most common source of information was internet use with a rate of 45.9%. Participants mostly prefer to buy herbal products from herbalists. It was found that 69.8% of the participants did not consult a doctor about the herbal treatment they used. It was found that the participants found herbal treatment highly reliable and generally recommended it to others.

**Conclusion:** In this study, it was observed that the participants used herbal treatment at a high rate. However, both in the study and in the literature, participants use herbal treatments without consulting

Received/Geliş: 11.07.2024

Accepted/Kabul: 26.11.2024

Publication date: 27.12.2024

Corresponding Author:

M. Ulaş

ORCID: 0009-0009-7968-1171

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Denizli, Türkiye

✉ mstf.ulas@gmail.com

N. Emre

ORCID: 0000-0002-6519-0920

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Denizli, Türkiye

A. Özşahin

ORCID: 0000-0002-5768-4146

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Denizli, Türkiye

T. Edirne

ORCID: 0000-0001-9683-5624

Pamukkale Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Denizli, Türkiye

doctors, which causes the unconscious use of herbal treatments. Considering that the number of people using herbal treatments is increasing day by day, it is important to use herbal treatments under the supervision of a physician due to their positive or negative effects.

**Keywords:** Herbal therapy, Herbal product, Primary care, Alternative therapies

## GİRİŞ

Geleneksel tıbbın uzun bir geçmişi olmasına rağmen son yıllarda dünya çapında popülerliği arttı.<sup>[1]</sup> Dünya çapında geleneksel tıbbın kullanımındaki artışla birlikte, geleneksel tedavilerin etkileri ve etkinliği toplum sağlığı için önemli hale gelmiştir. Geleneksel tedaviler; sağlığın sürdürülmesinde, fiziksel ve ruhsal hastalıkların önlenmesinde, teşhisinde, iyileştirilmesinde veya tedavisinde kullanılan, farklı kültürlerle özgü teori, inanç ve deneyimlere dayanan, açıklanamayan veya açıklanamayan bilgi, beceri ve uygulamaların toplamıdır.<sup>[1-3]</sup>

Geleneksel tıp DSÖ'ye (Dünya Sağlık Örgütü) üye ülkelerin en az %80'i tarafından kullanılmaktadır. Türkiye'nin de içinde bulunduğu Doğu Akdeniz, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerindeki üye ülkelerin %90'ından fazlasında geleneksel tıbbın kullanıldığı bildirilmiştir.<sup>[4]</sup>

Bitkisel tedaviler de geleneksel tıbbın çok kullanılan tedavi yöntemlerinden biridir. Bu tedaviler bitkilerin aktif bileşenlerini veya diğer bitki materyallerini veya bileşimlerini içeren otlar, bitkisel malzemeler, bitkisel preparatlar ve bitmiş bitkisel ürünleri içerir.<sup>[1]</sup>

Aynı zamanda bitkiler modern tıbbın da çok kullandığı tedavi yöntemlerinden biridir. Bitkiler ilaç üretiminde ve geliştirilmesinde büyük rol oynamaktadır. Yaklaşık 200 yıl önce, ilk farmakolojik olarak aktif saf bileşik olan morfin, haşhaş Papaver somniferum'un tohum kabuklarından çıkarılan afyondan üretilmiştir. Bu durum bitkilerin uygun dozlarda saflaştırabileceği ve uygulanabileceğini göstermiştir. Bu keşif günümüzde ticari ilaç sektörüne büyük katkı sağlamıştır.<sup>[5]</sup>

Literatürde rastlanan bazı kaynaklarda geleneksel ve tamamlayıcı tıbbın tarihçesinin Çin ve Ayurvedik tıba (Hindistan'a) dayandığı varsayılmaktadır.<sup>[6]</sup> Geleneksel Çin tıbbı hastalıkları önlemek ve iyileştirmek gibi birçok uygulamayı kapsamakla birlikte bitkisel tedaviler bu uygulamaların temelini oluşturmaktadır.<sup>[5]</sup>

Geçmişten günümüze şifa kaynağı olarak kabul edilen birçok bitkisel tedavi yöntemi günümüzde de

kullanılmaya devam etmekte ve bu alana olan ilgi her geçen gün artmaktadır.<sup>[5]</sup> Başta Almanya olmak üzere Avrupa ülkelerinde reçeteli ve reçetesiz olarak market ve eczanelerde bitkisel ürünler satışa sunulmaktadır.<sup>[7]</sup> Benzer şekilde Türkiye'de eczanelerde bitkisel ürünler satışa sunulurken son yıllarda marketlerde de sunulmaya başlanmıştır. Türkiye'de bu ürünlerin satışı hakkında en son 2023 yılında Resmi Gazete'de Geleneksel Bitkisel Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği yayınlamıştır.<sup>[8]</sup>

Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezimize başvuran bireylerden oluşan bir örneklemin bitkisel tedavi kullanma durumları ve görüşleri hakkında bilgi sahibi olmak amaçlanmaktadır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel analitik tipteki bu araştırma, 01 Şubat – 31 Mart 2024 tarihleri arasında Denizli 15 Mayıs Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezi'ne başvurup çalışmamıza katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri hastalar çalışmaya alınmıştır. Bu tarih aralığında 18 yaş altı, mental ve zihinsel açıdan anket sorularını cevaplayamayacak kişiler tarafımızca çalışma dışı bırakıldı. Çalışmanın örneklemini StatCalc programında %86,7 prevalans, %5 hata payı ile gerçekleştirilen hesaplamada %95 güven aralığında 200 kişi olarak hesaplanmıştır.<sup>[7]</sup> Bu nedenle çalışmanın örneklemini 200 kişi belirlenmiş olup sayıya ulaşıncaya çalışma bitirilmiştir. Araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile anket uygulanmıştır. Çalışma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 12.12.2023 tarih ve 20 sayılı kurul onayı alınmıştır. Anket formunda katılımcıların sosyo-demografik özellikleri ve bitkisel ürün kullanımı ile ilgili bilgi ve davranışları yer almaktadır.

### Verilerin toplanması

Verileri elde etmek için literatürdeki benzer çalışmalardan faydalanılarak hazırlanan anket formu uygulandı.<sup>[7,9,10]</sup> Bu çalışma yüz yüze, anketteki soruların doldurulması şeklinde yapılmıştır. Anketin giriş bölümünde bu çalışma hakkında aydınlatılmış onam bölümü bulunmaktadır. Ankette 22 soru bulunmaktadır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların sosyo-demografik verileri; yaş, cinsiyet eğitim düzeyi, medeni hal, gelir

durumu, kronik hastalık varlığı sorulmuştur. Ankette katılımcılara, bitkisel tedavi kullanım durumları, bitkisel tedaviler hakkındaki düşünceleri sorulmuştur. Ankette katılımcıların bitkisel tedavi kullananların hangi şikayetleri için bitkisel tedavi kullandıkları, hangi bitkisel ürünleri kullandıkları, kullandıkları bitkisel ürünleri nereden aldıkları, bitkisel tedavi hakkında bilgiyi kimden aldıkları, bitkisel tedavileri yararlı bulup bulmadıkları, doğal bulup bulmadıkları, doktora danışıp danışmadığı şeklinde sorular yer almaktadır.

### Verilerin analizi

Araştırma verileri IBM SPSS 22 istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/ Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri ortalama, standart sapma, sayı (n) ve yüzde (%) kullanılarak gösterilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için Ki Kare Testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük saptanması koşulu aranmıştır.

### BULGULAR

Çalışmaya 200 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması  $42,8 \pm 15,9$  yıl ve %55,5'i kadın (n=111) ve %44,5'nin (n=89) eğitim düzeyinin üniversite/yüksek lisans olduğu belirlenmiştir. Çalışmaya katılanların %39,0'unda (n=78) kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalık bulunanların; %34,6'sında (n=27) hipertansiyon, %35,6'sında (n=20) diyabet, %12,8'inde (n=10) kardiyovasküler sistem, %11,5'inde (n=9) gastrointestinal sistem, %11,5'inde (n=9) solunum sistemi, %10'unda (n=8) tiroid, %7,6'sında (n=6) onkolojik, %7,6'sında (n=6) nörolojik sistem, %6,4'ünde (n=5) romatolojik rahatsızlıklar bulunmaktadır.

Katılımcıların %79,5'inin bitkisel tedavi kullandığı tespit edilmiştir. Bitkisel tedavi kullananların %15'inin düzenli olarak bu tedavileri kullandıkları bulunmuştur. Katılımcıların %57,0'si bitkisel tedavileri yararlı bulunduğunu belirtmiştir (Tablo 1).

Çalışmada katılımcıların bitkisel ürün kullanımı ile ilgili sorulara verdikleri cevaplar Tablo 2'de gösterilmiştir. Katılımcıların bitkisel tedavi kullanma nedenleri incelendiğinde %50,3'ünün bağışıklık sistemini güçlendirmek için, %40,8'inin ağrı şikayetini

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, bitkisel tedavi kullanım durumu ve düşünceleri**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	111	55,5
Erkek	89	44,5
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Okur-yazar değil	1	0,5
İlköğretim	54	27,0
Lise	56	28,0
Üniversite/ Yüksek lisans	89	44,5
<b>Medeni hal</b>		
Evli	120	60,0
Bekar	55	27,5
Boşanmış	18	9,0
Eşi vefat etmiş	7	3,5
<b>Gelir durumu</b>		
Gelir giderden az	63	31,5
Gelir gidere eşit	95	47,5
Gelir giderden fazla	42	21,0
<b>Kronik hastalık</b>		
Yok	122	61,0
Var	78	39,0
<b>Bitkisel tedavi kullanma durumu</b>		
Evet	159	79,5
Hayır	41	20,5
<b>Bitkisel tedaviler hakkındaki düşünceniz</b>		
Yararlı buluyorum	114	57,0
Yararı hakkında emin değilim	74	37,0
Yararsız buluyorum	11	5,5
Zararlı buluyorum	1	0,5

azaltmak/kesmek için kullandıkları bulunmuştur. Katılımcılara bitkisel tedaviyi kullanma amaçları sorulduğunda, katılımcıların %44,0'ünün hastalığın ilerlemesini engellemek amacıyla bu tedaviyi kullandığı bulunmuştur. Katılımcılar hangi bitkisel tedavileri kullanıyorsunuz sorusuna, %57,8'i nane-limon, %56,6'sı ıhlamur, %49,6'sı ise bitkisel çaylar şeklinde yanıt vermiştir. Sıklıkla tercih edilen bitkisel ürünlerin içecek olarak tüketilen ürünler olduğu görülmektedir. Katılımcıların %6,9'unun diğer seçeneğinde belirttiği bitkisel ürünler; aslanpençesi, dut yaprağı, soğan kabuğu, akgünlük, atkestanesi, biberiye, meyan kökü, deve diken, karahindiba, ardıç, açlık otu şeklindedir. Katılımcıların %62,4'ü bitkisel ürünleri aktardan aldıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların bitkisel tedavi hakkındaki bilgi kaynakları %65,4 gibi yüksek bir oranla aileden biridir. Bunu %45,9 ile ikinci sırada internet kullanımı izlemektedir. Katılımcıların kullandıkları tedaviyi doktora danışma durumları sorulduğunda %69,8'inin kullandıkları bitkisel tedaviyi doktora danışmadıkları bulunmuştur (Tablo 2).

**Tablo 2. Katılımcılardan bitkisel tedavi kullananların kullanma nedenleri, kullandıkları ürünler ve bilgi kaynakları**

	n	%
<b>Bitkisel tedavi kullanma nedenleri*</b>		
Bağıışıklık sistemini güçlendirmek	80	50,3
Ağrı şikayetini azaltmak ve/veya kesmek	65	40,8
Zayıflamak	26	16,3
Stres azaltmak	17	10,6
Nezle(burun akıntısı)	15	9,4
Ateş düşürmek	13	8,1
Yara tedavisi	10	6,2
Mide yanması	6	3,7
Döküntü	5	3,1
Kanser tedavisi	4	2,5
İdrar yanması	2	1,2
Tansiyonu düşürmek	2	1,2
Kabızlık	2	1,2
Böbrek taşıını düşürmek	2	1,2
Tiroid rahatsızlığının tedavisi	1	0,6
Prostat hastalığının tedavisi	1	0,6
<b>Bitkisel tedavileri kullanma amacı</b>		
Hastalığın ilerlemesini engellemek için	70	44,0
Tamamen iyileşmek için	57	35,8
Diğer tıbbi tedavilerin işe yaramadığını düşündüğünüz için	15	9,4
Destek için	8	5,0
Diğer tıbbi tedavilerde yan etki yaşadığınız için	5	3,1
Tıbbi tedaviler pahalı olduğu için	3	1,9
İlaçları azaltmak için	1	0,6
<b>Kullandığımız bitkisel ürünler*</b>		
Nane-limon	92	57,8
İhlamur	90	56,6
Bitkisel çaylar(karışık bitki çayı, kış çayı vb.)	79	49,6
Kekik	66	41,5
Adaçayı	62	38,9
Kantaron	53	33,3
Sarımsak	15	9,4
Bitkisel karışım(sıvı)	8	5,0
Zencefil	6	3,7
Bamya tohumu	4	2,5
Çam kozalağı	4	2,5
Diğer	11	6,9
<b>Kullandığımız bitkisel ürünleri nereden aldınız *</b>		
Aktar	126	79,2
İnternet	26	16,3
Eczane	26	16,3
Kendi toplama	23	14,4
Hekim	1	0,6
<b>Bitkisel tedaviler hakkındaki bilgiyi nereden aldınız *</b>		
Aileden biri, akraba	104	65,4
İnternet, sosyal medya	73	45,9
Komşunuz/Arkadaşınız	38	23,8
Aktar	32	20,1
Sağlık personeli (Hekim/Hemşire)	25	15,7
Eczacı	14	8,8
Televizyon-Gazete	12	7,5
<b>Kullandığımız bitkisel tedaviyi doktora danışma durumu</b>		
Evet	48	30,2
Hayır	111	69,8

Bitkisel tedavi kullanan katılımcılara bitkisel tedavi alırken ilaç kullanımını bırakıp bırakmadığı sorulduğunda %45,3'ünün ilaç kullanımını bırakmadıkları bulunmuştur. Bitkisel tedavi kullanan katılımcılara sorulan 'bitkisel tedavilerin ilaçlardan daha doğal olduğunu düşünüyor musunuz' sorusunu %75,8'i evet şeklinde yanıtlamıştır. 'Bitkisel tedavinin ilaçlardan daha yararlı olduğunu düşünüyor musunuz' sorusuna %61,9'u hayır cevabını vermiştir. Bitkisel tedavi kullananlara bitkisel tedaviyi güvenilir buluyor musunuz sorusuna %72,9'u evet cevabını vermiştir. 'Bitkisel tedavi kullananlar bitkisel tedaviyi başkasına önerir misiniz' sorusuna %69,4 evet cevabını vermiştir.

Katılımcıların bitkisel tedavi kullanma durumlarını cinsiyete göre karşılaştırdığımızda kadınların erkeklerden daha fazla bitkisel tedavi kullandıkları tespit edildi ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p < 0,001$ ,  $\chi^2: 17,16$ ). Katılımcıların bitkisel tedavi kullanımları eğitim durumuna, gelir durumuna ve kronik hastalık durumuna göre karşılaştırıldığında anlamlı farklar bulunmadı (sırasıyla  $p = 0,61$   $\chi^2: 0,25$ ;  $p = 0,809$   $\chi^2: 0,38$ ;  $p = 0,283$   $\chi^2: 1,15$ ) (Tablo 3).

Katılımcıların bitkisel tedaviler hakkındaki düşünceleri cinsiyet, eğitim düzeyi, gelir durumu ve kronik hastalık durumuna göre değerlendirildiğinde, yalnızca kronik hastalık durumuna göre sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p = 0,005$ ) (Tablo 4).

Kullandıkları bitkisel tedaviyi doktora danışma durumlarına göre katılımcıların cinsiyete, eğitim düzeyine, gelir durumuna ve kronik hastalık açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ) (Tablo 5).

**Tablo 3. Katılımcıların bitkisel tedavi kullanma durumunun demografik özelliklere göre karşılaştırması**

	Bitkisel tedavi kullanma durumu				
	Evet		Hayır		p
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	100	90,1	11	9,9	<0,001
Erkek	59	66,3	30	33,7	
<b>Eğitim düzeyi</b>					
Lise altı eğitim düzeyi	45	81,8	10	18,2	0,617
Lise ve üstü eğitim düzeyi	114	78,6	31	21,4	
<b>Gelir durumu</b>					
Gelir giderden az	50	79,4	13	20,6	0,809
Gelir gidere eşit	77	81,1	18	18,9	
Gelir giderden fazla	32	76,2	10	23,8	
<b>Kronik hastalık durumu</b>					
Var	65	83,3	13	16,7	0,283
Yok	94	77,0	28	23,0	



**Tablo 4. Katılımcıların bitkisel tedavi hakkındaki düşüncelerinin demografik özelliklerle karşılaştırması**

	Bitkisel tedaviler hakkındaki düşünceleriniz								p
	Yararlı buluyorum		Yararından emin değilim		Yararsız buluyorum		Zararlı buluyorum		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>									
Kadın	67	60,4	38	34,2	5	4,5	1	0,9	0,520
Erkek	47	52,8	36	40,4	6	6,7	0	0,0	
<b>Eğitim düzeyi</b>									
Lise altı eğitim düzeyi	24	43,6	25	45,5	5	9,1	1	1,8	0,041
Lise ve üstü eğitim düzeyi	90	62,1	49	33,8	6	4,1	0	0,0	
<b>Gelir durumu</b>									
Gelir giderden az	35	55,6	22	34,9	5	7,9	1	1,6	0,110
Gelir gidere eşit	51	53,7	42	44,2	2	2,1	0	0,0	
Gelir giderden fazla	28	66,7	10	23,8	4	9,5	0	0,0	
<b>Kronik hastalık durumu</b>									
Var	33	42,3	38	48,7	7	9,0	0	0,0	0,005
Yok	81	66,4	36	29,5	4	3,3	1	0,8	

**Tablo 5. Katılımcıların bitkisel tedaviyi doktora danışma durumlarının demografik özelliklerle karşılaştırılması**

	Kullanılan bitkisel tedaviyi doktora danışma durumu				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	33	33,0	67	67,0	0,315
Erkek	15	25,4	44	74,6	
<b>Eğitim düzeyi</b>					
Lise altı eğitim düzeyi	13	28,9	32	71,1	0,823
Lise ve üstü eğitim düzeyi	35	30,7	79	69,3	
<b>Gelir durumu</b>					
Gelir giderden az	20	40,0	30	60,0	0,136
Gelir gidere eşit	18	23,4	59	76,6	
Gelir giderden fazla	10	31,3	22	68,8	
<b>Kronik hastalık durumu</b>					
Var	23	35,4	42	64,6	0,235
Yok	25	26,6	69	73,4	

## TARTIŞMA

Bitkiler çok eski çağlardan beri tedavi amaçlı kullanılmaktadır. Zamanla modern tıbbaya yönelik gelişmeler olsa da bitkisel tedaviler hala kullanılmakta ve günümüzde de bu alana olan ilgi giderek artmaktadır. Çalışmada, katılımcıların yüksek oranda bitkisel tedavi kullandıkları ve bu tedavileri yararlı buldukları anlaşılmıştır. Katılımcıların bitkisel tedavileri çoğunlukla bağışıklık sistemini güçlendirmek için kullandıkları bulunmuştur. En çok kullanılan bitkisel ürünler nane-limon, ıhlamur, bitkisel çaylardır. Bu çalışma katılımcıların bitkisel tedavileri doğal bulunduğunu ancak ilaçlardan daha etkili olmadığını düşündükleri anlaşılmıştır. Katılımcılar bitkisel ürünleri en çok aktardan almayı tercih etmektedirler. Katılımcıların bitkisel tedaviler hakkındaki bilgi kaynakları yüksek

oranda akraba ilişkileridir. Çalışmada katılımcıların bitkisel tedaviyi doktorlara danışmadan kullandıkları bulunmuştur. Katılımcıların bitkisel tedaviyi yüksek oranda güvenilir bulduğu ve genelde başkalarına da önerdiği bulunmuştur.

Bitkisel tedaviler geçmişten günümüze kadar popülerliğini korumakta ve sıklıkla başvuru alan tedavi yöntemlerindedir. Literatürde bitkisel tedavi yöntemlerinin sıklıkla kullanıldığı tespit edilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 2017 yılında yayınlanan geniş çaplı bir çalışmada kişilerin %35'inin bitkisel tedavi kullandığı bulunmuştur. Aynı çalışmada lise ve üstü eğitimlilerde bu oranın %37 olduğu bulunmuştur.<sup>[11]</sup> Almanya'da yapılan bir araştırmada yaşam boyu herhangi bir zamanda bitkisel tedavi kullananların oranı %86,7 bulunmuştur.<sup>[7]</sup> Suudi Arabistan'da yapılan bir çalışmada tedavi amaçlı bitkisel ürün kullananların oranı %94'dür.<sup>[12]</sup> Bu çalışmada da literatüre benzer şekilde katılımcıların yüksek oranda (%79,5) bitkisel tedavi kullandığı saptanmıştır. Türkiye'de bitkisel tedavi kullanımına yönelik bir diğer çalışmada katılımcıların %60'ının bitkisel tedavi kullandığı belirtilmiştir.<sup>[13]</sup> Bitkisel tedavilerin yaygın kullanımında sosyo-kültürel nedenlerin etkili olduğu düşünülmektedir. Türkiye'de birinci basamakta yapılan diğer çalışmalarda bitkisel tedavi oranları sırası ile %33,7, %37,2 ve %47,1 olduğu görülmüştür.<sup>[9,10,14]</sup> Bu çalışmada Türkiye'deki birinci basamakta yapılan çalışmalara göre daha yüksek oranda bitkisel tedavi kullanımının olduğu görülmektedir. Bitkisel tedavi kullanım oranına yönelik bu farklılıkların çalışmaların yapıldığı bölgelerin, halkın sosyo-demografik özelliklerinin, sosyo-kültürel farklılıklarının olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Sosyo-demografik özellikler ve kronik hastalıklarla ilgili değişkenler göz önüne alındığında, bitkisel tedavi kullanım oranları kadınlarda yüksek (%90,1) tespit edilmiştir. Almanya'da 2019 yılında yayınlanan bir araştırmada benzer şekilde kadınlar ve uzun süreli eğitim alanlarda bitkisel tedavilerin yüksek oranda kullanıldığı bulunmuştur.<sup>[7]</sup> Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 2017 yılında yayınlanan bir çalışmada da bitkisel tedavi kullanımının yüksek eğitim düzeyi olan kişilerde ve kadınlarda daha yüksek oranda olduğu bulunmuştur.<sup>[11]</sup> Türkiye'de de birinci basamakta yapılan çalışmalarda benzer şekilde kadınlarda ve yüksek eğitim durumu olanlarda bitkisel tedavi kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>[10,15]</sup> Bu çalışmada literatüre benzer şekilde kadınların bitkisel tedavileri kullanım oranı yüksek bulunmuştur. Ancak çalışmada, diğer çalışmalardan farklı olarak eğitim düzeyinin bitkisel tedavi kullanımına bir etkisinin olduğuna yönelik anlamlı bir veri elde edilememiştir. Çalışmada, gelir durumuna ve kronik hastalık varlığına göre anlamlı farklar bulunmamıştır. Bu durumun çalışmadaki katılımcı sayısının ve katılımcılar içerisinde kronik hastalığı olanların sayısının düşük olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada, bitkisel tedavi kullanan katılımcıların yarısının bağımsızlığı güçlendirmek için bitkisel tedavileri kullandıkları bulunmuştur. Benzer şekilde Türkiye'de 2021 yılında yayınlanan bir çalışmada da katılımcıların %50'sinin bağımsızlık sistemlerini güçlendirmek için bitkisel tedavileri kullandıkları tespit edilmiştir.<sup>[6]</sup> Bu durumun son dönemde özellikle bitkisel ürün reklamlarında kullanılan bağımsızlık vurgusundan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Almanya'da 2018 yılında yapılmış bir çalışmada bitkisel tedavi kullanma amacının sağlığı geliştirmek, hastalıkları önlemek, hastalıkları tedavi etmek olduğu bulunmuştur.<sup>[7]</sup> Bu çalışmada da katılımcıların hastalığın ilerlemesini engellemek ve tamamen iyileşmek amacı ile bitkisel tedavi kullandıkları bulunmuştur. Bu durumda insan ömrünün uzaması ve ilerleyen yaşla birlikte kronik hastalıkların artması ile kişiler için hastalıkların ilerlemesini önlemek ve tamamen iyileşmek önemli hale gelmiş olabilir.

Çalışmada en sık kullanılan bitkisel tedavilerin, nanelimon (%57,8), ıhlamur (%56,6), bitkisel çaylar (%49,6) olduğu bulunmuştur. Türkiye'de 2020 yılında yayınlanan Adana'da bir Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılan araştırmada da benzer şekilde katılımcıların %65,2'sinin bitkisel çaylar, %26,6'sının ıhlamur ve %8,2'sinin nanelimon kullandığı bulunmuştur.<sup>[10]</sup> Katılımcılar arasında daha yüksek oranda tercih edilen bitkisel

tedaviler çoğunlukla gribal enfeksiyonda kullanılan bitkisel ürünlerdir. Literatürde de bu çalışmaya benzer şekilde bitkisel ürün kullanımının daha çok gribal enfeksiyon durumlarında kullanıldığı bulunmuştur.<sup>[10]</sup> Bu benzer ürün kullanımının birinci basamağa sıklıkla üst solunum yolu şikayetleri (grip vb.) ile ilgili başvurulardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Almanya'da yapılan bir çalışma ise katılımcıların sıklıkla nane, papatya, ada çayı, zencefil, okaliptüs, kedi otu ve ısırgan kullandığı bulunmuştur.<sup>[7]</sup> Amerika'da yetişkinlerle yapılan bir çalışmada ise bitkisel ürün olarak ekinezya, ginseng, ginkgo, sarımsak kullanıldığı bulunmuştur.<sup>[17]</sup> Çalışmalarda bulunan bitkisel ürünlerin kullanım farklılıkları buldukları ülkelerin kültürel nedenlerinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Ancak literatürde kullanılan bitkisel ürünler dikkate alındığında tercih edilen ürünlerin bağımsızlığı güçlendirici ve gribal enfeksiyonlarına yararlı olma yönlerinin öne çıktığı görülmektedir.

Bitkisel tedaviler geçmişten günümüze daha doğal olarak değerlendirilmektedir.<sup>[6]</sup> Bu çalışmada katılımcıların bitkisel tedaviyi yüksek oranda doğal buldukları anlaşılmıştır. Türkiye'de ebeveynlerle yapılan bir çalışmada da benzer şekilde ailelerin bitkisel tedavileri yüksek oranda doğal bulduğu görülmektedir.<sup>[18]</sup> Üniversite öğrencilerine yönelik bir çalışmada da öğrencilerin %52,1'inin bitkisel tedavileri doğal ve güvenli buldukları tespit edilmiştir.<sup>[10]</sup> Katılımcılar bitkisel tedavileri daha doğal buldukları için yan etkisinin de az olduğunu düşünmektedir. Literatürde de bitkisel tedavilerin doğal ve zararlı olmadığı, yan etkisinin az olduğu görüşü hakimdir.<sup>[19]</sup> Mevcut çalışma literatürle benzerlik göstermektedir. Diğer yandan çalışmada her ne kadar katılımcılar bitkisel tedaviyi daha yüksek oranda doğal bulduğunu belirtse de sentetik ilaçları bitkisel tedavilerden daha etkili bulmaktadırlar. Bitkisel tedavilerin, doğal ve etkili olduğu görüşü hakim olsa da her zaman güvenli olmadığı aynı zamanda olumsuz etkilere de yol açabilme potansiyeline sahip olabileceği unutulmamalıdır.<sup>[17]</sup> Toplumda doğal olan şey zararsızdır gibi bir algı olsa da bu düşünce yerinde değildir. Bitkiler bünyelerinde farklı etken maddeler barındırmaktadır. Bu etken maddeler bazı insanlara yararlı olabileceği gibi bazı insanlara toksik etkiler de yaratabilir.<sup>[20]</sup> Hatta bazı çalışmalarda bu ürünlerin kullanımının ölümcül etkilerinin de olduğu düşünülmüştür.<sup>[21]</sup>

Bu çalışmada katılımcıların bitkisel tedaviler hakkındaki bilgi kaynakları %65,4 ile aileden biri, akrabalarındır. Literatürde bu çalışmadan farklı olarak katılımcıların

yüksek oranda bilgi kaynakları internet kullanımı olarak görülmektedir.<sup>[10]</sup> Ancak bu çalışmada hem Türkiye'deki benzer çalışmalardan hem de Almanya'daki çalışmadan farklı olarak bilgi kaynağı akraba olarak bulunmuştur.<sup>[7,10,22]</sup> Bu çalışmada internet ikinci sırada başvuru bilgi kaynağıdır. Bu durumun Türkiye'deki geçmişten gelen geleneksel geniş aile kavramının devam etmesinden ve aile bireylerine güvenden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Geleneksel tedavi yöntemleri ile ilgili farklı gruplar ile Türkiye'de yapılan çalışmalarda da bu çalışmaya benzer şekilde bilgi kaynağı yüksek oranda akraba/aile/arkadaş olarak bulunması çalışmamızı destekler niteliktedir.<sup>[14,23-25]</sup> Suudi Arabistan'da 18 yaş üstü bireylerle 2018'de yapılan bir çalışmada da katılımcıların bitkisel tedaviler hakkındaki bilgi kaynakları birinci sırada arkadaş/komşu olarak bulunmuştur.<sup>[26]</sup> Diğer yandan bilgi kaynaklarında yaşın da belirleyici bir etkisi olduğu söylenebilir. Zira yapılan bazı çalışmalarda yaşlıların bitkisel ürün kullanımında bilgi kaynaklarının daha çok akrabalık ilişkilerine dayandığı bulunmuştur.<sup>[22,24,27]</sup>

Bu çalışmada bitkisel ürünlerin en çok aktardan temin edildiği görülmüştür. Katılımcıların %79,2'si bitkisel ürünleri aktardan almaktadır. Ancak bu durum sağlık açısından bazı riskleri barındırmaktadır. Türkiye'de Adana ilinde aktarlarda satılan bitkisel ürünler ile ilgili yapılan bir çalışmada bu ürünlerin kontrolden geçmeden doğrudan satıldığı, zararlı maddeler ve toksik metaller gibi testlerden geçirilmeden satılmasının sağlık açısından zararlı olduğu bulunmuştur.<sup>[20]</sup> Tedavi amacıyla kullanılan bitkisel ürünler hakkındaki bir çalışmada da bitkisel ürünler için standardizasyon yapılmasının aktardan temin edilen ürünlerin potansiyel zararlarını önleyebileceğine değinilmiştir.<sup>[28]</sup> Bitkisel ürünlerin standardizasyonunun olmaması aynı zamanda içeriklerindeki etken madde oranlarının da farklı olmasına yol açmaktadır. İçeriklerindeki bu farklılıklar bitkisel ürünlerin tedaviye etkisini değiştirmektedir. Yine bu durumun tedavi süresini, tedavinin başarılı olup olmasını etkileyebileceği düşünülmektedir.<sup>[20]</sup>

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir parçası danışmanlık hizmetidir.<sup>[29]</sup> Ancak bu çalışmada katılımcıların %69,8'inin kullandıkları bitkisel tedaviyi doktora danışmadan kullandıkları bulunmuştur. Literatürdeki farklı araştırmalara bakıldığında; benzer sonuçlar bulunmuştur. McIntyre ve ark. Avustralya'da anksiyete belirtisi yaşayan ve bitkisel tedavi kullanan kişiler üzerinde yaptığı çalışmada %48'inin kullandıkları bitkisel tedavileri doktoruyla paylaşmadığı anlaşılmıştır.<sup>[30]</sup> Türkiye'deki diyabetli hastalarla

yapılan bir çalışmada kişilerin %76,8'inin kullandıkları bitkisel ürünler hakkında doktora bilgi vermedikleri bulunmuştur.<sup>[31]</sup> Benzer şekilde Türkiye'de 2023 yılında yapılan çalışmada da katılımcıların %79,53'ünün doktora bilgi vermeden bitkisel tedavi kullandığı bulunmuştur.<sup>[32]</sup> Bu çalışma literatürdeki çalışmalarla tutarlıdır. Ayrıca kişilerin genellikle bilgi kaynağının akrabaları olması ve bitkisel ürünleri de aktarlardan almaları kendi kendini tedavi etmeye çalıştıklarını düşündürmektedir. Kullanılan bitkisel tedavilerin doktora danışılmaması sonucunda olumsuz yan etkilerin ve ilaç etkileşimlerinin oluşabileceği düşünülmektedir. İlaç etkileşimlerinin kişilerin kullandığı diğer ilaçların dozlarını etkileyebileceği unutulmamalıdır.<sup>[33]</sup> Bu nedenle sağlık profesyonellerinin kişilerin bitkisel tedavi kullanıp kullanmadıklarını da sorgulaması gerektiği düşünülmektedir.

### Kısıtlılıklar

Çalışmanın bir Aile Sağlığı Merkezinde küçük bir grup katılımcı ile yapılmış olması, örneklem sayısının az olması ve anketin katılımcıların subjektif ifadelerine dayalı olması çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Anketler yüz yüze doldurulması nedeni ile hastalarda cevap yanlılığına neden olmuş olabilir. Bu nedenle genelleme yapılırken dikkatli olunmalıdır.

### SONUÇ

Bitkisel tedaviler geçmişten günümüze sıklıkla başvuru tedavi yöntemlerinden biridir. Özellikle son yıllarda doğal ve sağlıklı yaşama duyulan özlemlerle birlikte bitkisel tedaviler daha doğal olarak görüldüğünden en sık başvuru tedavi yöntemlerinden biri olmuştur. Bu çalışmada literatürdeki çalışmalara benzer şekilde katılımcıların yüksek oranda bitkisel tedavi kullandıkları görülmektedir. Ancak gerek çalışmada gerekse literatürde katılımcılar bitkisel tedavileri doktorlara danışmadan kullanmakta ve bu da bitkisel tedavilerin bilinçsiz kullanılmasına neden olmaktadır. Gün geçtikçe bitkisel tedavi kullanan kişilerin sayısının arttığı düşünüldüğünde bitkisel tedavilerin olumlu ya da olumsuz etkilerinden dolayı hekim kontrolünde kullanımı önem arz etmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (12.12.2023 - 20).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Pamukkale University Faculty of Medicine Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (12.12.2023 - 20).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

- World Health Organization (WHO). General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66783/W?sequence=1> adresinden 04/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
- World Health Organization (WHO). Guidelines on Good Manufacturing Practices (GMP) for Herbal Medicines. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547161/> adresinden 05/05/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Ünal M, Dağdeviren HN. Geleneksel ve tamamlayıcı tıp yöntemleri. *Euras J Fam Med.* 2019;8(1):1-9.
- World Health Organization (WHO). Global Report on Tradition and Complementary Medicine 2019. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?sequence=1/> adresinden 30/04/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Wachtel-Galor S, Benzie IFF. Herbal Medicine: An Introduction to Its History, Usage, Regulation, Current Trends, and Research Needs. In: *Herbal Medicine: Biomolecular and Clinical Aspects.* CRC Press/Taylor & Francis, Boca Raton (FL); 2011:1-30.
- Ceyhan D, Tasa Yiğit T. Güncel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Tedavilerin Sağlık Uygulamalarındaki Yeri. *DÜ Sağlık Bil Enst Derg.* 2017;6(3):178-89.
- Welz AN, Emberger-Klein A, Menrad K. The importance of herbal medicine use in the German health-care system: Prevalence, usage pattern, and influencing factors. *BMC Health Serv Res.* 2019;19:952-63.
- T.C. Resmi Gazete. Geleneksel Bitkisel Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği. 3 Şubat 2023, Sayı: 32093. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/02/20230203-5.htm> adresinden 30/4/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Özcan B, Küçük İG. Uşak ilinde birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastaların bitkisel ürün kullanma ile ilgili tutum ve görüşleri üzerine tanımlayıcı bir araştırma. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi.* 2023;13(3):665-71.
- Solak Y, Kaya E, Yoldaşcan B. Aile sağlığı merkezine başvuranların bitkisel ürünler ve bitkisel tedaviler ile ilgili bilgi ve tutumları. *Fırat Tıp Dergisi.* 2020;25(4):213-18.
- Rashrash M, Schommer JC, Brown LM. Prevalence and predictors of herbal medicine use among adults in the united states. *Journal of Patient Experience.* 2017;4(3):108-13.
- Alkhamaiseh SI, Aljofan M. Prevalence of use and reported side effects of herbal medicine among adults in Saudi Arabia. *Complement Ther Med.* 2020;48:102255.
- Koçtürk, OM, Kalafatçılar ÖA, Özbilgin N, Atabay H. Türkiye’de bitkisel ilaçlara bakış. *Ege Üniv. Ziraat Fak. Derg.* 2009;46(3):209-14.
- Oral B, Ozturk A, Balci E, Sevinc N. Aile sağlığı merkezine başvuranların geleneksel /alternatif tıpla ilgili görüşleri ve kullanım durumu. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(2):75.
- Özçelik G, Toprak D. Bitkisel tedavi neden tercih ediliyor? *Ankara Med J.* 2015;15(2):48-58.
- Terkeş N, Özer Z, Ayaz G. Hipertansiyon hastalarının tamamlayıcı terapi uygulamalarından bitkisel ürünleri kullanma durumu. *Türk J Card Nur.* 2021;12(27):10-7.
- Gardiner P, Graham R, Legedza AT, Ahn AC, Eisenberg DM, Phillips RS. Factors associated with herbal therapy use by adults in the United States. *Altern Ther Health Med.* 2007;13(2):22-9.
- Akkuş A, Mancak Karakuş M, Koca Çalışkan U. Çocuklarda bitki ve bitkisel ürün kullanımının araştırılması. *Sağlık Bil Değer.* 2022;12(3):503-10.
- Lazarou R, Heinrich M. Herbal medicine: Who cares? the changing views on medicinal plants and their roles in british lifestyle. *Phytother Res.* 2019;33:2409-20.
- Kayıran SD, Kirici S. Adana (Türkiye) Aktarlarında Tedavi Amacıyla Satılan Bitkisel Droglar. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tarım ve Doğa Dergisi.* 2019;22(2):183-92.
- Başaran N, Paslı D, Başaran AA. Unpredictable adverse effects of herbal products. *Food and Chemical Toxicology.* 2022;159:112762.
- Sucaklı MH, Ölmez S, Keten HS, Yenicesu C, Sarı N, Çelik M. Üniversite öğrencilerinin bitkisel ürünleri kullanım özelliklerinin değerlendirilmesi. *Medicine Science.* 2014;3:1352-60.
- Şensoy N, Özdiñç Ş, Yılmaz O, et al. Üniversite hastanesine başvuran hastaların tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımına yönelik tutum ve davranışları. *Kocatepe Medical Journal.* 2020;21(3):258-63.
- Dedeli O, Karadakovan A. Yaşlı bireylerde ilaç kullanımı, tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının incelenmesi. *Spatula DD.* 2011;1:23-32.
- Ak N, Baran Aksakal F. Bazı aile sağlığı merkezlerine başvuranların geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları ile ilgili bazı bilgi ve tutumları. *J Tradit Complem Med.* 2020;3(2):191-8.
- Al Akeel M, Al Ghamdi W, Al Habib S, Koshm M, Al Otaibi F. Herbal medicines: Saudi population knowledge, attitude, and practice at a glance. *J Family Med Prim Care.* 2018;7(5):865.
- Mahomoodally MF, Roumysa B. Associations between the use of herbal therapy and sociode-mographic factors. *Spatula DD.* 2013;3:59-68.
- Erdem S, Ata Eren P. Tedavi Amacıyla Kullanılan Bitkiler Ve Bitkisel Ürünlerin Yan Etkileri. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi.* 2009;66(3):133-41.
- Gamsızkan Z, Cangür Ş. Hastaların Aile Hekimliği Hizmetlerini Kullanım Alışkanlıkları. *VHS.* 2024;14(3):351-5.
- McIntyre E, Saliba AJ, Wiener KK, Sarris J. Herbal medicine use behaviour in australian adults who experience anxiety: A descriptive study. *BMC Complement Altern Med.* 2016;16:60.
- Ergün U, Ürk A, Kırık A, Uysal A, Eroğlu M. Diyabetik hastalarda ilaç dışı bitkisel ürün veya diğer yöntemlerin kullanımı. *Kocatepe Tıp Dergisi.* 2021;22(2):119-24.
- Ersanlı C, Aydın Berktaş, Ö, Tutar, S O. Determination of herbal product usage situations in pregnancy. *BAUN Health Sci J.* 2023;12(2):329-35.
- Kalkan Ş. Bitkisel Ürünlerle Tedavilerde İlaç Etkileşimleri. *DEU Tıp Derg.* 2017;31(1):41-50.

# COVID-19 Tanılı Hastalarda Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansının Değerlendirilmesi\*

## Evaluation of Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in Patients Diagnosed with COVID-19

Mustafa Cihat Çeliköz<sup>1</sup>, Nazlı Şensoy<sup>2</sup>, Melahat Gürbüz<sup>3</sup>, Gamze Dur<sup>4</sup>, Neşe Demirtürk<sup>5</sup>

**Afif/Cite as:** Çeliköz MC, Şensoy N, Gürbüz M, Dur G, Demirtürk N. COVID-19 tanılı hastalarda Hepatit B ve Hepatit C seroprevalansının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):149-154.

### ÖZ

**Amaç:** COVID-19 ile yaygın viral hepatitler olan HBV ve HCV enfeksiyonlarının birbirinin seyri ne şekilde etkilediği kesin olarak bilinmemektedir. COVID-19 hastalarının tedavisinde kullanılan ilaçların karaciğer üzerine etkileri ve Hepatit B enfeksiyonu taşıyan hastalarda akut hepatik alevlenme riski araştırılması gereken bir diğer konudur. Tüm bu nedenler, COVID-19 ile HBV ve HCV enfeksiyonlarının ilişkisinin araştırılmasını gerektirmektedir. Bu çalışmanın amacı, COVID-19 tanılı hastalarda Hepatit B ve Hepatit C enfeksiyonlarının seroprevalansını belirlemek ve hastaların klinik özelliklerini değerlendirmektir.

**Yöntem:** Bu çalışma kesitsel bir prevalans çalışmasıdır. Çalışmaya 1 Ocak-30 Haziran 2021 tarihleri arasında üniversite hastanesinin COVID-19 polikliniğine başvuran ve PCR testi pozitif bulunan, 18 yaşın üzerinde 1026 hasta dahil edildi. Katılımcılara çalışmanın içeriği hakkında sözel bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. Araştırmacı tarafından kişisel bilgi formu yüz yüze görüşülerek uygulandı. COVID poliklinik hemşireleri tarafından venöz kan örneği alınarak Hepatit B yüzey antijeni (HBsAg), Anti HBs, hepatit B çekirdek antikor (Anti-HBc IgG), Anti HCV, aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), gama glutamil transpeptidaz (GGT), total bilirubin, direk bilirubin, indirek bilirubin ve hemogram değerleri çalışıldı. Verilerin istatistiksel analizi IBM SPSS Statistics sürüm 20 paket programı ile yapıldı. Gruplar arasında karşılaştırmalar için Kruskal-Wallis H ve Mann-Whitney U testleri kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması  $45,11 \pm 16,12$ ; %53,6'sı ( $n=550$ ) kadın, %30,0'u ( $n=308$ ) lise mezunu, %25,7'si ( $n=264$ ) ev hanımıdır. Hastalarda öksürük %39,9; halsizlik %34,3 ve ateş %26,1 en sık belirtilen klinik şikâyetti. Katılımcıların %55,4'ünün bilinen kronik bir hastalığı yoktu. En sık görülen kronik hastalık %19,3 ile hipertansiyondur. PCR testi pozitif olan hastalarda HBsAg, anti-HCV, anti-HBs ve Anti-HBc IgG için seropozitiflik oranları sırasıyla %1,4 ( $n=14/1026$ ); %0,5 ( $n=5/1026$ ); %48,5 ( $n=498/1026$ ); %18,2 ( $n=187/1026$ ) olarak bulundu. Hastaların hepatit seroloji sonuçları cinsiyete göre karşılaştırıldığında kadınlarda Anti HBs negatifliği erkeklerden daha yüksek olarak bulundu ( $p=0,034$ ).

**Sonuç:** COVID-19 tanılı hastalarda HBV ve HCV seropozitifliği ülkemiz ve bölgemizdeki seroprevalans çalışmaları ile karşılaştırıldığında normal popülasyondan düşük bulundu. Bu veriye dayanarak, kronik viral hepatitlerin COVID-19 için primer risk faktörü olmadığı düşünülebilir. Ancak bu düşünceyi kesin olarak kanıtlamak ve COVID-19 ve viral hepatitler arasındaki etkileşimi göstermek için daha detaylı yeni çalışmalara gereksinim vardır.

**Anahtar kelimeler:** COVID-19, Hepatit B enfeksiyonu, Hepatit C enfeksiyonu, Seroprevalans

### ABSTRACT

**Objective:** It is not known exactly how COVID-19 and common viral hepatitis HBV and HCV infections affect each other's course. The effects of drugs used in the treatment of COVID-19 patients on the liver and the risk of acute hepatic exacerbation in patients with Hepatitis B infection are another issue that needs to be investigated. All these reasons require investigation of the relationship between COVID-19 and HBV and HCV infections. The aim of this study was to determine the seroprevalence of Hepatitis B and Hepatitis C infections in patients diagnosed with COVID-19 and to evaluate the clinical characteristics of the patients.

**Methods:** This study is a cross-sectional prevalence study. The study included 1026 patients over the age of 18 who applied to the COVID-19 outpatient clinic of the university hospital between January 1 and June 30, 2021 and whose PCR test was found to be positive. Participants were verbally informed about the content of the study and their written consent was obtained. The personal information form was applied by the researcher through face-to-face interviews. Venous blood samples were taken by COVID outpatient clinic nurses and Hepatitis B surface antigen (HBsAg), Anti HBs, Hepatitis B core

Received/Geliş: 26.07.2024  
Accepted/Kabul: 28.11.2024  
Publication date: 27.12.2024

**Corresponding Author:**  
**M. C. Çeliköz**  
ORCID: 0000-0001-8687-2122  
Sinanpaşa Devlet Hastanesi,  
Aile Hekimliği Kliniği,  
Afyonkarahisar, Türkiye  
✉ m.cihatcelikoz@gmail.com

**N. Şensoy**  
ORCID: 0000-0001-7449-7513  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri  
Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar, Türkiye

**M. Gürbüz**  
ORCID: 0000-0001-6290-1216  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri  
Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi  
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar, Türkiye

**G. Dur**  
ORCID: 0000-0003-0073-4429  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri  
Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar, Türkiye

**N. Demirtürk**  
ORCID: 0000-0002-6186-2494  
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri  
Üniversitesi, Tıp Fakültesi,  
Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik  
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,  
Afyonkarahisar, Türkiye

\*Bu makale "COVID-19 Tanılı Hastalarda Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansının Değerlendirilmesi" başlıklı tıpta uzmanlık tezinden üretilmiştir. Ayrıca "21. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği" kongresinde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

antibody (Anti-HBc IgG), Anti HCV, aspartate aminotransferase (AST), alanine aminotransferase (ALT), gamma-glutamyl transpeptidase (GGT), total bilirubin, direct bilirubin, indirect bilirubin and hemogram values were studied. Statistical analysis of the data was performed using the IBM SPSS 20 package program. Kruskal-Wallis H and Mann-Whitney U tests were used for comparisons between groups. Statistical significance was accepted as  $p < 0.05$ .

**Results:** The average age of the participants was  $45.11 \pm 16.12$ , 53.6% (n=550) were female, 30.0% (n=308) were high school graduates, and 25.7% (n=264) were housewives. The most common clinical complaints in patients were cough 39.9%, fatigue 34.3% and fever 26.1%. 55.4% of the participants had no known chronic disease. The most common chronic disease was hypertension 19.3%. In patients with positive PCR tests, seropositivity rates for HBsAg, anti-HCV, anti-HBs and Anti-HBc IgG were found as 1.4% (n=14/1026), 0.5% (n=5/1026), 48.5% (n=498/1026), 18.2% (n=187/1026), respectively. When the hepatitis serology results of the patients were compared according to gender, Anti-HBs negativity was found to be higher in women than in men ( $p=0.034$ ).

**Conclusion:** The seropositivity rates of HBV and HCV in patients diagnosed with COVID-19 were found to be lower than those in the general population when compared to seroprevalence studies conducted in our country and region. Based on these data, chronic viral hepatitis may not be considered a primary risk factor for COVID-19. However, more detailed new studies are needed to definitively prove this idea and show the interaction between COVID-19 and viral hepatitis.

**Keywords:** COVID-19, Hepatitis B infection, Hepatitis C infection, Seroprevalence

## GİRİŞ

SARS koronavirüsü 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu koronavirus hastalığı (COVID-19), önemli bir küresel sağlık krizi ortaya çıkardı. Klinik araştırmalardan elde edilen ilerleme, COVID-19'un yönetiminin daha iyi anlaşılmasını sağladı. Ancak SARS-COV-2 varyantlarının halen görülebilmesi küresel sağlık üzerinde endişeleri devam ettirmektedir.<sup>[1]</sup>

COVID-19 başlıca solunum sistemi hastalığı kabul edilir. Ancak gastrointestinal ve hepatobilyer sistemi de etkilediği bilinmektedir.<sup>[1,2]</sup> Hastaların çoğunluğunda ateş, öksürük gibi üst solunum yolu enfeksiyonu ve pnömoni şikâyetleri görülmekte ancak daha az sıklıkta kusma, ishal gibi gastrointestinal şikâyetler ve karaciğer hasarı görülebilmektedir.<sup>[3-5]</sup> Karaciğer hasarının mekanizması kesin olarak bilinmemekte, virüs kaynaklı sitopatik etkilere ve/veya aşırı inflamatuvar yanıtı bağlı immünopatolojiye bağlı olabileceği düşünülmektedir.<sup>[5,6]</sup> SARS-CoV-2 için konak hücre reseptörü olduğu düşünülen Anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE 2), tip 2 alveolar hücrelerde, gastrointestinal sistemde ve karaciğerde bulunur.<sup>[5]</sup> COVID-19'un karaciğerde oluşturduğu hasarda, SARS-CoV-2'nin safra kanalı hücrelerinde yüksek oranda eksprese edilen ACE 2 reseptörüne bağlanmasının kilit rol oynadığı düşünülmektedir.<sup>[7]</sup> Karaciğer hasarı, sitopatik etki ve immünopatoloji dışında sepsis veya alınan ilaçlarla ilişkili olabilir. Ayrıca COVID-19, altta yatan kronik karaciğer hastalığının kötüleşmesine, akut ya da kronik karaciğer yetmezliğine neden olabilir. Literatürde, COVID-19 hastalarının yaklaşık %14-53'ünde özellikle COVID-19'u ciddi geçirenlerde karaciğer disfonksiyonu geliştiği bildirildi.<sup>[5]</sup>

Bir DNA virüsü olan Hepatit B Virüsünün (HBV), replikasyonu sadece karaciğer dokusunda gerçekleşebilir.<sup>[8]</sup> Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) dünya nüfusunun %3,5'inin HBV ile enfekte olduğunu bildirmektedir.<sup>[9]</sup> Ülkemizdeki bir çalışmada HBsAg seropozitifliği %4 bildirildi.<sup>[10]</sup> HBV enfeksiyonu, akut kendini sınırlayan hepatitten karaciğer nakli gerektiren fulminan hepatite kadar birçok şekilde sonuçlanabilir. Hastalarda ayrıca siroz veya hepatosellüler karsinoma yol açabilen Kronik Hepatit B (KHB) enfeksiyonu ihtimali vardır.<sup>[8]</sup>

Hepatit C Virüs (HCV), bir RNA virüsüdür.<sup>[8]</sup> DSÖ'ye göre yaklaşık 71 milyon ile dünya nüfusunun %1'i HCV ile enfektedir. Ülkemizde benzer şekilde HCV ile enfekte nüfusun oranı %1'dir.<sup>[10]</sup> Aktif bağışıklanmasının olmaması, yüksek kronikleşme riski, siroz ve karaciğer kanserine ilerleyebilmesiyle oldukça önemlidir.<sup>[11]</sup>

Hem kronik viral hepatitler hem de COVID-19 karaciğer üzerine etkili hastalıklardır. Kronik Hepatit B ve Kronik Hepatit C (KHC) varlığının, ağır COVID-19 hastalığı için öncelikli risk faktörü olmadığı bildirilmekte olsa da, birbirinin seyrini ne şekilde etkilediği kesin olarak bilinmemektedir. COVID-19 hastalarının tedavisinde kullanılan steroid ya da proinflamatuvar sitokin inhibitörleri, HBV enfeksiyonu taşıyan hastalarda akut hepatik alevlenme riski yaratıp yaratmadığı da araştırılması gereken diğer konudur.<sup>[12-15]</sup> Ayrıca pandemi süresince KHB/KHC hastalarının tanı ve tedavisinde gecikmeler olmuş, DSÖ tarafından belirlenen viral hepatit eliminasyonu 2030 hedeflerinde aksamalar yaşanabileceği belirtilmiştir.<sup>[16,17]</sup> Tüm bu nedenler COVID-19 hastalarında HBV ve HCV enfeksiyonlarının varlığının araştırılması gerektiğini

düşündürmektedir. Bu çalışma ile öncelikle COVID-19 hastalarında HBV ve HCV enfeksiyonlarının sıklığının belirlenmesi; ikincil olarak ise hastaların sosyodemografik özelliklerinin, kronik hastalıklarının ve klinik belirtilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma kesitsel bir prevalans çalışmasıdır. Çalışmaya 1 Ocak-30 Haziran 2021 tarihleri arasında üniversite hastanesinin COVID-19 polikliniğine başvuran, 18 yaş üzerindeki gönüllü tüm hastalar dâhil edildi. Katılımcılara çalışmanın içeriği, amaçları ve protokolü detaylı bir şekilde açıklandıktan sonra yazılı onam alındı. Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek uygulandı. Çalışma verilerini toplamak için oluşturulan kişisel bilgi formu; cinsiyet, medeni durum, meslek, eğitim durumu, kronik hastalıklar, sigara ve alkol kullanımı, sarılık risk faktörleri, hastaneye başvuru şikâyeti, akciğer tomografisi çekilip çekilmediği, COVID-19 için tedavi alıp almadığı ve uygulanan tedavi yönteminin sorgulandığı 14 maddeden oluşmaktadır. Çalışmaya dahil etme kriterleri; 18 yaşından büyük olmak, yapılan Polymerase Chain Reaction (PCR) testinin pozitif olması ve gönüllü olarak katılmaktır. Araştırma sorularına yanıt verecek bilişsel yeteneğe sahip olmayan veya PCR test sonucu negatif olan kişiler çalışmadan hariç tutuldu.

COVID polikliniğinde, hemşire tarafından gönüllü hastalardan rutin kan tetkiklerine ek olarak fazladan bir tüp venöz kan örnekleri (3-5 ml) alındı. Araştırmacı tarafından COVID-19 için PCR test sonucu pozitif olan hastalardan alınan venöz kan örneği günlük toplanarak santrifüje edildi ve elde edilen serumlar çalışma gününe kadar -20 °C'de saklandı. PCR sonucu negatif gelenlerin ise doldurulmuş olan anket formları ve kan numuneleri çalışma dışı bırakıldı. Serum örneklerinde HBsAg, Anti HBs, Anti-HBc IgG ve Anti-HCV ölçümleri elektrokemiluminesans immünoassay (ECLIA) yöntemi ile Cobas e 601 (Roche Diagnostics, Mannheim, Germany) analizöründe mikrobiyoloji laboratuvarında çalışıldı. HBsAg sonucu cut off index (COI) <0,90 olan örnekler non-reaktif, COI  $\geq$ 1,00 reaktif, eşik değeri  $\geq$ 0,90-<1,0 olanlar ise sınır değer olarak kabul edildi. Anti-HBc IgG sonuçları; COI >1,0 non-reaktif, COI  $\leq$ 1,0 reaktif olarak kabul edildi. Anti HBs sonuçları; <10 IU/L non-reaktif,  $\geq$ 10 IU/L reaktif olarak kabul edildi. Anti-HCV sonuçları; signal sample/cut off (S/CO) olarak ölçülen eşik değeri <0,9 non- reaktif,  $\geq$ 1,0 olanlar reaktif, S/CO  $\geq$ 0,9 ve <1,0 olan örnekler ise sınır değer olarak kabul edildi.

Ayrıca COVID-19 şüphesi ile başvuran hastalardan başvuru sırasında COVID-19 polikliniğinde rutin olarak istenen testler içinden aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT), gamma glutamil transferaz (GGT), total bilirubin, direk bilirubin, indirek bilirubin, hemogram test sonuçları ve toraks bilgisayarlı tomografi (BT) sonuçları alınarak çalışmada kullanıldı. Bu sonuçlar hastane bilgi sisteminden elde edildi. Sadece HBsAg, Anti HBs, Anti HBc IgG, Anti HCV testleri için hizmet satın alındı.

İstatistiksel Analiz: Tanımlayıcı istatistikler, kategorik veriler için sayı ve yüzde gösterimi yapıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında Shapiro Wilk testinden yararlanıldı. Değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ya da medyan (Interquartile Range) değerleriyle ifade edildi. Veriler normal dağılıma uygun dağılmadığından 2 grubun karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, 3 ve daha çok grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi kullanıldı. İki faktörlü varyans analizi ve grupların ikili karşılaştırılmasında Bonferroni testi kullanıldı. Tüm analizler için yanılma düzeyi olarak p=0,05 seçildi. Tüm analizlerin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics sürüm 20 paket programı kullanıldı.

Araştırmanın Etik Yönü: Bu çalışma için üniversite etik kurul başkanlığından (Tarih: 04.12.2020, Karar No: 2020/14) ve T.C. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'ndan (Tarih/ Karar No: 23.09.2020/14\_29\_05) onay alındı. Çalışma, Üniversite Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 20.TUS.011 kodlu proje ile desteklendi. Çalışmamız uluslararası Helsinki deklarasyonuna uygun olarak gerçekleştirildi.

## BULGULAR

Çalışmaya, SARS-CoV-2 PCR testi pozitif olan 1026 hasta dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 45,11 $\pm$ 16,12, %53,6'sı (n=550) kadın, %46,4'ü (n=476) erkekti; %31,3'ü (n=321) sigara; %20,4'ünün (n=209) alkol kullandığı belirlendi. Katılımcıların %55,4'ünün (n=568) bilinen kronik bir hastalığı yoktu. En sık görülen kronik hastalıklar sırası ile %19,3 (n=198) hipertansiyon, %13,5 (n=139) diyabetes mellitus ve %13,3 (n=137) ile obezitedir. Katılımcıların kronik hastalıkları Tablo 1'de gösterildi.

**Tablo 1. SARS-CoV-2 PCR testi pozitif olan hastaların kronik hastalıkları**

Kronik Hastalık	Sayı (n)	Yüzde (%)
Kronik Hastalık Yok	568	55,4
Hipertansiyon	198	19,3
Diyabetes Mellitus	139	13,5
Obezite	137	13,4
Kronik Akciğer Hastalığı	100	9,7
Kronik Kalp Hastalığı	57	5,6
Tiroid Hastalığı	45	4,4
Hiperlipidemi	40	3,9
Kanser	24	2,3
Romatolojik Hastalıklar	15	1,5
Kronik Böbrek Hastalıkları	13	1,3
Nörolojik Hastalık	12	1,2
Hematolojik Hastalıklar	4	0,4

PCR test sonuçları pozitif çıkan hastaların %4,8'i (n=49) temaslı olup aktif şikâyetleri yoktu. Aktif şikâyeti olan hastalarda ise sırasıyla öksürük %39,9 (n=409), halsizlik %34,3 (n=352) ve ateş %26,1 (n=267) en sık karşılaşılan yakınmalar olarak bulundu (Tablo 2). Hastaların %6,1'inin (n=63) herhangi bir tedavi almadığı, %89,9'unun (n=921) Favipiravir, %4,1'inin (n=42) ise hidrosiklorokin kullandığı belirlendi.

Çalışmamızda HBsAg seropozitiflik %1,4 (n=14); Anti-HCV seropozitiflik %0,5 (n=5) Anti HBs seropozitiflik %48,5 (n=498); izole Anti-HBc IgG seropozitiflik ise %4,2 (n=43) olarak belirlendi. COVID-19 hastalarının hepatit seroloji sonuçları cinsiyete ve yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardı. Anti HBs pozitifliği erkeklerde yüksek bulundu (p=0,034). Anti HBs değeri  $\leq 25$  yaş ve 26-35 yaş aralığında daha yüksek olup yaşla birlikte düştüğü belirlendi (p=0,001). Anti-HBc IgG değeri ise  $\geq 66$  yaş ve 56-65 yaş aralığında diğer yaş aralıklarına göre daha yüksek belirlendi (p=0,001).

Katılımcıların %2,2'sinde (n=23) daha önceden bilinen Hepatit B ve Hepatit C öyküsü vardı. HBV ile enfekte olup iyileşen sayısı %1 (n=10), HBV taşıyıcısı %0,8 (n=8), kronik HBV %0,4 (n=4) ve kronik HCV ile enfekte olan hasta %0,1 (n=1)'dir.

Hepatit B ve Hepatit C risk faktörleri açısından değerlendirildiğinde; katılımcıların %57,8'inin (n=593) dış tedavisi aldığı, %54,3'ünün (n=557) kendisini enfekte edebilecek delici veya kesici alet tarafından yaralandığı ve %50,2'sinin (n=515) cerrahi müdahale/ameliyat öyküsü olduğu belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 2. Başvuru sırasında hastalar tarafından bildirilen klinik yakınmalar**

Klinik Yakınmalar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Aktif şikâyeti yok	49	4,8
Öksürük	409	39,9
Halsizlik	352	34,3
Ateş	267	26,1
Nefes Darlığı	206	20,1
Kas Ağrısı	202	19,6
Boğaz Ağrısı	179	17,4
Eklem Ağrısı	145	14,2
Baş Ağrısı	110	10,7
Tat ve Koku Kaybı	100	9,7
İshal	42	4,1
Burun Akıntısı	39	3,8
Mide Bulantısı	38	3,7

**Tablo 3. SARS-CoV-2 PCR testi pozitif olan hastaların tıbbi öyküdeki olası hepatit risk faktörlerine göre dağılımı**

Risk Faktörleri	Sayı (n)	Yüzde (%)
Dış Tedavisi Öyküsü	593	57,8
Enfekte /Delici Alet Yaralanması	557	54,3
Dövme, Piercing, Hızma, Kulak/Cilt Delme	502	48,9
Sarılık Öyküsü	327	31,9
Yaşadığı Evde Hepatit B/ Hepatit C Taşıyıcısı	76	7,4
Kan Transfüzyonu Öyküsü	57	5,6

Çalışmaya katılan SARS-CoV-2 PCR testi pozitif olan hastalar 4 gruba ayrıldı. 1. Gruba HBsAg ve Anti-HBc IgG pozitif olup Anti-HBs değeri negatif olanlar (%1,1, n=11) (kronik hepatitli hastalar), 2. Gruba HBsAg negatif, Anti-HBc IgG pozitif olup Anti-HBs değeri negatif olanlar (%4,2, n=43) (izole Anti-HBc IgG pozitif olan hastalar), 3. Gruba Anti-HCV değeri pozitif olanlar (%0,5, n=5) (HCV ile karşılaşmış hastalar) ve 4. Gruba tüm hepatit parametreleri negatif (HBV ya da HCV ile hiç karşılaşmamış hastalar) olanlar (%45,7, n=469) dahil edildi. Bu dört gruba dahil olmayan hasta sayısı 498'dir. Gruplar PLT, AST, ALT, GGT, total bilirubin, direk bilirubin, indirek bilirubin açısından aralarında karşılaştırıldı ve istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda HBsAg seroprevalansı %1,4, Anti HBs seroprevalansı %48,5, Anti-HBc IgG seroprevalansı %18,2, izole Anti-HBc IgG seropozitifliği %4,2 ve Anti-HCV seroprevalansı %0,5 saptandı. Bu çalışmada COVID-19 tanılı hastalarda, HBV ve HCV seroprevalanslarının literatürdeki diğer çalışmalarla karşılaştırıldığında farklılık göstermediği belirlendi.



Bu nedenle viral hepatitlerin COVID-19 geçirilmesi açısından risk faktörleri arasında yer almadığı düşünülebilir. Literatür bulguları da bu yorumumuzu desteklemektedir.<sup>[17,18]</sup>

DSÖ'nün raporunda HBsAg seroprevalansı dünya geneli popülasyonda %3,5 ülkemizin de dahil edildiği Avrupa Bölgesi'nde %1,6 Anti-HCV seroprevalansı dünya geneli popülasyonda %1, Avrupa Bölgesi'nde ise %1,5'dir.<sup>[9]</sup> Tozun ve ark.'nın çalışmasında Türkiye geneli popülasyonda HBsAg seropozitifliği %4,0; Anti HBs seropozitifliği %31,9 ve Anti-HBc IgG seropozitifliği %30,6, Anti-HCV seropozitifliği %1'dir. Aynı çalışmada Ege Bölgesi HBsAg seropozitifliği %2,3 bildirilmişti.<sup>[10]</sup> Demirtürk ve ark.'nın Afyonkarahisar'da yaptıkları çalışmada HBsAg seropozitifliği %6,6; Anti HBs seropozitifliği %27,2; izole Anti-HBc IgG seropozitifliği %6,1 ve Anti-HCV seropozitifliği ise %2,2 bildirilmişti.<sup>[9]</sup> Bu sonuçları karşılaştırdığımızda HBsAg seroprevalansı DSÖ'nün raporuna göre dünya geneli popülasyonunda, Anti-HCV seroprevalansı ise Avrupa Bölgesi'nde bizim çalışmamızdan yüksek olarak görülmektedir.<sup>[9]</sup> Bu farklılık dünyanın çeşitli bölgelerinde HBV aşısına erişim zorluğu ve HCV bulaşı açısından bir risk faktörü olan intravenöz ilaç kullanım sıklığına bağlı olabilir. Tozun ve ark.'nın çalışması ile karşılaştırdığımızda ise HBsAg ve Anti-HBc IgG seropozitifliği düşük, Anti-HBs seropozitifliği ise çalışmamızda daha yüksek bulundu.<sup>[10]</sup> Demirtürk ve ark.'nın çalışmasında HBsAg seropozitifliği, izole Anti-HBc IgG seropozitifliği, Anti-HCV seropozitifliği bizim çalışmamızdan yüksek, Anti HBs seropozitifliği düşüktür.<sup>[9]</sup> Çalışma sonuçlarımız hem bölgesel farklılıktan dolayı hem de ülkemizde 1998 yılından itibaren HBV aşısının rutin ulusal aşılama takviminde yer almasından, hepatit tedavilerinde olan yeniliklerden kaynaklanmış olabilir. Çalışmamızda 25 yaş altında yer alan grupta %76,1 Anti HBs pozitif olması bu farklılığı kuvvetle aşılamaya bağlı olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda farklı hepatit serolojisi olan hastalarda (kronik HBV enfeksiyonlu ya da HBV immün hastalar, Anti-HCV pozitif hastalar) AST, ALT, GGT, total bilirubin ve direk bilirubin medyan değerleri arasında istatistiksel açıdan farklılık saptanmadı. Bu durum, kesin olarak ifade edilemese de COVID-19 hastalığının hepatit B ve C enfeksiyonları üzerine etkisi olmadığı yönünde bir fikir verebilir. Nitekim, literatürde de COVID-19 hastalığının HBV enfeksiyonunun seyrini, siroz olmadığı sürece etkilemediği ancak yine de bunun yeni çalışmalarla desteklenmesi gerektiği bildirilmektedir.<sup>[13]</sup> Kesin olarak

COVID-19 hastalığının HBV ve HCV enfeksiyonlarının seyri üzerine etkisini belirlemek için, hastaların klinik bulguları ve klinik seyirleri ile de izlenmesi gerekir.

Çalışmamızda vakaların %4,8'i asemptomatik iken %39,9'unda öksürük, %34,3'ünde halsizlik, %26,1'inde ateş ve %20,1'inde nefes darlığı şikâyetleri bulundu. Stokes ve ark.'nın çalışmasında vakarın %4'ü asemptomatik iken %50,3'ünde öksürük, %43,1'inde ateş, %28,5'inde nefes darlığı şikâyeti olup bizim çalışmamızla benzerdi.<sup>[3]</sup> Guan ve ark.'nın 1099 poliklinik ve servis hastası üzerinde yaptıkları retrospektif çalışmada öksürük %67,8, halsizlik ise %38,1 olarak bildirildi.<sup>[20]</sup> Öksürük şikâyeti görülen vakaların oranı çalışmamızdan yüksektir. Bu sonuç çalışmanın medyan yaşının ve eşlik eden komorbid hastalık oranının yüksek olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamız tek merkezden yapılan bir çalışma olması nedeniyle toplumun tamamını yansıtmamaktadır. Ayrıca çalışmamızda bir kontrol grubunun da olmaması risk faktörü değerlendirmesi yapılması açısından eksiklik yaratmaktadır. Bu durumlar çalışmamızın zayıf yönüdür.

## SONUÇ

Sonuç olarak çalışmamızda, izlediğimiz COVID-19 tanılı hastalarda en sık görülen kronik hastalık hipertansiyon, en sık rastlanan semptom da öksürük olup literatürle de uyumlu olduğu gözlemlendi. COVID-19 tanılı hastalarda HBV ve HCV prevalansı normal popülasyondan farklı bulunmadı. Ancak COVID-19 ve viral hepatitler arasındaki etkileşimi göstermek için daha detaylı yeni çalışmalara gereksinim vardır.

**Etik Kurul Onayı:** Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (04.12.2020 - 2020/14).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Bu çalışma; Üniversite Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi tarafından 20.TUS.011 kodlu proje ile desteklendi.

**Ethics Committee Approval:** The study was approved by the Afyonkarahisar Health Sciences University Clinical Research Ethics Committee (04.12.2020 - 2020/14).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** This study was supported by the University Scientific Research Projects Unit with the project number 20.TUS.011.

**KAYNAKÇA**

1. Cascella M, Rajnik M, Aleem A, Dulebohn SC, Napoli RD. Features, evaluation, and treatment of coronavirus (COVID-19). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/> adresinden 17/03/2023 tarihinde erişilmiştir.
2. Asselah T, Durantel D, Pasmant E, Lau G, Schinazi RF. COVID-19: Discovery, diagnostics and drug development. *J Hepatol.* 2021;74(1):168-84.
3. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, et al. Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance - United States, January 22-May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(24):759-65.
4. Pascarella G, Strumia A, Piliago C, et al. COVID-19 diagnosis and management: A comprehensive review. *J Intern Med.* 2020;288(2):192-206.
5. Jothimani D, Venugopal R, Abedin MF, Kaliamoorthy I, Rela M. COVID-19 and the liver. *J Hepatol.* 2020;73(5):1231-40.
6. Xu L, Liu J, Lu M, Yang D, Zheng X. Liver injury during highly pathogenic human coronavirus infections. *Liver Int.* 2020;40(5):998-1004.
7. Chai X, Hu L, Zhang Y, et al. Specific ACE2 expression in cholangiocytes may cause liver damage after 2019-nCoV infection. *bioRxiv [Preprint].* 2020. <https://doi.org/10.1101/2020.02.03.931766> adresinden erişilmiştir.
8. Shepard CW, Simard EP, Finelli L, Fiore AE, Bell BP. Hepatitis B virus infection: Epidemiology and vaccination. *Epidemiol Rev.* 2006;28:112-25.
9. World Health Organization (WHO). Global Hepatitis Report, 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/global-hepatitis-report-2017> adresinden 17/03/2023 tarihinde erişilmiştir.
10. Tozun N, Ozdogan O, Cakaloglu Y, et al. Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: A fieldwork TURHEP study. *Clin Microbiol Infect.* 2015;21(11):1020-6.
11. Avcı I. Kan ve vücut sıvıları ile bulaşan enfeksiyonlar. In: Kurt H, Gündeş S, Geyik F. editors. *Enfeksiyon Hastalıkları.* İstanbul: Nobel Tıp; 2013:203-5.
12. He YF, Jiang ZG, Wu N, Bian N, Ren JL. Correlation between COVID-19 and hepatitis B: A systematic review. *World J Gastroenterol.* 2022;28(46):6599-618.
13. Alqahtani SA, Buti M. COVID-19 and hepatitis B infection. *Antivir Ther.* 2020;25(8):389-97.
14. Ronderos D, Omar AMS, Abbas H, et al. Chronic hepatitis-C infection in COVID-19 patients is associated with in-hospital mortality. *World J Clin Cases.* 2021;9(29):8749-62.
15. Yip TCF, Gill M, Wong GLH, Liu K. Management of hepatitis B virus reactivation due to treatment of COVID-19. *Hepatol Int.* 2022;16(2):257-68.
16. Kazmi SK, Khan FMA, Natoli V, et al. Viral hepatitis amidst COVID-19 in Africa: Implications and recommendations. *J Med Virol.* 2022;94(1):7-10.
17. Tekin S, Sümer Ş, Demirtürk N, Aygen B. Chronic hepatitis C in the pandemic. *Klimik Derg.* 2021;34(1):13-7.
18. Zhu JH, Peltekian KM. HBV coinfection and in-hospital outcomes for COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Can Liver J.* 2021;4(1):16-22.
19. Demirtürk N, Demirdal T, Toprak D, Altındış M, Aktepe OC. Hepatitis B and C virus in West-Central Turkey: Seroprevalence in healthy individuals admitted to a university hospital for routine health checks. *Turk J Gastroenterol.* 2006;17(4):267-72.
20. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med.* 2020;382(18):1708-20.

# Ölüm Bildirim Sistemi ile İzlenecek Yollar

## The Death Notification System and Ways to Follow

Muhammet Ali Oruç<sup>®</sup>, Muhammed Mustafa Uzan<sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Oruç MA, Uzun MM. Ölüm bildirim sistemi ile izlenecek yollar. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):155-161.

### ÖZ

Ölüm istatistikleri, ülkelerin sağlık hizmetlerinin niteliğinin saptanması, gelecekte verilecek sağlıkla ilgili hizmetlerinin planlanabilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilerek yeniden düzenlenmesinde en önemli göstergelerden birisidir. Ölüm ile ilgili verilerin tam, anlaşılır ve doğru olması; ölüm nedenlerini bilmek, bulaşıcı hastalıkların takibini sağlamak, sağlık politikaları oluşturmak, ölümlerin nedenlerini belirlemek vb. açısından çok önemlidir. Aynı zamanda koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği açısından da hayati önem taşımaktadır.

Farklı kurumların ölümleri sistemlerine kayıtlarının farklı ve ayrı olarak girmesi bilgilerin tutarsızlığına ve eksikliğine neden olmuştur. Bu farklılıklar nedeniyle ölümlerle alakalı bilgilerin çabuk, sağlıklı ve tam toplanabilmesi için farklı kurumların sistemlerinin birbiri ile kolayca çalışabildiği, entegrasyonun kolay olduğu, hızlı ve dinamik olan tek bir sistem gereksinimi ortaya çıkmıştır. Bu gereksinime yönelik olarak ölümler ile ilgili bilgilerin kaydedilmesi için Türkiye İstatistik Kurumu ve Sağlık Bakanlığı tarafından elektronik kayıt sistemi oluşturulmuştur. Bu sisteme "Ölüm Bildirim Sistemi" denilmiştir ve 2013 yılı itibarıyla kullanıma açılmıştır.

Ölüm belgeleme işlemleri; belediye hekimleri, entegre ilçe devlet hastanesi (E2, E3)/ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerinin dahil edildiği aylık nöbet listesi ile il sağlık müdürlüğü tarafından yürütülür. Ölüm belgesinde; ölüm nedenlerinin süresi, ölüm tarihi, ölüm yeri, anne ölümü, bebek ölümü, otopsi bilgileri, ölümün şekli gibi bilgilerin yazılması gereklidir.

**Anahtar kelimeler:** Ölüm, Ölüm belgesi, Ölüm bildirim sistemi

### ABSTRACT

Death statistics are one of the most important indicators in determining the quality of health services in countries, planning future health services, and evaluating and reorganizing the quality of health services. The fact that death-related data is complete, understandable and accurate is very important in terms of knowing the causes of death, monitoring infectious diseases, creating health policies, determining the causes of deaths, etc. It is also of vital importance in terms of the sustainability of preventive and curative health services.

The fact that deaths are recorded in different and separate systems by different institutions has caused inconsistency and incomplete information. Due to these differences, a single system that is easy to integrate, fast and dynamic, where the systems of different institutions can easily work with each other, is easy to integrate, and can be used quickly, healthily and completely in order to collect information about deaths has emerged. In order to meet this need, an electronic registration system has been created by Turkish Statistical Institute and the Ministry of Health to record information about deaths. This system is called the "Death Notification System" and was put into service as of 2013.

Death certification procedures; It is carried out by the provincial health directorate with a monthly duty list including municipality physicians, integrated district state hospital (E2, E3)/district health directorate/community health center physicians and family physicians. The death certificate must include information such as the duration of the causes of death, date of death, place of death, maternal death, infant death, autopsy information, and manner of death.

**Keywords:** Death, Death certificate, Death notification system

**Received/Geliş:** 01.11.2024

**Accepted/Kabul:** 11.12.2024

**Publication date:** 27.12.2024

**Corresponding Author:**

**M. A. Oruç**

**ORCID:** 0000-0002-4320-8579

Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Samsun, Türkiye

✉ muhammetalioruc@gmail.com

**M. M. Uzan**

**ORCID:** 0000-0002-2111-4520

Karaburun İlçe Devlet Hastanesi,

İzmir, Türkiye

## GİRİŞ

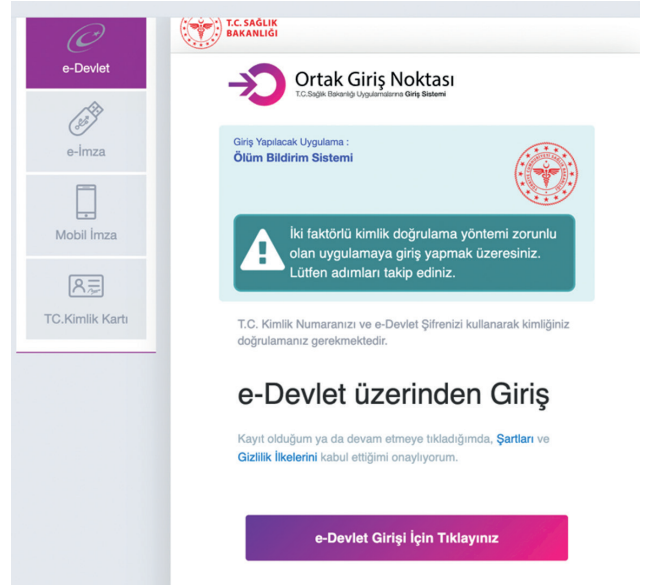
Ölümlere ait istatistikler, ülkelerin sağlık hizmetlerinin niteliğinin saptanması, gelecekte verilecek sağlıklı ilgili hizmetlerinin planlanabilmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilerek yeniden düzenlenmesinde en önemli göstergelerden birisidir.<sup>[1]</sup> Ölüm istatistikleri; ölüm olaylarının zamanla değişimlerini değerlendirmek, bölgeler arası farklılıkları ve sebeplerini araştırmak, anne-bebek ölümleri gibi halk sağlığının en önemli konularını, bulaşıcı hastalıkları, ölüme en çok neden olan hastalıkları, sağlığın risklerini, kazalar ve intiharların sebeplerini vb. belirlemek ve bu hastalıklara çözüm yolları oluşturmak amacıyla toplanmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Ölüm istatistiklerini takip etmek; ölümlerin nedenlerini bilmek, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için de önem taşır.<sup>[3]</sup> Aynı zamanda ülkeler ölüm nedenlerinin istatistiklerini sağlık politikalarında kanıt olarak kullanmaktadır. Bundan dolayı ölüm ile ilgili verilerinin doğru, kapsamlı ve tam olması çok önem arz eder. Ölüm raporu ile ölen kişilerin ölüm nedenleri ve sosyodemografik bilgileri hakkında ciddi bilgiler elde edilir. Ölen kişinin asıl ölüm nedenini tespit etmek bazen beklenenden daha zor olmaktadır. Ölüm raporunu dolduran kişi, ölümün nedenini genellikle ölen kişiyi tanımadığı için ölenin akrabalarından aldığı kısıtlı bilgiye dayanarak yazmaktadır. Bunun yanısıra belirli bir tecrübe eksikliği ya da ve bilgi yetersizliği nedeniyle ölüm nedenleri olarak ölen kişinin öldüğü zamanındaki son durumu veya son hastalık yazılmakta, ölüm olayını başlatan asıl ölüm nedeni atlanabilmektedir.<sup>[4]</sup> Ülkemiz haricinde başka ülkelerde de ölüm raporlarındaki ölüm nedenlerinin gerçek ölüm nedenlerini tam olarak karşılamadığı görülmektedir.<sup>[4]</sup> Bundan dolayı gerçek ölüm nedenlerinin belirlenerek hastalıkların önüne geçilmesi, istatistiklerin gerçek olarak değerlendirilip doğru sağlık politikalarının geliştirilebilmesi ve doğru kararlar verilebilmesi için ölüm belgelerinin belli bir standartta evrensel ve kendine özgü olması gerekmektedir. Aynı zamanda bu belge hekim tarafından doldurulmalı ve içeriği doğru bilgi ile dolu olmalıdır.

Defin işleminin yapılabilmesi için Türkiye’de Umumi Hıfzıssıhha Kanununun (UHK) 215. maddesine göre defin ruhsatı olması gerekmektedir.<sup>[5]</sup>

Ülkemizde ölüm ile ilgili iş ve işlemler, “Mezarlık Yerlerinin İnşası ile Cenaze Nakil ve Defin İşlemleri Hakkında Yönetmelik” çerçevesinde ilgili kurumlarca yürütülmektedir.<sup>[5]</sup> Ölüm Bildirim Sistemine (ÖBS)



Şekil 1. Ölüm bildirim sistemi



Şekil 2. ÖBS girişi ekranı

<https://obs.saglik.gov.tr> adresinden girilmektedir (Şekil 1).

ÖBS’ye e-imza, e-devlet, mobil imza veya T.C kimlik kartı ile girilip işlem yapılabilmektedir (Şekil 2).

Eğer ölüm bir sağlık kurumunda gerçekleşirse ölüm ile ilgili tüm bilgiler o kurumdaki görevlendirilmiş ilgili doktor tarafından ÖBS’ye kayıt edilir. Ölen kişi için düzenlenmiş olan ve elektronik şekilde imzalanmış ölüm belgesinin istenen sayıdaki örneği elektronik ortamdan alınarak ölenin defin işlemleri için Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 11. maddesi kapsamında mirasçılara verilir ve mirasçılar dışında hiçbir kişi, kurum ve kuruluşa verilemez. Eğer ölüm bir sağlık kurumu dışında gerçekleşmiş ise varsa belediye hekimi tarafından yoksa mesai içinde öncelik toplum sağlığı merkezi hekimi veya aile hekimi tarafından; mesai saati dışında ise İl Sağlık Müdürlüklerince oluşturulan il veya ilçedeki toplum sağlığı merkezi, ilçe sağlık müdürlüğü ve tüm aile hekimlerinin dahil olduğu nöbet listesindeki hekim tarafından verilmektedir. ÖBS’ye kaydedilen her ölüm belgesi doğruluğu açısından İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli hekim ve

personeller vasıtasıyla kontrolü sağlanmaktadır.<sup>[2,6]</sup> Eğer ölüm belgesi usulüne uygun bir şekilde doldurulmuşsa bu belgeler ÖBS üzerinden Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)'na iletilir. İl sağlık müdürlüğüne gönderilen imzalı ölüm belgeleri de belli periyotlarla Merkezi Nüfus İdaresi Sistemine (MERNİS) gönderilir.<sup>[7]</sup> Genel Sağlık Hizmetlerinin planlanmasında, pratik uygulamada teşhis ve tedavi etkinliklerinin karşılaştırılması ve iyileştirilmesi, belli bir bölge veya kliniklerde sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin ölçümünde ölüm istatistiklerinden yararlanır.<sup>[4]</sup> TÜİK tarafından tedarik edilen ve 2009 yılından beri kullanılmakta olan Ölüm Bildirim Formu 1 Ocak 2013 tarihi itibarıyla ülke genelinde kullanımdan kaldırılmıştır. Ölüm formu yerine bu formun entegre olduğu ÖBS kullanılmaya başlanmıştır.<sup>[7,8]</sup> Ölüm belgelerinin hekim tarafından doldurulması; ÖBS'ye elektronik ortamda giriş yaptıktan sonra ÖBS'de her bir kayda özgü şekilde oluşturulan "Form numarası" ıslak imzalı ölüm belgesinin üzerine yazılarak yapılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1948 yılında ölüm nedenleri ve hastalıkların altıncı uyarlaması yapılırken, ölüm raporlarında ölüme yol açan aşamaların belirtilmesi ve ölümü ilk başlatan durum veya hastalıkların gösterilmesi kararı almıştır. Bireyin ölümüne sebep olan bu olaylar zincirini başlatan ilk hastalık veya durumu temel ölüm nedeni olarak tanımlamışlardır.<sup>[6,9]</sup> Ülkemizde ölüm kayıtları, 1931 yılından sonra toparlanmaya başlanmış ve 1949'un sonuna kadar kişi nüfusu en çok olan 25 ilin merkezi, 1950-1956 yılları arasında tüm illerin merkezi, 1957 yılından itibaren de tüm il ve ilçelerin merkezini içine alacak şekilde yayımlanmaya başlanmıştır. Ölüme sebep olan olaylar ile ilgili tüm istatistiki bilgilerin ülke düzeyinde yaygınlaştırılması amacı ile 1982 yılı itibarıyla bucak ve köylerde meydana gelen ölüm olaylarının toparlanması hedeflenmiştir.<sup>[6,10]</sup> 2009 yılından itibaren de ülkedeki bütün ölümlerin kayıtlı hale gelmesi sağlanmıştır.<sup>[11]</sup> Bu kayıtların standart hale gelerek hekim tarafından ve "ölüm belgesi" doldurularak yapılması amaçlanmıştır. Bahsedilen yıllarda bu formlar önce manuel olarak doldurulmakta sonra elektronik ortama yüklenmekteydi. Sonrasında Sağlık Bakanlığı, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, TÜİK sistemlerine kaydedilmekte idi.<sup>[7]</sup> Farklı kurumların sistemlerine kayıtların farklı ve ayrı olarak girilmesi bilgilerin tutarsızlığına ve eksikliğine neden olmuştur.<sup>[12]</sup> Bu eksiklikler ve farklılıklar nedeniyle ölümlere alakalı bilgilerin tam, çabuk ve sağlıklı toparlanabilmesi için bu farklı kurumların sistemlerinin birbiri ile kolayca çalışabildiği, entegrasyonun kolay olduğu,

hızlı ve dinamik olan tek bir sistem gereksinimi ortaya çıkmıştır. Bu gereksinime yönelik olarak ölümler ile ilgili bilgilerin kaydedilmesi için TÜİK ve Sağlık Bakanlığı tarafından elektronik kayıt sistemi oluşturulmuştur. İnternet tarayıcıları tarafından "https://obs.saglik.gov.tr/" adresi ile ulaşılabilen bildirim sistemi ülkemizde 2013 yılı itibarıyla kullanıma açılmıştır.<sup>[13]</sup> Bu elektronik kayıt sistemine ölüm belgesinde yer alan tüm sorular da aktarılarak güncellenmiştir. Kayıt sistemine girerken tüm ölümler için; ölen kişinin adres bilgileri, kimlik bilgileri, ölüm zamanı, ölümün bulaşıcı bir hastalıktan kaynaklanıp kaynaklanmadığı, adli olay veya yaralanma nedeniyle ölüp ölmediği, otopsi yapılma durumu ve ölüm nedeninin tespit edildiği şekilde kaydedilmesi gerekmektedir. Ölüm nedenine bakıldığı zaman; direkt ölüme neden olan hastalık ve ölüm ile sonuçlanan duruma yol açan sebeplerden oluşmaktadır. Kaydedilmiş olan nedenler için nedenin başlangıç tarihinden ölüme dek geçmiş olan sürenin de kaydedilmesi gerekmektedir. ÖBS ölüm nedeni kayıtlarını Uluslararası Hastalık Sınıflandırması 10 (ICD-10)'a göre kaydetmekte ve aynı zamanda ölüm nedenlerinin manuel olarak yazılmasına da izin vermektedir. İllerde ÖBS 'nin işleyişinden İl Sağlık müdürü bizzat sorumludur.<sup>[13]</sup>

Ölümü belgelendirme ve bildirim sürecine dair iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan son ÖBS genelgesine göre aşağıdaki şekilde yürütülür.<sup>[13]</sup>

1) "Ölüm, sağlık kurumlarında gerçekleşmiş ise ölümlerle ilgili bilgiler bu kurumdaki görevli hekim tarafından ÖBS'ye kaydedilir. Ölen kişi için düzenlenen ve elektronik olarak imzalanan ölüm belgesinin ihtiyaç duyulan sayıda nüshası sistemden alınır ve defin işlemleri için ölenin yakınlarına verilir".

2) "Ölüm, sağlık kurumları dışında (ev, otel, yurt gibi toplu yaşam alanları, bakımevleri, işyeri vb.) gerçekleşmiş ise ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler, belediye hekimlerinin asli görevi olduğundan belediye hekimleri tarafından (belediyenin sözleşme ile hizmet aldığı hekimler belediye hekimi olarak değerlendirilir) birinci maddede belirtildiği şekilde yerine getirilir". Bu görev belediye tarafından karşılanamıyor ise;

a) "Mesai saatleri içerisinde ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler, öncelikle ilçe sağlık müdürlüğü/ toplum sağlığı merkezi hekimi, yoksa aile hekimi tarafından birinci maddede belirtildiği şekilde yapılır".

b) “Mesai saatleri dışında ölüm belgesi düzenleme ile ilgili işlemler ise il sağlık müdürlüklerince ilin tamamı bu hizmeti alacak şekilde yakın ilçeler birleştirilerek adli/defin nöbet planı yapılmak suretiyle yerine getirilir. İhtiyaç olan yerlerde nöbet planı her ilçe için ayrı olarak yapılabilir. Nöbet planlaması mümkün olduğunca adli hizmet nöbeti ile birleştirilerek yapılır. Adli Tıp Kurumunun doğrudan hizmet verdiği yerlerde hekimlere ayrıca adli nöbet (yerinde ölü muayenesi) görevi verilmez. Belediyelerce 24 saat esasına göre hizmet verilen yerlerde ayrıca nöbet planı yapılmaz”.

c) “Ölüm belgeleme işlemleri, belediye başkanı ve başkan yardımcısı hariç tüm belediye hekimleri, entegre ilçe devlet hastanesi (E2, E3) /ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi hekimleri ve aile hekimlerinin dahil edildiği aylık nöbet listesi ile il sağlık müdürlüğü tarafından yürütülür. Nüfusu 30.000’in üzerinde olan ilçelerde ilçe sağlık müdürleri nöbete dâhil edilmez”.

ç) “Mesai dışında tutulan nöbetler için izin verilmesi veya ücret ödenmesi hususunda kurumların kendi mevzuatına göre hareket edilir. Bu çerçevede entegre ilçe devlet hastanesi (E2, E3) /ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi hekimlerine, aile hekimlerine (entegre sağlık merkezinde görevli aile hekimleri hariç) ve şoförlere 657 sayılı Kanununun Ek 33’üncü maddesine göre icap nöbet ücreti ödenir”.

d) “İl sağlık müdürlükleri ve belediyeler, nöbet tutan personeli için nöbet süresince taşınabilir internet

bağlantılı bilgisayar ve gerekli belgelerin çıktısını alabilecek bir yazıcı ile şoförlü araç bulundurur”.

3) “Ölüm belgesi, ölüm bildirim tarihinden itibaren üç günü geçmemek üzere kontrolör hekim tarafından onaylanarak imzalanır ve tüm işlemler en geç 10 (on) gün içerisinde tamamlanır. Kontrolör hekimler tarafından ölümlerin belirtilen süre içerisinde incelenmesi ve elektronik olarak onaylanması süreci il sağlık müdürlükleri tarafından titizlikle takip edilir. İncelenen ölüm belgesi, Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü’nün ilgili birimlerine otomatik olarak iletilir ve elektronik tescil sürecinin Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan kısmı tamamlanır” (Şekil 3).

4) “ÖBS’ye sehven veya hatalı kimlik bilgileriyle giriş yapılan ancak henüz tescile gönderilmeyen belgeler için silme talebi belgeyi dolduran hekim tarafından yapılır ve silme işlemlerine dair sorumluluk belgeyi dolduran hekime aittir”.

5) “Belgeyi dolduran hekim, tescil için iletilmiş olan ölüm belgesindeki nüfus işlemlerini etkileyen yanlış bilgileri düzeltmekle de yükümlüdür. Düzeltme işlemi için resmi yazıyla hekimin kurumu tarafından il/ilçedeki nüfus müdürlüklerine hatalı kayıt bildirimini yapılır. Doğru bilgileri içeren ölüm belgesi sisteme kaydedilir. İptali talep edilen ölüm belgesi sistem üzerinden il sağlık müdürlüklerine iletilir”.



Şekil 3. Ölüm Belgesi elektronik imza süreci

6) İl veya ilçedeki nüfus müdürlüklerine en geç 10 gün içerisinde, T.C. Kimlik numarası (99 ile başlayanlar dahil) olanlar hariç, ölüm belgelerinin fiziki çıktısı ve varsa ölen kişiye ait nüfus cüzdanı ile birlikte resmi yazı ile bildirilir.

7) ÖBS’de, nüfus kayıtlarını etkilemeyen değişiklik yapma ihtiyacı doğduğunda, hekim tarafından elektronik ortamda ÖBS üzerinden ölüm belgesinin iadesi talep edilir. Hekim tarafından belge yeniden düzenlenir. Bu durumda, hukuki süreçlerde kullanılabilir şekilde değişikliğe kanıt oluşturabilecek her türlü kaydın (tutanak, rapor ve laboratuvar tetkikleri vb.) bulundurulması sorumluluğu hastane idaresine ve hekime aittir.

8) Bir yaş altı ölümlerin bildirimleri ve sisteme kayıtlarında 2018/7 sayılı “Bebek Ölümleri İzleme Sistemi Genelgesi” hükümleri doğrultusunda hareket edilir ve ÖBS’ye kayıt işlemleri diğer yaş gruplarında yapıldığı şekilde uygulanır. Bebek ölümlerinde bebek T.C. kimlik numarası mevcut ise elektronik olarak tescil işlemi yapılır. T.C. kimlik numarası olmayan bebek ölümlerinde ölüm belgesi fiziki olarak il/ilçe nüfus müdürlüğüne tescil yapılmak üzere resmi yazı ile bildirilir. Ölü doğumlarda tescil işlemi yapılmaz.

9) Hekim tarafından ölümün adli olay olarak tespiti durumunda, ÖBS’ye bu şekilde kaydedilir ve adli olay bildirim yapılar. Adli tıp görevini ifa etmekle yükümlü hekim tarafından ilgili ölüm belgesinin değiştirilerek güncellenmesi mümkündür.

10) Adli olaylarda ölen kişinin yakınlarına herhangi bir belge verilmez, ölüm belgesi adli mercilerden ıslak imzalı olarak alınır.

11) İl sağlık müdürlüğüne ölüm belgesinin teknik kontrolü ve onaylanmasında;

a) Yeterli sayıda hekim görevlendirilerek ölüm belgelerinin kontrolü sağlanır. Bu hekimler güncel ICD kodlamaları ve ölüm nedeni belgelenmesi ile ilgili eğitim almış olmalıdır. Kontrolör hekim asil ve yedek olmak üzere belirlenir.

b) İl sağlık müdürlüğü tarafından ÖBS’ye girilmiş tüm belgelerin doğruluğu teknik açıdan görevlendirilmiş olan hekim tarafından kontrol edilir. Gerekliyorsa

ölüm belgesi, düzeltilmesi için kaydı yapan hekime geri gönderilir.

c) Ölüm belgesinin iade aşamasında iki durum söz konusudur; “Ölüm belgesinin iadesi ile birlikte tescile göndermek ister misiniz?” ibaresi “Evet” seçilmesi durumunda belgeyi düzenleyen hekim sadece güncellemeye açık alanlar üzerinde değişiklik yapabilecek, “Hayır” seçilmesi durumunda tescil işlemi yapılmayacak ve belgeyi düzenleyen hekim tüm bilgiler üzerinde değişiklik yapabilecektir.

ç) Tescile gönderilmiş iade edilen ölüm belgelerinde; ölümün meydana geldiği adres, ölümü belgeleyen kurum, kişi demografi bilgileri, daimi ikametgâh bilgileri, geri alınan nüfus cüzdanı bilgileri, ölüm tarihi, saati, dakikası ve dolduran yetkilinin bilgileri dışındaki kısımlar güncellemeye açık olacaktır.

d) Eğer belge iade edilmişse en geç bir gün içerisinde belgeyi dolduran hekim tarafından düzeltilerek güncellenir.

e) Hekimin herhangi bir nedenle görevden ayrılması, ölümü veya emekli olması durumunda iadede bekleyen belgeler, kontrolör hekim tarafından mevcut haliyle onaylanarak işlemleri tamamlanır.

f) Hekim tarafından son hali verilen ve kontrolör hekim tarafından da kontrol edilmiş belgeler TÜİK’e, daha önce tescil için gönderilmemiş ise MERNİS web servis aracılığıyla bildirilir.<sup>[13]</sup>

### **Ölüm belgesinde yer alan ve dikkat edilmesi gereken bazı değişkenler;**

#### **1) Ölüm Nedenlerinin Süresinin Yazılması:**

- Her bir vakada başlangıç tarihleri ve aradaki süre doğru yazılmalı, eğer ölüm tarihi bilinmiyorsa en iyi tahmini yapmalı ve olayların her birinde zaman birimi net olarak yazılmalıdır (yıl, ay, gün, saat ve hatta dakika).
- Buradaki sütun boş bırakılmamalı, süre tahmin edilmeli veya “bilinmiyor” yazılmalıdır. Doğru bir şekilde doldurulan belgelerde satırlar arasında yazılmış süreler birbirlerini aşmamalıdır. Satır I(a) için belirtilmiş süre satır I(b) veya I(c) veya I(d) için belirtilmiş süreyi aşmamalıdır. Satır (b) veya (c)’ye yazılmış en yakın ölüm sebebinin süresi de satır (c) veya (d)’ye yazılan esas ölüm sebebinin süresinin aşamaz (Örnek Şekil 4).

H Bu bölüm sadece hekim tarafından doldurulacaktır.		Ölüm Nedeni	Hastalığın başlangıcından ölüme kadar geçen yaklaşık süre
<b>Bölüm I</b>			
Doğrudan ölüme sebep olan hastalık veya durum*		a) Septik şok	1 gün
Önceki nedenler		b) Sepsis ( Staphylococcus aureus ) (bir tür bakteri)	5 gün
Eğer yukarıda verilen nedene yol açan ölüm ile sonuçlanan durumlar varsa, altta yatan durum en son belirtilecek		c) Menenjit ( Staphylococcus aureus )	1 hafta
		d)	
<b>Bölüm II</b>			
Ölümün gerçekleşmesinde etkisi olan, fakat ölüme neden olan hastalık veya durumla ilgili olmayan diğer önemli durumlar yazılacaktır.			

Şekil 4. Örnek vaka

## 2) Ölüm tarihinin yazılması:

- Ölümün gerçekleştiği ay, gün ve yıl net olarak kaydedilmelidir. Eğer ölüm 31 Aralık tarihinde gerçekleşirse veya gece yarısına yakın olursa gün, ay, yıl, kayıtlarına bilhassa önem gösterilmelidir.
- Eğer ölüm gece yarısı gerçekleştiyse yeni günün başlangıcı yerine önceki günün sonunda gerçekleştiği kabul edilmelidir.
- Ölüm anı net olarak bilinmiyorsa; ölüm gerçekleşikten sonra bulunan şüpheli ölümler adli olaydır. Tıbbi tetkikleri yapan kişi tarafından gerçekleştirilen bazı incelemeler sonucu tarih belirlenebilir.
- Adli olaylarda net tarihin, kayıt edilen tarihle farklılığı tespit edilirse kayıta değişiklikler yapılabilir. Bu gibi durumlarda, ölüm verilerinin tahmin edilen aralığının ortalaması rapor edilmelidir.

## 3) Ölüm yerinin yazılması:

- Mesken, işyeri, hastane, hapisane, uçak, ambulans, vb. taşıt, otoyol, fabrika, çiftlik vb. belirlenmeli ve rapor edilmelidir.

## 4) Anne ölümünün yazılması:

- Ölen kişi kadın ise anne ölümü olup olmadığı belgeye kaydedilmelidir.
- Anne Ölümü: Hamilelik sırasında, doğum sırasında, doğumdan sonraki 6 hafta içinde gerçekleşen ölümler anne ölümü olarak tanımlanır ve ildeki anne ölümü inceleme komisyonunun inceleyeceği listeye dahil edilir.
- Anne Ölümü Değil: Doğumdan sonraki 43. gün ile 365 gün içerisinde kadın ölümleri anne ölümü değildir.

## 5) Bebek Ölümünün Yazılması:

- Olası bebek ölümü/ölü doğum vakalarında; doğum ya da ölüm tarihi girilmelidir, bebek ölümü/ölü doğum seçeneklerinin işaretlenip işaretlenmediği kontrol edilip; Ölüm tarihinin, doğum tarihinden önceki bir tarih olarak yazılmamasına dikkat edilmelidir.
- Ölüm nedenlerine bakılarak ölü doğum olduğu halde bebek ölümü yerine ölü doğum girilmelidir.

## 6) Otopsi Bilgilerinin Yazılması:

- Eğer otopsi veya ölüm sonrası inceleme yapıldıysa ve patolog tarafından bilgi verilirse, ölüm nedeni bu bilgileri de kapsamalıdır.
- Otopsi yapıp yapılmadığı, belirtilen ölüm nedeninin otopsi bulguları sonucunda elde edilip edilmediği, daha sonra daha fazla bilgi elde edilip edilmeyeceği belirtilmelidir.

## 7) Ölüm Şeklinin Yazılması:

- Bütün ölümler için uygun kutu işaretlenerek doldurulmalıdır. Seçilen kısım altta yatan ölüm nedeni ile uyumlu olmalıdır.
- Dış nedenlere bağlı olmayan ölümler "Doğal" olarak tanımlanmalıdır.

## 8) Ölüm Belgesinde Düzeltmelerin Yapılması:

- Ölüm belgesi belli bir süre içerisinde doldurulması ve gönderilmesi gerekir. Elektronik imzalı süreçte belgeyi dolduran hekim için 36 saat, kontrolör hekim için 8,5 gün ölüm belgesindeki isim, T.C., ölüm saati vb. değişkenlerde düzenlenme yapmak/ yaptırmak için süre kısıtlaması bulunmaktadır. Ölüm



nedenlerini tamamlamak için 10 günden daha uzun süre bulunmaktadır. Doktorlar, kişinin tıbbi özgeçmişine bakarak farklı teşhisler bulurlarsa ve ölüm belgesine kaydedilmiş nedenden farklı ölüm nedeni olduğunu düşünüyorsa, orijinal belge adli yetkili hekim tarafından derhal değiştirilmelidir. Sistemde aynı form numaralı “değiştirilmiş belge” rapor edilmektedir.

Sonuç olarak; ÖBS'nin yaygın olarak kullanıma geçmesi ve ölüm verilerinin toplanmasının standart hale gelmesi ile birlikte ülkemizdeki ölüm verileri doğru ve anlaşılır bir hale gelmiştir. Bu standart halin sürdürülebilirliğinin sağlanması; ilgili tüm kurumların verileri net ve tam olarak toparlayıp sisteme girmesi ile mümkün olacaktır. Teknolojik gelişmeler dikkate alınarak sistemin sürekli güncel tutulup geliştirilmesi sağlanmalıdır.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Şahinöz T, Şahinöz S, Eker HH. 2000-2009 yılları arasında Gümüşhane ilinde gerçekleşen ölümlerin epidemiyolojik yönden incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(1):19-28.
2. Kubilay E. Ölüm Nedenlerinin Belgelenmesi El Kitabı. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK); 2016.
3. Tözün M, Ünsal A, Arberk K. Eskişehir’de 2009 yılı ölüm nedenlerinin incelenmesi. Düzce Tıp Fakültesi Dergisi. 2014;16(1):1-3.
4. Osman E, Çetin SR. Bursa ili Nilüfer ilçesinde 2003 yılında meydana gelen ölümlerin incelenmesi. TAF Medicine Bulletin. 2006;5(4):254-66.
5. 1597 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 211-226. Maddeler. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf> adresinden 18/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
6. Yavuz-Emik K, Önal AE. The epidemiological study of death in Turkey between 2009-2016 and the importance of the death statement system. J Ist Faculty Med. 2019;82(3):149-55.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı ÖBS Genelgesi. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11167/olum-bildirim-sistemiobs-genelgesi.html> adresinden 17/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
8. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Ölüm nedeni istatistikleri, 2018. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-Nedeni-Istatistikleri-2018-30626> adresinden 17/10/2024 tarihinde erişilmiştir.
9. Sümbüloğlu V, Gören A, Sümbüloğlu K. Ölüm raporu yazım kılavuzu. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Sağlık Enformasyon Sistemleri Eğitim Dizisi No: 3. Değiştirilmiş 2. Baskı. Ankara; 1995:1-4.
10. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). 2008 Ölüm istatistikleri il ve ilçe merkezleri. TÜİK; 2009.
11. Tezcan SG. Temel epidemiyoloji. Ankara: Hipokrat Kitapevi; 2017.
12. Türkyılmaz M, Baran Deniz E, Dündar S, ve ark. Türkiye Kanser İstatistikleri 2016. Ankara: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2019.
13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. 2021/7 E-96867468-773.99 sayılı ÖBS genelgesi. [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2021-7\\_Olum\\_Bildirim\\_Sistemi\\_Genelgesi.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Mevzuat/Genelgeler/2021-7_Olum_Bildirim_Sistemi_Genelgesi.pdf) adresinden 17/10/2024 tarihinde erişilmiştir.

# Sağlık İçin Bir Tutam İyotlu Tuz!

## A Pinch of Iodised Salt for Health!

Nadide Yıldız<sup>®</sup>, Elif Buse Şahin<sup>®</sup>, Büşra Yılmaz Demiralay<sup>®</sup>, Hilal Aksoy<sup>®</sup>, İzzet Fidancı<sup>®</sup>, Duygu Ayhan Başer<sup>®</sup>

**Atıf/Cite as:** Yıldız N, Şahin EB, Yılmaz Demiralay B, Aksoy H, Fidancı İ, Ayhan Başer D. Sağlık için bir tutam iyotlu tuz! Türk Aile Hek Derg. 2024;28(4):162-164.

Sayın Editör,

Hastalıkları oluşmadan önleme yani primer koruma yöntemlerini özellikle birinci basamakta çalışan aile hekimleri olarak benimsemekteyiz. Sağlık Bakanlığı'nın da toplumun dikkatini çekecek afişleriyle ve web sayfasında bulunan bilgilendirme yazılarıyla bu konuda olan destekleri, toplumumuzdaki önemli sağlık sorunlarının önüne geçme konusunda önem arz etmektedir. Bu konuda özellikle hala ülkemiz için önemli sağlık sorunları olan "Hipertansiyon" ve "İyot Eksikliği" hakkında toplumun doğru bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Yetişkinlerde sistolik kan basıncı değerindeki her 20 mmHg'lik artış ve diyastolik kan basıncı değerindeki her 10 mmHg'lik artış kardiyovasküler olay riskini iki kat artırmaktadır.<sup>[1]</sup> Türkiye'de 18 yaş üzeri her 3 kişiden 1'i hipertansiftir. Yüksek miktarda tuz alımı hipertansiyonun yanı sıra hipertansif hedef organ hasarını da artırmaktadır.<sup>[2]</sup> Yaşam tarzı değişimleri, her bir hipertansiyon hastasının ilk adımda uyması gereken önemli bir sağlık kuralıdır. Normal kişilerin tuz ihtiyacı günde 6 g iken, tansiyon hastalarında bu sınır 3 g olmalıdır. Ancak toplumumuzda bu miktar 18 g'a çıkmaktadır.<sup>[3]</sup>

Önlenebilir zeka geriliğinin dünyadaki en önemli nedeni iyot eksikliğidir. Son 10 yıl içerisinde ciddi yol alınsa da ülkemizde hâlen iyodu sınırdan yeterli bir bölgedir.<sup>[4]</sup> Türkiye'de 1998'de iyotlu sofraya tuzu üretimi zorunlu olmuştur. Türkiye'de ağır ve orta düzeyde iyot eksikliği sıklığı 1997'de %58 iken, 2008'de %28,2 olarak saptanmış olup, 30 ili kapsayan bu çalışmada 20 ilde iyot düzeyi yeterlidir. Hane halkı iyotlu tuz kullanım sıklığı kentlerde %89,9, kırsal kesimde %71,5 bulunmuştur. Dünya'da ve Türkiye'de iyot eksikliği azalmış olsa bile, iyot eksikliği hala önemli bir halk sağlığı sorunudur.<sup>[5]</sup>

Görüldüğü üzere bu iki sağlık sorununun ortak anahtar noktası "Tuz tüketimi"dir. Sağlık Bakanlığı'nın web sitesine bakıldığında bu iki sağlık sorununun ayrı olarak değerlendirildiği görülmektedir. "Zeki Nesiller İçin İyotlu Tuz Kullanım", "İyotlu Tuz, Akıllı Tuz" gibi halkın dikkatini çeken ibareler daha çok iyot eksikliğinin önemini vurgulamaktadır.<sup>[6]</sup>

"Menüde Tuzu Azaltıyoruz", "Daha Az Tuz Tüketin", "Tuzu Azaltın Tadınız Kaçmasın" gibi ibareler ise hipertansiyon için en önemli tedavi adımlarından biri olan tuz kısıtlaması konusunda toplumumuzun dikkatini çekmektedir.<sup>[7]</sup>

**Received/Geliş:** 30.09.2024

**Accepted/Kabul:** 22.10.2024

**Publication date:** 27.12.2024

**Corresponding Author:**

**N. Yıldız**

**ORCID:** 0009-0006-0182-8207

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

✉ ndd\_yildiz\_58@hotmail.com

**E. B. Şahin**

**ORCID:** 0009-0006-2292-8039

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

**B. Yılmaz Demiralay**

**ORCID:** 0009-0005-6343-6252

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

**H. Aksoy**

**ORCID:** 0000-0002-3330-9317

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

**İ. Fidancı**

**ORCID:** 0000-0001-9848-8697

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

**D. Ayhan Başer**

**ORCID:** 0000-0002-5153-2184

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye



Şekil 1. İtalya Afiş [8]

Ancak önceden de vurguladığımız gibi hipertansiyon ve iyot eksikliği ülkemiz için önemli sağlık sorunlarıdır ve “tuz” bu iki durum için de ortak noktamızdır. Aslında insanlara her iki sağlık sorununun da aynı sözle vurgulandığı bilgilendirme afişlerinin hem bakanlığımızın sitesinde hem de halkın görebileceği afiş alanlarında sergilenmesi her iki sağlık sorunuyla toplumumuzun bilinçlendirilmesi konusunda daha verimli olacaktır. Bu yüzden tuz tüketiminin hem azaltılması gerektiği hem de iyotlu tuz kullanımının yaygınlaştırılması gerektiği aynı cümlede vurgulanmalıdır. Bu konuda diğer ülkelerin yaptığı afiş çalışmalarına baktığımızda üç ülke dikkatimizi çekmiştir; İtalya, Çin ve Rusya (İlgili afişler Şekil 1, Şekil 2 ve Şekil 3'tedir.).<sup>[8-11]</sup>

Özellikle İtalya Sağlık Bakanlığı sayfasını incelediğimizde bu duruma daha fazla önem verildiği görülmüştür. “Poco sale e solo iodato!” Türkçe tercümesiyle “Az tuz ve sadece iyotlu!” şeklinde hem hipertansiyon açısından tuz alımının azaltılması gerektiği hem de iyot eksikliği açısından tüketilen tuzun iyotlu olması gerektiği vurgulanmaktadır.<sup>[8,9]</sup>



Şekil 2. Çin Afiş [10]



Şekil 3. Rusya Afiş [11]

Çin'deki bir afiş incelediğimizde terazide iyotlu tuz tüketimi ve DSÖ'nün önerdiği günde 6 gr kadar olan tuz tüketiminin dengesinin sağlanması gerektiğini vurgulayan bir afiş de her iki sağlık sorununu aynı anda vurguladığı için dikkatimizi çekmiştir.<sup>[10]</sup>

Rusya afişine baktığımızda da benzer şekilde “İyotlu tuzu akıllıca ve gerektiği kadar kullanın” şeklinde iki sağlık sorunu da vurgulanmıştır.<sup>[11]</sup>

Ülkemizde konuyla ilgili her iki sağlık sorununu da birlikte ifade eden afişler incelendiğinde “Az Ama İyotlu Tuz Kullanalım” sözüne yer veren 1-7 Haziran İyot Yetersizlikleri Hastalıklarının Önlenmesi haftasıyla ilgili bir afiş bulunmaktadır.<sup>[12]</sup>

Kısacası hipertansiyon ve iyot eksikliği ülkemizde önem arz eden halk sağlığı sorunlarıdır. Bu iki sağlık sorununun önlenmesi konusunda toplumu bilgilendirirken ortak noktanın yani tuz tüketiminin aynı sözle vurgulanması önerilmektedir. “Az Ama İyotlu Tuz Kullanalım” sözüne yer veren afişlerin ülkemizde artırılmasının her iki sağlık sorununun önlenmesi



Şekil 4. Konuyla ilgili afiş önerimiz

konusunda toplumu daha doğru yönlendireceğini düşünmekteyiz. Bu konuyla ilgili olan afiş önerimiz de Şekil 4 ve Şekil 5'tedir.

#### KAYNAKÇA

1. Türk Kardiyoloji Derneği. Hipertansiyon Görülme Sıklığı. <https://tkd.org.tr/menu/92/hipertansiyon-gorulme-sikligi> adresinden 28/11/2023 tarihinde erişilmiştir.
2. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu; 2022. <https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/Hipertansiyon-Kilavuzu-2022.pdf> adresinden erişilmiştir.
3. 17 Mayıs Dünya Hipertansiyon Günü'nde "Hipertansiyon ve Böbrek Sağlığı Paneli". <https://www.tbv.com.tr/etkinlikler-haberler/17-mayis-dunya-hipertansiyon-gununde-hipertansiyon-ve-bobrek-sagligi-paneli/> adresinden 28/11/2023 tarihinde erişilmiştir.
4. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Tiroid Hastalıkları Tanı ve Tedavi Kılavuzu; 2020. [https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20200929134733-2020tbi\\_kilavuzf527c34496.pdf?a=1](https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/20200929134733-2020tbi_kilavuzf527c34496.pdf?a=1) adresinden erişilmiştir.
5. Dilek E, Tütüncüler F. İyot Yetersizliği Hastalıklarında Dünyada ve Türkiye'de Güncel Durum. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci. 2016;12:7-13.



Şekil 5. Konuyla ilgili afiş önerimiz

6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Zeki Nesiller İçin İyotlu Tuz Kullanın. <https://www.saglik.gov.tr/TR-2693/zeki-nesiller-icin-iyotlu-tuz-kullanin.html> adresinden 25/09/2023 tarihinde erişilmiştir.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı. Daha Az Tuz Tüketin!. <https://www.saglik.gov.tr/TR,18707/daha-az-tuz-tuketin.html> adresinden 25/09/2023 tarihinde erişilmiştir.
8. Ministry of Health of Italy. Little salt and only iodized. [https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_5\\_1.jsp?id=18&lingua=italiano](https://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_5_1.jsp?id=18&lingua=italiano) adresinden 20/08/2023 tarihinde erişilmiştir.
9. Nista F, Bagnasco M, Gatto F, et al. The effect of sodium restriction on iodine prophylaxis: A review. J Endocrinol Invest. 2022;45(6):1121-38.
10. Qing YFC. Iodine, which affects brain development and intelligence, cannot be synthesized by humans. Iodine supplementation is a lifelong matter. <https://wenhui.whb.cn/zhuzhan/yiliao/20181107/222797.html> adresinden 20/08/2023 tarihinde erişilmiştir.
11. Svetlogorsk Regional Center for Hygiene and Epidemiology. Iodized salt: Beneficial properties and contraindications: Svetlogorsk zonal Central State Geology Center. <https://www.svetlcge.by/?p=47131> adresinden 20/08/2023 tarihinde erişilmiştir.
12. Azama İyotlu Tuz kullanalım. <http://www.fethiyedenhaber.com/haber/3775/az-ama-iyotlu-tuz-kullanalım.html> adresinden 25/08/2023 tarihinde erişilmiştir.

## EYFDM Conference Exchange of 13th TAHEK & EUROPREV Forum 2024: From the Perspective of Young Family Doctors

### 13. TAHEK & EUROPREV Forum 2024 EYFDM Konferans Değişimi: Genç Aile Hekimlerinin Gözünden

Ekin Dikmen<sup>ORCID</sup>, Şeyma Handan Akyon<sup>ORCID</sup>, Gülşah Onur<sup>ORCID</sup>, Hande Büyükdağ<sup>ORCID</sup>, İkbal Hümay Arman<sup>ORCID</sup>, Mehmet Kocabaş<sup>ORCID</sup>, Fatma Avcı<sup>ORCID</sup>, Emel Aygün<sup>ORCID</sup>

**Atıf/Cite as:** Dikmen E, Akyon ŞH, Onur G, et al. EYFDM Conference Exchange of 13th TAHEK & EUROPREV Forum 2024: From the Perspective of Young Family Doctors. Turkish Journal of Family Practice. 2024;28(4):165-171.

The European Young Family Doctors Movement (EYFDM), formerly known as the Vasco da Gama Movement, was founded by Dr. Fons Sips at the World Organization of Family Doctors (WONCA) Europe Conference in the Netherlands in 2004 and officially launched in WONCA Europe Conference in Kos, Greece in 2006.<sup>[1]</sup> EYFDM targets young family doctors in specialization training or within their first five years of practice, promoting professional solidarity and cultural exchange across Europe.<sup>[2]</sup>

Türkiye has actively participated in EYFDM since its inception, hosting international events and exchange programs with support from the Turkish Association of Family Physicians (TAHUD). Recently, the EYFDM Türkiye team organized a successful exchange program for the 13th International Trakya Family Medicine Congress (TAHEK) and the EUROPREV 2024 Forum in Edirne. This program involved four young family physicians: Dr. Tadas Saulenas (Lithuania), Dr. Angelica Dentizzi (Italy), and Dr. Laura Lapa and Dr. Marta Cardoso (Portugal). The week-long program included visits to family health centers, Trakya University, and historical sites in Edirne, fostering collaboration and learning among participants.

#### Within The Program

#### 22 April 2024, Monday

On the first day of the program, a visit to Trakya University Faculty of Medicine's Department of Family Medicine and its polyclinics was organized. Dr. Tadas Saulenas, who arrived in Edirne, met with the department's academics and residents. They discussed the family medicine residency programs and systems in Lithuania and Türkiye interactively. Participants observed an outpatient clinic visit and exchanged ideas on electronic health management systems. The day concluded with a visit to Trakya University Balkan Campus (Photograph 1).

**Received/Geliş:** 21.11.2024  
**Accepted/Kabul:** 02.12.2024  
**Publication date:** 27.12.2024

**Corresponding Author:**  
**E. Dikmen**

**ORCID:** 0000-0002-0563-6265  
Department of Family Medicine,  
Trakya University, Edirne, Türkiye  
✉ dikmenekin@gmail.com

**Ş. H. Akyon**

**ORCID:** 0000-0002-2288-8915  
Family Medicine, Gölpaşarı State  
Hospital, Bilecik, Türkiye

**G. Onur**

**ORCID:** 0000-0003-1024-5258  
Department of Family Medicine,  
Hacettepe University,  
Ankara, Türkiye

**H. Büyükdağ**

**ORCID:** 0009-0007-4217-9693  
Department of Family Medicine,  
University of Health Sciences İzmir  
Tepecik Training and Research  
Hospital, İzmir, Türkiye

**İ. H. Arman**

**ORCID:** 0000-0003-1492-6763  
Department of Family Medicine,  
İstanbul Medipol University,  
İstanbul, Türkiye

**M. Kocabaş**

**ORCID:** 0000-0002-8704-8271  
Department of Family Medicine,  
Trabzon Kanuni Training and  
Research Hospital, Trabzon, Türkiye

**F. Avcı**

**ORCID:** 0009-0007-1967-6296  
Department of Family Medicine,  
Trakya University, Edirne, Türkiye

**E. Aygün**

**ORCID:** 0000-0002-2489-4251  
Lalapaşa Community Health Center,  
Edirne, Türkiye



**Photograph 1. Trakya University Family Medicine Department Polyclinic**

**23 April 2024, Tuesday**

The second day of the exchange program was full of social activities. We met our guests from Portugal, Lithuania and Italy and started the day with a nice breakfast.

In the rest of the program, we visited the important points of the city to discover the historical and cultural heritage of Edirne (Photograph 2). As we saw important places such as the Great Synagogue, Edirne Historical Train Station, Lausanne Monument, Natural History Museum and Old Mosque, we had the chance to better understand the rich cultural texture and historical depth of the city (Photograph 3, 4, and 5).

The most impressive visit of the day was to the 2nd Bayezid Health Complex in Edirne, a significant



**Photograph 2. Trakya University Fine Arts Campus**

Ottoman health facility built in the 15th century. This complex, which served as a center for health services and medical research, includes a hospital, madrasah, library, bathhouse, and dârüşşifa. It offered advanced health services for its time and was a pioneer in modern medical care and education.<sup>[3]</sup>



**Photograph 3. Lausanne Monument**



**Photograph 4. Historical Train Station**



**Photograph 5. Great Synagogue**

The complex is notable for its architecture and functioned as a modern health center. The museum, now owned by Trakya University, showcases the original Ottoman dârûşşifa, where treatment methods involved music and water sounds, reflecting the medical knowledge of that era. The madrasa trained physicians and was a key medical school of its time.<sup>[3]</sup> This visit allowed participants to explore the historical and architectural richness of this 400-year-old center, providing valuable insights into medical education and health services for the Family Medicine residents involved in the exchange (Photograph 6).



**Photograph 6. 2nd Sultan Bayezid Health Complex**

At the end of the day, we successfully completed the day by tasting the unique flavors of Edirne. These events not only enriched us culturally, but also created a spirit of EYFDM that increased the energy and motivation within the group.

#### **24 April 2024, Wednesday**

On the third day of the EYFDM Conference Exchange program, our colleagues from various European countries visited Trakya University Ayşekadın Education Family Health Center (Photograph 7). They observed Türkiye's primary health care services and patient interviews. Resident doctors introduced vaccination, child follow-up, pregnancy care, reproductive health, and medical intervention rooms. We discussed the Trakya University Active Ageing Centre, which promotes healthy aging and social participation for the elderly. The EYFDM Türkiye team then presented on Türkiye's primary health care system, chronic disease management, and the appointment and prescription



**Photograph 7. Trakya University Ayşekadın Education Family Health Centre**

process. This interactive session allowed us to compare the primary health care systems of Türkiye, Portugal, Lithuania, and Italy, discussing their pros and cons and brainstorming on advancing family medicine in our countries.

Our program continued at Edirne Hekim Şifai Healthy Life Centre (Photograph 8). The physicians and other health professionals working there gave information about cancer early detection, screening and education, tuberculosis control services, nutrition counseling, chronic diseases and physical activity counseling, tobacco and substance abuse counseling, dental health, women and reproductive health counseling and explained the functioning of each unit. Then they answered the questions of our colleagues participating in the exchange program. In this part of our program, the participants had the opportunity to learn about preventive health services in primary health care in Türkiye and to observe the cooperation between different disciplines.



**Photograph 8. Edirne Hekim Şifai Healthy Life Center Visit**



**Photograph 9. Edirne Havsa Family Health Centers No. 1 and No. 2**

After a pleasant lunch, our guests spent the day at Edirne Havsa Family Health Centres No. 1 and No. 2 with Family Medicine Specialists Dr. Emre Sarı and Dr. Esra Arın Bal (Photograph 9). They observed patient follow-ups, treatment management, counseling, health screenings, and communication in rural family medicine. They were particularly interested in Türkiye's nationwide electronic health record system (e-nabız), which allows doctors to access patient information like diagnoses and lab results.<sup>[4]</sup> Additionally, they observed personalized risk assessments, lifestyle recommendations, preventive medicine, and chronic disease management through a disease management platform.

At the end of the day, we met with the participants of the exchange, EYFDM Türkiye team and resident doctors from Trakya University Department of Family Medicine for dinner as part of the social program. This event, where we had the chance to get to know each other more closely, enabled us to interact between cultures. Thus, a day full of scientific, social and cultural activities were completed.

### **25 April 2024, Thursday**

The first day of EUROPREV Forum 2024 started with a pleasant opening session with the participation of national and international participants as well as the rectorate of Trakya University, the dean of the Faculty of Medicine and the valuable members of the EUROPREV board of directors. After the opening speech and introduction of EUROPREV by Prof. Dr. Serdar Öztora, who is a member of the board of directors of EUROPREV and the chairman of this congress, as well as representing our country in this network, the participants had the opportunity to listen to the seminal lecture of Prof. Dr. John Brandt Brodersen, who works



**Photograph 10. First Day of EUROPREV Forum**

in Denmark and is the president of EUROPREV, entitled 'Benefits and harms of screening' on the profit / loss relationship of screening, one of the cornerstones of preventive health services (Photographs 10).<sup>[5]</sup>

Afterwards, Dr. Ahmeda Ali, who works in the field of Family Medicine specialty education in Ireland, presented different perspectives to the participants with her speech titled 'Doctors' Awareness and Management of Screening Harms' and then included examples presented by participants from other countries in an interactive session (Photograph 10). During the lunch break, a poster walk was organized, and Dr. Şeyma Handan Akyön and Dr. Gülşah Onur presented their posters.<sup>[5]</sup>

The afternoon panel started with the song 'People Are Strange' by Dr. Ekin Dikmen and Dr. Mustafa Özdemir accompanied by Prof. Dr. Serdar Öztora with guitar recital (Photograph 10). Dr. İkbal Hümay Arman from the EYFDM Türkiye team addressed a current issue with the presentation titled 'Achieving the Balance: Primum Non Nocere in the Era of Overdiagnosis', while Dr. Gülşah Onur presented 'Frugal Innovations: Cost-Effective Approaches to Primary Health Care', Dr. Gülşah Onur provided insights for the future. In this panel, new perspectives on issues that have recently started to be discussed in the literature were presented by Dr. Şeyma Handan Akyön also touched upon a topic of interest to the audience with her presentation titled 'Digital Minimalism: Using Technology for Efficient Primary Care', which attracted the attention of the



audience. The panel was enriched with questions from the participants, including the President of EUROPREV, and answers from the EYFDM Türkiye team (Photograph 11).<sup>[5]</sup>

This was followed by the EUROPREV Forum oral presentation session, where qualitative and quantitative research from the perspective of preventive health services was presented on a variety of topics ranging from obesity management in primary care to tobacco control, from preventive strategies for non-communicable diseases to mammography screening refusal.<sup>[5]</sup>



**Photograph 11. EYFDM Türkiye Coordinators Speeches and Workshops of EUROPREV Forum**

In the last session, two parallel workshops were held and participants participated in these interactive sessions according to their interests. In one hall, a lively discussion was held on what the research priorities for preventive health services might be, while in the other hall, an informative discussion was held on whether preventive health services need a new approach in primary care. EYFDM Türkiye coordinators actively participated in both workshops. While Dr. Ekin Dikmen took part in the research priorities workshop as a moderator, Dr. İkbâl Hümay Arman was also the moderator of the new approaches workshop (Photographs 11).<sup>[5]</sup>

The first day was completed with a full day of scientific activities and a Gala Dinner was organized in the garden of a historical mansion, which allowed national and international participants to experience Turkish

cuisine together and have pleasant conversations. At the end of the night, the participants had fun with local music and mingled even more.

## 26 April 2024, Friday

On the second day of the EUROPREV Forum, the EYFDM Türkiye team participated in a joint scientific program with TAHEK. The forum began with Prof. Dr. John Brandt Brodersen's presentation on "Overdiagnosis," which discussed the negative impacts of unnecessary tests and procedures, including anxiety and medication side effects.<sup>[5]</sup> The EYFDM Türkiye team also organized a session on "Primary Healthcare in Europe and Quaternary Prevention Strategies," where young family doctors from Türkiye, Portugal, Italy, and Lithuania presented their country's strategies (Photograph 12).<sup>[5]</sup>



**Photograph 12. EYFDM Panel of Quaternary Prevention**

In Türkiye, a new policy on omeprazole aims to prevent multiple prescriptions of proton pump inhibitors, reducing medication overuse. Portugal's strategies include the 'S Clinico' system, which tracks patient history to avoid unnecessary tests, and the 'Norms of Clinical Orientation (NOC)' for appropriate medication use. Italy focuses on individualized patient care, patient education, and careful assessment of over-prescribed medications. Lithuania emphasizes reducing unnecessary medication use and promoting healthy lifestyles through patient education programs.

On the same day, during the first day of TAHEK, the EYFDM Türkiye team organized an 'Introduction to EYFDM' session to spark interest among young Turkish family doctors and encourage participation. Dr. Ekin Dikmen, Dr. İkbâl Hümay Arman, and Dr. Mehmet Kocabaş explained the international exchange



**Photograph 13. TAHEK's EYFDM Türkiye Session**



**Photograph 14. EYFDM Exchangers on Balkan Congress Center**

programs, conference opportunities, scholarships, and training initiatives offered by EYFDM to support young family doctors.<sup>[6]</sup> They also shared experiences from these exchange programs, with Dr. Mehmet Kocabaş discussing his time in the Hippocrates exchange program in Italy, while Dr. Hande Büyükdag and Dr. Gülşah Onur shared insights from the LOVAH Conference Exchange Program in the Netherlands (Photograph 13).<sup>[6]</sup>

### **27 April 2024, Saturday**

One of the key highlights of the exchange program was the bowling tournament, where participants divided into two teams and competed fiercely. A trophy was awarded to the most successful player, making this event a tradition for TAHEK, held for the second time this year (Photograph 15).<sup>[7]</sup>

The most emotional moment of the program came on departure day, as participants were reluctant to



**Photograph 15. 2nd Traditional Bowling Tournament of TAHEK**

say goodbye after their wonderful experiences. They strengthened their connections through social media and ensured their guests reached the bus station safely, maintaining contact until they arrived in Istanbul. The program fostered new friendships and connections between countries. As EYFDM Türkiye, we hope to meet again in other programs that we will carry out in our country and open to distant horizons together.

### **28 April 2024, Sunday**

At the end of a full week, on the last day of saying goodbye to our colleagues who completed the exchange program, as the EYFDM Türkiye team, we received feedback and suggestions from each of them about their experience. As a common conclusion of us, the hosts and the colleagues we hosted, we have observed how valuable the EYFDM movement is for us young family doctors. With these new connections we established professionally and individually, we completed our program by agreeing to meet again in congresses and exchange programs with the desire to share this experience, which opened new doors for us in the future of family medicine, with all our colleagues (Photograph 16).



**Photograph 16. Trakya University Family Medicine Department on The Last Day of 13. TAHEK Congress**

### Host's Feedback

Fatma Avcı: "I hosted Dr. Angelica from Italy, and it was a joyful learning experience for both of us. It provided an opportunity to explore a new culture and enhance my communication skills while learning about a different healthcare system. Beyond attending the congress, I enjoyed introducing our city to the exchange program friends, sharing our culture, and discussing our day with Angelica at home. Waking her up with a traditional breakfast was especially delightful. I am grateful to the exchange program for the enjoyable experiences and new friendship it offered."

Emel Aygün Bursa: "I am very happy that this year's EUROPREV Forum took place in Edirne. The discussions on health systems in various countries provided us with new perspectives to reflect on our family medicine system. Enjoyable conversations with friends from the exchange program while visiting Edirne's historical sites and trying regional specialties greatly improved my English-speaking skills. I hosted Dr. Laura and Dr. Marta from Portugal, whose kindness and cheerfulness made the visit unforgettable. I hope to meet again and continue our friendship."

Ekin Dikmen: "I am very happy to host Dr. Tadas Saulenas from Lithuania in this exchange program that I worked on every detail with all my dedication for weeks. In this intensive program that I hosted on behalf of my department and my duty as the EYFDM Türkiye National Delegate, Tadas and I returned home at the end of the day to evaluate the day and talk about our family medicine systems in detail. These conversations will always be special to me."

### Acknowledgements

The EYFDM Türkiye team extends its gratitude to Trakya University Family Medicine Department academicians Prof. Dr. Hamdi Nezh Dağdeviren, Prof. Dr. Ayşe Çaylan, Assoc. Prof. Dr. Önder Sezer, and Prof. Dr. Serdar Öztora for pioneering the exchange program. We also thank Dr. Mert Bardakçı, Dr. Halil Volkan Tekayak, and Dr. Ali Öztürk for their guidance in preparing and executing the program. Special thanks to Dr. Esra Arın Bal and Dr. Emre Sarı for sharing their practices during the family health center visits. Lastly, we sincerely appreciate Dr. Emel Aygün Bursa, Dr. Merve Çakmak, Dr. Fatma Avcı, Dr. Fatma Tüzer Eroğlu, Dr. Akif Eroğlu, Dr. Gizem Köz, Dr. Sena Akyar, and Dr. Ahmet Fürkan Kabacık, along with the residents of Trakya University's Department of Family Medicine, for being the true backbone of this exchange program.

### REFERENCES

1. World Organization of Family Doctors (WONCA). Dr Fons SIPS: 1940 – 2016 Vasco da Gama Movement founder. 2016. Available at: <https://www.globalfamilydoctor.com/member/Notices/DrFonsSIPSNetherlands.aspx> (Accessed on Jun 10, 2024).
2. European Young Family Doctors Movement (EYFDM). History. 2024. Available at: <https://eyfdm.eu/about/history> (Accessed on Jun 10, 2024).
3. T.C. Trakya Üniversitesi Sultan 2. Bayezid Külliyesi Sağlık Müzesi. Tarihçe. 2013. Available at: <https://saglikmuzesi.trakya.edu.tr/pages/tarihce> (Accessed on Jun 10, 2024).
4. T.C. Sağlık Bakanlığı, E-NABİZ. 2018. Available at: <https://enabiz.gov.tr/Yardim/Index> (Accessed on Jun 10, 2024).
5. European Network on Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV). Program. 2024. Available at: <https://archive.euoprev.eu/2024/foyer/index/bae06333-504f-40d3-bf39-696e5c995a56.html> (Accessed on Jun 10, 2024).
6. Trakya Aile Hekimliği Kongresi (TAHEK). Program. 2024. Available at: <https://tahek.esfam.org/page/program-5> (Accessed on Jun 10, 2024).
7. Bardakçı M, Altınışık T, Öztürk A, ve ark. VdGM 2020 değişim programı Edirne'de yapıldı. Türk Aile Hek Derg. 2020;24:i-viii.