

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği



Cilt
Volume **25** | Sayı
Issue **4** | Aralık
December **2021**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır
www.turkailehekderg.org



ISSN 1308-531X

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Turkish Journal of Family Practice

Yıl / Year 2021

Cilt / Volume 25

Sayı / Issue 4

İmtiyaz Sahibi / Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)
adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Esra Saatçı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Adana, Türkiye
esra.saatci@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4881-5906

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

Prof. Dr. Serdar Öztora
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
droztora@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9336-6009

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.

Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus, EBSCOHost,
TÜBİTAK Türk Tıp Dizini 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
Turkey Citation Index Index Copernicus, EBSCOHost, TÜBİTAK TR index.

©Her hakkı saklıdır. 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.

©All rights are reserved. 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. Esra Saatçı
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Adana, Türkiye
esra.saatci@gmail.com
ORCID: 0000-0003-4881-5906

Editörler / Editors

Prof. Dr. Serdar Öztora
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye
droztora@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye
zeynepvural@mynet.com
ORCID: 0000-0001-6131-7085

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

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

Doç. Dr. Umut Gök Balcı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi
Tepecik SUAM, İzmir, Türkiye
dr_ugb@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-5048-204x

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

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
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / 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

Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde Erişkin Bağışıklanma Durumu ve Etkileyen Faktörler

Adult Immunisation Status and The Affecting Factors In A Tertiary University Hospital Family Medicine Clinic

Banu Sarıgül, Başak Korkmazer, Aylin Asa Afyoncu, Erkan Melih Şahin..... 105

Kırsalda Yaşayan Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma

Premenstrual Syndrome Prevalence and Related Factors in Women of Reproductive Age Living in Rural Areas: A Cross-sectional Study

Muhammet Kızmaz, Funda Gökgöz Durmaz, Ezgi Döner, Mehmet Emre Ay, Burcu Kumtepe Kurt 113

Adolesanlarda İnternet Bağımlılığının Aile İçi Uyuma ve Okul Başarısına Etkileri

The Effects of Internet Addiction on Family Relations and School Success in Adolescents

Görkem Çalık, Çağdaş Emin Maç, Güzin Zeren Öztürk 120

COVID-19 Temaslılarının Özellikleri ve Pozitif Olguya Dönüşüm Oranları

Characteristics of COVID-19 Contacts and Conversion Rates to Positive Cases

Şerafettin Ceylan, Süleyman Mertoğlu, İlhan Emre Tertemiz 128

Sağlık İnanç Modeli ile Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin İnanç ve Algı Düzeyleri ile Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

An Examination of Men's Perceptions and Beliefs and Affecting Factors on Prostate Cancer Screening Based on the Health Belief Model

Nur Demirbaş, Mustafa Onmaz 137



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 uyumlu şekilde 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

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 tabidir, 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 zorunluluğu 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 durumlar 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

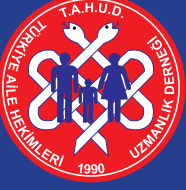
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

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

2021 Yılına Geride Bırakırken ...

Değerli Okurlarımız,

Bir yılın daha sonuna geldiğimiz bu günlerde, dünya hala COVID-19 pandemisi ve virüsün yeni varyantları ile savaşıyor. Bu nedenle, Avrupa ülkelerinin çoğunda tekrar kapanma dönemleri yaşanmaktadır. COVID-19 pandemisine bağlı olarak hastaneye yatış ve ölümler devam ediyor. DSÖ verilerine göre dünyada ve ülkemizde COVID-19 ile ilgili son durum şöyle: 23 Aralık 2021 tarihi itibarı ile 276.436.619 konfirme vaka, 5.374.744 ölüm, 8.649.057.088 doz aşı, ülkemizde 3 Ocak 2020-23 Aralık 2021 arasında 9.228.835 konfirme vaka, 80.957 ölüm, 124.058.691 doz aşı şeklindedir. Uluslararası Af Örgütü'ne göre COVID-19 nedeniyle hayatını kaybeden sağlık çalışanlarının güncel sayısı dünyada en az 7.000, TTB'ye göre ülkemizde bu sayı 531'dir.

Birinci basamak sağlık ekibinin lideri olarak biz aile hekimliği uzmanları; bu yılı da pandemi, belirsizlik, aşı karışıklığı ve şiddetle mücadele ederek, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kesintisiz, kapsamlı, bütüncül ve kaliteli sunumunu sağlayarak, aşılama hizmetlerini sürdürerek, bilgilerimizi güncellemeye devam ederek, eklenen yeni görev ve sorumluluklarla başa çıkmaya çalışarak, tüm bunların ötesinde bedensel, psikolojik, ekonomik, sosyal ve belki de varoluşsal sorunlarla mücadele ederek ve kendi sağlığımızı ve en yakınlarımızın sağlığını korumaya çalışarak tamamladık.

Bir önceki sayımızda söz verdiğimiz göç ve etkileri konusunu ve çok ciddi bir sorun haline gelen hekim göçünü önümüzdeki günlerde bilimsel bir yazıda ayrıntılı olarak inceleyeceğiz.

Bu sayının yayına hazırlanmasında emeği geçen yazarlarımıza, hakemlerimize, editör yardımcılarımıza ve Dergimize hak ettiği değeri veren siz okurlarımıza çok teşekkür eder, 2022 yılının hepimiz için sağlık, mutluluk, başarı, huzur ve neşe getirmesini dileriz.

Editörler Kurulu adına Prof. Dr. Esra SAATÇI

Üçüncü Basamak Üniversite Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde Erişkin Bağışıklanma Durumu ve Etkileyen Faktörler

Adult Immunisation Status and The Affecting Factors In A Tertiary University Hospital Family Medicine Clinic

Banu Sarigül[®], Başak Korkmazer[®], Aylin Asa Afyoncu[®], Erkan Melih Şahin[®]

Atf/Cite as: Sarigül B, Korkmazer B, Asa Afyoncu A, Şahin EM. Üçüncü basamak üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğinde erişkin bağışıklanma durumu ve etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(4):105-112.

ÖZ

Amaç: Erişkinlik dönemi içinde aşıların ulaşılabilir durumda olmasına rağmen, erişkin aşılanma oranları istenenden düşüktür. Çalışmamızda, polikliniğimize başvuran bireylerin erişkin aşısı yaptırma durumları, aşı yaptırma ve reddetme nedenleri ile bunların sosyodemografik değişkenlerle ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tıp fakültesi hastanesi, aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri bireylerden seçilen 500 kişilik örnekleme katılımcılara çalışmacılar tarafından hazırlanmış, sosyodemografik veriler, tıbbi özgeçmiş özellikleri, 18 yaş sonrası aşılanma durumları, aşı olma ve olmama nedenlerine ait soruları içeren form yüz yüze görüşmelerle uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların %47,4'ü 18 yaşından sonra aşı yaptırmıştı. Erişkin aşı yaptırma durumu, yaş, eğitim düzeyi ve çocuk sayısı arttıkça, ailedeki birey sayısı düştükçe artmaktaydı. Erişkin aşı yaptırma oranları gelir düzeyi algısı kötü olanlar, çalışmayanlar ve bekârlarda düşük, sağlık çalışanlarında, sigarayı bırakmış olanlarda, kronik ve kardiyovasküler sistem hastalığı olanlarda, düzenli ilaç kullananlarda daha yüksekti. Aşı önerisini kabul etmemiş olanlar daha yaşlı ve eğitim durumları düşüktü. Aşı yaptırma konusunda kararlarında katılımcıların %68,2'si aile hekimlerinin %66,4'ü uzman hekimlerin önerilerini dikkate aldığını, %16,2'si ise başkası önermese de kendilerinin takip ettiklerini belirttiler.

Sonuç: Ülkemizde erişkin aşısı yaptırma oranının çocukluk çağı aşılanma oranlarına göre düşük kaldığı görülmektedir. Erişkin aşısı yaptırmanın eğitim düzeyindeki artış ve sağlık hizmetleriyle temasın artması ile olumlu etkilenirken gelir durumunda kötüleşme ve hane halkı sayısında artıştan olumsuz etkilendiği görülmektedir. Aile hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına aşılanmanın önemi hakkında bilgilendirmeyi arttırmada önemli görev düşmektedir.

Anahtar kelimeler: Erişkin, aşılanma, koruyucu hekimlik

ABSTRACT

Objective: Although vaccines are available for adulthood, adult vaccination rates are lower than desired. Our study aimed to examine the adult vaccination status of the individuals who applied to our outpatient clinic, the reasons for vaccination and rejection, and their relationship with sociodemographic variables.

Methods: A form including questions about sociodemographic data, medical history characteristics, vaccination status after 18 years of age, and the reasons for vaccination and non-vaccination was applied to the participants. Through face-to-face interviews, a sample of 500 people was selected from individuals aged 18 and over, who applied to the Medical Faculty Hospital Family Medicine Polyclinic.

Results: 47.4% of the participants had been vaccinated after 18. The adult vaccination status was increased as the age, education level, and the number of children increased. However, adult vaccination statuses decreased as the number of family members increased. Adult vaccination rates were lower in those with a poor income level perception, unemployed and singles, healthcare workers, those who quit smoking, regular drug users, those with chronic and cardiovascular system diseases or those with a history of hospitalisation. Participants who did not accept the vaccination recommendations were older and had low educational backgrounds. About decisions for vaccination, 68.2% of the participants stated that they took the recommendations of their family physicians, 66.4% considered the recommendations of specialist physicians, and 16.2% stated that they followed the vaccination recommendations themselves, even if someone else did not recommend them.

Conclusion: In our country (Turkey), it is seen that the rate of vaccination for adults is lower than childhood vaccination rates. While adult vaccination was positively affected by the increase in education level and increased contact with health services, it appears to be negatively affected by the deterioration in income and increase in the number of household members. All healthcare professionals, especially family physicians, have an important role in increasing the awareness of the importance of immunisation.

Keywords: Adults, vaccination, preventive medicine

Received/Geliş: 26.05.2021

Accepted/Kabul: 12.11.2021

Publication date: 29.12.2021

Corresponding Author:

B. Korkmazer

ORCID: 0000-0003-2977-0693

T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir

Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye

✉ basakkorkmazer@gmail.com

B. Sarigül

ORCID: 0000-0002-2954-9131

Kemah Aile Sağlığı Merkezi,

Erzincan, Türkiye

A. Asa Afyoncu

ORCID: 0000-0001-9978-8114

Toplum Sağlığı Merkezi,

Edirne, Türkiye

E. M. Şahin

ORCID: 0000-0003-1520-8464

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,

Çanakkale, Türkiye

GİRİŞ

Sık görülen, morbidite ve mortalitesi yüksek enfeksiyon etkenlerine karşı geliştirilen aşilar, modern tıbbın halk sağlığına ve koruyucu sağlık hizmetlerine en büyük katkılarından biridir. Dünya çapında uygulanan bağışıklama programları sayesinde 2010-2015 yılları arasında en az 10 milyon ölümün önlendiği tahmin edilmektedir ve Küresel Aşılama Programı tüm halk sağlığı programları arasında en başarılısı ve maliyet etkinidir.^[1] Etkili tedaviler, yaşam şartlarında iyileşme sayesinde bireylerin doğumda beklenen yaşam süresi giderek yükselmektedir ve aşılama artık yalnızca çocukluk çağına özgü bir konu değil, erişkinler için de bir gereklilik hâlini almıştır; gelişen aşı portföyü ve etkili oldukları hastalıkların özelliklerine bağlı olarak artık erişkin dönem aşıları için de yaş grubu ve sağlık profiline özel planlanan uygulama rehberleri sunulmaktadır.^[2]

Erişkinlerde aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeniyle görülen ölüm sıklığı çocukluk çağının en az iki yüz katıdır.^[3] 2018 yılında ülkemizde yayınlanmış olan bir derlemede, yılda 50.000'den fazla erişkinin aşı ile önlenebilir hastalıklar nedeni ile öldüğü bildirilmiştir ve Dünya Sağlık Örgütü, erişkinler de dâhil, kim olduklarına veya nerede yaşadıklarına bakılmaksızın tüm bireylerin aşılmasını önermektedir.^[4,5] Bu konu ile ilgili Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezinin 19 yaş ve sonrasına uygulanmak üzere bir aşı şeması mevcuttur.^[6] Ülkemizde de Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği öncülüğünde Erişkin Bağışıklama Rehberi hazırlanmış ve 2016 yılında bu rehber revize edilmiştir ve erişkin aşıları, yaş ve risk gruplarına göre Sosyal Güvenlik Kurumu ödemesi kapsamındadır.^[2]

Erişkin aşıları ulaşılabilir durumda olmasına rağmen, aşılama oranları istenilen seviyenin altındadır. Ülkemizde erişkin aşılama oranları hakkında net bilgiye ulaşılmasa da Türkiye'de 12.235 katılımcı ile yapılmış olan bir çalışmada, aşılama oranlarının tetanos için %22,8, hepatit B için %4,1, influenza için %4,5, pnömokok için %0,1, influenza içinse %9,1 olduğu gösterilmiştir.^[7] Bu konuda birçok çalışma yapılmasına rağmen, ne ülkemizde ne de dünyada çocukluk dönemi aşı programlarının başarısı erişkin dönemde yakalanmıştır. Bu nedenle hekimlerin erişkin hastalara aşı önerisinde bulunması, hastalarını bu konuda bilgilendirmeleri ve rol model olmaları çok önemlidir.^[3]

Aşılamanın öneminin daha da arttığı günümüzde, polikliniğimize başvuran bireylerin erişkin aşısı yaptırmaya durumları ve bunların sosyodemografik verilerle olan ilişkisinin irdelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Evren ve Örneklem

Kesitsel analitik desende çalışmanın evrenini bir tıp fakültesi hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üzeri tüm bireyler oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, evrenin bilindiği durumlar için örneklem büyüklüğü formülü ile hesaplanmıştır. Hesaplamanın yapıldığı tarihte çalışmanın yapılacağı il olan Çanakkale ili merkez nüfusu 149.513 kişiden meydana gelmekte ve bunların 112.948 kişisini erişkin nüfus oluşturmaktaydı. Aşılama oranı, tutum ve davranışı konusunda birden fazla etmenin araştırılmasının planlandığı çalışmamız için sıklık 0,5 olarak hesaplanarak, evren oranına göre istenen sapma değeri $\alpha=0,05$ ve güven aralığı %95 alındığında ili temsil etmesi hedeflenen en düşük örneklem büyüklüğü 383 kişi olarak belirlenmiş, olası kayıplar ve iş yükü değerlendirmesi de dâhil edilerek çalışmanın 500 katılımcı ile yürütülmesine karar verilmiştir. Poliklinik başvuru sayıları göz ününe alındığında, çalışma için 4 aylık bir yürütme süresi planlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Verilerin toplanmasında katılımcıya ait sosyodemografik verileri içeren çalışmacılar tarafından hazırlanmış bir anketin yanı sıra tıbbi özgeçmiş özellikleri ile çocukluk ve 18 yaş sonrası aşılama durumları, aşı olma ve olmama nedenlerine ait soruları içeren soru formu yüz yüze görüşme metodu ile uygulanmıştır.

İzinler ve Onamlar

Bu çalışma, 29.11.2017 tarihinde 2017-19 kayıt numarası ile Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı alan "Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerin Aşı Hakkındaki Davranış, Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" isimli Aile Hekimliği tezinden derlenmiştir. Çalışmaya katılım için davet edilen hastalara çalışma hakkında sözel bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

İstatistiksel Analiz

Verilerin tanımlayıcı analizleri (ortalama, standart sapma, % değerleri) hesaplandıktan sonra erişkinlerin aşı yaptırmaya ve aşısı reddetme durumları iki ayrı değişken

olarak alınmış ve sosyodemografik verilerle ilişkisi kare, Student t testi, Mann Whitney-U ve korelasyon testleri kullanılarak incelenmiş, ortalama karşılaştırmaları için merkezi limit teoremi doğrultusunda bağımsız örneklem T testi kullanılmıştır. Her analiz için test sabitleri ve kesin p değerleri verilmiş, çalışma için genel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $35,2 \pm 14,5$ [en az 18 - en çok 79] olarak hesaplandı. Yaş ortalaması kadınlarda $34,1 \pm 13,6$, erkeklerde $36,8 \pm 15,5$ idi ($t = -0,644$; $p = 0,145$). Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların 451'inin (%90,2) çocukluk aşıları tam, 44'ünün (%8,8) eksik uygulanmış, 5 (%1) katılımcının ise hiç uygulanmamıştı. Katılımcılar arasında 18 yaşından sonra aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4)

idi. Katılımcıların 18 yaş sonrası yaptırdıkları aşılar ve dağılımları Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların 18 yaş sonrası yaptırdıkları aşılar ve dağılımları.

Aşı	Aşı yaptıran kişi sayısı	Aşı yaptıran kişi sayısının katılımcı sayısına oranı (%)
İnfluenza	41	8,2
Tetanoz	97	19,4
HBV	38	7,6
Meningokok	14	2,8
Kuduz	9	1,8
KKK	4	0,8
Çiçek	4	0,8
HAV	3	0,6
BCG	1	0,2
HPV	1	0,2
Pnömonokok	1	0,2
Bilinmeyen / hatırlanmayan aşı	65	13,0

Erişkin dönemde aşı yaptırmayan kişi sayısı 263 (%52,6)'dir. Birden fazla çeşit aşı yaptıran bireyler mevcuttur.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve tıbbi öykü özellikleri.

Değişken	n	%	Değişken	n	%		
Cinsiyet	Kadın	299	59,8	Yaşadığı bölge	Kent	461	92,2
	Erkek	201	40,2		Kırsal	39	7,8
	Toplam	500	100		Toplam	500	100
Eğitim Durumu	Okur-yazar olmayan	2	0,4	Yalnız yaşama durumu	Evet	29	18,4
	Okur-yazar	4	0,8		Hayır	471	81,6
	İlköğretim	89	17,8		Toplam	500	100
	Lise	86	17,2	Sosyal medya kullanımı	Evet	365	73,0
	Yüksekokul	143	28,6		Hayır	135	27,0
	Üniversite	135	27,0		Toplam	500	100
	Lisansüstü	41	8,2	Sigara kullanımı	Aktif kullanıyor	147	29,4
Toplam	500	100	Bırakmış		84	16,8	
Medeni Durum	Evli	269	53,8		Hiç kullanmamış	269	53,8
	Bekar	206	41,2	Toplam	500	100	
	Dul	25	5,0	Alkol kullanımı	Kullanıyor	57	11,4
	Toplam	500	100		Sadece sosyal ortamlarda	150	30,0
Çalışma Durumu	Çalışıyor	231	46,2		Kullanmıyor	293	58,6
	Çalışmıyor	216	43,2	Toplam	500	100	
	Emekli	53	10,6	Kronik hastalık	Var	130	26,0
	Toplam	500	100		Yok	370	74,0
Sağlık çalışanı olma	Sağlık çalışanı	97	19,4		Toplam	500	100
	Sağlık çalışanı değil	403	80,6	Düzenli ilaç kullanımı	Var	121	24,2
	Toplam	500	100		Yok	379	75,8
Gelir Durumu	İyi	59	18,4		Toplam	500	100
	Orta	379	75,8	Gebelik sayısı	0	136	45,3
	Kötü	29	5,8		1	56	18,8
	Toplam	500	100		2 ve üzeri	107	35,9
Çocuk sahibi olma	Çocuğu yok	254	53,4		Toplam	299	100
	Çocuğu var	246	46,6	Son 1 yılda hastaneye yatış öyküsü	Var	46	9,2
	Toplam	500	100		Yok	454	90,8
					Toplam	500	100

Erişkin dönemde aşı yaptıranların yaş ortalaması (38,5±14,3), aşı yaptırmayanlardan (33,0 ± 10,5) anlamlı olarak yüksekti (t=-5,089; p<0,001). Erişkin aşı yaptırmama durumu ile yaş arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmekteydi (tau_b=0,224; p<0,001). Erişkin dönemde aşı yaptıranların eğitim düzeyi yaptırmayanlardan daha yüksekti (Mann-Whitney U=28071,0; p=0,049) ve eğitim düzeyi yükseldikçe erişkin aşısı yaptırmama oranı artmaktaydı (tau_b=0,079; p=0,049). Erişkin dönemde aşı yaptıranlarda ailedeki birey sayısı ortalaması 2,88±0,1, yaptırmayanların ise 3,0±1,1 idi (Mann-Whitney U=24183,5; p<0,001), ve ailedeki birey sayısı ortalaması arttıkça erişkin aşısı yaptırmama oranı düşmekteydi (tau_b=-0,180; p<0,001).

Gelir düzey algısı iyi olanların %47,8'i, orta olanların %49,1'i, kötü olanların %24,1'i erişkin aşısı yaptırmıştı. Gruplar arasında erişkin aşılarını yaptırmama durumu açısından anlamlı fark vardı (X²=6,728; p=0,035). Erişkin dönemde aşı yaptırmama oranı çalışanlarda %59,7, çalışmayanlarda %31,5, emeklilerde ise %58,5 olup, aralarında anlamlı fark mevcuttu (X²=38,677; p<0,001). Katılımcılar arasındaki sağlık çalışanlarının erişkin aşılarını yaptırmama oranları (%71,1) sağlık çalışanı olmayanların aşılama oranından (%41,7) anlamlı olarak yüksekti (X²=27,190; p<0,001). Erişkin dönemde aşı yaptırmama oranı bekârlarda %34,5, evlilerde %55,4, dullarda %68,0 oranında idi ve gruplar arasında anlamlı fark mevcuttu (X²=24,965; p<0,001).

Erişkin dönemde aşı yaptırmama oranları hiç sigara kullanmayanlar arasında %40,9, sigarayı bırakmış olanlar arasında %67,9, aktif sigara içiciler arasında ise %47,6 idi (X²=18,672; p<0,001). Katılımcıların 74'ü (%14,8) aşılarını düzenli takip edip kendi talebi veya hekim önerisi ardından yaptırdığını, 163'ü (%32,6) ise etkenle temas, mesleki zorunluluk, gebelik, askerlik ve seyahat gibi zorunluluk hâlleri nedeniyle erişkin dönemde aşılandığını gösteriyordu. (X²=2,817; p=0,024).

Kronik hastalık nedeniyle takipli olmayan katılımcıların erişkin aşısı yaptırmama oranı (%19,1), kronik hastalık tanısı mevcut olan katılımcıların oranından (%33,8) anlamlı düşüktü (X²=14,085; p<0,001). Kardiyovasküler sistem hastalığı olanlarda aşı yaptırmama oranı (%62,9) olmayanlardan (%45,2) anlamlı olarak yüksekti (X²=6,823; p=0,009). Dermatolojik hastalığı olan dokuz katılımcıdan sekizi (%88,9) erişkin dönem aşısı yaptırmışken, olmayanların %46,6'sı aşılanmamıştı (X²=6,327; p=0,016). Diğer kronik hastalık türleri erişkin aşısı yaptırmama durumu açısından anlamlı fark oluşturmuyordu. Düzenli ilaç kullanan katılımcıların

%64,5'i, ilaç kullanmayanların %42,0'ı erişkin aşısı yaptırmıştı, iki grup arasında anlamlı fark vardı (X²=18,640; p<0,001).

Erişkin dönemde aşı yaptıranların katılımcıların ortalama çocuk sayısı yaptırmayanlara kıyasla daha fazlaydı (t=-3,660; p<0,001) ve çocuk sayıları ile erişkin aşılarını yaptırmama durumu arasında anlamlı pozitif korelasyon gözlenmekteydi (tau_b=0,164; p<0,001).

Cinsiyet, yaşanılan bölge, alkol kullanımı, sosyal medya kullanımı, daha önce aşı yan etkisi ile karşılaşma durumu erişkin aşısı yaptırmama davranışı üzerinde anlamlı fark oluşturmuyordu (sırasıyla X²=0,003; p=0,096, X²=0,246; p=0,620, X²=2,817; p=0,245, X²=0,000; p=1,000, X²=3,070; p=0,080).

Katılımcıların 23'ünde (%4,6) daha önce aşı yaptırdıktan sonra yan etki gelişmişti. En sık görülen üç yan etki sırasıyla aşı yerinde şişlik/ağrı (n=7, %1,4), ateş (n=6, %1,2) ve döküntü (n=4, %0,8) idi.

"Size aşı yaptırılması önerildiğinde kabul etmediğiniz oldu mu?" sorusuna katılımcıların 122'si (%24,4) hiç önerilmedi, 317'si (%63,4) hayır, 61'i (%12,2) evet şeklinde yanıt verdi. Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi söylemleri ile aşığı reddetme nedenleri Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Kendilerine aşı uygulanmasını reddeden katılımcıların kendi ifadeleri ile aşığı reddetme nedenleri.

Aşı yaptırmama nedeni	n	%
Aşı gerekli değil	8	13,1
Aşının yan etkileri neden	4	6,6
Aşı güvenli değil	4	6,6
Aşı faydasız	3	4,9
Aşı hakkında bilgim yoktu	3	4,9
Aşı hakkında basında çıkan haberler nedeniyle	3	4,9
Aşı olmak istemiyordum	3	4,9
Grip aşısının bağışıklık sağlayacağına inanmadığım için	2	3,3
Hasta olmadığım için gerek duymuyorum	1	1,6
Hekimler arasındaki fikir ayrılığı nedeni ile aşılar hakkında şüpheye düştüm	1	1,6
Aşının içeriğini açıklayamadıkları için	1	1,6
Aşının sağlık açısından riskli olduğunu düşünüyorum	1	1,6
Aşidan korkuyorum	1	1,6
Dozları tam olduğu için	1	1,6
Aşıya alerjim var	1	1,6
İşim vardı	1	1,6
Belirtilmemiş	23	37,7
Toplam	61	100

Cinsiyet, medeni durum, çalışma ve gelir durumu, sağlık çalışanı olma, yaşanılan bölge, hanedeki birey sayısı, sigara, alkol ve sosyal medya kullanımı, kronik hastalık varlığı ve türleri, ilaç kullanımı erişkin dönemde aşı olmayı reddetme davranışı açısından anlamlı fark oluşturmazken, daha önce kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyenlerin yaş ortalaması (30,7±5,5), kabul edenlerden (33,1±8,7) anlamlı düşüktü ($t=2,434$; $p=0,017$). Aşığı reddedenler ile kabul edenlerin arasında eğitim durumu açısından anlamlı fark vardı ($U=7548,5$; $p=0,003$).

Katılımcılara, “Aşı yaptıрма kararınızda aşağıdakilerden hangisinin/hangilerinin görüş ve önerilerini dikkate alırsınız?” sorusu yöneltildi. Bu soruya katılımcıların %68,2’si aile hekimi, %66,4’ü uzman hekim, %16,2’si ise başkası önermese de kendim takip eder yaptırım yanıtını vermişti. Erişkin aşısı yaptıрма veya aşığı reddetme durumu ile bir hekim, hemşire, eczacı veya eş/dosttan bu konuda öneri alma arasında anlamlı ilişki yoktu. Bununla birlikte, “Aşılarımı düzenli takip eder, yaptırım.” diyenlerin %69,1’i, bu seçeneği işaretlemeyenlerin ise %43,2’si erişkin aşısı yaptırmıştı ve aşılarımı takip eder yaptırım diyenlerin aşı yaptıрма oranları anlamlı olarak yüksekti ($X^2=18,316$; $p<0,001$). Aşığı reddetme durumu açısından ise, “Aşılarımı düzenli takip eder, yaptırım.” seçeneği arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu ($X^2=5,471$; $p=0,065$).

TARTIŞMA

Üçüncü basamak bir hastanenin aile hekimliği polikliniğine başvuran 18 yaş ve üstü bireyleri kapsayan çalışmamızda, katılımcıların kendilerine erişkin aşısı yaptıрма durumları, erişkin aşısı yaptıрма davranışlarını etkileyen faktörleri, aşı yaptırmama nedenlerinin incelenmesi amaçlandı.

Çalışmamızda, 18 yaşından sonra en az bir kez aşı yaptıran birey sayısı 237 (%47,4) idi. En çok yapılan aşular tetanos ($n=97$, %19,4) ve influenzaydı ($n=41$, %8,2); pnömokok aşısı yaptırdığını belirtenlerin oranı ise yalnızca %0,2 idi. Üçüncü basamakta yapılan bazı çalışmalarda, erişkin aşılama oranları %47,7-%59,0 arasında değişmektedir ve çalışmamızla benzer şekilde en sık yaptırılan erişkin aşılalarının influenza ve tetanos aşıları olduğu belirtilmiştir.^[8-10] Ülkemiz genelinde ise erişkin aşılama oranlarının %2’den az olduğu tahmin edilmektedir.^[11] Ülkemizdeki çalışmalarla karşılaştırıldığında, polikliniğimize başvuran 18 yaş üzeri bireylerin erişkin aşı yaptıрма oranları benzer olsa da diğer ülkelerdeki çalışmalara göre daha düşüktür.

Avrupa’da erişkin aşılamanın değerlendirildiği bir meta analizde, yaşlı popülasyonda influenza aşısı ile aşılama oranının %1-77 (median=%44,7) arasında, pnömokok aşılama oranının ise en yüksek %13 oranında -Belçika’da- uygulandığı saptanmıştır.^[12] Amerika Birleşik Devletleri’nde ise 65 yaş üstünde influenza için %66,2, pnömokok için %59,9 oranında; 18-65 yaş arasında influenza için %47,0, pnömokok aşısı için %21,2 oranında aşılama durumu söz konusudur.^[13] Avrupa ülkelerini kapsayan meta analiz ile karşılaştırıldığında, influenza aşısı yaptıрма oranları -ülkelere göre değişmekle birlikte- çalışmamızda daha düşük saptanmıştır; benzer durum ABD örneğinde de gerek influenza gerekse pnömokok aşılama açısından geçerlidir. Çalışmamızda, pnömokok aşılamanın böylesine düşük oranda kalmasının, bu çalışmanın yapıldığı dönem ve öncesinde 65 yaş ve üstü gruba konjuge pnömokok aşısı ile aşılamanın henüz Aile Sağlığı merkezleri tarafından uygulanmaya başlanmamış olması ile ilişkili olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda, katılımcıların erişkin aşı yaptıрма durumlarıyla cinsiyetler arasında anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Bazı çalışmalarda gösterildiği üzere, kadın cinsiyet için erişkin aşılama konusunda gerek bilgi düzeyi gerekse aşılama durumu daha yüksek oranlarda gözlenmektedir.^[8,9,13] Çalışmamızda, cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık saptanmamasının katılımcıların neredeyse yarısının çocuk sahibi olmamasıyla ilişkili olduğu düşünülebilir. Özellikle gebelik döneminde tetanos aşısının rutin önerilmesi ve ana/çocuk sağlığı çalışmaları kapsamında kadınların aşı hakkındaki farkındalığının artmasına bağlı olarak kadın cinsiyetin aşılama konusunda daha kolay bilgi sahibi olabildiği düşünülebilir.

Çalışmamızda, erişkin aşısı yaptıрма durumu ile eğitim seviyesi arasında korelasyon gözlenmekteydi. Benzer pek çok çalışmada, eğitim seviyesi yükseldikçe erişkin aşılama haberdar olma durumunun arttığı ve erişkin aşılama konusunda daha istekli oldukları sonucuna ulaşılmıştır.^[9,13] Bunun tersine özellikli bir grup olan kanser hastalarında erişkin aşılama tutumunun incelendiği başka bir çalışmada, kanser tanısı aldıktan sonraki dönemde eğitim seviyesi arttıkça aşı karşıtlığının anlamlı düzeyde arttığı gözlenmiştir.^[14] Anlaşılan şudur ki, eğitim seviyesindeki artış aşı yaptıрма oranlarını olumlu etkilemekle birlikte, kanser hastalığı gibi özel durumlarda farklı etki gösterebilmektedir. Kanser hastalarının yaşam beklentisi, aldıkları yoğun tedaviler ve psikolojik olarak zorlayıcı bir süreçten geçiyor olmaları aşığı bakış açılarını etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda, kendisine aşı yapılması önerildiğinde kabul etmeyen katılımcıların ortalama yaşı ve eğitim düzeyleri kabul eden emsallerine kıyasla daha yüksek olduğu gözlenmekteydi. Diğer sosyodemografik veriler açısından erişkin aşılmasını kabul edenler ile etmeyenler arasında anlamlı fark yoktu. Özellikle eğitim durumu ele alındığında, niceliktense kalitenin daha değerli olduğu gözlenmektedir. Eğitim durumu bilgiye ulaşmaya çabada ve edinilen bilgiyi değerlendirmede oldukça önemli olmakla birlikte, bilgiye ulaşılan yerin güvenilirliği ve bilimselliğini sorgulamak için kişisel bir eleştirel yaklaşımın önemi söz konusudur. Bu sonuçlar, sağlık okuryazarlığının önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda, gelir durumu orta olanlarda erişkin aşısı yaptırma oranı en yüksekken, kötü olanlarda en düşüktü ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı idi. Benzer şekilde erişkin aşısı yaptırma durumu ile hanedeki birey sayısı arasında anlamlı ilişki mevcuttu ve birey sayısı arttıkça aşılama oranları azalıyordu. Hanedeki birey sayısı kişi başına düşen gelir miktarını, eğitim durumunu ve kendine vakit ayırma süresini etkileyerek sağlıklı yaşam davranışlarını etkileyebilmektedir. Bunun yanında, yaşanan çevredeki sosyoekonomik yapının olumsuz olması da hanedeki birey sayısında artış ve erişkin aşılama düzeyinde azalma ile ilişkili olabilmektedir.^[13,15]

Sakamoto ve ark.'nın yaşı popülasyonda pnömokok aşılmasını araştırdığı çalışmasında, sigara ve alkol kullanımı ile aşı olma durumu arasında anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir.^[16] Buna karşılık, çalışmamızda sigarayı bırakanlarda aşı olma oranı en yüksekken (%67,9), hiç sigara kullanmayanların aşı olma oranları daha düşüktü (%40,9). Hem sigara bırakma hem de aşılama davranışlarının beraber artıyor olması bireylerde olumlu sağlık davranışı oluşturmanın sağlığı korumaya yönelik başka davranışları da etkileyebileceğini göstermektedir.

Kronik hastalığı olan bireyler erişkin aşılması açısından riskli bireyler olup, aşı yaptırması önerilmektedir.^[5] Çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırma oranı kronik hastalığı olanlarda (%33,8) olmayanlardan (%19,1) anlamlı olarak yüksekti. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, iç hastalıkları polikliniklerine başvuran riskli bireylerde aşı yaptırma oranı %27,2 olarak saptanmıştır.^[17] Literatürde kronik hastalık tanısının olmasının kişilerin erişkin aşılama durumlarına etkisinin net olmadığı görülmektedir.^[18-20] Yapılan bir çalışmada, aşı yaptıran ve yaptırmayanlar arasında kronik kalp, akciğer ve böbrek hastalığı açısından anlamlı fark varken kronik

karaciğer hastalığı, diyabet ve hipertansiyon açısından anlamlı fark bulunmamıştır.^[18] Helfrizchi ve ark.'nın yaşı popülasyonda yaptığı bir çalışmada, aşı olan grupta aşı olmayan gruba göre kronik hastalık sayısı ve sıklığı daha fazladır.^[19] Literatürdeki bu farklı sonuçlar erişkin aşılama konusunda sağlık hizmetinin henüz standardize edilmiş bir erişkin aşılama önerisinin yerleşmediği ve erişkin aşılama durumunun kişisel talep ve hekim görüşü ile şekillendiğini düşündürmektedir.

Katılımcıların çocukluk aşılarının uygulanma durumlarına bakıldığında, %99,0'unun çocukluk aşıları uygulanmış, %1'nin uygulanmamıştı. Ülkemizde 1981 yılından beri süre gelen genişletilmiş bağışıklama programı kapsamında aşılama oranları giderek artarak %70'lerden %95'in üzerine çıkmıştır.^[20] Aşı döneminin üzerinden geçen zamanın çok uzun olması anımsamayı da zorlaştırabilmektedir. Çalışmamızda, yaş ortalamasının düşük olması nedeniyle hem hatırlama sorunu azalmaktadır hem de katılımcıların çocukluk çağındaki aşılama hızları daha yüksek olarak gözlenmiştir.

Katılımcıların aşı yaptırma kararında en çok aile hekimi ve diğer hekimlerin önerisini dikkate aldıklarını belirtmişti. Aşılarını düzenli takip edip yaptırdığını belirten katılımcılarda erişkin aşısı yaptırma oranı anlamlı olarak yüksekti. Gerek ulusal gerekse uluslararası çalışmalarda bir sağlık personelinden aşı önerisi almanın aşılama oranlarını olumlu yönde etkileyen faktörlerden olduğu saptanmıştır.^[8,13,16,21,22] Çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırma davranışı ile hekim önerisi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olsa da hekiminden aşı hakkında öneri aldığı aşı yaptıracaklarını belirten katılımcıların oranı oldukça yüksektir. Erişkin aşılama oranlarının artırılmasında hastalara sağlık profesyonelleri tarafından bilgi verilmesinin önemi ortadadır ve bunu sağlayabilmek için tıp eğitiminde erişkin bağışıklamasının önemine özellikle yer verilmelidir.

Uzuner ve ark.'nın 2018'de yayınladıkları çalışmalarında, erişkin yaş grubunda bilgilendirilmemiş olmak, aşıya gerek duymamak, yan etkisi olduğunun düşünülmesi, aşından korkmak ve aşı yaptırmak için nedenin olmaması başlıca aşı yaptırmama nedenleri olarak belirlemişlerdi. Bunlara ek olarak, aşı zamanını takip etme zorunluluğu ve sosyal güvencenin aşı ücretini karşılamaması da aşı yaptırmama nedenleri arasındaydı. Aynı çalışmada, "Sosyal güvenceniz karşılasaydı aşılarınızı yaptırır mısınız?" sorusuna katılımcıların %56'sı evet yanıtını vermekteydi.^[9] Genel olarak değerlendirildiğinde,

erişkin aşısı yaptırılmamasının başlıca nedenleri hekimin/ sağlık çalışanlarının önermemesi, bilgisizlik, aşılardan etkisi ve güvenli olup olmadığı ile ilgili şüpheler, sağlık okuryazarlığının düşük olması, aşının yalnızca çocuk yaş grubuna uygulandığının düşünülmesi, aşılardan fiyat ve geri ödeme sorunları, erişkin aşı şemasının olmaması olarak bildirilmiştir.^[23,24] Hekim tarafından önerilse dahi bireylerin aşı yaptırmayı kabul etmemelerinin nedenleri arasında yan etkilerden korkulması, bireylerin sağlıklı veya yaşlı oldukları için aşının gereksiz olduğunu düşünmeleri, aşılardan hakkında düşüncelerinin olmaması gibi gerekçeler söz konusudur.^[25] Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda görüldüğü üzere, erişkin aşısı yaptırmamanın önündeki başlıca engeller bireylerin bilgilendirilmesi ile azaltılabilir. Örneğin, Japonya'da 65 yaş üzeri grupta pnömokok aşısının rutin aşılanma programına alınmasının aşılanma oranlarına etkisinin araştırıldığı bir çalışmada, aşılanma oranları 2009 yılında %20,9 iken, aşılanma programı başladıktan iki yıl sonra, 2015 yılının sonunda %40,6 oranına ulaşılmıştır.^[26] Bu durum erişkin aşılanma oranlarının artırılmasında ulusal aşılanma programlarının etkisini göstermektedir.

Çalışmamızda, katılımcıların erişkin aşısına bakış açıları ve aşı reddi nedenleri değişken bir tutum izlemekteydi. Aşı yaptırmayı kabul etmeyenlerin kabul etmeme nedenlerinin sorulduğu açık uçlu soruya verilen başlıca yanıtlar; aşının gerekli olmadığının düşünülmesi, yan etkiden korkma, aşılara güvenmeme ve yararsız bulma, bilgi eksikliğiydi. Bunun yanında, sağlık açısından riskli olduğunun düşünülmesi, medyadan etkilenme, aşı içeriği ile ilgili duyular, aşının hastalıktan korumadığının düşünülmesi gibi nedenler de mevcuttu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan aşı reddi nedenlerinin sorgulandığı soru setine verilen yanıtlarda da herhangi bir gerekçede bir yoğunlaşma söz konusu değildi. Erişkin aşıları hakkında bilgi ve tutumun değerlendirildiği bir başka çalışmada, tüm toplumun değil riskli erişkinlerin aşılanması gerektiğini düşünenler katılımcıların %37'sini oluşturmaktaydı ve katılımcıların erişkin aşıları hakkındaki önerileri sorulduğundaysa, öneride bulunanların %72,2'si aşıların takip edilmesini, %18,9'u bu konuda bilgilendirilmeyi, %6,7'si güvenilir ve etkili aşıların olmasını, %2,2'si ücretsiz olarak aşı yapılmasını önermişti.^[8] Aldığımız sonuçlarla da desteklenen bu görüş aslında aşı reddinden çok aşı kararsızlığının daha sık olduğunu ve doğru bilgilendirme ile bu engelin aşılanmasının olası olacağını gösterir nitelikteydi.

Çalışmamız bir üçüncü basamak hastanesinin aile hekimliği polikliniğine başvuran sınırlı bir nüfusa

yapıldığından topluma genellerken dikkatli olunmalıdır. Ülkemizde bağışıklama hizmetleri temel olarak birinci basamakta sunulmaktadır ve çalışmanın birinci basamağa başvuran bireylere uygulanamamış olması çalışmanın önemli zayıf yönlerinden birisidir.

Çalışmamız bulguları ile katılımcıların hem erişkin aşılanma hem de çocukluk çağı aşılanma hakkındaki tutum ve davranışlarını inceleme fırsatı sunmaktadır. Çalışmamızda yalnızca aşılanma düzeyine odaklanılmamış, günümüzde giderek yaygınlaşan ve aşılanma oranlarında düşmeye neden olan önemli bir sorun olarak aşı karşıtlığı da irdelenmiştir. Tüm bunlar ele alındığında çalışmamız aşılanma hakkında kapsamlı bir bakış açısı sunmaktadır.

Sonuç

Çocukluk aşısı yaptırmama oranlarının çok yüksek olduğu çalışmamızda, erişkin aşısı yaptırmama oranının %47,7'de kaldığı görülmektedir. Erişkin aşısı yaptırmayı eğitim düzeyindeki artış, kronik hastalık varlığı, çocuk sayısı gibi etkenler olumlu etkilerken gelir durumunda kötüleşme ve hane halkı sayısında artışın olumsuz etkilediği görülmektedir. Aşı olmamanın önündeki en büyük engel ise aşı hakkında bilgi sahibi olmamak, aşının gereksiz veya faydasız olduğunun düşünülmesi, aşının güvenli olmadığı endişeleridir. Çalışmamızda, katılımcılar aşı olma konusunda en çok hekimlerin önerilerini dikkate aldıklarını belirtmişlerdir. Bu veriler göz önüne alındığında, öncelikle birinci basamak hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına aşılanmanın önemi hakkında uygun bilgilendirme ortamını oluşturmak açısından önemli bir görev düşmektedir.

Etik Kurul Onayı: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (29.11.2017/19-14).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Çanakkale Onsekiz Mart University Faculty of Medicine Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (29.11.2017/19-14).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKÇA

1. WHO. Global Vaccine Action Plan 2011–2020 Cenevre: WHO Press, 2013.
2. Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği Erişkin Bağışıklaması Çalışma Grubu. Erişkin bağışıklama rehberi Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2016.
3. Cehan M, İltter H. T.C. Sağlık Bakanlığı, Enfeksiyon Hastalıkları Derneği. 3. Ulusal aşı çalıştay: Çalıştay raporu, Ankara, 2018, p:13-17.
4. Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü. Türk Aile Hek Derg. 2018;22(3):166-174. <https://doi.org/10.15511/tahd.18.00366>
5. WHO. Global Routine Immunization Strategies and Practices. https://www.who.int/immunization/programmes_systems/policies_strategies/GRISP/en/ adresinden 18/01/2021 tarihinde indirilmiştir.
6. CDC. İmmunization Schedules. <https://www.cdc.gov/vaccines/schedules/hcp/imz/adult.html> adresinden 18/01/2020 tarihinde indirilmiştir.
7. Biberoglu K ve ark. TIHUD ege Çalışma Grubu Raporu. Erişkin İmmünizasyonu <http://www.tihud.org.tr/main/content> adresinden 18/05/2020 tarihinde indirilmiştir.
8. Bal H, Börekçi G. Mersin ilindeki bir aile sağlığı merkezine kayıtlı altmış beş yaş ve üstü bireylerin erişkin aşılama durumları ve etkileyen faktörler. İstanbul Med J. 2016;17:121-30. <https://doi.org/10.18521/iktd.562207>
9. Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P. Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(3):113-118. <https://doi.org/10.2399/tahd.13.55265>
10. Uzuner A, Arabacı Ş, Yüceel A. İ, Kocatürk A C, et al. Knowledge, attitude and behaviors of adults about adulthood immunization. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2018;12(3):215-225. <https://doi.org/10.21763/tjfm.452487>
11. Toprak D, Akan H, Köksal İ, Sargın M. Erişkin aşılaması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamasındaki rolü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2018;22(3):166-174. <https://doi.org/10.15511/tahd.18.00366>
12. Özışık L, Tanrıöver M D, Rigby S, Unal S. European Federation of Internal Medicine ADVICE Working Group. ADVICE for a healthier life: Adult vaccination campaign in Europe. European Journal of Internal Medicine. 2016;33:14-20. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2016.04.021>
13. La E. M, Trantham L, Kurosky S K, Odom D, Aris E, Hoge C. An analysis of factors associated with influenza, pneumococcal, Tdap, and herpes zoster vaccine uptake in the US adult population and corresponding inter-state variability. Human Vaccines & Immunotherapeutics. 2018;14(2):430-441. <https://doi.org/10.1080/21645515.2017.1403697>
14. Akın S, Dizdar O, Özışık L, Tanrıöver M D, Kamisli S, Erman M, Hayran M. Vaccination attitudes among patients with cancer receiving chemotherapy. International Journal of Hematology & Oncology / UHOD: Uluslararası Hematoloji Onkoloji Dergisi. 2016;26(3):167-172. <https://doi.org/10.4999/uhod.161317>
15. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2009;2(4):145-154.
16. Sakamoto A, Chanyasanha C, Sujirarat D, Matsumoto N, Nakazato M. Factors associated with pneumococcal vaccination in elderly people: a cross-sectional study among elderly club members in Miyakonojo City, Japan. BMC Public Health. 2018;18(1):1172. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6080-7>
17. Biberoglu K, Biberoglu S, Özbakkaloğlu M ve ark. Haydi büyükler aşıya. Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği Ege Çalışma Grubu <http://www.tihud.org.tr/main/content?ref=2&child=179> adresinden 18/01/2021 tarihinde indirilmiştir.
18. Hellfritsch M, Thomsen R. W., Baggesen L. M., Larsen F. B., Sørensen H. T., Christiansen C. F. Life style, socioeconomic characteristics, and medical history of elderly persons who receive seasonal influenza vaccination in a tax-supported healthcare system. Vaccine. 2018;35(18):2396-2403. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2017.03.040>
19. Akman, M, Uzuner A, Uç D, Dikmen, İ, Sarısoy M, Güzel S, Çifçili S. Altmış beş yaş üstü erişkinlerde aşılanma durumu ve bilgi düzeyleri. The Journal of Turkish Family Physician. 2014;5(3):19-23.
20. Tuells J, Rodríguez-Blanco N, Torrijos J L D, Vila-Candel R, Bonmati A N et al. Vaccination of pregnant women in the Valencian Community during the 2014-15 influenza season: a multicentre study. Revista Española de Quimioterapia. 2018;31(4):344-352.
21. International federation on ageing (IFA). Adult immunization advocacy summit Rome meeting draft report. TORONTO:2015
22. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Faaliyet Raporu 2013. https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/saglik_bakanligi_faaliyet_raporu_2013.pdf adresinden 18/08/2020 tarihinde indirilmiştir.
23. Ulusal Aşı Çalıştay, Çalıştay Raporu. ANKARA:2016. <http://www.enfeksiyon.org.tr/2.calistayrapor.pdf> adresinden 18/08/2020 tarihinde indirilmiştir.
24. Erdoğan H. İ, Catak, B. Influenza, pneumococcal and herpes zoster vaccination rates amongst people aged 65 years and older and related factors. Turkish Journal of Geriatrics/Türk Geriatri Dergisi. 2018;21(4):498-506.
25. Yılmaz T, Yılmaz T E, Ceyhan Ş, Kasım İ, Kaya A, Odabaş Ö K, et al. Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı geriatric hastaların influenza ve pnömokok aşısı ile aşılanma durumları ve doktor önerisinin etkisi. Ankara Medical Journal. 2018;3:391-401. <https://doi.org/10.17098/amj.461416>
26. Naito T, Yokokawa H, Watanabe A. Impact of the national routine vaccination program on 23-valent pneumococcal polysaccharide vaccine vaccination rates in elderly persons in Japan. Journal of Infection and Chemotherapy. 2018;24(6):496-498. <https://doi.org/10.1016/j.jiac.2018.01.004>

Kırsalda Yaşayan Doğurganlık Çağındaki Kadınlarda Premenstrüel Sendrom Sıklığı ve İlişkili Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma

Premenstrual Syndrome Prevalence and Related Factors in Women of Reproductive Age Living in Rural Areas: A Cross-sectional Study

Muhammet Kızmaz[®], Funda Gökgöz Durmaz[®], Ezgi Döner[®], Mehmet Emre Ay[®], Burcu Kumtepe Kurt[®]

Atf/Cite as: Kızmaz M, Gökgöz Durmaz F, Döner E, Ay ME, Kumtepe Kurt B. Kırsalda yaşayan doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom sıklığı ve ilişkili faktörler: Kesitsel bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(4):113-119.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, 15-49 yaş arası kadınlarda premenstrüel sendrom (PMS) sıklığını ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın örneklemini kırsal bir hastanede aile hekimliği polikliniklerine, 15.12.2019-01.03.2020 tarihleri arasında başvuran 15-49 yaş kadınlarından 391 kadın oluşturmuştur. Veriler Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ) ve sosyodemografik anket kullanılarak toplanmıştır. Alınabilecek en yüksek puanın %50'sini aşması kişinin PMS'si olduğu anlamına gelirken, alınabilecek en yüksek puanın %50'sinin altında olması kişinin PMS'sinin olmadığı anlamına gelir.

Bulgular: PMS sıklığı mevcut çalışmada %52,7 olarak bulunmuştur. Hastalar yaşlarına göre kategorize edilince 15-19 yaş aralığındaki hastaların %64,9'u (n=37), 20-24 yaş aralıklarının %60,9'u (n=42), 25-29 yaş aralıklarının %71,9'u (n=41), 30-34 yaş aralıklarının %47,1'i (n=41), 35-39 yaş aralıklarının %30,4'ü (n=14), 40-44 yaş aralıklarının %35,9'u (n=14) ve 45-49 yaş aralıklarının %47,2'si (n=17) PMS tanısı almıştır. Mevcut çalışmada evli olan kadınların bekâr veya dul olan kadınlara göre PMSÖ puan ortalamaları daha düşük bulunmuştur (p<0,001). Sigara içenler, düzensiz mens olanlar ve son iki yıl içinde psikiyatrik hastalık geçirenlerin PMSÖ puanları daha yüksek bulunmuştur (Sırasıyla p<0,001, p<0,001 ve p=0,010). Eğitim seviyesi arttıkça PMS puanı artsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir (p=0,517). Gelir durumu, yaşanan yer, menarş yaşı, çay, kahve, çikolata süt ürünleri alımı ile PMS arasında ilişki bulunamamıştır.

Sonuç: PMS 15-49 yaş arası kadınlar arasında %52,7 sıklığında görülmektedir. Evli olmak PMS açısından avantaj iken, düzensiz mens olmak, mensin ağrılı olması ve son iki yıl içinde psikiyatrik hastalık geçirmek PMS açısından dezavantaj oluşturmaktadır.

Anahtar kelimeler: Premenstrüel sendrom, prevalans, üreme çağındaki kadınlar

ABSTRACT

Objective: This study investigated Premenstrual Syndrome (PMS) frequency and related factors.

Methods: This descriptive and cross-sectional study sample consisted of 391 women aged 15-49 who applied to family medicine outpatient clinics in a rural hospital between 15.12.2019-01.03.2020. Data were collected using the Premenstrual Syndrome Scale (PMSS) and a sociodemographic questionnaire. A score above 50% of the highest possible score means that the person has PMS, while a score below 50% of the highest score means that the person does not have PMS.

Results: The prevalence of PMS was 52.7% in the current study. When the patients are categorized according to their age, 64.9% (n=37) of the patients aged 15-19, 60.9% (n=42) aged 20-24, 71.9% aged 25-29 (n=41), 47.1% (n=41) aged 30-34, 30.4% (n=14) aged 35-39, 35.9% (n=14) aged 40-44, and 47.2% (n=17) of those aged 45-49 were diagnosed with PMS. In the present study, the mean PMS scores of married women were lower than single or widowed women (p<0.001). Those who smoked had irregular menstruation, and those with a psychiatric illness in the last two years had higher PMSS scores (p<0.001, p<0.001 and p=0.010, respectively). Although the PMS score increases as the education level increases, it is not statistically significant (p= 0.517). There was no relationship between income status, residence, age at menarche, tea, coffee, chocolate, dairy products consumption and PMS.

Conclusion: PMS is identified with a frequency of 52.7% among women between the ages of 15-49. While being married is advantageous in PMS, irregular menstrual cycles, painful menstruation, and having a psychiatric illness in the last two years are disadvantages.

Keywords: Premenstrual syndrome, prevalence, women of reproductive age

Received/Geliş: 09.07.2021

Accepted/Kabul: 13.11.2021

Publication date: 29.12.2021

Corresponding Author:

M. Kızmaz

ORCID: 0000-0001-5408-3399

Gemerek Devlet Hastanesi Aile

Hekimliği Kliniği, Sivas, Türkiye

✉ muhammet-kizmaz@hotmail.com

F. Gökgöz Durmaz

ORCID: 0000-0003-3043-5809

Konya Karatay Karşehir 37 Nolu Aile

Sağlığı Merkezi, Konya, Türkiye

E. Döner

ORCID: 0000-0003-2140-7347

Gemerek Devlet Hastanesi, Kalite

Birimi, Sivas, Türkiye

M. E. Ay

ORCID: 0000-0001-6046-864X

Karamanoğlu Mehmetbey

Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim

Dalı, Karaman, Türkiye

B. Kumtepe Kurt

ORCID: 0000-0002-8897-7531

Gemerek Devlet Hastanesi Aile

Hekimliği Kliniği, Sivas, Türkiye

GİRİŞ

Premenstrüel sendrom (PMS), reproduktif kadın popülasyonunda sık görülen, döngüsel ve yineleyen bir bozukluk olup, âdet döngüsünün luteal fazı sırasında sürekli olarak ortaya çıkan psikolojik ve somatik semptomlarla karakterizedir.^[1] Üreme çağındaki kadınların %50-80'inde âdet öncesi dönemde en azından hafif semptomları olmasına rağmen, kadınların yaklaşık %30-40'ı tedavi gerektiren PMS semptomları bildirmektedir. Bununla birlikte, âdet öncesi semptomları olan kadınların çoğu, teşhis veya tedavi olmaksızın semptomlarını bastırmaya çalışırlar.^[2] Premenstrüel sendrom, kadınların iş yaşamını etkileyebilmekte, kazalara neden olabilmekte, sosyal ilişkilerini etkilemekte ve böylece yaşam kalitesinin düşmesine neden olmaktadır.^[3]

Nedeni tam olarak bilinmemesi nedeniyle PMS tedavisinde, patofizyolojiye yönelik bir tedavi geliştirilememiş ve semptomatik tedaviler uygulanmıştır.^[4] PMS çok sayıda semptomla seyreden karmaşık bir bozukluk olmasından dolayı her hasta için farklı kişiselleşmiş tedavi yöntemleri uygulanmaktadır.^[4] Nedene yönelik yapılan araştırmalar PMS patofizyolojisini aydınlatmaya ve potansiyel tedavi gelişimlerine yardımcı olacağına inanıyoruz.

Bu çalışmamızdaki amacımız, 15-49 yaş aralığındaki kadınlarda PMS ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız kırsal bir hastanede aile hekimliği polikliniklerine başvuran 15-49 yaş arası kadın hastalarda yüz yüze anket uygulanarak 15.12.2019-01.03.2020 tarihleri arasında yapılan kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Literatür taraması^[5,6,7] yapıldıktan sonra sosyodemografik özellikleri içeren anket ve Premenstrüel Sendrom Ölçeği (PMSÖ)^[8] yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Kullanılan ankette katılımcıların boy, kilo, meslek, öğrenim, yaşadıkları yer, aile tipi, sigara içme özellikleri, medeni durumları, hiç gebelik geçirip geçirmediği, düzenli spor yapıp yapmadıkları, son iki yılda ruhsal hastalık geçirip geçirmediği, kendi doğum şekilleri, ne kadar süre anne sütü aldıkları sorgulanmıştır. Çay, kahve, süt ürünleri, kola ve çikolata tüketme sıklıklarını ölçmek için "Her gün", "Ara sıra", "Nadiren", "Hiç" olmak üzere çoktan seçmeli dört grup yanıt şıkkı sunulmuş ve her bir yiyecek/içecek için ayrıca tüketim sıklığı sorgulanmıştır. Vücut Kitle İndeksi (VKİ) $[VKİ = \text{ağırlık (kg)}/\text{boy (m)}^2]$

formülü kullanılarak hesaplandı ve Dünya Sağlık Örgütü tanımlarına göre kategorize edildi.^[9]

PMSÖ, Gençdoğan tarafından geliştirilmiştir.^[8] Premenstrüel semptomların şiddetini ölçen, 44 soruluk ve 5 dereceli (Yok, Çok az, Bazen, Sıklıkla, Sürekli) Likert tipi bir ölçektir. Puanlama sisteminde "Hiç" 1 puan, "Çok az" 2 puan, "Bazen" 3 puan, "Sıklıkla" 4 puan ve "Sürekli" 5 puana karşılık gelmektedir. "PMSÖ Toplam Puanı", Depresif Duygulanım (7 soru, alınabilen puan 7-35 arası), Anksiyete (7 soru, alınabilen puan 7-35 arası), Yorgunluk (6 soru, alınabilen puan 6-30 arası), Sinirlilik (5 soru, alınabilen puan 5-25 arası), Depresif Düşünceler (7 soru, alınabilen puan 7-35 arası), Ağrı (3 soru, alınabilen puan 3-15 arası), İştahdaki Değişiklikler (3 soru, alınabilen puan 3-15 arası), Uykudaki Değişiklikler (3 soru, alınabilen puan 3-15 arası) ve Şişkinlik (3 soru, alınabilen puan 3-15 arası) olmak üzere dokuz alt boyuta ilişkin puanların toplamından oluşmaktadır. PMSÖ'nün uygulanması kişinin geriye dönük olarak "âdetten bir hafta önceki süre içinde olma" durumu dikkate alınarak değerlendirilmesi ile yapılmaktadır. Gençdoğan ölçeğin alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa katsayıları 0,75-0,91 arasında ve toplam puan Cronbach alfa katsayısı 0,75 olarak saptamıştır.^[8]

Bu çalışmada, toplam PMSÖ puanlarına ilişkin Cronbach alfa katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur. Cronbach alfa katsayıları alt boyutlar için depresif duygulanım 0,87, anksiyete, 0,71, yorgunluk 0,86, sinirlilik 0,79, depresif düşünceler 0,82, ağrı 0,80, iştah değişimleri 0,76, uyku değişimleri 0,74, şişkinlik 0,78 olarak bulunmuştur. PMSÖ'den en az 44, en fazla 220 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanın artması PMS semptomlarının yoğunluğunun arttığını göstermektedir. PMSÖ'de toplam ölçek puanının (220) %50'sini (110'nu) geçmesi durumunda PMS "var" olarak değerlendirilmektedir.^[5,8,10,11]

Hastanemiz aile hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenden dolayı başvuran 15-49 yaş arası tüm kadın hastalar arasından gelişigüzel örnekleme yöntemi ile 391 hasta çalışmaya alınmıştır. PMSÖ puanları üzerine sekiz bağımsız değişkenin etkisini gösteren regresyon analizinde elde edilen verilere göre yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü 0,242 ve post hoc güç 1,00. (%100) olarak bulunmuştur (GPower programı kullanılmıştır). Çalışma için bölgesel etik kuruldan 2019-12/14 karar No. ile etik kurul onayı alınmıştır.

İstatistiksel analiz

Tüm veriler SPSS 21,0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin

değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Kategorik verilerin sıklık dağılımları verilerle gruplar arasında ki-kare testi, iki ayrı grubun belli bir değişkene ait ölçümlerini karşılaştırmak için de Student-t testi, üç ve daha fazla grup için ANOVA testi ve Post-hoc testi olarak Tukey testi kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkene etkisini değerlendirmek için binary lojistik regresyon analizi kullanılmıştır. Ölçek temalarının güvenilirliği Cronbach α iç tutarlılık katsayısı ile test edilmiştir. Sayısal değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizleri yapıldı. Korelasyon katsayısı (r); 0,000-0,299 arası çok zayıf; 0,3-0,499 arası zayıf; 0,500-0,699 arası orta; 0,700-1,000 arası güçlü ilişki olarak değerlendirildi.^[12] Önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$ alındı.

BULGULAR

Çalışmaya yaş ortalaması $30,17 \pm 9,11$ olan 391 kadın katılmıştır. Sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de verilmiştir.

Çalışmaya alınan katılımcıların sağlık ile ilişkili durumları Tablo 2’de verilmiştir. Katılımcıların menarş yaşı ortalama $13,60 \pm 1,44$ yıldır. Ortalama $26,79 \pm 4,27$ günde bir adet görüyorlardı. Âdet süreleri ortalama $5,94 \pm 1,64$ gün sürmekteydi. Katılımcıların %82,1’inin (n=321) âdetleri düzenli, %17,9’unun (n=70) âdetleri düzensizdi. Katılımcıların âdet dönemlerinde ağrı duyma sıklığı %26,1’i (n=102), âdet dönemlerini ağrısız geçirenlerin sıklığı %73,9’dur (n=289). Âdet dönemleri ağrılı geçenlerin PMSÖ ortalama puanı ($124,69 \pm 38,23$) âdet dönemlerini ağrısız geçirenlerin PMSÖ ortalama puanından ($110,89 \pm 31,22$) daha yüksektir ($p < 0,001$). Katılımcıların %6,1’i (n=24) âdetten önceki hafta kendini daha iyi hissettiğini, %39,6’sı (n=155) her zamanki gibi hissettiğini, %45,3’ü (n=177) daha kötü hissettiğini belirtirken, %9,0’u (n=35) nasıl hissettiğini bilmediğini belirtmişlerdir. Katılımcıların %43,7’si (n=171) anne veya kız kardeşin de âdet öncesi sıkıntı yaşadığını belirtirken, %56,3’ü (n=220) sıkıntı yaşamadığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların %13,3’ünün (n=52) kendi doğum şekli sezaryen, %86,7’sinin (n=339) normal doğumdur. Katılımcıların anne sütü alma süresi ortalama $11,24 \pm 8,73$ aydır.

Katılımcıların toplam PMSÖ puanları ortalaması $114,49 \pm 33,69$ ’dur. PMSÖ alt grupların ortalama puanları “Depresif Duygulanım” için $19,37 \pm 7,34$,

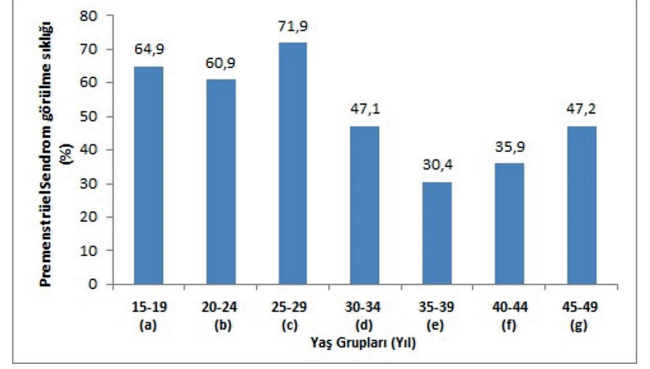
“Anksiyete” için $15,79 \pm 6,88$, “Yorgunluk” için $16,94 \pm 6,02$, “Sinirlilik” için $14,68 \pm 5,24$, “Depresif Düşünceler” için $17,57 \pm 6,27$, “Ağrı” için $7,22 \pm 2,63$, “İştah Değişimi” için $7,99 \pm 2,39$, “Uyku” için $7,86 \pm 2,87$, “Şişkinlik” için $7,03 \pm 2,54$ ’tür. PMSÖ’den alınan toplam puanın 110 ve üzeri olması PMS olarak değerlendirilince, katılımcıların %52,7’si (n=206) PMS tanısı almaktadır. Hastalar yaşlarına göre kategorize edilince PMS tanısı alanların en yüksek görüldüğü yaş aralığı 25-29 yaş aralığıdır (Şekil 1).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

	n	%
Öğrenim Durumu		
Okuma Bilmiyor	3	0,8
Okur Yazar	6	1,5
İlkokul	20	5,1
Ortaokul	30	7,7
Lise	113	28,9
Üniversite	219	56,0
Meslek		
Ev hanımı	76	19,4
Memur	143	36,6
Esnaf	11	2,8
Diğer	161	41,2
Yaş (Yıl)		
15-19	57	14,6
20-24	69	17,6
25-29	57	14,6
30-34	87	22,3
35-39	46	11,8
40-44	39	10,0
45-49	36	9,2
Vücut Kitle İndeksine göre sınıflama		
Zayıf ($18,5 \text{ kg/m}^2$ ’nin altı)	20	5,1
Normal kilolu ($18,5-24,9 \text{ kg/m}^2$ arası)	244	62,4
Fazla kilolu ($25-29,9 \text{ kg/m}^2$ arası)	107	27,4
Obez ($30-39,9 \text{ kg/m}^2$ üzeri)	20	5,1
Aylık Gelir (Türk lirası)		
1000 altı	60	15,3
1000-3000	146	37,3
3000-5000	106	27,1
5000 üstü	79	20,2
Aile Tipi		
Çekirdek	305	78,0
Geniş	86	22,0
Yaşanılan Yer		
Köy	49	12,5
İlçe	108	27,6
Şehir	234	59,8
Medeni durum		
Evli	182	46,5
Evli Değil	209	53,5
Hiç gebelik geçirdiniz mi?		
Evet	187	47,8
Hayır	204	52,2

Tablo 2. Katılımcıların sağlık ile ilgili durumları.

	n	%
Kronik hastalık		
Evet	59	15,1
Hayır	332	84,9
Sigara		
Evet	104	26,6
Hayır	287	73,4
Sağlık öz değerlendirilmesi		
Çok İyi	61	15,6
İyi	188	48,1
Orta	137	35,0
Kötü	5	1,3
Son iki yılda ruhsal hastalık öyküsü		
Evet	30	7,7
Hayır	361	92,3
Düzenli spor yapma		
Evet, düzenli	39	10,0
Hayır	352	90
Kahve tüketimi		
Her gün	190	48,6
Ara sıra	110	28,1
Nadiren	75	19,2
Hiç	16	4,1
Çay tüketim sıklığı	324	82,9
Her gün	44	11,3
Ara sıraNadiren	6	1,5
Hiç	17	4,3
Kola tüketim sıklığı		
Her gün	19	4,9
Her gün	98	25,1
Ara sıraNadiren	133	34,0
Hiç	141	36,1
Çikolata tüketim sıklığı		
Her gün	59	15,1
Ara sıra	177	45,3
Nadiren	127	32,5
Hiç	28	7,2
Süt ürünleri tüketim sıklığı		
Her gün	159	40,7
Ara sıra	150	38,4
Nadiren	52	13,3
Hiç	30	7,7

**Şekil 1. Yaş gruplarına göre premenstrüel sendrom görülme sıklığı.**

Gruplar harflerle simgelenmiştir. Gruplar arası farkı değerlendirmek için ki-kare testi kullanılmıştır (a-d arası $p=0,036$, a-e arası $p=0,001$, a-f arası $p=0,005$, b-f arası $p=0,013$, b-e arası $p=0,001$, c-d arası $p=0,003$, c-e arası $p<0,001$, c-f arası $p<0,001$, c-g arası $p=0,017$).

Katılımcılardan elde edilen sayısal veriler PMSÖ puanları ile korelasyonu değerlendirilmiştir. PMSÖ toplam puanı ile yaş arasında negatif yönlü zayıf korelasyon ($r=-0,214$ $p<0,001$), PMSÖ toplam puanı ile siklus süresi arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon vardır ($r=0,199$ $p<0,001$). VKİ, ilk adet yaşı ve anne sütü alım süresi ile toplam PMSÖ puanları arasında anlamlı bir korelasyon yoktur (sırasıyla $p=0,090$, $p=0,569$ ve $p=0,091$). Sigara içenlerin PMSÖ puanı ($127,33\pm 32,41$) içmeyenlere ($109,83\pm 32,98$) göre daha yüksektir ($p<0,001$).

PMSÖ puanları üzerine primer analizlerde etkisi olduğu belirlenen bağımsız değişkenlerin etkisini bir arada değerlendirilmek üzere yapılan regresyon analizi sonuçları Tablo 3'te gösterilmiştir.

VKİ Tablo 1'de gösterildiği şekilde gruplandırılıp, PMSÖ puanları değerlendirilince zayıf grubun ortalama puanı $133,85\pm 32,85$, normal kilolu grubun $114,52\pm 33,06$, fazla kilolu grubun $108,80\pm 33,64$ ve obez grubun $125,25\pm 35,4$ 'tür. Zayıf grup, normal kilolu gruba ($p=0,049$) ve fazla kilolu gruba ($p=0,012$) göre PMSÖ puanı daha yüksektir. VKİ gruplar arası diğer ikili karşılaştırmalar arasında anlamlı bir fark yoktur ($p>0,05$).

Tablo 3. Premenstrüel sendrom için bağımsız değişkenlerin incelenmesi.

Bağımsız değişkenler	β	p	Odds Ratio	95% Güven Aralığı	
				Alt	Üst
Yaş (Yıl)	0,015	0,393	1,015	0,981	1,049
Vücut Kitle İndeksi (kg/m ²)	-0,035	0,370	0,966	0,895	1,042
Medeni durum	1,265	<0,001	3,545	2,019	6,223
Sigara içme durumu	0,331	0,265	1,392	0,778	2,491
Ağrılı mens geçirme durumu	0,582	0,036	1,790	1,038	3,086
Menstrüel siklus süresi	-0,049	0,110	0,953	0,897	1,011
Menstrüel siklus düzeni	1,256	0,002	3,511	1,590	7,752
Son iki yılda ruhsal hastalık geçirme durumu	2,229	0,001	0,108	0,029	0,398
Sabit	-0,698	0,604	0,497		

Nagelkerke R Square=0,260, -2 Log likelihood=422,288

Katılımcılar arasında, kendi doğum şekli sezaryen (n=52) ve normal doğum (n=339) olanlar arasında, anne veya kız kardeşinde premens yakınmaları olan (n=171) ve olmayan (n=220), yaşadıkları yer (köy, şehir, ilçe) ve gelir grupları arasında PMSÖ puanlarında gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (sırasıyla $p=0,437$, $p=0,853$ ve $p=0,880$). Eğitim seviyesi arttıkça PMS puanı artsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p=0,517$). Katılımcıların kahve ($p=0,448$), çay ($p=0,140$), kola ($p=0,098$), çikolata ($p=0,468$) ve süt ürünleri ($p=0,723$) tüketme sıklıkları ile PMS varlığı arasında istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır.

TARTIŞMA

PMS sıklığı sunulan bu çalışmada, %52,7 olarak bulunmuştur. Türkiye’de yapılan çalışmalarda ise, PMS prevalans oranları %5,9 ile %76 arasında değişiklik göstermektedir.^[13] Ülkemizde hemşirelik öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, PMS prevalansı %63,0 olarak bildirilmiştir.^[14] Akmalı ve ark.’nın 17-49 yaş aralığında yaptıkları çalışmada, PMS sıklığı %51 olarak bulunmuştur.^[13] On yedi çalışmanın dâhil edildiği bir meta analiz çalışmasında, en düşük ve en yüksek prevalans sırasıyla, Fransa’da %12 ve İran’da %98 rapor edilmiş, birleştirilmiş PMS prevalansı da %47,8 olarak bildirilmiştir.^[15] Çalışmalar arasında farklılıklar olması PMS değerlendirme kriterlerinin farklı olması ve farklı yaş gruplarını inceleyen çalışmalar olmasından kaynaklı olabileceğini düşünmekteyiz. Tayvan’da 423 hemşire üzerinde yapılan araştırmada otuz yaş altında hemşirelerde PMS %70,8 oranında görülürken, otuz yaş üstünde hemşirelerde %29,2 oranında görüldüğü bildirilmiştir.^[16] Sunulan çalışmada da benzer şekilde PMS sıklığının en fazla olduğu yaş aralığı 25-29 yaş aralığıdır. Otuz yaştan sonra göreceli olarak azalmış 45-49 yaş aralığında yine yükselişe geçmiştir. Kırk beş-kırk dokuz yaş aralığındaki yükselmenin menopozal yakınmalar ile PMS semptomlarının karıştırılabileceği olasılığını akla getirmektedir.

Sunulan çalışmaya göre, zayıf olmak normal kilolu veya fazla kilolu olmaya göre anlamlı olarak daha yüksek PMSÖ puanına sahiptir. Ancak, VKİ regresyon analizi ile değerlendirilince, PMS üzerine etkisi anlamsız çıkmıştır. Sunulan çalışmanın aksine PMS’den muzdarip kadınlarda daha yüksek leptin konsantrasyonları gözlemlendiği ve obezite ile ilişkisi bildirilmiştir.^[17] Başka bir çalışmada da PMS’den muzdarip olan ve olmayanlar olmak üzere iki gruba ayrılan 476 kadın üzerinde gerçekleştirilen çalışmada normal VKİ’ye sahip kadınlar,

VKİ ≥ 25 kg/m² olan kadınlara göre iki kat daha sık PMS yaşadığı (%68,2’ye karşı %31,8) bildirmiştir.^[18]

Eğitim seviyesi arttıkça PMS puanı artsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Sunulan çalışmadan farklı olarak, Güney Brezilya’da 1982 doğumlu kadınlardan oluşan kohort çalışmasında eğitim seviyesi yükseldikçe PMS oranının arttığı bildirilmiştir.^[19] Eğitim seviyesinin PMS oranını etkilemediğini bildiren çalışmalar da vardır.^[20,21]

Sunulan çalışmada, evli olmak PMS riskini azaltan bir faktör olarak bulunmuştur. Manisa ilinde 15-49 yaş grubunda 541 kadın üzerinde yapılan çalışmada evlilerin PMS oranının bekârlara göre daha düşük olduğunu bildirmişlerdir.^[14] On beş-kırk dokuz yaş aralığında sağlık çalışanında yapılan bir çalışmada, medeni durumun PMS’yi etkilemediği bulunmuştur.^[13]

Sunulan çalışmada, gelir durumu ile PMS arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Lisesindeki kız öğrenciler arasında yapılan bir araştırma, gelir durumunun PMS ile anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermiştir.^[22] Başka bir çalışma ise, gelir düzeyinin PMS ile önemli bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir.^[23]

Sunulan çalışmada, sigara içenlerin PMSÖ puan ortalaması anlamlı olarak daha yüksek olsa da regresyon analizine göre sigara içmek PMS için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmamıştır. Literatürde yapılan birçok çalışmada ise sigara içmenin PMS ile anlamlı ilişkisi olduğu gösterilmiştir.^[24,25]

Son iki yılda ruhsal hastalık geçirmek PMS için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Önceki çalışmalar, PMS’li kadınlar arasında psikiyatrik komorbiditelerin yaygın olduğunu göstermiştir.^[23,26] PMS olguların yaklaşık %40’ında eşlik eden depresif belirtiler ve %70’inde eşlik eden anksiyete belirtileri olduğu bildirilmiştir.^[27]

Sunulan çalışmada, âdet döneminin ağırlı olması PMS için anlamlı bir risk faktörü olarak bulunmuştur. Ülkemizde ve yurt dışında yapılan çalışmalarda da PMS ile dismonore arasında ilişki gösterilmiştir.^[28,29]

Sunulan çalışmada, menarş yaşı ile PMS arasında ilişki bulunamamıştır. Benzer şekilde yapılan çalışmalarda da menarş ile ilişki bulunamamıştır.^[13,19,22] Başka bir çalışmada ise, erken yaş menarşın PMS ile anlamlı olduğu bildirilmiştir.^[30]

Âdet sürelerinin düzensiz olması PMS için risk faktörü olarak bulunmuştur. Üniversite öğrencilerinde yapılan bir araştırma, âdet düzensizliği ile PMS arasında önemli bir ilişki olduğunu bildirmiştir.^[31] Sunulan çalışmada, siklus süresi ile PMSÖ puanı arasında pozitif yönlü zayıf kolerasyon bulunmuştur. Benzer şekilde uzun menstrüel siklus PMS ile ilişkilendirilmiştir.^[30]

Menstrüel dönemde çay, sade kahve ve gazlı içecek alımı, olumsuz duygu ile ilişkili bulunmuştur. Çalışmamızda ise kola, çay ve kahve ile PMS arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Yüz yüze anket uygulanması sırasında katılımcıların utanma veya geçmişe dönük soruları doğru anımsamama olasılıkları ve bunların etkileri çalışmada bilinmemektedir.

SONUÇ

PMS 15-49 yaş arası kadınlar arasında sık görülmektedir. Evli olmak PMS açısından avantaj iken, düzensiz mens olmak, ağrılı mens olmak ve son iki yıl içinde psikiyatrik hastalık geçirmek PMS açısından dezavantaj oluşturmaktadır. PMS'nin daha iyi anlaşılabilmesi için daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Etik Kurul Onayı: Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (11.12.2019/2019-12/14).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Cumhuriyet University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (11.12.2019/2019-12/14).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKÇA

- Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am Fam Physician*. 2016;94(3):236-40.
- Ryu A, Kim T-H. Premenstrual syndrome: A mini review. *Maturitas*. 2015;82(4):436-40.
- Lan C, Su T. The Affecting Factors of Premenstrual Syndrome in Female College Students with Disabilities in Taiwan. *J Public Heal Issues Pract*. 2019;3(2):1-6.
- Yonkers KA, Simoni MK. Premenstrual disorders. *Am J Obstet Gynecol [Internet]*. 2018;218(1):68-74.

- Tanrıverdi G, Selçuk E, Okanlı A. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Prevalansı. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(1):52-7.
- Hamaideh SH, Al-Ashram SA, Al-Modallal H. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among Jordanian women. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(1):60-8.
- Ranjbaran M, Omani Samani R, Almasi-Hashiani A, Matourypour P, Moini A. Prevalence of premenstrual syndrome in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Int J Reprod Biomed*. 2017;15(11):679-86.
- Gençdoğan B. Premenstruel sendrom için yeni bir ölçek. *Türkiye'de Psikiyatr Derg*. 2006;8(2):81-7.
- WHO (World Health Organization). Obesity and overweight. 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> adresinden 16.08.2021 tarihinde erişilmiştir.
- Arslandaş H, Abacigil F, Çınaklı Ş. Relationship between premenstrual syndrome and basic personality traits: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J*. 2018;136(4):339-45.
- Dönmez S, Gümüşsoy S. Hemşirelik öğrencilerinde Premenstrual sendromun ve etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Kocaeli Med J*. 2019;8(2):38-45.
- Moore, D. S., Notz, W. I, & Flinger MA. The basic practice of statistics (6th ed.). New York: W. H. Freeman and Company. 2013.
- Akmalı N, Özerdoğan N, Gürsoy E. Bir devlet hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Derg*. 2020;13(1):63-74.
- Adıgüzel H, Taşkın EO, & Danacı AE. Manisa ilinde menstrüel sendrom belirti örüntüsü ve belirti yaygınlığının araştırılması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 2007;18(3):215-222.
- Direkvand-Moghadam A., Sayehmiri K., Delpisheh, A., Kaikhavandi S. Epidemiology of Premenstrual Syndrome (PMS)-A Systematic Review and Meta-Analysis Study. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):106-9.
- Chayachinda C, Rattanachaiyanont M, Phattharayuttawat S, Kooptiwot S. Premenstrual syndrome in Thai nurses. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(3):199-205.
- Nicolau ZFM, Bezerra AG, Polesel DN, Andersen ML, Tufik S, Hachul H. Plasma Leptin and Premenstrual Syndrome: A Review. *Obstet Gynecol Surv*. 2017;72(11):659-62.
- Mizgier M, Jarzabek-Bielecka G, Jakubek E, Kedzia W. The relationship between body mass index, body composition and premenstrual syndrome prevalence in girls. *Ginekol Pol*. 2019;90(5):256-61.
- Silva CML da, Gigante DP, Minten GC. Premenstrual symptoms and syndrome according to age at menarche in a 1982 birth cohort in southern Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(4):835-44.
- Choi D, Lee D-Y, Leher P, Lee IS, Kim SH, Dennerstein L. The impact of premenstrual symptoms on activities of daily life in Korean women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2010;31(1):10-5.
- Potter J, Bouyer J, Trussell J, Moreau C. Premenstrual syndrome prevalence and fluctuation over time: results from a French population-based survey. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(1):31-9.

22. Mossie TB, Tesfaye YB, Metekiya WM, Tegegne MT. Magnitude of premenstrual dysphoric disorder and associated factors among high school girls, Mekelle, North Ethiopia. *Ethiop J Heal Dev.* 2015;29(3):170-5.
23. Asmare D. Prevalence of Premenstrual Syndrome and Associated Factors among Deberebirhan Town, North Showa, Amhara Region, Ethiopia. *Am J Psychiatry Neurosci.* 2015;3(1):8.
24. Kaya D, Gölbaşı Z. Hemşirelik / Ebelik öğrencilerinde premenstrual sendrom yaygınlığı ve premenstrual sendromun sigara içme davranışı ile ilişkisi. *TAF Prev Med Bull.* 2016;15(4):305-11.
25. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *ISRN Public Health.* 2013;2013:617123.
26. Yang Q, Sjölander A, Li Y, Viktorin A, Bertone-Johnson ER, Ye W, vd. Clinical indications of premenstrual disorders and subsequent risk of injury: a population-based cohort study in Sweden. *BMC Med.* 2021;19(1):119.
27. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrual Sendrom Görülme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;1(4):284-97.
28. Sule ST, Umar HS, Madugu NH. Premenstrual symptoms and dysmenorrhoea among Muslim women in Zaria, Nigeria. *Ann Afr Med.* 2007;6(2):68-72.
29. Abeje A, Berhanu Z. Premenstrual syndrome and factors associated with it among secondary and preparatory school students in Debremarkos town, North-west Ethiopia, 2016. *BMC Res Notes.* 2019;12(1):535.
30. Duko B, Jember D, Mihretie G. Premenstrual Dysphoric Disorder among Assosa Technical Vocational Education School Students, Assosa, Ethiopia. *J Psychiatry.* 2017;20(2):2-5.
31. Bu L, Lai Y, Deng Y, et al. Negative Mood Is Associated with Diet and Dietary Antioxidants in University Students During the Menstrual Cycle: A Cross-Sectional Study from Guangzhou, China. *Antioxidants.* 2019;9(1):1-11.

Adolesanlarda İnternet Bağımlılığının Aile İçi Uyuma ve Okul Başarısına Etkileri

The Effects of Internet Addiction on Family Relations and School Success in Adolescents

Görkem Çalık[®], Çağdaş Emin Maç[®], Güzin Zeren Öztürk[®]

Atf/Cite as: Çalık G, Maç ÇE, Öztürk GZ. Adolesanlarda internet bağımlılığının aile içi uyuma ve okul başarısına etkileri. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(4):120-127.

ÖZ

Amaç: On dört-on dokuz yaş arası lise dönemi adolesan gençlerin internet bağımlısı olup olmadıklarının tespit edilmesi, internet bağımlılığının aile uyumuna ve okul başarısına etkilerinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmamız 30 Haziran 2020-1 Ağustos 2020 tarihleri İstanbul Bağcılar Barbaros Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Çalışmamızda, lise dönemi adolesanlara 29 sorudan oluşan sosyodemografik durum ile ilgili sorular soruldu. Ardından 20 sorudan Young internet bağımlılığı ölçeği ve Kavikondala ve ark. tarafından oluşturulan 5 soruluk aile uyum ölçeği uygulandı ve okul yılsonu karne notu ortalamaları sözel olarak öğrenilerek okul başarıları ölçüldü.

Bulgular: Çalışmamızda, lise öğrenimi gören 183 öğrenciyeye Young İnternet Bağımlılığı Ölçeğini uyguladık. İnternet bağımlılık durumları incelendiğinde, %85,8'inin (n=157) normal internet kullanıcısı, %13,1'inin (n=24) olası bağımlı ve %1,1'inin (n=2) 80 ve üzeri puan alan internet bağımlısı olduğunu belirledik.

Katılımcıların 100'ü kız, 83'ü erkekti. İnternet bağımlılığı toplam puanları kız ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemiştir. Okul başarı puanları erkeklere kıyasla kızlarda daha yüksek bulunmuştur. Fen lisesinde öğrenim gören öğrencilerin İnternet Bağımlılık Ölçeği puanlarının diğer liselerdeki öğrencilere göre daha yüksek olduğunu saptadık.

Akıllı telefonu olanların olmayanlara, günlük akıllı telefon veya bilgisayar kullanımı süresi 3 saatten fazla olanların 3 saatten daha az kullandığını bildirenlere ve internet ile tanışma süresi 5 yıldan fazla olan bireylerin diğerlerine göre internet bağımlılığı toplam puanlarının diğer gruplara göre anlamlı olarak daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Ayrıca Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği'ni toplam puanları düzensiz uykuya sahip bireylerde anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

İnternet bağımlılık ölçeği toplam puanları ile aile uyum ölçeği puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptanmışken ($r=-0,217$ $p=0,003$), okul not ortalamaları ile internet bağımlılığı ölçek puanları ($r=-0,039$ $p=0,596$) arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Sonuç: Çalışmamızda, internet bağımlılığı toplam puanları ile aile uyumu puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptadık, ancak okul başarı puanları ile internet bağımlılığı puanları arasında bir korelasyon saptamadık.

Anahtar kelimeler: İnternet, aile uyumu, adolesan

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine whether high school adolescents between the ages of 14-19 are internet addicts. It also investigates the effects of internet addiction on family harmony and school success.

Methods: Our study was conducted between 30 June 2020 - 1 August 2020 in İstanbul Bağcılar Barbaros Family Health Centre. Firstly, in our study, high school adolescents were asked 29 questions about their socio-demographic status. Then, the Young Internet Addiction Scale consisting of 20 questions and the 5-Question Family Harmony Scale created by Kavikondala et al. were applied. School success was measured verbally via learning the school year-end grade averages.

Results: In our study, the internet addiction scale was applied to 183 high school students aged between 14 and 19. We determined that 85.8% of the participants were normal internet users, 13.1% were potential addicts, and 1.1% were addicted. The participants consisted of 100 girls and 83 boys. The total scores of the Internet addiction scale did not show a statistically significant difference between girls and boys. Girls' school success scores were higher than boys. The students studying at the science high school had higher internet addiction scale scores than other high school groups. Compared to the other groups, the total internet addiction scores were significantly higher in those who have a smartphone, use a smartphone or computer for more than 3 hours daily, and have been using the internet for more than 5 years. The Internet addiction scale scores were significantly higher in individuals with irregular sleep.

Telif hakkı © 2021 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

Bu dergide yayımlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

Copyright © 2021 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 10.07.2021

Accepted/Kabul: 12.11.2021

Publication date: 29.12.2021

Corresponding Author:

Ç. E. Maç

ORCID: 0000-0003-3422-083X

Sinop Uzungürgen Aile Sağlığı

Merkezi, Sinop, Türkiye

✉ cagdaseminmac@gmail.com

G. Çalık

ORCID: 0000-0003-1421-4811

İstanbul Bağcılar Barbaros Aile

Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

G. Z. Öztürk

ORCID: 0000-0001-7730-2929

Seyrantepe Etfal Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

İstanbul, Türkiye

We found a statistically significant negative correlation between total internet addiction and family harmony scores ($r=-0,217$ $p=0,003$). We did not find a correlation between school success and internet addiction scores ($r=-0,039$ $p=0,596$).

Conclusion: Our study found a statistically significant negative correlation between internet addiction total scores and family harmony scores. Still, we did not find a correlation between school success and internet addiction scores.

Keywords: Internet, family, adolescent

GİRİŞ

Tanım olarak internet; dünyadaki milyonlarca bilgisayar ağının birbirleriyle ortak bir protokol çerçevesinde iletişim kurabilmesini ve bilgi kaynaklarını paylaşmalarını sağlayan bilgisayar ağlarıdır.^[1] Günümüzde internet yaşamın değişmez bir parçası hâline gelmiştir. Günlük yaşamımızı kolaylaştırmanın yanında birçok iş sektörünün de temelini oluşturan internet bazı sorunları da beraberinde getirebilmektedir. İnternet kullanımıyla ilgili en önemli sorunlardan biri “internet bağımlılığı”dır.

İnternet bağımlılığı Young tarafından “internet kullanmayı kontrol edememe ve bu kontrolsüzlükten kaynaklanan, yaşamının birçok alanında özellikle de kişiler arası ilişkiler ve iş yaşamında ciddi derecede sorunlar yaşamasına neden olan bir hastalık” olarak tanımlanmıştır.^[2] Bazı çalışmalar internet bağımlılığının depresyon, anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, aleksitimi, düşük benlik saygısı ve dürtü kontrol bozuklukları gibi psikiyatrik rahatsızlıklarla ilişkili olduğunu göstermiştir.^[3]

Günümüzde internet kullanım oranları yaşlılar arasında da artmaktaysa da asıl çoğunluğu adölesan bireyler oluşturmaktadır.^[4] On-on dokuz yaşlar arasındaki bu dönemde hem biyolojik hem de psikolojik olarak önemli değişimler yaşanır. Bu dönemde bedensel hızlı değişimin, hormonların ve çevresel faktörlerin etkileriyle ruhsal bozukluk gelişme riski artmıştır.^[5] Ayrıca adölesan dönemde yaşlıları ile sorunların yaşanması, bağımsızlık arzusu ve aile içi çatışmaların artması kişinin kendisini gerçek yaşamdan ve yaşamın zorluklarından soyutlayarak daha kolay iletişim kurabileceği, sohbet edeceği, rahatça isteklerini dile getirebileceği internet ortamına kaymasına neden olabilir.^[6,7]

İnternet bağımlılığı kişinin yaşamındaki diğer işleri ve olayları geri plana atmasına; giderek arkadaş çevresinden, okul yaşamından, iş yaşamından ve hatta diğer aile bireylerinden uzaklaşmasına neden olur. İnternette normalden fazla zaman geçirmek görev ve sorumlulukları ihmal etmenin yanında uyku düzen bozukluklarına da neden olur. Özellikle adölesanlarda okulda devamsızlık yapmak, okula gitmek istememe,

geç vakitlere kadar internette olma yüzünden ödevlerini aksatma, ders kaçırma ve uykusuz kaldıklarından derslerine odaklanamama gibi sorunlar görülmeye başlar.^[3,8] Bu durum okul başarısının düşmesine ve aile içi çatışmaların artmasına neden olacaktır. Okul başarısı için aile uyumunun önemi de büyüktür. Çocukların okullarda aldıkları eğitim ve kazandıkları becerilerin ev ortamında da pekiştirilmesi gerekmektedir. Aile yaşamındaki uyumsuzluklar çocukların kişisel gelişimlerini, sosyal yaşamlarını ve okul başarılarını olumsuz etkilemektedir. Araştırmalar huzurlu bir ev ortamında yetişmeyen, aile içi ilişkilerinde sorunlar yaşayan öğrencilerin okul başarılarının uyumlu ailelerde yetişen öğrencilere göre düşük olduğunu göstermektedir.^[9]

Pandemi döneminde kısıtlamalar nedeniyle uzaktan eğitimin başlaması internette geçirilen zamanı arttırmıştır, dışarıya çıkamama sosyalleşmeyi azaltmış ve evde geçirilen vakti arttırmıştır. Bunun sonucu hem bağımlılık hem aile bağlarını etkileyebilir.

Biz bu çalışmamızda, pandemi döneminde 14-19 yaş arası lise dönemi adölesanların internet bağımlılığının, aile uyumu ve okul başarısı ile olan ilişkisini değerlendirmeyi amaçladık

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evreni ve örneklem

Çalışmamız tek merkezli, kesitsel ve analitik bir klinik çalışma niteliğindedir. Çalışma 01/07/2020-01/08/2020 tarihleri arasında İstanbul Bağcılar Barbaros ASM’de 34.05.044 No.lu aile hekimliği biriminde kayıtlı olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve dâhil edilme kriterlerine uyan adölesanlara yapılmıştır. Nüfusa bağlı o yaş gurubundaki birey sayısı 345 olup, %95 power 0,05 alfa anlamlılık seviyesinde toplam örneklem büyüklüğü 183 olarak belirlenmiştir. Adölesanlar telefonla aranarak anne veya babalarıyla birlikte ASM’ye çağırıldı. Onayları alındıktan sonra anketler isim yazılmadan yüz yüze olarak uygulayıcı tarafından dolduruldu. Örgün eğitim veren bir liseye gitmeyenler, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, ebeveyn izni alınamayanlar, bilinen nörolojik hastalığı/gelişimsel geriliği olanlar ile bilinen psikiyatrik tanısı olanlar çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Çalışmamız için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama Merkezi Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 25/02/2020 tarihli 1455 karar No. ile etik kurul onamı alındı. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 30/06/2020 tarih ve 2020/20 sayılı kararınca uygundur onamı alınarak Barbaros ASM'de çalışmamız uygulandı.

Veri Toplama Araçları

On dört-on dokuz yaşlar arasındaki adolesanlara 29 sorudan oluşan sosyodemografik durumlarıyla ilgili sorular soruldu. Ardından 20 sorudan oluşan Young İnternet Bağımlılığı Ölçeği (YİBÖ) ve Kavikondala ile ark. tarafından oluşturulan 5 soruluk Aile Uyum Ölçeği (AUÖ) uygulandı. Yüzlük sistem üzerinden değerlendirilen okul yıl sonu karne notu ortalamaları okul başarısı olarak not edildi.

Young internet bağımlılığı ölçeği (YİBÖ)

İnternet Bağımlılığı Ölçeği Young tarafından, DSM-IV'te yer alan "Patolojik Kumar Oynama Ölçütleri"nden yola çıkarak oluşturulmuştur. Zamanla geliştirilerek internet bağımlılığını değerlendirmek için kullanılabilen 20 soruluk, altılı likert tipinde bir ölçeğe çevrilmiştir. Her soruda "hiçbir zaman", "nadiren", "arada sırada", "çoğunlukla", "çok sık" ve "devamlı" seçeneklerinden birinin işaretlenmesi istenmektedir. Puanlama sırasıyla 0, 1, 2, 3, 4, 5 şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten toplamda 80 puan ve üzeri almak "internet bağımlısı" olarak tanımlanmaktadır. Elli-yetmiş dokuz arası puan alanlar muhtemel bağımlı, 49 ve altında puan alanlar ortalama internet kullanıcısı olarak tanımlanmaktadır. İnternet bağımlılığı ölçeği Bayraktar tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Standardize edilmiş Alpha değeri 0,91; Spearman-Brown değeri 0,87'dir. Bu verileri ölçeğin güvenilir olduğunu düşündürmektedir.^[10]

Aile uyumu ölçeği (AUÖ)

Aile Uyum Ölçeği toplumun refahında pozitif aile ilişkilerinin rolünü ortaya koymak ve bu doğrultuda aile uyumunu ölçmek amacıyla Kavikondala ve çalışma ark. (2015) tarafından Türk toplumu gibi genel olarak toplulukçu kültür yapısını benimsemiş Çin toplumunu esas alarak geliştirilmiş bir ölçüm aracıdır. Bu çalışmamızda, Duman Kula ve ark. tarafından Türkçeye uyarlanması yapılan Aile Uyum Ölçeği 5 maddelik kısa formunu kullandık. Ölçeğin Türkçe Formunun puanlanması 5'li (1= Kesinlikle katılmıyorum, 5= Kesinlikle Katılıyorum) bir derecelendirme sistemine göre yapılmaktadır. Ölçek sonucunda toplam puan

aralığı 5 ile 25 arasında değişiklik göstermektedir.^[11] Ölçekte alınan puanlar yükseldikçe aile uyumu yükselmektedir. AUÖ'nin orijinal hâlinin geliştirilme sürecinde yapı geçerliliğini ortaya koymak amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Faktör analizi sonucunda ölçeğin kısa formunun tek faktörlü olduğu ve iyi uyum gösterdiği belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı ise 0,92 olarak bulunmuştur.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için SPSS 24.0 sürümü kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik değişkenlerinin dağılımlarının belirlenmesi amacıyla betimsel istatistikler yapılmıştır. Verilerin normallik testi ile normal dağılıma uyup uymadığı belirlenmiş ve verilerin shapiro willk ya da kolmogorov smirnov değerlerine bakıldığında normal dağılıma uymadığı belirlenmiştir. Bu doğrultuda tüm testler non-parametrik testlerden seçilmiştir.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin birbirleri ile olan ilişkilerine yönelik spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Son olarak ise demografik değişkenler ile ölçeklerin karşılaştırılmasında mann-whitney u testi ile kruskall-wallis testi uygulanarak anlamlılıklar değerlendirilmiştir.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Çalışmamız uzaktan eğitim süreci bittikten hemen sonra yapılmıştır. Öğrencilerin okul başarısı ile internet kullanımı arasındaki ilişki ailelerinin bu süreç içinde yaptığı bilgisayar, telefon ve internet bağlantısı yatırımlarından etkilenmiş olabilir.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 14-19 yaş aralığındaki 183 lise öğrencisinin yaş ortalaması 16,3'tü. Öğrencilerin 100'ü kız (%54,6) idi. Katılımcıların %65,0'ı (n=119) evde kendilerine ait odaya sahiptiler. Katılımcıların %44,3'ünün (n=81) Anadolu lisesinde, %8,7'sinin (n=16) Anadolu imam hatip lisesinde, %4,9'unun (n=9) fen lisesinde, %39,9'unun (n=73) mesleki ve teknik Anadolu lisesinde, %2,2'sinin (n=4) diğer liselerde eğitim gördüğü saptanmıştır. Çalışmamızda, katılımcıların %98,9'u (n=181) ailesi ile birlikte yaşıyordu ve evde minimum 2 kişi, maximum 10 kişi olarak ortalama 4,6 kişi (SS=1,25) birlikte yaşadıkları belirlenmiştir. Öğrencilerin anne eğitim düzeyi incelendiğinde, %72,1'inin (n=132) lise altı mezunu iken, babaların %64,5'inin (n=118) lise altı mezunu olduğu saptanmıştır. Katılımcılar ailelerinin ekonomik

düzeylerinin %4,4'ünün (n=8) düşük, %86,9'unun (n=159) orta düzeyde, %8,7'sinin (n=16) yüksek düzeyde olduğu bildirmiştir. Katılımcıların %67,2'sinin (n=123) annesinin çalışmadığı, %30,1'inin (n=55) annesinin çalıştığı ve %2,7'sinin (n=5) annesinin vefat ettiği belirtilmiştir. Katılımcıların %9,3'ü (n=17) sigara kullandığını, %2,2'si (n=4) sigarayı bıraktığını, %4,9'u (n=9) da alkol kullandığını belirtmiştir. Düzenli bir uykuya sahip olmayan öğrencilerin oranı %42,1'di (n=77).

Evinde sürekli kullanabileceği interneti olan katılımcı oranı %89,1'di (n=163). Katılımcıların %91,2'si (n=167) cep telefonu ile internete ulaşabildiğini belirtmiştir. Günlük akıllı telefonda internet kullanım süresine baktığımızda çoğunluğun (%49,2; n=90) kullanım süresi 1-3 saat arasındaydı. Günlük toplam bilgisayar kullanımında ise 1 saatten az kullananlar çoğunlukta idi (n=118; %64,5). İnternet kullanım geçmişlerine baktığımızda 5 yıldan fazla zamandır internet kullananlar çoğunlukta idi (%49,2; n=90).

Katılımcıların internet bağımlılık durumları incelendiğinde, %85,8'inin (n=157) normal internet kullanıcısı, %13,1'inin (n=24) olası bağımlı ve %1,1'inin (n=2) internet bağımlısı olduğunu belirledik. Bağımlılık durumunun puanlama ve sınıflaması Tablo 4'te ayrıntılı olarak verilmiştir. Sorunlu internet kullanıcılarının yüzdesini olası bağımlı ve bağımlı olarak değerlendirdiğimiz katılımcıların toplamı şeklinde değerlendirip %14,2 (n=26) olarak saptadık.

Çalışmaya katılanların toplam YİBÖ puanları ortalaması 30,19 (min:3,00; max:93,00) olup, sosyodemografik veriler ile YİBÖ puanları ilişkisi Tablo 1'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Buna göre YİBÖ ile uyku düzeni, okul türü ve baba eğitim düzeyi ilişkili bulunmuştur. Fen lisesinde okuyan ve babaları lise ve altı eğitilmiş olanlar yüksek YİBÖ ortalamasına sahipken, uykusu düzenli olanlar düşük puan almıştı.

Katılımcıların internet, akıllı telefon ve bilgisayar varlığı ile YİBÖ ortalama puanları arasındaki ilişki Tablo 2'de ayrıntılı olarak verilmiştir. Buna göre akıllı telefonu

Tablo 1. Sosyodemografik veriler ile YİBÖ puanları ilişkisi.

		n	%	YİBÖ Ortalama Puanları	P
Cinsiyet	Kız	100	54,6	30,2	0,879
	Erkek	83	45,4	30,2	
Uyku Düzeni	Düzenli	106	57,9	26,94	0,031
	Düzensiz	77	42,1	34,66	
Sigara Kullanım Durumu	Kullanıyor	17	9,3	34,11	0,496
	Kullanmıyor	162	88,5	29,80	
	Bıraktım	4	2,2	29,00	
Alkol Kullanım Durumu	Kullanıyor	9	4,9	37,22	0,151
	Kullanmıyor	174	95,0	29,82	
Okul Türü	Anadolu Lisesi	81	44,3	29,87	0,037
	Anadolu İmam Hatip Lisesi	16	8,7	26,68	
	Fen Lisesi	9	4,9	41,44	
	Mesleki ve Teknik Anadolu Lisesi	73	39,9	30,73	
	Diğer	4	2,2	15,25	
Kendine Ait Oda Varlığı	Var	119	65,0	30,14	0,850
	Yok	64	34,9	30,28	
Anne Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	16	8,7	28,50	0,707
	Lise Altı	132	72,1	30,76	
	Lise ve Üstü	35	19,1	28,80	
Baba Eğitim Düzeyi	Okur-Yazar Değil	10	5,5	22,00	0,043
	Lise Altı	118	64,5	33,02	
	Lise ve Üstü	55	30,1	25,60	
Sosyo-Ekonomik Düzey	Düşük	8	4,3	30,25	0,776
	Orta	159	86,8	30,44	
	Yüksek	16	8,7	27,68	
Anne Çalışma Durumu	Vefat/Yok	5	2,7	24,0	0,776
	Çalışıyor	55	30,0	29,7	
	Çalışmıyor	123	67,2	30,6	

Tablo 2. Katılımcıların internet, akıllı telefon ve bilgisayar varlığı ile YİBÖ ortalama puanları arasındaki ilişki.

		n	%	YİBÖ Ortalama Puanları	P
Evde Sürekli Kullanılabileceği İnternet Var mı?	Evet	163	89,1	30,84	0,165
	Hayır	20	10,9	24,85	
Akıllı Telefonunuz Var mı?	Evet	167	91,2	30,91	0,032
	Hayır	16	8,7	22,68	
Günlük Akıllı Telefon Kullanma Süreniz Kaç Saat?	< 1 saat	19	10,3	17,26	0,001
	1-3 saat	90	49,2	25,50	
	≥ 3 saat	74	40,4	39,21	
Bilgisayarınız Var mı?	Evet	171	93,4	30,81	0,064
	Hayır	12	6,5	21,33	
Günlük Bilgisayar Kullanım Süreniz Kaç Saat?	< 1 saat	118	64,5	28,00	0,001
	1-3 saat	35	19,1	27,74	
	> 3 saat	30	16,3	41,63	
Ne Kadar Zamandır İnternet Kullanıyorsunuz?	<1 Yıl	10	5,4	18,70	0,001
	1-2 Yıl	25	13,6	20,72	
	3-4 Yıl	58	31,6	29,37	
	> 5 Yıl	90	49,2	34,62	

olanlar; günlük akıllı telefon ve bilgisayar kullanımları 3 saat ve üzerinde olanlar ile 5 yıl ve üzerinde internet kullananların YİBÖ ortalama puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya katılanların toplam AUÖ puanları ortalaması 20,60 iken, okul başarı ortalaması 70,80'di. Bu değerler Tablo 3'te ayrıntılı şekilde verilmiştir. AUÖ ve okul başarısının sosyodemografik veriler, internet varlığı, akıllı telefon ve bilgisayar varlığı ile olan ilişkilerine bakıldığında, AUÖ puanları kız ve erkekler arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık göstermemişken, okul başarısında kızların puanları anlamlı olarak yüksekti ($p=0,029$). Uyku düzenine sahip olduğunu söyleyenlerin AUÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ($Z=-3,281$; $p=0,001$). Evde kendimize ait bir odamız var diyen katılımcıların AUÖ puanları ($Z=-1,990$; $p=0,049$) ve okul başarı puanları ($Z=-2,310$; $p=0,021$) daha yüksekti. Günlük akıllı telefonda internet kullanım süresi 1 saatten az olanlarda AUÖ puanları daha yüksek bulunmuştur ($p=0,012$).

Çalışmamızda, katılımcılara uygulanan ölçeklerden elde edilen toplam puanlar ve bildirilen okul not ortalamaları arasındaki ilişkiler spearman korelasyon analizi ile karşılaştırılmış ve YİBÖ toplam puanları ile AUÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,217$; $p=0,003$). Okul not ortalamaları ile aile uyumu ($r=0,084$; $p=0,261$) ve internet bağımlılığı ölçeği puanları ($r=-0,039$; $p=0,596$) arasında bir ilişki tespit edilememiştir.

Tablo 3. YİBÖ, AUÖ ve okul başarı puanları değerleri.

	Min	Max	Ortalama
Young İnternet Bağımlılık Ölçeği	3,00	93,00	30,19
Aile Uyum Ölçeği	5,00	25,00	20,60
Okul Başarı Puanları	36,00	97,00	70,8

Tablo 4. YİBÖ puanlaması dağılımı.

	Ölçek değer aralığı	n	%
Normal	< 50	157	85,8
Muhtemel Bağımlı	50-79	24	13,1
Bağımlı	≥ 80	2	1,1

TARTIŞMA

Dünyada internet bağımlılığı ile ilgili çalışmalara baktığımızda, genel olarak internet bağımlılık oranları %0,3'ten %38 gibi değerlere kadar, uygulanan ölçeğe göre değişken sonuçlar ile karşımıza çıkmaktadır.^[3] Çalışmamızda, katılımcıların %1,1'inin ($n=2$) 80 ve üzeri puan alan internet bağımlısı olduğunu belirledik. Sorunlu internet kullanıcılarının yüzdesini olası bağımlı ve bağımlı olarak değerlendirdiğimiz katılımcıların toplamı olarak %14,2 ($n=26$) olarak saptadık.

Nijerya'da yapılan bir çalışmada, bağımlı ve risk grubunda olan adolesan oranları sırasıyla %3,3 ve %20,3 olarak bulunmuştur.^[12] Yine Kore'de yapılan bir çalışmada da, bağımlı ve risk grubu oranları sırasıyla %4,3 ve %30 olarak tespit edilmiştir.^[13] Literatürde çalışmamızla benzer oranlarla sonuçlanan çalışmalar da mevcuttur. Bayhan ve ark. çalışmaları ile Kılıç ve

ark. çalışmalarında, internet bağımlılığı ve risk grubu oranları sırasıyla %2'ye %12 ve %1,3'e %16,9 olarak tespit edilmiştir ve bu oranlar çalışmamıza oldukça yakındır.^[7,14]

Çalışmalardaki farklılıkların araştırma yapılan bölgenin teknolojik altyapıları ve insanların teknolojiye ulaşım olanakları, insanların alım güçleri arasındaki farklılıklar, çalışmaların metodolojik farklılıkları ve örneklem sayımızın azlığından kaynaklanıyor olabilir.

İnternet bağımlılığının cinsiyet ile ilişkisine baktığımız zaman, farklı çalışmalarda farklı sonuçlar alındığını görmekteyiz. İtalya ve Kore'de yapılan bir çalışmada, internet bağımlılığında cinsiyetler arasında anlamlı fark tespit edilememişken, Norveç, Yunanistan ve Türkiye'de yapılan bazı çalışmalarda, internet bağımlılığının erkeklerde anlamlı olarak yüksek olduğu görülmüştür.^[13,15-18] Çalışmamızda, cinsiyetler arasında anlamlı bir fark tespit etmedik. Erkeklerin kızlara göre teknolojiye daha meraklı ve özellikle de internette veya bilgisayarda oyun oynamaya daha yatkın olmaları, internet kafe kullanımlarının daha yaygın olması internet bağımlılık oranlarının daha yüksek olacağını düşündürmektedir. Ancak, günümüzde akıllı telefonların yaygınlaşması ve internetin kolay ulaşılabilir hâle gelmesi ile birlikte internet kullanımında cinsiyet eşitliği sağlanmış olabilir. Akıllı telefonların hemen her an el altında olması internet erişimini çok daha hızlı ve kolay bir hâle getirmektedir. Bu hız ve kolaylık her ne kadar olumlu kavramlar olsa da beraberinde bağımlılık riskini de arttırmaktadır. Altıntaş ve ark. da çalışmalarında, akıllı telefonu olan katılımcılarda internet bağımlılığının anlamlı oranda yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.^[19] Bizim de çalışmamızda YİBÖ puanları akıllı telefonu olanlarda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Anne eğitim düzeyi ile YİBÖ, AUÖ puanları ve okul not ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptamadık. Baba eğitim düzeyi lise ve üstü olanlarda okul başarıları anlamlı derecede yüksek iken, lise ve altı olanlarda YİBÖ puanları anlamlı olarak yüksekti. Literatürde farklı çalışmaların farklı sonuçlar verdiğini görmekteyiz. Fariz ve ark. ile Altıntaş ve ark. çalışmalarında, internet bağımlılığı ile anne ve baba eğitim düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptamamışlardır.^[19,20] Arslan Argun ve ark. çalışmalarında, anne ve baba eğitim düzeyi arttıkça öğrencilerin okul başarılarının arttığını tespit etmişlerdir.^[21] Ural ve ark. ise çalışmalarında, anne ve baba eğitim düzeyinin öğrencilerin okul başarıları üzerinde anlamlı bir etkisi olmadığını saptamışlardır.^[22] Annelerin çocukların büyümesi ve gelişimindeki önemi

tartışılmaz. Çalışmamızdaki bu sonuç, babanın da en az anne kadar önemli olduğunu, özellikle anneleri çalışmayan çocuklarda rol model olarak babanın öne çıktığının bir göstergesi olabilir.

Evde kendimize ait bir odamız var diyen katılımcıların AUÖ puanları ve okul başarı puanları daha yüksek iken, YİBÖ puanları ile kişisel oda varlığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Özdemir ve ark. ile Altıntaş ve ark. çalışmalarında, bizimle benzer şekilde kişisel oda varlığı ile internet bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki tespit etmemişlerdir.^[19,23] Çalışmamızda, evde yaşayan ortalama kişi sayısının yüksek olması (ort: 4,6) kendisine ait odası olan öğrencilerin hem ders çalışırken gürültülü ortamdan hem de kardeşleriyle çatışmalardan uzaklaşabildiğinden okul başarıları ve aile ilişkileri üzerine olumlu etkide bulunmuş olabilir.

Çalışmamızda katılımcılara uyku düzenlerinin olup olmadığı sorulmuş, alınan yanıtlara göre uykularının düzenli olduğunu söyleyenlerin AUÖ puanları daha yüksek bulunmuştur. Uyku düzeni olmadığını söyleyenlerde de YİBÖ puanları anlamlı olarak daha yüksek olarak belirlenmiştir. İkinci ve ark. çalışmalarında, benzer şekilde internet bağımlılık puanları yüksek olan adölesanlarda uyku sorunlarının anlamlı olarak daha fazla görüldüğünü tespit etmişlerdir.^[24] Yine Belçika'da yapılan bir çalışmada, aşırı internet kullanımının hafta içi yatma gecikmeleri, uyanma saatlerinde gecikme ve yorgunluk ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.^[25] Uyku düzensizliğinin en önemli nedenlerinden biri aile sorunlarıdır. Aileleri öğrenciler için gerekli ortamı sağlayamadığında; öğrenci bulunduğu durumdan rahatsız olmaya, kaygı duymaya başlar ve öğrencide bilişsel bazı sorunlar oluşabilir. Bu nedenlerle öğrencilerin uyku düzenlerinde bozulmalar meydana gelebilir.^[26]

Literatürdeki çalışmalara göre günlük ve haftalık internet kullanım süreleri ile internet bağımlılığı arasında pozitif bir ilişki mevcuttur.^[27,28] Anlayışlı ve Serin çalışmalarında, internet bağımlılık düzeylerinin günlük internete giriş süresi 5 saatten fazla olanlarda, 3 saatin altında olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğunu bulmuşlardır.^[29] Fakat internet kullanım süresinin artması her zaman internet bağımlılığının bir sonucu değil bazen nedeni de olabilir.^[30,31] Çalışmamızda, günlük akıllı telefon ve bilgisayar kullanım süreleri ayrı ayrı sorulmuş ve iki soruda da günlük 3 saatten fazla akıllı telefon veya bilgisayar kullananların beklendiği üzere internet bağımlılık ölçüğü puanları anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Günlük bilgisayar kullanım süresinde

de çoğunluğun (%64,5; n=118) günde 1 saatten az kullandığını tespit ettik. Çalışmamızın uzaktan eğitim süreci sonrasında yapılması ve bilgisayarda yapılabilen çoğu işlemin artık akıllı telefonlar aracılığı ile de yapılabiliyor olması bu süreyi etkilemiş olabilir. Çalışmamızda ayrıca, “Ne zamandır internet kullanıyorsunuz?” sorusuna 5 yıldan fazla kullandığını belirtenlerin internet bağımlılık puanları diğerlerine göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır. Bu sonuçlar, bizlere günlük internet kullanım süresi ne kadar uzun ve internet ile tanışma yaşı ne kadar düşük ise sorunlu internet kullanımının ortaya çıkma olasılığının o derece arttığını düşündürmektedir.

İnternet bağımlılığı ile aile uyumu ilişkisine göz attığımızda, YİBÖ toplam puanları ile AUÖ puanları arasında istatistikçe anlamlı negatif bir ilişki saptadık. Literatürde kullandığımız aile uyumu ölçeği kullanılarak internet bağımlılığı ile olan ilişkisini araştıran yayınlara rastlamadık. Aile uyumunu ölçen farklı ölçekler ile yapılan çalışmalarda ise internet bağımlılığı ile aile uyumu arasında bulgumuzla örtüşen negatif ilişkiler bulunduğunu gördük.^[32,33] Aile uyumu kişinin yaşam memnuniyeti, mutlu hissetmesi ve yaşam doyumları ile doğrudan etkileşim içindedir.^[10] Mutsuzluk ve depresyon gibi bu durumların tersi ile internet bağımlılığı arasındaki ilişki daha önce bazı çalışmalar içinde yer almış ve internet bağımlılığı arttıkça depresyon durumunun arttığı belirlenmiştir.^[29]

Çalışmamızda, akıllı telefonda internet kullanım süresi günlük 1 saatten az olanların AUÖ puanlarının diğer guruplardan anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptadık (p=0,012). Mesch, & Talmud adolesanlık döneminde internet ortamında geçirilen vaktin artması ile aileye ayrılan zamanın azaldığı ve bu nedenle de ailede çatışmalar oluştuğunu tespit etmişlerdir.^[34]

Sorunlu internet kullanıcılarının (n=26) not ortalamalarının, normal internet kullanıcısı (n=156) grubun not ortalamalarından daha düşük olduğunu saptadık, ancak bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildi. 2018 yılında İstanbul’da ve 2013 yılında Bursa’da yapılan çalışmalarda da benzer şekilde öğrencilerin akademik başarılarının internet kullanımıyla ters orantılı olduğu görülmüştür.^[35,36] Özellikle Covid-19 pandemi sürecinde olmak üzere günümüzde çok yaygınlaşan çevrimiçi derslerin, çevrimiçi soru çözümlerinin ve sınav hazırlıklarının artık internet üzerinden yapılabiliyor olması da ailelerin evlerine bilgisayar ve internet almalarına neden olmuştur.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda, internet bağımlılığı ile uyku düzeni, okuduğu okulun tipi, akıllı telefon varlığı, akıllı telefon kullanım süresi, bilgisayar kullanım süresi, internetle tanışma zamanı ve babanın eğitim düzeyi arasında ilişki tespit edilmiştir. Aile uyumu ile internet bağımlılığı arasında negatif ilişki mevcuttur. Okul başarısı ile internet bağımlılığı arasında ise ilişki saptanmamıştır.

Adelolan döneminde internet bağımlılığını önlemenin yolunun aile ve adolesan eğitiminden geçtiğini düşünmekteyiz. Gelecek sağlıklı nesiller için eğitim müfredatına bu konuların eklenmesi ve aile eğitimlerinin hazırlanmasının önemi büyüktür.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama Merkezi Etik Kurulu’ndan onay alındı (25.02.2020/1455).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Health Practice Center Ethics Committee approval was obtained (25.02.2020/1455).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKÇA

1. Yıldız A. Endüstri 4.0 ve akıllı fabrikalar. Sakarya Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2018;22(2):546-556.
2. Arısoy Ö. İnternet bağımlılığı ve tedavisi/İnternet addiction and its treatment. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2009;1(1):55-67.
3. Bozkurt H, Şahin S, Zoroğlu S. İnternet bağımlılığı: Güncel bir gözden geçirme. Çağdaş Tıp Dergisi. 2016;6(3):235-247.
4. Carli V, Durkee T, Wasserman D, Hadlaczky G, Despalins R, Kramarz E, et al. The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: A systematic review [Internet]. Vol. 46, Psychopathology. Psychopathology; 2012 [cited 2021 Jun 21]. p. 1-13. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22854219/>
5. Kökoğlu B, Ünlüoğlu İ. Adolesan Dönemi ve Psikiyatrik Bozukluklar. Türkiye Klin Fam Med-Spec Top. 2018;9(5):61-4.
6. Tsai CC, Lin SSJ. İnternet Addiction of Adolescents in Taiwan: An Interview Study. Cyberpsychology Behav [Internet]. 2003 Dec 5 [cited 2021 Jun 24];6(6):649-52. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/109493103322725432>

7. Bayhan V. Lise öğrencilerinde internet kullanma alışkanlığı ve internet bağımlılığı (Malatya uygulaması). Akademik Bilişim'11-XIII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri, İnönü Üniversitesi, Malatya, 2-4 Şubat 2011; 237: 244.
8. Young K. Internet addiction: Diagnosis and treatment considerations [Internet]. Vol. 39, Journal of Contemporary Psychotherapy. Springer; 2009 [cited 2021 Jun 25]. p. 241-6. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-009-9120-x>
9. Dam H. Öğrencinin okul başarısında aile faktörü. Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. 2008;7(14):75-99.
10. Korkmaz N, Hızlı Sayar G, Ünübol H, Tarhan N. İnternet bağımlılığı olan ve olmayan üniversite öğrencilerinin zihin kuramı yönünden karşılaştırılması. Current Addiction Research. 2018;2(1):17-21.
11. Duman Kula M, Eksiş H, Demirci İ. Aile Uyum Ölçeği'nin Türkçe Formunun Psikometrik Özellikleri. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sos Bilim Derg. 2018;19(1):97-106.
12. Adiele I, Olatokun W. Prevalence and determinants of Internet addiction among adolescents. Comput Human Behav. 2014;31(1):100-10.
13. Jang KS, Hwang SY, Choi JY. Internet addiction and psychiatric symptoms among Korean adolescents. J Sch Health. 2008;78(3):165-71.
14. Kilic M, Avci D, Uzuncakmak T. Internet Addiction in High School Students in Turkey and Multivariate Analyses of the Underlying Factors. J Addict Nurs. 2016;27(1):39-46.
15. Bernardi S, Pallanti S. Internet addiction: a descriptive clinical study focusing on comorbidities and dissociative symptoms. Compr Psychiatry. 2009;50(6):510-6.
16. Johansson A, Götestam KG. Internet addiction: characteristics of a questionnaire and prevalence in Norwegian youth (12-18 years). Scand J Psychol. 2004;45(3):223-9.
17. Stavropoulos V, Alexandraki K, Motti-Stefanidi F. Recognizing internet addiction: Prevalence and relationship to academic achievement in adolescents enrolled in urban and rural Greek high schools. J Adolesc. 2013;36(3):565-76.
18. Yılmaz E, Levent Şahin Y, Haseski Hİ, Erol O. Lise Öğrencilerinin İnternet Bağımlılık Düzeylerinin Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi: Balıkesir İli Örneği. Eğitim Bilim Araştırmaları Derg. 2014; 4(1):133-44.
19. Altıntaş S, Öztapak M. Ortaokul Öğrencilerinin Problemli İnternet Kullanımları ile Anne Baba Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi: Teori ve Uygulama. 2016;7(13):109-128.
20. Fariz S, Sarıcı Bulut S. Lise Öğrencilerinde İnternet Bağımlılığının Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi. Kastamonu Eğitim Derg. 2019;27(5):1977-90.
21. Aslanargun E, Bozkurt S, Sarıoğlu S. Sosyoekonomik değişkenlerin öğrencilerin akademik başarıları üzerine etkileri. Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2016;9(27/3):201-234.
22. Ural A, Çınar FN. Anne ve Babanın Eğitim Düzeyinin Öğrencinin Matematik Başarısına Etkisi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2016;3(4):42-57.
23. Özdemir S, Küçük F, Balcı S, Türköz A. 11-18 Yaş Arasındaki Adölesanların İnternet Bağımlılık Düzeyleri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2020;9(2):83-92.
24. İkinci Ö, Çelik T, Savaş N, Toros F. Ergenlerde İnternet kullanımı ile uyku problemleri arasındaki ilişki. Noropsikiyatri Ars. 2014;51(2):122-8.
25. Van Den Bulck J. Television viewing, computer game playing, and internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary-school children. Sleep. 2004;27(1):101-4.
26. Şenol V, Soyuer F, Akça Pekşen R, Ergün M. Adölesanlarda uyku kalitesi ve etkileyen faktörler. Kocatepe Tıp Dergisi. 2012;13(2):93-104.
27. Young KS. Internet addiction: The emergence of a new clinical disorder. Cyberpsychology Behav. 1998;1(3):237-44.
28. Sırakaya M, Seferoğlu SS. Öğretmen adaylarının problemli internet kullanımlarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;28(1):356-368.
29. Anlayışlı C, Serin NB. Lise öğrencilerinde internet bağımlılığı ve depresyonun cinsiyet, akademik başarı ve internete giriş süreleri açısından incelenmesi. Folklor/ Edebiyat. 2019;25(97):730-743.
30. Cao H, Sun Y, Wan Y, Hao J, Tao F. Problematic Internet use in Chinese adolescents and its relation to psychosomatic symptoms and life satisfaction. BMC Public Health. 2011;11(1):1-8.
31. Demir İ, Özköklü Peker D, Turgut Aygün B. Ergenlerin problemli internet kullanımının yordanmasında denetim odağı ve yaşam doyumunun rolü. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2015;11(3):720-31.
32. Wang CW, Chan CLW, Mak KK, Ho SY, Wong PWC, Ho RTH. Prevalence and correlates of video and internet gaming addiction among Hong Kong adolescents: A pilot study. Sci World J. 2014;2014:874648.
33. Schneider LA, King DL, Delfabbro PH. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review. Journal of Behavioral Addictions. 2017;6(3):321-333.
34. Mesch GS, Talmud I. Online friendship formation, communication channels, and social closeness. International Journal of Internet Science. 2006;1(1):29-44.
35. Yavuz O. Ergenlik Döneminde İnternet Bağımlılığının Okul Başarısı Üzerinde Etkileri. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Derg. 2018;8(15):1056-80.
36. Eldeleklioğlu J, Vural-Batık M. Akademik başarı, internette kalınan süre, yalnızlık ve utangaçlığın internet bağımlılığı üzerindeki yordayıcı etkileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;28(1):141-152.

COVID-19 Temaslılarının Özellikleri ve Pozitif Olguya Dönüşüm Oranları

Characteristics of COVID-19 Contacts and Conversion Rates to Positive Cases

Şerafettin Ceylan[®], Süleyman Mertoğlu[®], İlhan Emre Tertemiz[®]

Atf/Cite as: Ceylan Ş, Mertoğlu S, Tertemiz İH. COVID-19 temaslılarının özellikleri ve pozitif olguya dönüşüm oranları. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(4):128-136.

ÖZ

Amaç: COVID-19 pandemisiyle mücadelede her ülke, kendi olanakları, sağlık altyapısı, toplumsal özellikleri gibi değişik faktörleri göz önünde bulundurarak salgınla mücadelede farklı stratejiler belirlemiştir. Ülkemizde uygulanan salgın yönetim stratejisi kapsamında saha ekipleri evde takip edilen COVID-19 olguları ve temaslılarına adreslerinde ulaşip, gereken değerlendirmeleri yaptıktan sonra karantina uygulaması başlatılmaktadır. Çalışmamızda, karantina başlatılan COVID-19 temaslılarına ait yaş, cinsiyet, temas ortamı, semptom ve yakınlık derecesi değişkenlerinin pozitif olguya dönüşüm üzerindeki etkilerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada, 20 Mart-20 Aralık 2020 tarihleri arasındaki 9 aylık dönemde İzmir ili Gaziemir ilçesindeki COVID-19 olgu temaslı olan ve saha ekiplerince adreslerinde ziyaret edilip, temaslı takibi başlatılan kişiler incelenmiş ve bu temaslılardan izolasyon sürecindeyken pozitifleşenler belirlenmiştir. Çalışma için önce Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'ndan izin alınmış sonrasında S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.01.2021 tarih ve 15/2021/01-08 Karar No. ile etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 14.668 temaslı dâhil edildi ve bunlardan 2.841 (%19,4) kişi izlem süreleri içinde COVID-19 pozitif olguya dönüştüğü belirlenmiştir. Temaslı bireylerin 1.544'ü (%20,2) kadın, 1.297'si (%18,5) ise erkek idi. Temaslılarda semptom görülmesi, her bir semptom için ayrı ayrı olarak, olguya dönüşüm üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Pozitif olguya yaş, yer, okul, kışla, yurt, cezaevi ve huzurevi gibi zorunlu ortak alanlarda temas etmiş bireyler diğer ortamlarda temas eden bireylerden 2,63 kat daha fazla oranda pozitif olguya dönüştüğü belirlenmiştir. Yaş, temaslıların olguya dönüşüm durumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahip idi. Temaslıların yaşı arttıkça daha yüksek oranda pozitif olguya dönüştükleri saptanmıştır.

Sonuç: COVID-19 olgusuyla temas etmiş bireylerin yaş, cinsiyet, temas ettiği ortam, pozitif olguya yakınlığı bu bireylerin COVID-19 olgusuna dönüşümü üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu nedenle, temaslı bireylerin bu özelliklerini bilmek COVID-19 olgusuna dönüşümü açısından kimlerin daha yüksek riske sahip olduğunu tahmin etmemize yardımcı olabilecektir. Toplum sağlığı açısından da bu özelliklerin belirlenmesi, COVID-19 hastalığının bulaş özellikleri ve yayılma dinamiğini anlamamızda yaşamsal bir öneme sahiptir. Bu durum, COVID-19 ile ilgili olarak alınacak önlemlerin belirlenmesi ve salgının kontrol altına alınmasında daha etkili kararlar alınmasını sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: COVID-19, temaslı takibi, bulaş, izolasyon

ABSTRACT

Objective: In the fight against COVID-19, each country has determined different strategies to combat the epidemic, considering factors such as facilities, health infrastructure systems, and social characteristics. Within the scope of the epidemic management strategy implemented in our country, quarantine was initiated after the field teams reached the COVID-19 cases and their contacts and made the necessary evaluations. Our study aimed to compare the effects of age, gender, contact environment, symptoms, and degree of closeness variables on the transformation into positive COVID-19 cases.

Methods: During the 9-month study period between March 20 and December 20, 2020, people who were in contact with COVID-19 cases and whose contact follow-up was initiated by field teams in Gaziemir District of İzmir province were examined. Those who became positive while in isolation were determined among these quarantine contacts. Permission was obtained from the Scientific Research Platform of the Ministry of Health. The ethics committee approval was then obtained from the Clinical Research Ethics Committee of the University of Health Sciences (HSU) Tepecik Education and Research Hospital with the decision number 2021/01-08, dated 25.01.2021.

Results: A total of 14,668 contacts were included in the study. Of these, 2,841 (19.4%) became positive cases during follow-up. Among the contact individuals, 1,544 (20.2%) women and 1,297

Received/Geliş: 30.07.2021

Accepted/Kabul: 11.11.2021

Publication date: 29.12.2021

Corresponding Author:

Ş. Ceylan

ORCID: 0000-0002-2740-0624

Gaziemir İlçe Sağlık Müdürlüğü,

İzmir, Türkiye

✉ serefceylan@gmail.com

S. Mertoğlu

ORCID: 0000-0001-7100-5958

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir,

Türkiye

İ. E. Tertemiz

ORCID: 0000-0003-2157-7813

Gaziemir İlçe Sağlık Müdürlüğü,

İzmir, Türkiye

(18.5%) men turned into positive cases. Separately for each symptom, contact symptoms significantly affect the conversion to being positive. Individuals who had contact with a positive case in compulsory common areas such as workplaces, schools, barracks, dormitories, prisons, and nursing homes turned into positive cases at a rate of 2.63 times more than individuals who came into contact with them in other settings. Age has a significant effect on the incidence of contacts. It was determined that as the age of the contacts increased, they turned into positive cases at higher rates.

Conclusion: We have concluded that the age, gender, contact environment, and proximity to the 60 COVID-19 positive cases affect these individuals in becoming positive cases. Therefore, identifying these features will help us understand the transmission characteristics and spread dynamics of the COVID-19 disease.

Keywords: COVID-19, contact tracing, transmission, isolation

GİRİŞ

Pandemide her ülke, kendi olanakları, sağlık altyapı sistemleri, toplumsal özellikleri gibi değişik faktörleri göz önünde bulundurarak salgınla mücadelede farklı stratejiler belirlemiştir. Ancak, uygulanan bu yöntemler arasında farklılıklar olsa da salgınla mücadelenin sac ayağı olan enfeksiyon kaynağı, bulaş yolu ve kişi arasındaki enfeksiyon zincirinin kırılması temel hedeftir.^[1]

Dünya Sağlık Örgütü'nün bu salgını pandemi olarak tanımladığı 11 Mart 2020 aynı zamanda ülkemizde ilk COVID-19 olgusunun görüldüğü gündür.^[2] Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Bilimsel Danışma Kurulu'nun görüş, öneri ve kararları doğrultusunda salgın yönetim stratejisi şekillenmiştir. COVID-19 tanısı konulması, olgu ve temaslıların izlemi ve tedavisi, toplumsal önlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan rehberlere göre yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından kullanılan Halk Sağlığı Yönetim Sistemi (HSYS), Filyasyon İzleme ve Takip Sistemi (FİTAS) programları ile bu süreçte yapılan işlemlerin daha hızlı, koordineli ve anlık veri takibine olanak veren bir şekilde yürütülmesi amaçlanmıştır. İl ve ilçe sağlık müdürlükleri bünyesinde oluşturulan saha ekipleri COVID-19 olgularına adreslerinde ulaşıp onlarla görüşmekte, hastalıkla ilgili öykülerini sorgulamakta ve temaslıları belirlemektedir. Yapılan bu işlemler ekiplere tanımlanmış mobil bir uygulama olan FİTAS programı üzerinden anlık olarak gerçekleştirilmekte ve kaydedilmektedir. COVID-19 olgusunun temaslı olduğu kişiler de öğrenilmekte ve adreslerinde ziyaret edilip bilgilendirilerek karantina başlatılmaktadır. Yapılan görüşmede temaslının yaşı, cinsiyeti, COVID-19 olgusuna yakınlığı (anne, baba, eş, çocuk, arkadaş vb.), temas ettiği zaman, semptomunun olup olmadığı (ateş, öksürük, nefes darlığı gibi) ve temas ettiği ortam bilgileri öğrenilmekte ve FİTAS'a kaydedilmektedir. Temaslılara uygulanan karantina süresi Sağlık Bakanlığı tarafından takvim süreci içerisinde güncellenen rehberlere göre değişmiştir. Pandeminin ilk dönemlerinde 14 gün olarak uygulanan karantina süresi son rehberlerde yakın temaslılarda 10 güne indirilmiştir.^[3]

COVID-19 etkeni olan SARS-Cov 2'nin bulaşma dinamikleri virüse maruz kalma şekillerine ve sosyodemografik özelliklere göre değişiklik göstermektedir. Örneğin, yapılan çalışmalarda, COVID-19 olgusuyla ev içi teması ve olgu ile beraber yolculuğa çıkmak, diğer yakın temas şekillerine oranla bulaş riskini 6-7 kat artırmaktadır.^[4] Ev içi temaslılarda bulaş riski 60 yaş üstü bireylerde daha yüksek bulunmuştur.^[5] Bu çalışmada, COVID-19 olgusuyla temaslı kişilerin yaşı, cinsiyeti, yakınlığı, temas ortamı gibi özelliklerle olguya dönüşümü arasındaki ilişkilerin araştırılması amaçlanmıştır. Çalışma sonuçlarının pandeminin kontrolü sürecinde uygulanabilecek stratejilere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma için Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu'na başvuruda bulunulmuş ve onay alındıktan sonra S.B.Ü. Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 25.01.2021 tarih ve 2021/01-08 Karar No. ile etik kurul onayı alındı. Çalışmaya İzmir ili Gaziemir ilçesinde 20 Mart 2020 ile 20 Aralık 2020 tarihleri arasındaki 9 aylık sürede COVID-19 olgu temaslı olan ve saha ekiplerince adreslerinde ziyaret edilip temaslı takibi başlatılan kişiler ve takip sürecinde COVID-19 pozitif olguya dönüşenler dâhil edildi. Bu verilere ulaşmak için HSYS üzerinden tarama yapıldı ve İlçe Sağlık Müdürlüğü'nde tutulan kayıtlarla kontrolü sağlandı. Temaslılara ait veri kayıtlarında yaş, cinsiyet, temas ortamı, semptom ve yakınlık derecesi değişkenlerinde eksiklik bulunan olgular çalışma dışı bırakıldı. Temaslı takip süresi dolduktan sonra başka bir zamanda pozitifleşen olgular ve temaslı listesinde olmayıp doğrudan COVID-19 tanısı alan olgular dâhil edilmedi.

Çalışmada, semptom değişkenleri saha ekiplerinin temaslı bireyleri ziyaretleri sırasında yaptıkları öksürük, ateş (37,8 °C üzeri vücut sıcaklığı), nefes darlığı şeklindeki semptom sorgulaması kullanılarak oluşturuldu.

Yakınlık derecesi değişkeninden kastedilen, temaslı bireylerin COVID-19 olgusuna göre sosyolojik yakınlık durumudur. Bu değişkenler çekirdek aile, geniş aile, çevre ve diğer olmak üzere 4 grup altında toplandı. Çekirdek aile içerisinde çocuk, eş, anne-baba, kardeş yer alırken geniş aile grubunda büyükanne, büyükbaba, torun, teyze, dayı, hala ve amca gibi diğer akrabalar yer almaktaydı. Çevre grubunda arkadaş ve komşular bulunmaktadır. Yakınlık derecesi belirtilen grupların dışında kalan ya da temas kaynağı net olarak belirlenemeyen olgular “diğer” grubu altında toplanmıştır (Şekil 1).

Temas ortamı COVID-19 olgusuyla temas ettiği yer olarak tanımlanmaktadır. Çalışmada, ev ortamı, zorunlu ortak alanlar, yolculuk, hastane/sağlık merkezi ve diğer olmak üzere beş grup altında toplandı. Ev ortamı hane içi temaslıları, zorunlu ortak alanlar iş yeri, okul, kışla, yurt, cezaevi ve huzurevi temaslılarını içermektedir. Alışveriş merkezi, çarşı-pazar gibi alanlar ile temas ettiği ortam belirlenemeyenler “diğer” olarak gruplandırıldı (Şekil 1).

Verilerin analizi SPSS 24.0 ile yapılmış ve sonuçlar %95 güven düzeyinde değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p) ilgili testlerle birlikte gösterilmiştir. $p < 0,05$ olduğunda anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmada, tanımlayıcı istatistikler % ve n şeklinde, ortalama değerler $\text{mean} \pm \text{standart sapma}$ şeklinde belirtilmiştir. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiler ki-kare testi ile analiz edilirken olguya dönüşme durumu üzerindeki etkili faktörlerin incelenmesi lojistik regresyon ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen toplam 14.668 temaslı olgudan %19,4'ünün (n=2.841) izlem süreleri içinde COVID-19 pozitif olguya dönüştüğü saptandı. Toplam temaslıların %47,8'i (n= 7.011) erkek, %52,2'si (n=7.657) kadındı. Temaslıların genel yaş ortalaması $32,1 \pm 19,8$ iken, bu değer erkeklerde $31,2 \pm 19,5$ ve kadınlarda $32,9 \pm 20$ yıl olarak bulundu.

Saha ekiplerinin ilk görüşmelerindeki semptom durumlarına bakıldığında %92,9'u (n=13.629) semptomsuzdu. Yüzde 4,9'unda (n=722) öksürük, %1,1'inde (n=156) $37,8$ °C üzerinde ateş, %0,5'inde (n=70) nefes darlığı ve %0,6'sında (n=91) iki ve daha fazla semptomu olduğu saptandı.

Temaslıların %33,4'ünün (n=4.892) pozitif olgunun çocuğu, %18,3'ünün (n=2.681) eşi ve %11,6'sının (n=1.707) arkadaşı olduğu görüldü.

Temas ortamına bakıldığında, %85,9 oranla (n=12.599) en fazla hane içi temaslı olgu olduğu görüldü. Bunu sırasıyla, %9 (n=1.313) iş yeri temaslı ve %1,5 (n=215) yolculuk sırasında temas olarak takip ediliyordu.

Olgulara ait tanımlayıcı veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Olguların %30,0'u (n=4.404) 18 yaş altında, %17,0'si (n=2.496) 18-29 yaş aralığında, %16,8'i (n=2.457) 30-39 yaş aralığında, %15,7'si (n=2.310) 40-49 yaş aralığında, %10,8'i (n=1.585) 50-59 yaş aralığında, %4,4'ü (n=645) 60-65 yaş aralığında ve %5,3'ü (n=771) 65 yaş üstüydü. Yaş grupları dağılımı ile gruplandırılmış temas ortamı ve yakınlık derecesine ait bulgular Şekil 1'de gösterilmiştir.

Aylara göre olguların sayısı Şekil 2'de verilmiştir. Takip edilen temaslı sayısı ay bazında ele alındığında Mart 2020'den Kasım 2020'ye kadar yükselen bir eğri olduğu görülmektedir. Ülke genelinde de en fazla olgunun olduğu Kasım ayında temaslı sayısı 6.403 ile en yüksek seviyeye ulaştığı sonrasında azalma eğilimine girdiği saptandı.

Analiz sonuçlarına göre temasının cinsiyeti ile olguya dönüşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0,011$). Temasının erkek olduğu durumda olguya dönüşme oranı %18,5 iken, kadın olduğu durumda %20,2'dir.

İzlem başlangıç dönemi ile olguya dönüşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır ($p < 0,001$). Nisan ayında olguya dönüşme oranı %84,2, Mart ayında %63,6 ve Ekim ayında %19,0 idi.

Semptom ile olguya dönüşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,001$). Semptom göstermeyenlerde olguya dönüşme oranı %17,9 idi ve bu oran öksürük olanlarda %37,4; ateş olanlarda %40,4; nefes darlığı olanlarda %32,9 ve ikili semptom olanlarda %50,5 idi.

Yakınlık derecesi ile olguya dönüşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p < 0,001$). Çekirdek ailelerde ve geniş ailelerde olguya dönüşme oranı %19,6; çevre olanlarda %16,1 ve diğer kişilerde %21,5 idi.

Tablo 1. Temaslıların olguya dönüşme durumu, cinsiyet, yaş grupları, semptom, yakınlık derecesi, temas ortamı özelliklerinin dağılımı.

		n	%
Olguya Dönüşme Durumu	Hayır	11827	80,6
	Evet	2841	19,4
Temaslı Cinsiyet	Erkek	7011	47,8
	Kadın	7657	52,2
Yaş grupları	18 yaş altı	4404	30,0
	18-29 yaş	2496	17,0
	30-39 yaş	2457	16,8
	40-49 yaş	2310	15,7
	50-59 yaş	1585	10,8
	60-65 yaş	645	4,4
	65 yaş üstü	771	5,3
	Yok	13629	92,9
	Öksürük	722	4,9
Semptom	Ateş (37,8 °C üzeri)	156	1,1
	Nefes Darlığı	70	0,5
	Ateş ve Öksürük	57	0,4
	Nefes Darlığı ve Öksürük	27	0,2
	Ateş, Nefes Darlığı ve Öksürük	5	0,0
	Ateş, Nefes Darlığı	2	0,0
	Çocuk	4892	33,4
	Eş	2681	18,3
	Arkadaş	1707	11,6
	Kardeş	1182	8,1
Yakınlık Derecesi	Anne	1087	7,4
	Baba	747	5,1
	Torun	275	1,9
	Komşu	90	0,6
	Büyükanne	84	0,6
	Teyze	39	0,3
	Diğer Sağlık Personelleri	33	0,2
	Büyükbaba	33	0,2
	Hala	21	0,1
	Dayı	19	0,1
	Amca	14	0,1
	Hekim	5	0,0
	Diğer	1759	12,0
	Ev	12599	85,9
	İş Yeri	1313	9,0
	Yolculuk	134	0,9
	Kışla	123	0,8
Okul	99	0,7	
Temas Ortamı	Hastane/Sağlık Merkezi	66	0,4
	Yolculuk-Otobüs	50	0,3
	Yolculuk-Uçak	31	0,2
	Yurt	16	0,1
	Cezaevi	14	0,1
	Cenaze/Taziye	7	0,0
	Yolculuk-Tren	1	0,0
	Nişan	1	0,0
	Huzurevi	1	0,0
	Diğer	213	1,5

Temas ortamı ile olguya dönüşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). Ev ortamında olguya dönüşme oranı %19,5; zorunlu ortak alanlarda %21,5; yolculuklarda %6,0; hastane/sağlık merkezlerinde %19,7 ve diğer ortamlarda %11,8 idi.

Yaş ile olguya dönüşme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulundu ($p<0,001$). On sekiz yaşından küçüklerde olguya dönüşme oranı %9,9; 18-29 yaş arasında %19,1; 30-39 yaş arasında %23,1; 40-49 yaş arasında %24,5; 50-59 yaş arasında %25,0; 60-65 yaş arasında %24,8 ve 65 yaş üstünde %31,0 idi.

Olguya dönüşme durumu ile değişkenlerin ilişkisinin incelenmesi amacıyla yapılan ki-kare testi sonuçları Tablo 2'de verilmiştir.

Olguya dönüşme durumu üzerinde etkili olabilecek değişkenlerin belirlenmesi için lojistik regresyon analizi yapıldı. Analiz sonuçlarına göre temaslılarda semptom görülmesi, her bir semptom için ayrı ayrı olarak, olguya dönüşme üzerinde anlamlı bir etkiye sahipti ($p<0,001$). Semptomu olmayanlara göre nefes darlığı olması ile olguya dönüşüm olasılığının 1,90 kat ($p=0,014$), öksürük olması ile 2,47 kat ($p<0,001$), ateş olması ile 3,21 kat ($p<0,001$) ve ikili semptom olması ile 4,37 kat ($p<0,001$) daha fazla olduğu saptandı.

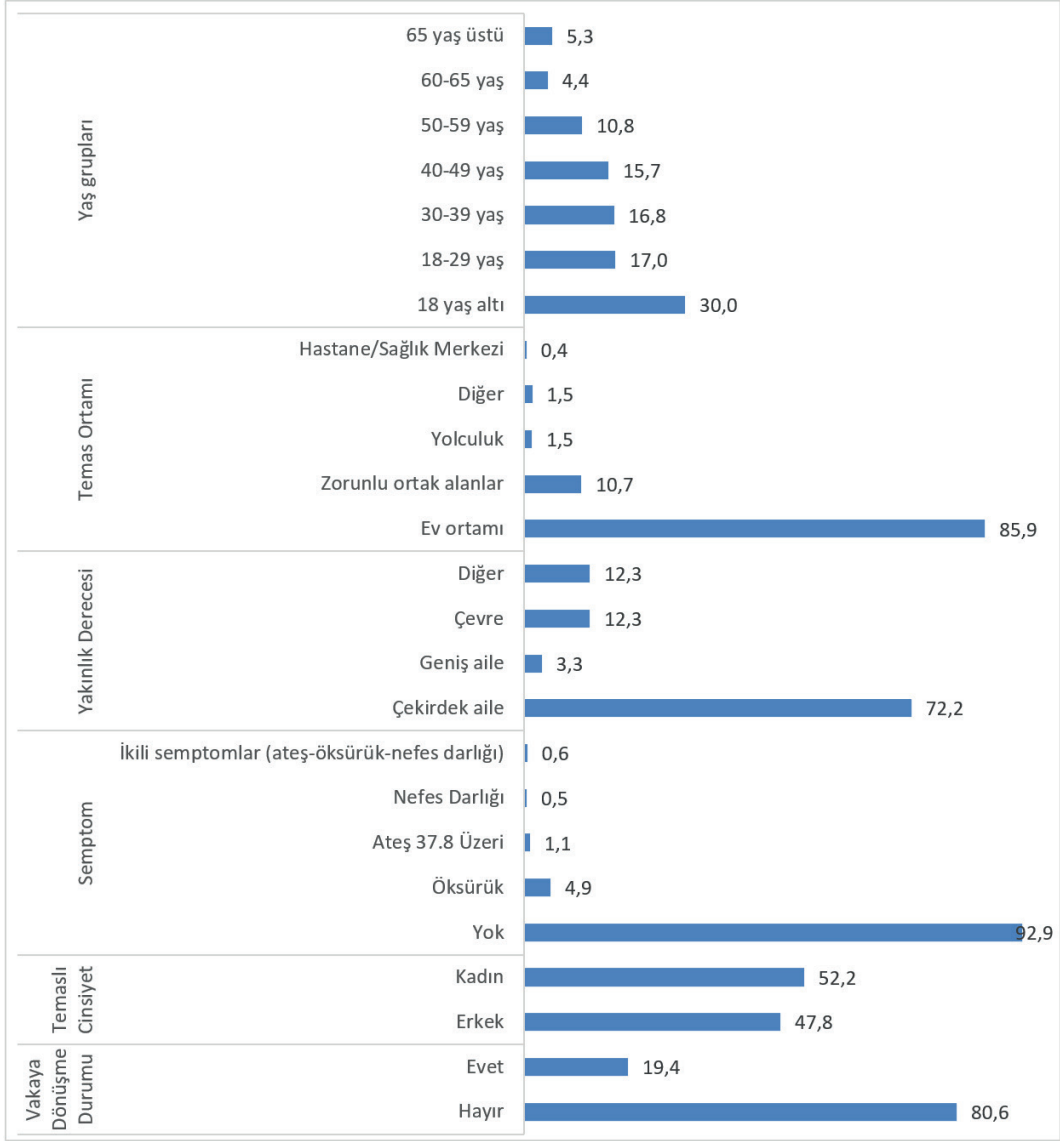
Pozitif temas ortamının zorunlu ortak alanlar olması, olguya dönüşme durumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahipti ve zorunlu ortak alanlarda temas durumu olması durumunda olguya dönüşme riski diğer ortamlara göre 2,63 kat daha fazlaydı ($p<0,001$).

Yaş, olguya dönüşme durumu üzerinde anlamlı bir etkiye sahipti ve 18-29 yaş grubunda olguya dönüşme riski 18 yaşında küçüklere göre 2,24 kat daha fazlaydı ($p<0,001$). Bu oranın 30-39 yaş grubunda 2,81 kat, 40-49 yaş grubunda 3,03 kat, 50-59 yaş grubunda 3,05 kat, 60-65 yaş grubunda 2,99 kat ve 65 yaş üstü bireylerde 3,84 kat daha fazla olduğu saptandı ($p<0,001$).

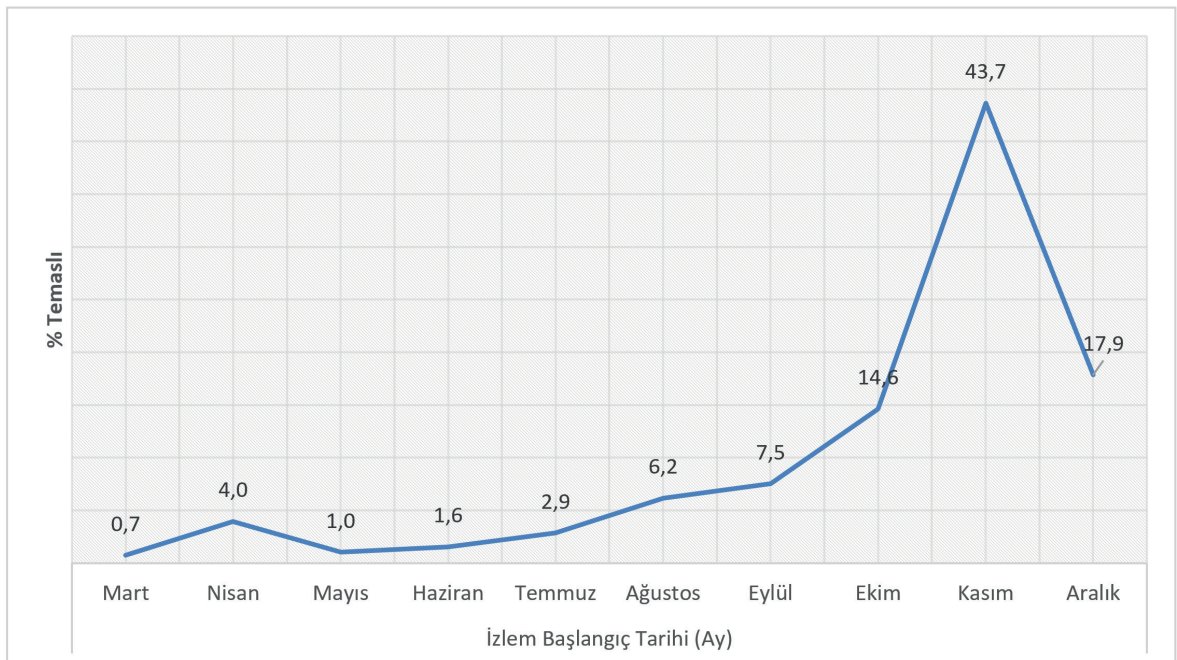
Lojistik regresyon analizinde, olguya dönüşme durumu üzerinde etkili olabilecek değişkenlere ait veriler Tablo 3'te verilmiştir.

TARTIŞMA

Çalışmaya dâhil edilen 14.668 temaslıının verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Temaslıların %19,4'ünün karantinadayken pozitif olguya dönüştüğü



Şekil 1. Temaslıların özelliklerine göre gruplandırılması.



Şekil 2. Aylara göre takibe alınan temaslı olgular.

Tablo 2. Olguya dönüşme durumu ile değişkenlerin ilişkisi.

		Olguya Dönüşme Durumu				ki-kare Testi	
		Hayır		Evet		X ²	p
		n	%	n	%		
Temaslı Cinsiyet	Erkek	5714	81,5	1297	18,5	6,497	0,011
	Kadın	6113	79,8	1544	20,2		
	Mart	39	36,4	68	63,6		
	Nisan	92	15,8	489	84,2		
	Mayıs	125	82,2	27	17,8		
İzlem Başlangıç Tarihi (Ay)	Haziran	193	84,3	36	15,7	1844,455	<0,001
	Temmuz	360	85,9	59	14,1		
	Ağustos	808	89,3	97	10,7		
	Eylül	939	84,9	167	15,1		
	Ekim	1739	81,0	407	19,0		
	Kasım	5243	81,9	1160	18,1		
	Aralık	2289	87,4	331	12,6		
	Yok	11190	82,1	2439	17,9		
	Öksürük	452	62,6	270	37,4		
	Semptom	Ateş (37,8 °C üzeri)	93	59,6	63		
Nefes Darlığı	47	67,1	23	32,9			
İkili semptomlar (ateş-öksürük-nefes darlığı)	45	49,5	46	50,5			
Çekirdek aile	8518	80,4	2071	19,6			
Yakınlık Derecesi	Geniş aile	390	80,4	95	19,6	17,815	<0,001
	Çevre	1508	83,9	289	16,1		
	Diğer	1411	78,5	386	21,5		
	Ev ortamı	10147	80,5	2452	19,5		
Temas Ortamı	Zorunlu ortak alanlar	1229	78,5	337	21,5	37,547	<0,001
	Yolculuk	203	94,0	13	6,0		
	Diğer	195	88,2	26	11,8		
Yaş grupları	Hastane/Sağlık Merkezi	53	80,3	13	19,7	427,164	<0,001
	18 yaş altı	3969	90,1	435	9,9		
	18-29 yaş	2020	80,9	476	19,1		
	30-39 yaş	1890	76,9	567	23,1		
	40-49 yaş	1743	75,5	567	24,5		
	50-59 yaş	1188	75,0	397	25,0		
	60-65 yaş	485	75,2	160	24,8		
65 yaş üstü	532	69,0	239	31,0			

İstatistiksel olarak anlamlı olan p değerleri koyu renkli olarak yazılmıştır.

Tablo 3. Olguya dönüşme durumu üzerinde değişkenlerin etkisi.

	Katsayı	sh	Wald İstatistiği	sd	p	Odds Ratio
Semptom			208,315	4	0,000	
Öksürük	0,906	0,082	121,690	1	<0,001	2,474
Ateş 37,8 °C Üzeri	1,166	0,170	47,181	1	<0,001	3,210
Nefes darlığı	0,641	0,260	6,081	1	0,014	1,899
İkili semptomlar	1,475	0,216	46,516	1	<0,001	4,372
Yakınlık Derecesi			66,440	3	0,000	
Çekirdek aile	0,001	0,072	0,000	1	0,984	1,001
Geniş aile	0,057	0,137	0,173	1	0,678	1,059
Çevre	-0,883	0,112	61,646	1	<0,001	0,414
Temas Ortamı			65,715	4	0,000	
Ev ortamı	0,334	0,222	2,264	1	0,132	1,397
Zorunlu ortak alanlar	0,966	0,228	17,941	1	<0,001	2,627
Yolculuk	-1,054	0,359	8,632	1	0,003	0,348
Hastane/Sağlık Merkezi	0,351	0,381	0,848	1	0,357	1,421
Yaş grupları			379,683	6	0,000	
18-29 yaş	0,806	0,074	119,938	1	<0,001	2,239
30-39 yaş	1,034	0,072	207,195	1	<0,001	2,811
40-49 yaş	1,108	0,072	236,437	1	<0,001	3,027
50-59 yaş	1,116	0,078	203,873	1	<0,001	3,053
60-65 yaş	1,094	0,105	107,775	1	<0,001	2,987
65 yaş üstü	1,347	0,095	201,585	1	<0,001	3,844

İstatistiksel olarak anlamlı olan p değerleri koyu renkli olarak yazılmıştır.

görüldü. Temaslılara ait yaş, cinsiyet, yakınlık derecesi ve temas ortamı özelliklerinin olguya dönüşme üzerinde etkilerinin olduğu saptandı.

Meksika'da yapılan bir çalışmada, COVID-19 yakın temaslılarının %42 gibi yüksek bir oranda pozitif çıktığı bulunmuştur.^[6] Çalışmamızda da yakın temaslıların yaklaşık 1/5'inin pozitif olguya dönüştüğü görüldü. Bu oranlar göz önünde bulundurulduğunda, yakın temaslılara karantina uygulamasının, hastalığın yayılımını önlemede etkili yöntemlerden biri olduğu söylenebilir.

Wei Li ve ark.'nın Çin'de yaptığı bir çalışmada, temaslı bireylerin pozitif olguya dönüşümü açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı belirlenmiştir.^[7] Çalışmamızda ise cinsiyetler arasında anlamlı farklılık olduğu ve kadınlarda olguya dönüşme oranının erkeklere göre daha yüksek olduğu saptandı. Türkiye'nin sosyolojik yapısında kadının ev içindeki yeri ve rolü bu farklılaşmada etkili olmuş olabilir. Türk kadını hane içinde diğer aile bireyleriyle daha fazla temas hâlinindedir. Takip sürecinde kendini diğer bireylerden izole etmesi erkeğe göre daha zordur. Bu nedenle de evdeki olası olgularla daha sık^[8] ve daha uzun süre temas etmesi virüse maruziyeti artırmaktadır. Bu yüzden temaslı kadınların erkeklere göre daha yüksek oranda pozitif olguya dönüştüğü sonucuna ulaşılabilir. Sosyal faktörlerin yanı sıra kadınlar ve erkekler arasındaki biyolojik farklılıklar da kadınların daha yüksek oranda enfekte olma olasılığını artırabilir. COVID-19 enfeksiyonu, esas olarak virüsün dokulara girişi için bir geçit görevi gören anjiyotensin dönüştürücü enzim 2 (ACE2) reseptörü aracılığıyla gerçekleşir. X kromozomunda bulunan ACE2 geni kadınlarda daha yüksek seviyelerde ACE2 reseptörü bulunmasına yol açabilir. Bu da erkeklere kıyasla SARS-CoV-2 enfeksiyonuna daha duyarlı olmalarının nedeni olabilir. Hipotezi doğrulamak için cinsiyetle ilişkili ACE2 enzim aktivitesi hakkında daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.^[9]

Çin'de Guangzhou Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nde yapılan çalışmaya benzer şekilde çalışmamızda, yaş arttıkça enfeksiyona duyarlılık ve pozitif olguya dönüşme riskinin arttığı gözlemlendi.^[5] Burada özellikle çocuk yaş grubu ile erişkin yaş grubu arasındaki fark dikkati çekmektedir. Temaslı çocukların yetişkinlere göre enfekte olmaya daha az duyarlı olduğu görülmektedir. Çocuklar erişkinlerden daha sık solunum yolu virüsleriyle enfekte olmaktadır. Diğer koronavirüslere karşı gelişen çapraz bağışıklık yanıtı ve diğer solunum virüs enfeksiyonlarından kaynaklanan

spesifik olmayan bağışıklık koruması duyarlılığın azalmasına neden olabilir.^[10] Diğer bir neden de SARS-Cov 2 virüsünün hücreye giriş proteinleri olan ACE2 ve transmembran serin proteaz 2'nin (TMPRSS2) çocuklarda daha düşük ekspresyonda olması olabilir.^[11] Çalışmamızda, altmış beş yaş üstü temaslı bireylerin neredeyse 1/3'inin olguya dönüştüğü görülmüştür. Yaşlı hastaların şiddetli hastalığa ilerleme olasılığı ve mortalite riski genç ve orta yaşlılardan daha yüksektir.^[12] Bu yüzden yaşlılar virüs maruziyetine karşı daha ciddi korunmalıdır. Temaslı yaşlılar izlem süreçlerinde daha yakından takip edilmelidir. Bir diğer konu da ülkemizde yaşlı bireyler genellikle yakın akrabaları ile aynı hanede yaşaması ve sıklıkla öz bakımları da ev içindeki diğer bireyler tarafından yapılmasıdır. Temaslı yaşlıların olası olgu olma olasılığı çok yüksektir. Bu nedenle hane içindeki diğer bireylerin kendilerine bulaş açısından daha dikkatli davranması ev içi bulaşı önlemek için önemlidir.

Çalışmamızda, ev içi temaslı bireylerin olguya dönüşme oranı %19,5 olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında, Wee Chian Koh ve ark.'nın yaptığı meta analiz çalışmasında, ev içi temaslılarda pozitif olguya dönüşüm oranı %18,1'dir.^[13] Bu oran çalışmamızda bulduğumuz değere yakındır. Aile üyeleri arasında meydana gelen temasların yüksek sıklığı ve yoğunluğu, kişisel koruyucu ekipman kullanımının azalması, paylaşılan yaşam ve yemek ortamı, farklı yüzeylerde SARS-CoV-2'nin kalıcılığı nedeniyle iletim devam ettiği için hane içi bulaş riskinin yüksek olduğu düşünülmektedir.^[14-15] Çalışmamızda, zorunlu ortak alanlar olarak gruplandırdığımız iş yeri, okul, huzurevi, yurt ve cezaevi gibi ev dışında insanların birlikte bulunduğu alanlarda pozitif olguya temas etmiş bireylerin COVID-19 olgusuna dönüşme oranı %21,5 gibi daha yüksek bir oranda bulundu. Huzurevi, cezaevi ve yurt gibi yerlerde zorunlu ortak alan kullanımı nedeniyle teması engellemek oldukça zordur bu da bulaş olasılığını artırmaktadır. İş yerleri, çalışanlar arasındaki yakın temas nedeniyle bulaşıcı hastalık salgınları için uygun yerlerdir.^[16] İş yerlerinde çalışanlar yemek, istirahat gibi aralarda daha yakın temasta bulunmaktadır. Özellikle çay/kahve ve sigara kullanımı için ayrılan bölümlerde maskesiz ve yakın temaslı bulunulması bulaş riskini artırmaktadır. İş yerlerindeki ortak sosyal alanların ve iş yerine ulaşım araçlarının paylaşımlı kullanılması, fiziksel mesafe kuralına uyulması, hijyen ve temizliğe dikkat edilmesi gerektiğinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı COVID-19 bulaşını engellemede yardımcı olacaktır.^[17] Yapılan çalışmalara bakıldığında, ev içi temas ve

ikincil atakları belirleyen araştırmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Ev dışı temas ortamlarına ait çalışmaların sınırlıdır. Ev dışı temaslılarda daha yüksek risk olması nedeniyle savunmasız nüfusun belirlenmesi ve etkili önleyici stratejilerin oluşturulması açısından daha fazla çalışmaya gereksinim vardır.^[18]

İzlem başlatılan temaslılarda görüşme sırasında semptomunun olması izlem sürecinde pozitif olguya dönüşümü açısından riski artırmaktadır. Semptomsuz temaslıların %17,9'u olguya dönüşürken nefes darlığı olanların %32,9'u, öksürüğü olanların %37,4'ü, ateşi olanların %40,4'ü ve ikili semptomu olanların %50,5'i olguya dönüşmüştür. Temaslılarla yapılan görüşmelerde, semptomların iyi sorgulanması ve tanıya yönelik işlemlerin yapılması erken tanı açısından yararlı olacaktır.

Çalışmanın kısıtlılıkları

Temaslı bireylerin belirlenmesi, kişilerin beyanlarına göre yapılmaktadır. Bu nedenle saptanan temaslıların sayısı gerçekte var olanla farklı olabilir. Ancak, gerek bireylerin pandemiyle mücadele konusunda vicdani ve toplumsal sorumluluk duygusunun yükselmiş olması gerekse de yönetimlerin idari yaptırımları nedeniyle yanlış beyan oranının, çalışmanın sonuçlarını etkileyecek oranda yüksek olmadığı düşünülmektedir.

Çalışma Gazimir ilçesinde yapılmıştır. İlçede sanayi ve fabrika bölgelerinin fazla olması nedeniyle çalışma örnekleme, özellikle sosyodemografik açıdan Türkiye evrenine genellenebilir değildir.

SONUÇ

COVID-19 olgusuyla temas etmiş bireylerin yaklaşık beşte biri pozitif olguya dönüşmektedir. Bu yüzden, temasının karantinaya alınması toplumsal bulaşı azaltacaktır. Ayrıca, temasının ileri yaşta olması, kadın cinsiyet olması, işyeri, huzurevi veyurt gibi zorunlu ortak alanlarda temas etmiş olması ve semptomunun olması pozitif olguya dönüşüm riskini artırmaktadır. Bu özelliklere sahip temaslıların daha yakın takip edilmesi ve tanıya yönelik işlemlerin yapılması erken tanı açısından yararlı olacaktır.

Etik Kurul Onayı: S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (25.01.2021/2021/01-08).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: S.B.Ü Tepecik Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (25.01.2021/2021/01-08).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKÇA

1. Ellidokuz H, Aksakoğlu G. Enfeksiyon Hastalıklarına Epidemiyolojik Bakış. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2002;11(4):291-4.
2. <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html> adresinden 8 Mart 2021 tarihinde erişilmiştir.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü COVID-19 Temaslı Takibi, Salgın Yönetimi, Evde Hasta İzlemi ve Filyasyon (5 Mart 2021). Vol. 19. Ankara; 2021.
4. Bi Q, Wu Y, Mei S, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2020;20(8):911-9. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5)
5. Jing QL, Liu MJ, Zhang Z Bin, et al. Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study. Lancet Infect Dis. 2020;20(10):1141-50. [https://doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30471-0](https://doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30471-0)
6. Martinez-Fierro M, Rios-Jasso L, Garza-Veloz J, et al. The role of close contacts of COVID-19 patients in the SARS-CoV-2 transmission: an emphasis on the percentage of nonevaluated positivity in Mexico. American Journal of Infection Control. 2021;49(1):15-20. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.10.002>
7. Chen J, Li W, Zhang B, et al. Clinical Infectious Diseases Characteristics of Household Transmission of COVID-19. Clin Infect Dis. 2020;71(8):1943-9. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa450>
8. Xin H, Jiang F, Xue A, et al. Risk factors associated with occurrence of COVID-19 among household persons exposed to patients with confirmed COVID-19 in Qingdao Municipal, China. Transbound Emerg Dis. 2021;68:782-788. <https://doi.org/10.1111/tbed.13743>
9. Qian J, Zhao L, Ye R-Z, Li X-J, Liu Y-L. Age-dependent Gender Differences in COVID-19 in Mainland China: Comparative Study. Clin Infect Dis. 2020;71(9):2488-94. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa683>
10. Davies NG, Klepac P, Liu Y, et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. Nat Med. 2020;26(8):1205-11. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>
11. Saheb Sharif-Askari N, Saheb Sharif-Askari F, Alabed M, Temsah MH, et al. Airways Expression of SARS-CoV-2 Receptor, ACE2, and TMPRSS2 Is Lower in Children Than Adults and Increases with Smoking and COPD. Mol Ther - Methods Clin Dev. 2020;18:1-6. <https://doi.org/10.1016/j.omtm.2020.05.013>
12. Liu K, Chen Y, Lin R, Han K. Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. Journal of Infection. 2020;80:14-18. <https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.005>
13. Koh WC, Naing L, Chaw L, et al. What do we know about SARS-CoV-2 transmission? A systematic review and meta-analysis of the secondary attack rate and associated risk factors. PLoS One. 2020;15(10):e0240205. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240205>

14. Chaw L, Koh WC, Jamaludin SA, Naing L, Alikhan MF, Wong J. Analysis of SARS-CoV-2 transmission in different settings, Brunei. *Emerg Infect Dis.* 2020;26(11):2598-606. <https://doi.org/10.3201/eid2611.202263>
15. Madewell ZJ, Yang Y, Longini IM, Halloran ME, Dean NE. Household transmission of SARS-CoV-2: A systematic review and meta-analysis of secondary attack rate. *JAMA Netw Open.* 2020;3(12):e2031756. <http://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.31756>
16. Ingram C, Downey V, Roe M, et al. COVID-19 Prevention and Control Measures in Workplace Settings: A Rapid Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(15):7847. <https://doi.org/10.3390/ijerph18157847>
17. ECDC: COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and the UK. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-clusters-and-outbreaks-occupational-settings-eueea-and-uk> adresinden 27/10/2021 tarihinde erişilmiştir.
18. Shah K. Secondary Attack Rate of COVID-19 in Non-Household Contacts-A Systematic Review of Global Studies. *QJM.* 2020;52(04):97-107. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa232>

Sağlık İnanç Modeli ile Erkeklerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin İnanç ve Algı Düzeyleri ile Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

An Evaluation of Men's Beliefs and Perceptions and Affecting Factors on Prostate Cancer Screenings with the Health Belief Model

Nur Demirbaş[®], Mustafa Onmaz[®]

Atf/Cite as: Demirbaş N, Onmaz M. Sağlık inanç modeli ile erkeklerin prostat kanseri taramalarına ilişkin inanç ve algı düzeyleri ile etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(4):137-144.

ÖZ

Amaç: İnsanların inanç ve algıları sağlık davranışlarını etkiler. Prostat kanserinde erken tanı için yapılacak taramalara katılım hekimin önerisi doğrultusunda bireyin kararı ile yapılmaktadır. Bu çalışmada, erkeklerde sık görülen kanserlerden biri olan prostat kanseri taraması hakkında bireylerin sağlık inancı algı düzeylerini ve prostat kanseri taramalarına katılmayı etkileyen faktörleri değerlendirmek amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmaya aile hekimliği polikliniğine Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında başvuran 35 yaş ve üzeri 100 erkek katılımcı dâhil edildi. Gönüllü katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ve Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği yüz yüze anket görüşmesi yöntemi ile uygulandı.

Bulgular: Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 45,28±7,34 (35-65) yıl, %22,00'si daha önce prostat muayenesi olmuş ve yalnızca %4,00'ü prostat kanseri taramasına katılmıştır. Sağlık İnanç Modeline göre, prostat kanseri taramalarına yönelik duyarlılık (11,85±3,35), ciddiyet (13,17±3,39) ve engel algısı (37,03±8,63) orta düzeyde, sağlık motivasyonu (33,74±6,43) ve yarar algısının (37,03±8,63) yüksek olduğu bulundu. Gelecekte prostat kanseri taramasına katılmayı düşünen katılımcıların duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu algısı ve yarar algısı yüksek bulundu. Lojistik regresyon analizine göre prostat taraması olma durumunu etkileyen değişkenin sağlık motivasyon algısı olarak belirlendi.

Sonuç: Çalışmaya katılan bireylerin prostat kanseri taramalarına katılımının az olduğu, prostat kanseri taramalarına katılmada sağlık motivasyonu ve yarar algısının önemli olduğu bulundu.

Anahtar kelimeler: Prostat kanseri, tarama, sağlık inancı, algı düzeyi

ABSTRACT

Objective: People's beliefs and perceptions affect their health behaviors. Participation in screening for early diagnosis of prostate cancer is done with the individual's decision in line with the physician's recommendation. This study aimed to evaluate individuals' health beliefs and perception levels about prostate cancer screening, one of the most common cancers in men.

Methods: The cross-sectional study included 100 male participants aged 35 and over who applied to the family medicine outpatient clinic between November 2020-January 2021. The personal information form prepared by the researchers and the Prostate Cancer Screening Health Belief Model Scale was administered to the volunteer participants through a face-to-face survey method. While the obtained data were evaluated statistically, they were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) program.

Results: The mean age of the study participants was 45.28±7.34 (35-65) years. 22% of the participants had a prostate examination before, and only 4.0% participated in prostate cancer screening. According to the Health Belief Model, sensitivity (11.85±3.35), severity (13.17±3.39), and barrier perception (37.03±8.63) towards prostate cancer screenings were moderate. In contrast, health motivation (33.74±6.43) and perceived benefit (37.03±8.63) were high. Sensitivity perception, health motivation perception, and benefit perception were high in participants considering participating in prostate cancer screening in the future. According to the logistic regression analysis, the most critical variable affecting the prostate cancer screening status was the perception of health motivation.

Conclusion: The study found that the participation of individuals in prostate cancer screenings was low, and their perception of health motivation and benefit was important in participating in screenings.

Keywords: Prostate cancer, screening, health belief, perception level

Received/Geliş: 06.08.2021

Accepted/Kabul: 16.11.2021

Publication date: 29.12.2021

Corresponding Author:

N. Demirbaş

ORCID: 0000-0002-4038-9386

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

AD, Konya, Türkiye

✉ ndemirbas76@hotmail.com

M. Onmaz

ORCID: 0000-0002-1962-9357

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

AD, Konya, Türkiye

GİRİŞ

Prostat kanseri, erkeklerde en sık görülen ikinci kanser türü olup, kansere bağlı ölüm nedenleri arasında beşinci sırada yer almaktadır.^[1] Dünya çapında son veriler, tüm yeni kanser olgularının %8'ini prostat kanseri olgularının oluşturduğunu göstermektedir.^[2] Ülkemizde de prostat kanseri insidansının yüz binde 37,6 ve en sık görülen ikinci kanser türü olduğu bildirilmektedir.^[3] Prostat kanseri için en önemli risk faktörleri; ileri yaş, ırk, aşırı kilo ve aile öyküsüdür. Prostat kanserinin kendine özgü erken belirtileri yoktur. Çoğu zaman asemptomatik ve yavaş seyirlidir. Geç tanı konan prostat kanserinin iyileşme şansı azalmaktadır.^[4] Tiroid kanserinden sonra beş yıllık sağ kalım oranı en yüksek kanser türü prostat kanseridir (%98). Tüm kanserlerde erken tanı ve tedavi için tarama yöntemleri çok önemlidir.^[5] Prostat kanseri mortalitesini azaltmak ve erken tanı koyabilmek amacıyla 1990'ların ortalarından itibaren periyodik taramalarda prostata spesifik antijen (PSA) testi yapılması, üroloji ve onkoloji dernekleri tarafından önerilmektedir.^[6,7] Bununla birlikte, yapılan metaanaliz çalışmaları, toplum taramaları ile prostat kanseri tanısı sıklığının arttığını ama hastalarda sağ kalım oranında artışa neden olmadığını göstermektedir.^[8] Amerika Birleşik Devletleri Önleyici Hizmetler Görev Gücüne (The United States Preventive Services Task Force-USPSTF) göre; erkeklere prostat kanseri için düzenli PSA ölçümü ile tarama yapılmasının toplum bazlı değil bireysel olması gerekir. Taramaya karar vermeden önce, erkekler taramanın potansiyel yararlarını ve zararlarını hekim ile tartışmalı ve karara kendi değerlerini ve tercihlerini dâhil etme fırsatına sahip olmalıdır.^[9]

Erkeklerin tarama için önerilen PSA ölçümü ve rektal muayene olma sıklığının oldukça düşük oranlarda olduğu bildirilmektedir.^[10,11] Yapılan çalışmalarda, prostat kanseri taraması olma sıklığını korku, utanma, bilgi eksikliği benzeri faktörlerin etkilediği bulunmuştur.^[12,13] Ülkemizde yapılan bir çalışmaya göre, erkeklerin 1/4'inin prostat kanseri taraması yaptırdığı ve katılımcıların yalnızca 1/3'inin gelecekte tarama yaptırmayı düşündüğü saptanmıştır.^[10]

Bireyin sağlık tutumlarının belirlenerek geliştirilmesi için çeşitli modeller vardır. Davranış bilimleri teorisinin sağlık alanına uyarlanmasıyla geliştirilen sağlık inanç modeli, sağlık davranışları uygulamalarında sıklıkla kullanılan en eski modellerden biridir (Şekil 1).^[14] Sağlık inanç modeli, bireyin davranışları ve inançları arasındaki ilişkinin yanı sıra kişinin motivasyonunun sağlık davranışları üzerindeki etkisini açıklamak için

kullanılmaktadır. Bireyleri sağlıkla ilgili eylemleri gerçekleştirmek veya yapmamak için hangi durumun motive ettiğini tanımlamaya çalışır.^[15] Bu durumla ilgili kavramlar arasında; algılanan duyarlılık, ciddiyet, sağlık motivasyonu, algılanan engeller ve yararlar yer alır. **Duyarlılık algısı:** Sağlık durumuna etki edecek tehlikeyi kişinin algılamasıdır. Kişinin sosyodemografik özellikleri, psikolojik yapısı ve hastalıkla ilgili faktörler algıda etkin role sahiptir. **Ciddiyet/önemseme algısı:** Tehlike oluşturan durumun yarattığı endişeler ve zararlı sonuçlarının algılanmasıdır. Hastalığın ciddiyetinin algılanması, aşılma ve periyodik sağlık taramalarına katılma ile ilişkilidir. **Yarar algısı:** Bireyin hastalıktan koruyucu öneri ve davranışların kendisine yararlı olacağına inanmasıdır. **Sağlık motivasyonu:** Sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik davranışların oluşması için istek durumudur. **Engel algısı:** Koruyucu davranışın oluşmasında bireysel ve toplumsal düzeyde çeşitli engellerin algılanmasıdır. Engel algısı, erken tanı ve periyodik tarama programlarına katılım ile olumsuz yönde ilişkilidir.^[16]

Bireyin sağlık inanç ve algıları sağlık davranışlarını etkiler. Erken teşhis yaşamda kalma sıklığının artmasında en önemli faktördür. Prostat kanserine ilişkin inanç ve algı düzeyinin belirlenmesi, prostat kanseri taramalarına katılma davranışları, etkili olan faktörlerin belirlenmesi için önemlidir. Bu bağlamda çalışmanın amacı, erkeklerin prostat kanseri taramaları hakkındaki algı düzeylerini saptamak, kanser taramaları hakkında sağlık inançlarını ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olan bu çalışma, aile hekimliği polikliniğine Kasım 2020-Ocak 2021 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran 35 yaş ve üstü erkeklerde yapıldı. Daha önce yapılan bir çalışmada, prostat kanseri taraması için PSA ölçtürme sıklığı Türk toplumunda %18,4 olarak belirlenmiştir.^[17] Araştırmamızda, evrendeki birey sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken katılımcı sayısı $n=t^2.p.q/d^2$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır. Katılımcılara çalışma öncesi bilgi verilip sözlü onayları alındı. Çalışmaya katılmak istemeyenler, anketi tam olarak doldurmayanlar, daha önce prostat kanseri tanısı almış olanlar, soruları yanıtlayabilecek farkındalık düzeyine sahip olmayan veya dil farklılığı nedeni ile iletişim kurulamayanlar ve okuryazar olmayanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma 100 gönüllü erkek katılımcı ile tamamlandı.

Çalışmanın Etik İzni: Araştırmanın etik izni çalışmaya başlamadan önce İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'nda 2020/2958 sayı numarası ile alınmıştır.

Veri toplama araçları: Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formunun ilk bölümünü kişisel bilgi formu, ikinci bölümünü Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (PKTSİMÖ) oluşturmaktadır.

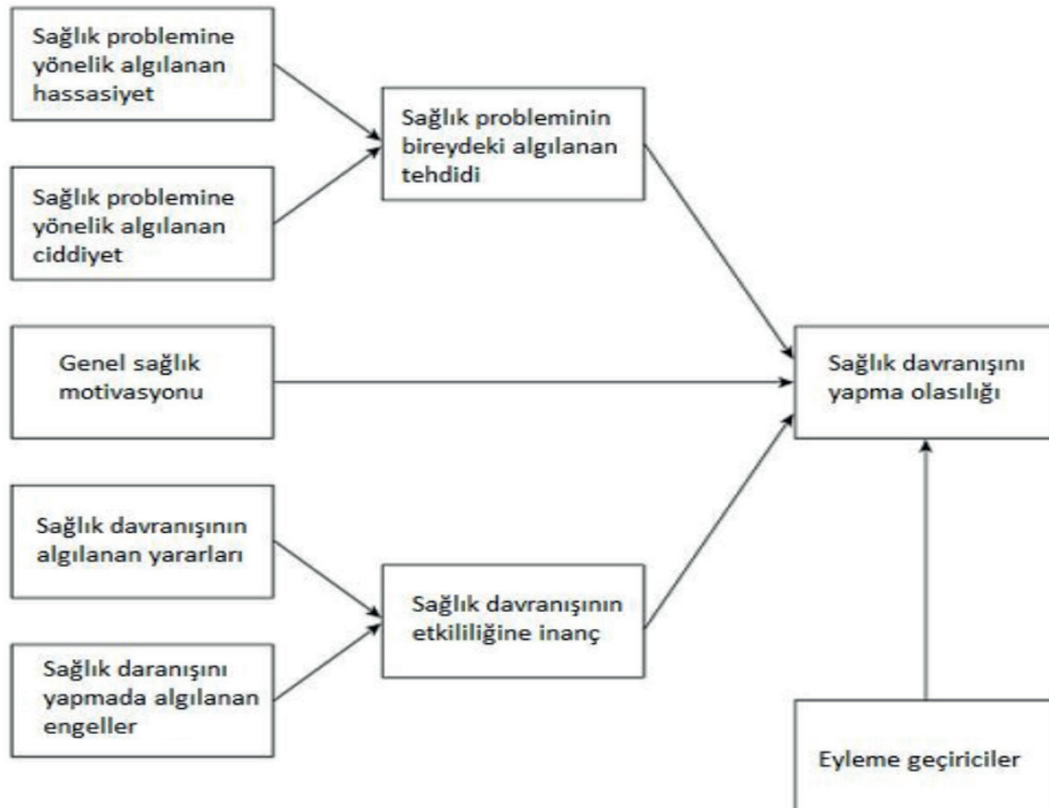
Kişisel bilgi formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bilgi formunda; bireyi tanıtıcı bilgilerin yanı sıra daha önce prostat sorunu yaşıyıp yaşamadığı, yakın dost/akrabalarında prostat kanseri tanısı alan olup olmadığı, daha önce prostat muayenesi olma, PSA testi yaptıрма durumu, gelecekte tarama yaptırmak isteme durumunu sorgulayan 10 soru yer almaktadır.

Prostat Kanseri Taramaları Sağlık İnanç Modeli Ölçeği (PKTSİMÖ): Sağlık inancı modeline uygun olarak Çapık ve Gözüm tarafından geliştirilen PKTSİMÖ ölçeğinin geçerliği ve güvenirliliği çalışması 2011'de yapılmıştır. Ölçek, Beşli likert tipinde yanıtlanan 41 madde ve beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; Duyarlılık Algısı (1-5), Ciddiyet Algısı (6-9), Sağlık Motivasyonu Algısı (10-19), Engel Algısı (20-34) ve Yarar Algısı (35-41)'dir. Duyarlılık, ciddiyet, motivasyon ve yarar

alt boyutlarından alınan puan yüksekliği olumlu, engel algısı puan yüksekliği olumsuz olarak değerlendirilir. Ölçeğin toplam bir puanı yoktur. PKTSİMÖ'nün geçerlilik çalışmasında cronbach alfa katsayısı duyarlılık algısı için 0,90, ciddiyet algısı için 0,89, sağlık motivasyonu algısı için 0,96, engel algısı için 0,94, yarar algısı için 0,91 bulunmuştur.^[18] Sunulan çalışmada, cronbach alfa katsayıları; duyarlılık algısı için 0,82, ciddiyet algısı için 0,79, motivasyon algısı için 0,82, engel algısı için 0,86 ve yarar algısı için 0,86 olarak hesaplandı.

İstatistiksel analiz

Çalışmadan elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (IBM_SPSS) 20.0 istatistik paket programı ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde sosyodemografik veriler ve ölçeklerden elde edilen verileri değerlendirmek için tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ve Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Numerik yapıdaki veriler ile kategorik yapıdaki sosyodemografik özellikleri karşılaştırmak için ikili gruplarda bağımsız örneklerde ortalamaların farkı (Student's t) testi ve üçlü gruplarda One-way ANOVA testi, posthoc Tukey testi kullanıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Ölçeğin alt boyutları için ayrı ayrı Cronbach alfa güvenirlilik puanları hesaplandı. Gelecekte prostat kanseri taraması yaptırmayı düşünmeyi etkileyen faktörleri



Şekil 1. Sağlık inanç modeli.^[14]

değerlendirirken, oluşturulan modele dâhil edilecek değişkenleri belirlemek için univariate regresyon analizi yapıldı. Etkili bulunan ölçeğin alt boyutları ve yaş grupları bağımsız değişken olarak, tarama yaptırmayı düşünme bağımlı değişken olarak alındı ve binary logistik regresyon analizi yapıldı.

BULGULAR

Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 45,28±7,34 (35-65) yıl, %83,0'ı (n=83) evli, %59,0'ı (n=59) üniversite mezunu ve %79,0'ı (n=79) çalışmakta idi. Katılımcıların %85,0'ı (n=85) daha önce prostat ile ilgili bir sorun yaşamamıştı. Bireylerin %22,0'nin (n=22) daha önce prostat muayenesi olduğu, yalnızca %4,0'nin prostat kanseri taramasına katıldığı ve %56,0'nin prostat muayenesi olmayı düşünmediği saptandı. Prostat kanseri hakkında bilgiyi %43,0'ı sosyal medyadan ve %22,0'ı sağlık personelinin edindiğini belirtti. Daha önce prostat kanseri taraması yaptıranların yaş ortalaması 52,50±8,10 yıl, yaptırmayanların yaş ortalaması 44,97±7,19 yıl idi (t=2,040, p=0,044). Yaş ilerledikçe prostat kanseri taramasına katılma sıklığı artırıyordu.

Katılımcılar PKTSİMÖ'nün duyarlılık algısı alt boyutundan 11,85±3,35 puan; ciddiyet algısı alt boyutundan 13,17±3,39 puan; sağlık motivasyonu algısı alt boyutundan 33,74±6,43 puan; yarar algısı alt boyutundan 37,03±8,63 puan ve engel algısı alt boyutundan 37,03±8,63 puan aldı (Tablo 1). 44 yaş altındaki katılımcıların yarar algısı puanı (26,32±6,09), 45 yaş ve üstündeki katılımcıların yarar algısı puanından (28,23±3,05) düşük idi (p=0,047). Yaş grupları için duyarlılık algısı, ciddiyet algısı, sağlık motivasyon algısı ve engel algısı alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p=0,439, p=0,445, p=0,224 ve p=0,669). Çalışan bireylerin engel algısı puanı (33,71±8,55) çalışmayan bireylerin engel algısı puanından (37,91±8,4) anlamlı düşüktü (p=0,047) (Tablo 2). Daha önce prostat muayenesi olanların ciddiyet algısı (14,72±2,29) ve duyarlılık algısı puan ortalamaları (12,90±2,28) muayene olmayanların ciddiyet algısı (12,73±3,52) ve duyarlılık algısı puan ortalamasından (11,55±3,55) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulundu (sırasıyla p=0,036 ve p=0,003).

Gelecekte prostat taramasına katılmayı düşünen katılımcıların duyarlılık algısı alt boyutu puanı

Tablo 1. Prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutları puan ortalaması, en düşük ve en yüksek puanlar.

	Alınabilecek en düşük ve yüksek puan	ort±SD*	Alınan en düşük ve yüksek puan
Duyarlılık Algısı	5-25	11,85±3,35	5-21
Ciddiyet Algısı	4-20	13,17±3,39	4-19
Sağlık Motivasyonu Algısı	10-50	33,74±6,43	10-48
Engel Algısı	15-75	37,03±8,63	15-58
Yarar Algısı	7-35	27,22±4,29	7-35

* ort±SD: ortalama± standart deviasyon

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile PKTSİMÖ alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Duyarlılık Algısı ort±SD	Ciddiyet Algısı ort±SD	Sağlık Motivasyonu ort±SD	Engel Algısı ort±SD	Yarar Algısı ort±SD
Yaş					
45 yaş altı (n=53)	11,60± 3,61	12,92±3,26	33,00±6,12	36,68±8,52	26,32±6,09
45 yaş ve üzeri (n=47)	12,13±3,04	13,45±3,53	34,57±6,73	37,43±8,84	28,23±3,05
p*	0,439	0,445	0,224	0,669	0,047
Medeni Durum					
Evli (n=83)	11,78±3,33	13,12±3,57	33,71±6,68	36,72±8,98	27,28±5,35
Bekar (n=17)	12,17±3,53	13,41±2,37	33,88±5,21	38,52±6,73	26,88±2,44
p*	0,439	0,445	0,224	0,669	0,553
Eğitim Düzeyi					
İlkokul (n=20)	12,60±3,71	14,20±2,68	34,70±6,10	38,80±9,06	28,55±4,67
Lise(n=21)	12,57±3,45	13,23±3,74	33,47±7,37	38,85±8,59	26,90±5,15
Üniversite(n=59)	11,33±3,14	12,79±3,45	33,50±6,26	35,77±8,43	26,80±5,02
p**	0,189	0,279	0,761	0,223	0,414
Çalışma Durumu					
Çalışıyor(n=21)	12,42±2,94	13,33±3,65	33,95±7,00	33,71±8,55	27,28±7,48
Çalışmıyor(n=79)	11,69±3,45	13,12±3,34	33,68±6,31	37,91±8,49	27,20±4,13
p*	0,377	0,805	0,866	0,047	0,961

*Bağımsız örneklem t testi ** Tek yönlü ANOVA testi
p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların prostat kanseri muayene ve taramalara katılma durumları ile PKTSİMÖ alt boyutu puan ortalamalarının karşılaştırılması.

	Duyarlık Algısı	Ciddiyet Algısı	Sağlık Motivasyonu	Engel Algısı	Yarar Algısı
	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD	ort±SD
Daha önce prostat ile ilgili sorun yaşama durumu					
Evet	13,10±2,88	13,80±2,78	34,80±2,65	38,10±6,67	28,23±2,21
Hayır	11,56±3,26	13,14±3,36	33,32±6,74	36,63±8,50	36,98±5,24
Bilmiyorum	14,20±4,86	12,40±5,27	38,60±4,15	41,60±14,01	29,60±3,71
p**	0,107	0,741	0,177	0,425	0,460
Daha önce prostat muayenesi olma durumu					
Evet	12,90±2,28	14,72±2,29	35,40±4,26	37,31±8,49	28,22±2,79
Hayır	11,55±3,55	12,73±3,52	33,26±6,87	36,94±8,73	26,93±5,41
p*	0,036	0,003	0,079	0,860	0,285
Yakın dost/akrabalarında prostat kanseri tanısı alma durumu					
Evet	12,56±3,36	13,34±2,38	34,82±6,09	36,56±8,60	26,30±7,23
Hayır	11,63±3,34	13,11±3,64	33,41±6,53	37,16±8,70	27,49±4,09
p*	0,246	0,723	0,359	0,770	0,458
Daha önce prostat kanseri taraması yaptırma durumu					
Evet	11,75±1,25	14,34±2,30	34,25±4,34	34,03±6,04	28,50±3,78
Hayır	11,85±3,41	13,13±3,43	33,71±6,52	37,15±8,73	27,16±5,02
p*	0,952	0,620	0,872	0,477	0,602
Prostat kanseri için tarama yaptırmak isteme durumu					
Evet	13,00±3,05	13,68±3,41	37,02±4,53	36,72±8,94	28,86±3,45
Hayır	10,94±3,32	12,76±3,34	31,16±6,56	37,26±8,46	25,92±5,60
p*	0,002	0,184	<0,001	0,758	0,003
Prostat kanseri hakkında bilgiyi nereden edindiği					
Yakın çevre	12,95±3,68	14,08±2,81	34,82±4,73	39,21±10,18	27,17±7,56
Sağlık personeli	10,45±2,59	11,59±3,30	32,77±5,32	34,22±9,42	26,59±3,20
Sosyal medya	11,67±3,24	13,16±3,61	34,06±7,98	36,30±6,62	27,48±4,64
Kitap/Dergi/Broşür	12,91±3,65	14,33±2,93	32,25±4,78	40,58±9,24	27,50±2,35
p**	0,052	0,046^{a,b,c}	0,598	0,104	0,918

*Bağımsız örneklem t testi ** Tek yönlü ANOVA testi

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

^asağlık personeli ile kitap/dergi/broşür, ^bsağlık personeli yakın çevre, ^csağlık personeli sosyal medya arasındaki ilişkiyi göstermektedir.

(13,00±3,05), istemeyenlerin duyarlılık algısı puanından (10,94±3,32) istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek saptandı (p=0,002). Ayrıca taramaya katılmayı düşünenlerin sağlık motivasyonu algısı (37,02±4,53) ve yarar algısı (28,86±3,45), taramaya katılmak istemeyenlerin sağlık motivasyonu algısı (31,16±6,56) ve yarar algısı puan ortalamasından (25,92±5,60) daha yüksek idi (p<0,001 ve p=0,003). Taramaya katılmayı düşünme durumuna göre ciddiye algısı ve engel algısı puan ortalamaları arasında istatistiksel anlamlı ilişki bulunmadı (p=0,184 ve p=0,758) (Tablo 3).

Katılımcıların yaşları ve PKTSİMÖ alt boyut puanlarının dâhil edildiği lojistik regresyon modelinde gelecekte prostat kanseri taraması yaptırmayı isteme durumunu etkileyen tek değişken sağlık motivasyonu algısı olarak belirlendi (OR:1,148 %95 Cl:1,022-1,289, p=0,020) (Tablo 4). Erkeklerin sağlık motivasyonu algısındaki 1 puan artış, gelecekte prostat kanseri taraması yaptırmayı düşünmeyi yaklaşık 1,5 kat arttırmaktadır.

Tablo 4. Gelecekte prostat kanseri taraması yaptırmayı düşüncesini etkileyen faktörler.

Faktörler	OR (%95 GA)	p
PKTSİMÖ		
Duyarlılık algısı	1,213 (1,000-1,2472)	0,051
Ciddiyet algısı	0,845 (0,779-1,146)	0,563
Motivasyon algısı	1,148 (1,022-1,289)	0,020
Engel algısı	0,970 (0,910-1,033)	0,342
Yarar algısı	1,107 (0,942-1,300)	0,216
Yaş grubu	1,950 (0,757-5,024)	0,167
Constant	12027,279	0,002

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cox&snellen R²=0,827, Nagelkerke R²=0,595 Doğruluk=104,154

TARTIŞMA

İleri evrelere kadar asemptomatik seyreden prostat kanseri erkeklerde en sık görülen kanserlerden biridir. Kılavuzların önerisi ile erken tanı ve tedavi için yapılan prostat kanseri taramalarına katılım hekimin tavsiyesi doğrultusunda bireyin kararı ile yapılmaktadır.^[9] Erkeklerin prostat kanseri taramalarına katılımlarını

etkileyen faktörlerden en önemlisi bilgi eksikliğidir. Bu çalışmada, erkeklerde sık görülen kanserlerden biri olan prostat kanseri ve taraması hakkında bireylerin sağlık inancı ve algı düzeylerini değerlendirmek amaçlandı. Çalışmaya katılan bireylerin prostat kanseri taramalarına katılımının az olduğu, taramalara katılımda sağlık motivasyonu ve yarar algısının önemli olduğu bulundu. Bireylerin prostat kanseri taramaları ile ilgili tutum, inanç ve algıları, sağlık çalışanlarının ve özellikle aile hekimlerinin, hastalarını prostat kanseri erken tanı hizmetlerine katılmalarını artırmaya yönelik bilgilendirme girişimleri için veri sağlamaktadır. Çalışma prostat kanseri taramaları için sağlık inanç modeli kullanılarak erkeklerin taramalar ile ilişkili algı düzeylerini araştıran az sayıda çalışmadan biri olması nedeniyle önemlidir.

Sunulan bu çalışmada, katılımcıların yalnızca 1/5'i daha önce prostat muayenesi olduğu, çoğunluğunun prostat taramasına hiç katılmadığı ve yarısından fazlasının da gelecekte prostat muayenesi olmayı düşünmediği saptandı. Yapılan çalışmalarda, erkeklerin büyük kısmının daha önce hiç prostat muayenesi olmadığı ve taramalara katılmadığı saptanmıştır.^[19,20] Çalışmada, katılımcıların yaşı ilerledikçe prostat kanseri taramasına katılma sıklığının arttığı bulundu. Oysa gençlerin ve eğitim düzeyi yüksek olanların prostat kanseri taramalarına katılımının daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da vardır.^[21-23] Bu durum, çalışmaya alınan bireylerin yaş ortalaması farklılığından olabileceği gibi kültürel, ekonomik ve sosyal yaşam şartlarından da kaynaklanabilir.

Bu çalışmada, katılımcıların prostat kanseri taramalarına yönelik duyarlılık, ciddiye ve engel algısı orta düzeyde, sağlık motivasyonu ve yarar algısının yüksek düzeyde olduğu bulundu. Yapılan bir çalışmada, prostat kanseri taramalarına yönelik sağlık motivasyonu algısı ile engel algısı yüksek, duyarlılık algısı ve ciddiye algısı ise düşük olarak belirlenmiştir.^[20] Bir diğer çalışmada, engel algısı çok yüksek düzeyde bulunmuştur.^[22] İran'da yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların tüm boyutlarda orta ve düşük puanlar aldığı saptanmıştır.^[24] Bu sonuçlar, erkeklerin prostat kanseri taramalarını kendileri için yararlı bulduğu ve motivasyonlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Buna karşın, hastalığı yeterince tehdit olarak algılamayıp sonuçlarına duyarlı olmadıkları da söylenebilir. Sevindirici olan taramalara karşı engel algılarının düşük olmasıdır. Sunulan bu çalışmada, 45 yaş üstü yetişkinlerde prostat kanseri taramasının yararlı olduğu algısının arttığı, hastalığa karşı duyarlık, ciddiye, sağlık motivasyonu ve engel algısının değişmediği saptandı. Bununla birlikte, yapılan bir

başka araştırmada, bireylerin yaşlarının ciddiye algısı ve sağlık motivasyonu algısını etkilediği, genç yaştakilerin ciddiye algısı, ileri yaştakilerin ise sağlık algısının daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[20] Kılavuzlar hiçbir yaş grubu için prostat kanseri taraması önermemektedir. Bununla birlikte, yaşın ilerlemesi ile artabilecek olan üriner sistem yakınmalarına bağlı olarak erkeklerin riskleri fark ettiği ve hastalıktan korunmak için sağlık öneri ve davranışlarını benimsedikleri söylenebilir.^[25]

Çalışmada, katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile sağlık inanç ve algıları arasında ilişki bulunmazken, yalnızca çalışmayan bireylerin engel algısının daha yüksek olduğu saptandı. Literatüre bakıldığında benzer şekilde demografik değişkenler ile prostat kanseri ile ilgili algılar arasında ilişki tespit etmeyen çalışmalar vardır.^[19,20,26,27] Engel algısı bireylerin bir tarama programına katılmaya karar verme durumu ile direkt ilişkili bir sağlık inancı bileşenidir. Prostat kanseri taramalarında engel algısına neden olabilecek; bilgi eksikliği, sağlık güvencesinin yokluğu ve çalışma saatleri dışında tarama merkezlerinin uygun olmaması gibi birçok etmen olduğunu bildirmektedir.^[28-30]

Sunulan bu çalışmada, daha önce prostat muayenesi olanların ciddiye ve duyarlılık algısı muayene olmayanlardan yüksek bulundu. Ceyhan ve ark. tarafından yapılan çalışmada daha önce prostat muayenesi olanların, prostat ile ilgili sorun yaşayanların bilgi düzeylerini daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[21] Hastalık ile ilgili sorun yaşayanlar konuyu daha fazla ciddiye almakta ve taramalara karşı daha duyarlı olmaktadır. Yine sunulan çalışmada, gelecekte prostat taramasına katılmayı düşünen katılımcıların duyarlılık algısı, sağlık motivasyonu algısı ve yarar algısı yüksek bulundu. Kahraman ve ark. tarafından yapılan çalışmada da ileride prostat kanseri taramasına katılmayı düşünen bireylerin sağlık motivasyonu algısını yüksek olarak belirlemişlerdir.^[20] Prostat kanseri hakkında bilgi düzeyi yüksek olanların gelecekte taramalara katılmayı daha fazla düşündüklerini saptayan çalışmalar vardır.^[19,21]

Bu çalışmada, prostat kanseri taraması yaptırmayı etkileyen en önemli faktörün sağlık motivasyon algısı olduğu belirlendi. Yapılan bir çalışmada, sağlık motivasyon algısının kanser taraması yaptırmada etken olduğu, eksikliğin taramaya katılımda azalmaya neden olduğu saptanmıştır.^[29] Entegre sağlık davranış modeli de davranış değişikliğinin en önemli belirtecinin motivasyon olduğunu göstermektedir.^[31] Motivasyon algısı kadar duyarlılık algısı da kanser taraması yaptırmayı etkileyebilir ve eğitim ile duyarlılık ve motivasyon algısı artırılabilir.^[32] Prostat kanseri taramalarına katılımda

yarar algısı da önemli bir bileşendir. Livingston ve ark., erkeklerin taramaların yararına olan inancının katılımı 2,1 kat artırdığını saptamışlardır.^[33] Sunulan çalışmada da erkeklerin sağlık motivasyon algısındaki 1 puan artış, gelecekte prostat kanseri taraması yaptırmayı düşünmeyi yaklaşık 1,5 kat arttırdığı belirlenmiştir. Konu ile ilgili ülkemizde az sayıda çalışma vardır. Ülkelerarası kültür, sağlık politikası ve eğitim durumu farklılıkları bu durumu etkilemektedir.

Sonuç olarak, erkeklerin çoğunun prostat kanseri taramasına katılmadığı, buna rağmen, prostat kanseri taramalarına yönelik sağlık motivasyon ve yarar algılarının yüksek olduğu ve engel algısının düşük olduğu saptandı. Oluşturulan modele göre prostat kanseri taramaları sağlık inanç modeli ölçeği alt boyutlarından biri olan sağlık motivasyon algısı, prostat kanseri taraması yaptırmış olma durumunu etkileyen tek değişken olarak bulundu. Sağlık motivasyon algısı yüksek olan bireyler hekim tarafından taramanın potansiyel yararları ve zararları hakkında bilgilendirildikten sonra prostat kanseri taraması için davranış değişikliğine yönlendirilebilir. Sağlık motivasyon algısı düşük olan bireylerde ise sağlığın sürdürülmesi ve geliştirilmesine yönelik davranışların oluşması için bilgilendirmeler yapılabilir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde rutin olarak prostat kanseri için saha taraması önerilmemektedir.^[34] Koruyucu sağlık hizmeti vermekle yükümlü olan aile hekimleri tarafından kanseri önlemek için sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri, erken teşhisin sağlığa yararları, teşhis ve tedavi seçimleri hakkında bireyleri bilgilendirmek ve eğitimler ile farkındalık sağlamak önemlidir.^[35,36]

Araştırmanın sınırlılıkları ve öneriler

Araştırma, çalışmanın yapıldığı üniversite aile hekimliği polikliniğine başvuranların kendi söylemleri ile sınırlıdır, bu nedenle genellenemez. Bu sonuçlar, erkeklerde prostat kanseri taramasına yönelik sağlık inanç ve algıları hakkında fikir vermesine rağmen, taramaya katılımı etkileyen sosyal, psikolojik ve kültürel faktörleri belirlemek için gelecekteki çalışmalara gereksinime vardır.

Etik Kurul Onayı: Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurul Başkanlığı'ndan onay alındı (18.12.2020/2958).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Hasta Onamı: Alındı.

Ethics Committee Approval: Necmettin Erbakan University Meram Faculty of Medicine, Non-Pharmaceutical and Medical Device Researches Ethics Committee approval was obtained (18.12.2020/2958).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

Informed Consent: Receipt.

KAYNAKÇA

1. Rawla P. Epidemiology of prostate cancer. *World J Oncol.* 2019;10(2):63-89.
2. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanseri İstatistikleri 2016. Erişim adresi: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanserdb/istatistik/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf/ Erişim tarihi: 21/06/2021
4. Turner B, Drudge-Coates L. Prostate cancer: risk factors, diagnosis and management, *Cancer Nursing Practice.* 2010;9(1):29-36.
5. Pettersson A, Robinson D, Garmo H, et al. Age at diagnosis and prostate cancer treatment and prognosis: a population-based cohort study, *Ann Oncol.* 2018;29(2):377-385.
6. European Association of Urology (EAU) Guidelines. Edn. presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2020. ISBN 978-94-92671-07-3. Erişim adresi: <https://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>Erişim tarihi:21.06.2021
7. Drazer MW, Huo D, Eggener SE. National prostate cancer screening rates after the 2012 US Preventive Services Task Force recommendation discouraging prostate-specific antigen-based screening. *Journal of Clinical Oncology.* 2015;33(3):2416-23.
8. Ilic D, Neuberger MM, Djulbegovic M, Dahm P. Screening for prostate cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;31(1):CD004720. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004720.pub3>.
9. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, et al. Screening for Prostate Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA.* 2018;319(18):1901-1913. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.3710>.
10. Çapık C. Prostat Kanseri Taramalarına Katılımda Engel Algısını Etkileyen Faktörlerin incelenmesi. *Turkish Journal of Geriatrics.* 2013;16(2):185-191.
11. Ekin RG, Zorlu F. Is prostate cancer to be screened according to Turkey data? *Bulletin of Urooncology.* 2013;12(2):71-75.
12. Weber MF, Cunich M, Smith DP, et al. Sociodemographic and health-related predictors of self-reported mammogram, faecal occult blood test and prostate specific antigen test use in a large Australian study. *BMC Public Health.* 2013;13(3):429.
13. Tabuchi T, Nakayama T, Fukushima W, et al. Determinants of participation in prostate cancer screening: A simple analytical framework to account for healthy user bias. *Cancer Science.* 2015;106(2):108-114. <https://doi.org/10.1111/cas.12561>
14. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science.* 1984;6(3):73-85.

15. Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing The Health Belief Model and the theory of reasoned action. *Adv Nurs Sci.* 2001;23(4):1-15.
16. Gözüm S, Çapık C. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: Sağlık İnanç Modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2014;7(3):230-237.
17. Yurtsever E, Gül A. 50 Yaş Üzeri Erkeklerin Prostat Kanseri Bilgi ve Tutumları ile Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının İncelenmesi. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci.* 2021;13(2):196-203
18. Capik C, Gozum S. Development and validation of health beliefs model scale for prostate cancer screenings (HBM-PCS): Evidence from exploratory and confirmatory factor analyses. *Eur J Oncol Nurs.* 2011;15(5):478-85.
19. Yeboah-Asiamah B, Yirenya-Tawiah D, Baafi D, Ackumey MM. Perceptions and knowledge about prostate cancer and attitudes towards prostate cancer screening among male teachers in the Sunyani Municipality, Ghana. *African Journal of Urology.* 2017;23(3):184-191. <https://doi.org/10.1016/j.afju.2016.12.003>.
20. Kahraman F, Kılıç D. 40 Yaş Üzeri Bireylerin Prostat Kanseri Taramalarına İlişkin Sağlık İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi.* 2019;1(3):103-118.
21. Ceyhan Ö, Görüş S, Demirtaş A, Kılıç Z. Erkek Hastaların Prostat Kanseri Taramaları Hakkında Bilgi Düzeyleri. *KÜ Tıp Fak Derg.* 2018;20(2):184-191.
22. Bilgili N, Kitiş Y. Prostate Cancer Screening and Health Beliefs: A Turkish Study of Male Adults. *Erciyes Med J.* 2019;41(2):164-9.
23. Tayhan A, Özmen D. Relationship between knowledge levels of men about prostate cancer screenings and their health literacy. *Cukurova Medical Journal.* 2019;44(4):233-240.
24. Khani Jeihooni A, Amirkhani M, Mirshekari H, Kashfi S M. Prostate Cancer Screening Behaviors Based on the Health Belief Model in Men Aged 40-70 Years in Fasa City, Fars Province, Iran, in 2019. *PCNM.* 2021;11(3):18-24.
25. Ghodsbin F, Zare M, Jahanbin I, et al. A Survey of the Knowledge and Beliefs of Retired Men about Prostate Cancer Screening Based on Health Belief Model. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2014;2(4):279-285.
26. Abuadas MH, Petro-Nustas W, Albikawi ZF. Predictors of Participation in Prostate Cancer Screening among Older Men in Jordan. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(13):5377-83. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2015.16.13.5377>.
27. Khosravi V, Barati M, Moeini B, Mohammadi Y. Prostate cancer screening behaviors and the related beliefs among 50- to 70-year-old men in Hamadan: Appraisal of threats and coping. *Journal of Education and Community Health.* 2018;4(4):30-31.
28. Ford ME, Vernon SW, Havstad SL, et al. Factors influencing behavioral intention regarding prostate cancer screening among older African-American men. *J Nat Med Assoc.* 2006;98:505-14.
29. Oliver JS, Grindel CG, DeCoster J, et al. Benefits, barriers, sources of influence, and prostate cancer screening among rural men. *Public Health Nursing.* 2011;28(6):515-22.
30. Hannover WD, Kopke D, Hannich HJ. Perceived barriers to prostate cancer screenings among middle-aged men in northeastern Germany. *Public Health Nurs.* 2010;27(6):504-12.
31. Rakel Textbook of Family Practice, 5th ed. Chapter 17 patient education. P282
32. Abhar R, Hassani L, Montaseri M, Ardakani MP. Survey of prostate cancer-preventive behaviors based on the health belief model constructs among military men. *Journal of Preventive Medicine.* 2017;4(2):8-18.
33. Livingston P, Cohen P, Frydenberg M, et al. Knowledge, attitudes and experience associated with testing for prostate cancer: a comparison between male doctors and men in the community. *Intern Med J.* 2002; 32(5):215-23.
34. Başaran M, Bavbek S, Çal Ç, et al. Prostat Kanseri Yol Haritası: Uluslararası Kılavuzlar ve Klinik Deneyimler Işığında Prostat Kanserine Yaklaşım Önerileri. https://uroonkoloji.org/wp-content/uploads/2016/03/Prostat-Kanseri-Yol-Haritas%C3%B0-Uroonkoloji-web-sayfas%C3%B0_TC_22.12.2015_v32.pdf#page=4
35. Zare M, Ghodsbin F, Jahanbin I, et al. The Effect of Health Belief Model-Based Education on Knowledge and Prostate Cancer Screening Behaviors: A Randomized Controlled Trial. *Int J Community Based Nurs Midwifery.* 2016;4(1):57-68.
36. Arli SK, Bakan AB. Effects of the Training About Prostate Cancer and Screening Methods on Knowledge Level. *Nurs Sci Q.* 2019;32(4):333-339. <https://doi.org/10.1177/0894318419864345>.