

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **26** | Sayı
Issue **2** | Haziran
June **2022**

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 2022

Cilt / Volume 26

Sayı / Issue 2

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 TR Dizin 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.

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

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

Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services

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



Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. 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.com
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

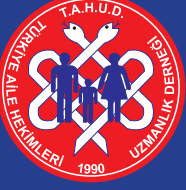
Prof. Dr. Waris Qidwadi
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

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

Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde Ruhsal Liderlik ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi

The Relationship between Spiritual Leadership and Burnout Syndrome in Medical Residency Students

Mahmut Sami Yıldız, Özge Börklü Doğan, Akın Dayan 29

Kanser Hastalarında Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı

Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in Cancer Patients

Habibe İnci, Nergiz Aşkın, Fatih İnci, Fatih Karataş 37

Sütçocukluğu Döneminde Çocukların Anne Sütü Alma Özellikleri ve İlişkili Faktörler: Birinci Basamak Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma

Breastfeeding Characteristics and Associated Factors of Children in Infancy: A Cross-sectional Study Based on Primary Care

Betül Yılmaz, Melda Dibek Büyükdinç, Münevver Kaynak Türkmen, Okay Başak 43

Ailelerinde Hipertansiyon Hastası Olan Kişilerde Hipertansiyon Gelişiminin Önlenmesiyle İlgili Tutumlar: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması

Attitudes towards the Prevention of Hypertension Development in Individuals who have a Family Member with Hypertension: A Scale Development Study

Zühal Albayrak, Tijen Şengezer 53

Varfarin Kullanan Hastaların Tedaviye Uyumu ve Hedef INR Değerini Etkileyen Faktörler

Compliance of Patients Using Warfarin to The Treatment and The Factors Affecting The Target INR

Efkan Kenan, Yasemin Korkut Kurtoğlu 66

Haberler / News

2021'e Genç Bir Bakış

A Young Look at 2021

İkbal Hümay Arman, Rabia Eroğlu Kılaç, Ali Öztürk, Demet Yılmaz,

Süheyla Atalay Kahraman, Halil Volkan Tekayak 72



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 sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

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

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

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

YAZI ÇEŞİTLERİ

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

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

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

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

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

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

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

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

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

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

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

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

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

YAZI KURALLARI

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

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

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Örnek:

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

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

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Başka bir örnek verelim.

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Şekil, Tablo ve Resimler

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

KONTROL LİSTESİ

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

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

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

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

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

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

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

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

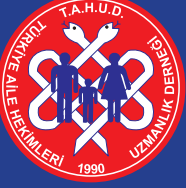
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

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

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

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

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



Editörden / Editorial

Değerli Okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi yeni sayısında Aile Hekimliği disiplininin geniş yelpazesinde yer alan değerli çalışmalar ile sizleri karşılamaktadır. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde ruhsal liderlik ve tükenmişlikten, birinci basamakta anne sütü beslenmesi ile ilgili kesitsel çalışmalara ve kronik hastalıkların yönetiminden korunmasına kadar çeşitli konularda yazılmış olan makalelerin yer aldığı dergimiz, yine bilimsel gelişimimize katkıda bulunmaya devam edecektir.

Yaz ayları ile birlikte önümüzdeki eğitim ve öğretim sezonu için hazırlıkların hızlandığı bir döneme girmiş bulunuyoruz. Bu vesile ile yoğun iş yükleri arasında bilimsel alanımıza katkıda bulunmak için özveride bulunan değerli hakemlerimize teşekkür etmek isteriz. Gelecek dönemin planlaması yapılırken, dergimizi daha da ileriye taşıyabilmek için verdikleri destek bizler için çok önemlidir.

Bu sayıda değerli çalışmalarını ile yer alan tüm yazarlarımıza ve dergimizi takip ederek destekleyen siz değerli okurlarımıza Editörler Kurulu adına çok teşekkür etmek isterim. Umarım önümüzdeki yaz dönemi hepimiz için bir yenilenme fırsatı yaratır ve beraberinde huzur, mutluluk ve başarı da getirir.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Serdar Öztora

TAHD Sorumlu Yazışları Müdürü ve Editörler Kurulu Üyesi

Tıp Uzmanlık Öğrencilerinde Ruhsal Liderlik ve Tükenmişlik Sendromu İlişkisi

The Relationship between Spiritual Leadership and Burnout Syndrome in Medical Residency Students

Mahmut Sami Yıldız[®], Özge Börklü Doğan[®], Akın Dayan[®]

Atf/Cite as: Yıldız MS, Börklü Doğan Ö, Dayan A. Tıp uzmanlık öğrencilerinde ruhsal liderlik ve tükenmişlik sendromu ilişkisi. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(2):29-36.

ÖZ

Amaç: Ruhsal liderlik, çalışanların manevi gereksinimlerini karşılayarak hem birbirleriyle hem de bir parçası oldukları organizasyonla bağı güçlendirmeyi ve bu yolla verimliliği arttırmayı amaçlayan bir liderlik modelidir. Tükenmişlik sendromu ise özellikle insanlarla yüz yüze çalışan kişilerde ortaya çıkan, hizmet kalitesi ve verimlilikte azalmaya neden olan bir kavramdır. Çalışmada dâhili ve cerrahi bilimler uzmanlık öğrencilerinde ruhsal liderlik ve tükenmişlik durumu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 01.10.2020 ve 01.12.2020 tarihleri arasında bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapmakta olan, çalışmamıza katılmaya gönüllü 206 uzmanlık öğrencisi dâhil edilmiştir. Çalışmamız kesitsel prospektif bir anket çalışmasıdır. Araştırmaya katılan bireylere 12 sorudan oluşan katılımcı bilgi toplama formu, 21 sorudan oluşan Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı (RLÖA), 22 soru ve üç bölümden oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ) uygulanmıştır. İstatistiksel analiz ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin %60,2'si kadın, %39,8'i erkektir. Yaş ortalaması $28,07 \pm 1,86$ yıldır. Bireylerin ana branş dağılımına baktığımızda %53,4'ü dâhili bilimler, %46,6'sı cerrahi bilimler branşındadır. RLÖA genel puan ortalamasının $55,43 \pm 16,62$, MTÖ duygusal tükenmişlik bölüm puan ortalamasının $22,76 \pm 6,99$, duyarsızlaşma bölüm puan ortalamasının $9,81 \pm 3,56$ ve kişisel başarı puan ortalamasının ise $18,81 \pm 4,16$ olduğu belirlenmiştir. Dâhili bilimler uzmanlık öğrencileri ile cerrahi bilimler uzmanlık öğrencileri arasında RLÖA'de ve MTÖ'nün alt ölçeklerinden duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ölçekleri yönünden anlamlı fark saptanmamıştır. Ancak, kişisel başarı puanı cerrahi bilimlerde dâhili bilimlere göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Çalışmada, RLÖA ile MTÖ tükenmişlik ve duyarsızlaşma arasında negatif, kişisel başarı ölçeği pozitif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Sonuç: Elde edilen verilere göre ruhsal liderlik modelinin benimsenmesi ile tükenmişlik sendromu düzeyinin azaltılabileceği tespit edilmiştir. Bu nedenle sağlık kurumlarında görev yapan tüm çalışanlara ruhsal liderlik ve tükenmişlik sendromu ile ilgili eğitim verilmesi, özellikle kurumlardaki yöneticilerin ruhsal liderlik modelini benimsemesi uygun olabilir. Ruhsal liderliğin sağlık çalışanları üzerine etkisini inceleyen daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Liderlik, tükenmişlik, tıp, asistanlık

ABSTRACT

Aim: Spiritual leadership is a leadership model which aims to improve productivity by meeting the spiritual needs of workers that both strengthen the connection with the other workers and the organization that the workers are the part of it. On the other hand, burnout syndrome is a concept which occurs especially in people who work face to face with other people that causes a decrease in both productivity and service quality. In the research, it is aimed to evaluate the relation comparatively between the terms spiritual leadership and burnout syndrome among the residents in the internal and surgical sciences.

Material and Method: 206 medical residents who work at the training and research hospital between the dates 10.01.2020 and 12.01.2020 were voluntarily included in the study. Our study is a prospective, cross-sectional survey study. A participant information form consists of 12 questions, Spiritual Leadership Measurement Tool (SLMT) which consists of 21 questions, Maslach Burnout Index (MBI) consists of 3 subscales and 22 questions. IBM SPSS Statistics 21.0 program was used for statistical analysis and calculations. Statistical significance level was accepted as $p < 0,05$.

Results: 60,2% of the individuals who attended to the research are women, while 39,8% are men. The age average is $28,07 \pm 1,86$. When the main branch distribution is considered, 53,4% are interior sciences while 46,6% are surgical sciences. The mean SLMT score was $55,43 \pm 16,62$, MBI's mean emotional exhaustion score was $22,76 \pm 6,99$, depersonalization score was $9,81 \pm 3,56$, and personal accomplishment was $18,81 \pm 4,16$. Personal accomplishment scores were found to be significantly

Received/Geliş: 22.11.2021
Accepted/Kabul: 29.05.2022
Publication date: 27.06.2022

Corresponding Author:
M. S. Yıldız
ORCID: 0000-0003-4081-460X
T.C. Sağlık Bakanlığı, Mudurnu İlçe
Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği,
Bolu, Türkiye
✉ mahmutsamiyildiz@gmail.com

Ö. Börklü Doğan
ORCID: 0000-0002-4562-7910
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Kliniği, İstanbul, Türkiye

A. Dayan
ORCID: 0000-0002-5839-9689
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Haydarpaşa Numune Eğitim ve
Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği
Kliniği, İstanbul, Türkiye

higher in surgical sciences than in internal sciences. In the study, a negative correlation was detected between SLMT and MBI emotional exhaustion and depersonalization scale, and a positive correlation with the personal accomplishment scale.

Conclusion: Due to the obtained data, it is determined that with the actualization of spiritual leadership model the level of burnout syndrome can be reduced. Hence; It may be appropriate to provide training on spiritual leadership and burnout syndrome to all employees working in health institutions, and especially for managers in institutions to adopt the spiritual leadership model.

Keywords: Leadership, burnout, medicine, residency

GİRİŞ

Ruhsal liderlik, çalışanlara ilham vererek vizyon kazandırmayı ve fedakârlık üzerine kurulu bir kurum kültürü oluşturmayı hedefleyen bir liderlik modelidir. Liderler ve çalışanlar oluşturulan vizyon duygusu ile birlikte bir çağrı duygusu yaşarlar. Böylece yaşamlarının anlamlı olduğunu ve bir fark yarattığını hissederler. Fedakârlık üzerine inşa edilen bir organizasyon kültürüyle ise liderler ve çalışanlar üyesi oldukları organizasyonun içinde bir bütün olduklarını, anlaşıldıklarını ve takdir edildiklerini tecrübe ederler.^[1]

Ruhsal liderler, çalışanların manevi gereksinimlerini karşılamalarına olanak sağlayarak bu yolla çalışanların verimliliğini arttırmayı sağlamayı amaç edinirler. Birlikte çalıştıkları insanları iş gücü olarak görmek yerine insan olarak görürler ve böylece çalışanların sadakatlerini arttırarak hem onları birbirine hem örgütlerine bağlarlar. Ruhsal liderler, insanların yaratıcı olmalarını ve kuralları değiştirebilmelerini destekler. Dolayısıyla ruhsallığın yaşandığı işyerlerinde çalışanlar korkusuzca, daha etik bir ortamda, içten gelen bir istekle, daha verimli bir şekilde çalışırlar.^[2,3]

Bilimsel anlamda tükenmişlik kavramı ilk olarak 1974'te Freudenberg tarafından gönüllü çalışanlarda gözlemlenen çoğunlukla duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumunu tanımlamak için kullanılmıştır. Freudenberg'e göre tükenmişlik sendromu genellikle insanlarla yüz yüze çalışan kişilerde ortaya çıkmaktadır.^[4] 1981 yılında ise Maslach ve Jackson tükenmişliğin en çok kabul gören modelini geliştirmiştir. Maslach ve Jackson'a göre tükenmişlik; duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada artış, kişisel başarıda ise azalma olarak 3 boyutta tanımlanmaktadır.^[5]

Duygusal tükenme boyutu, insanların işyerinde karşılaştıkları problemler ve stres yükü nedeniyle enerjinin tükenmesi durumu olarak ifade edilir.^[6] Duyarsızlaşma boyutu, çalışanların hizmet verdikleri kişilere karşı bu kişilerin birer birey olduklarını dikkate almaksızın, duygudan yoksun bir biçimde, negatif, katı tutumları ile işe karşı oluşan kayıtsızlığı belirtmektedir.^[7,8] Kişisel başarıda azalma boyutunda ise çalışanlar,

kendilerinden hizmet talep eden kişilerle olan ilişkilerinde kendilerini yetersiz görme eğilimindedirler.^[9]

Çalışma alanlarının konusu insan olan sağlık çalışanları, çalışma hayatlarında insanlarla yoğun iletişime maruz kalmaktadırlar. Bu yoğun iletişim sağlık çalışanlarının iş yaşamlarında yoğun baskı ve strese neden olmaktadır. İşlerin stresle ilgili son aşaması ise tükenmişlik olarak bilinmektedir.^[10]

Çalışmada dâhili ve cerrahi bilim asistanlarında ruhsal liderlik ve tükenmişlik durumu değerlendirilmiş, ruhsal liderlik ile tükenmişlik durumu arasındaki ilişki araştırılmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma kesitsel prospektif bir anket çalışmasıdır. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde aktif olarak çalışan dâhili ve cerrahi bilimler uzmanlık öğrencilerinin sayısı 332 kişi olup, araştırılacak konu için deneklere uygulanacak prosedürlerin farklılığını istatistiksel olarak ortaya koyabilmek, takip süresince yaşanacak bilgi kayıplarını karşılamak ve çalışmayı %80 güç ile gerçekleştirebilmek amacıyla denek sayısı basit tesadüfi yöntemle 206 kişi olarak belirlenmiştir. 01.10.2020 ve 01.12.2020 tarihleri arasında çalışmaya dâhil edilme kriterlerini karşılayan 206 uzmanlık öğrencisinin verileri değerlendirmeye alınmıştır. Çalışma öncesinde üniversiteye bağlı bir eğitim ve araştırma hastanesinin etik kurulundan 14.09.2020 tarihli 2020/167 karar numarası ile onay alınmıştır.

Anket formlarının eksik dolduranlar, dâhili ve cerrahi bilimler uzmanlık öğrencisi olmayanlar, soruları doğru yanıtlamasına engel psikiyatrik hastalık tanısı almış olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmaya alınan bireylere bilgilendirilmiş gönüllü onam formu verildikten sonra 12 sorudan oluşan katılımcı bilgi toplama formu, 21 sorudan oluşan Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı (RLÖA) ve 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)'ni içeren anket formu uygulanmıştır.

Fry ve Nisiewicz, Vitucci ve Cedillo'nun oluşturduğu 40 maddelik Ruhsal Liderlik Anketi'nin [*Spiritual Leadership Questionnaire* (2007)] Gündüz tarafından 21 maddesi kullanılarak elde edilmiş olup, Ruhsal Liderlik Anketi'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2009 yılında Kurtar tarafından yapılmıştır.^[11,12] RLÖA 21 madde ve vizyon, umut/inanç, özgecil sevgi, çağrı/anlam ve üyelik olmak üzere beş alt açımdan oluşmaktadır. Ölçüm aracıdaki ifadelerde, beşli likert tipi derecelendirme kullanılarak; kesinlikle katılıyorum: 5, katılıyorum: 4, kararsızım: 3, katılmıyorum: 2, kesinlikle katılmıyorum: 1 şeklinde puanlanmıştır. Buna göre her uzmanlık öğrencisi için alınan değerler toplanmış ve toplam puan çıkartılarak ölçüm aracı değerlendirilmiştir.^[13]

MTÖ ise Maslach ve Jackson (1981) tarafından geliştirilmiştir.^[9] Ölçek beşli likert tipte (hiçbir zaman: 0, çok nadir: 1, bazen: 2, çoğu zaman: 3, her zaman: 4 puan) olup, "Duygusal Tükenme", "Duyarsızlaşma" ve "Kişisel Başarı" olmak üzere üç bölüme ayrılmıştır. MTÖ'nde Duygusal Tükenme (ölçekte 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 ve 20. sorular) ve Duyarsızlaşma puanlarının (ölçekte 5, 10, 11, 15 ve 22. sorular) yüksek olduğu bireylerde tükenmişlik artmakta, Kişisel Başarı puanının (ölçekte 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 ve 21. sorular) yüksek olduğu bireylerde ise tükenmişlik azalmaktadır.^[14] MTÖ'nin Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin ve Çam tarafından yapılmıştır.^[15,16]

İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp. Released 2012. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2007 programları kullanılmıştır. Demografik bilgilerin yer aldığı sorular ile sorulara verilen yanıtlarda bireylerin dağılımı sayı (n) ve yüzde (%) değerleri ile ifade edilmiş, tanımlayıcı istatistik gösteriminde Ortalama±Standart Sapma kullanılmıştır. Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı ve Maslach Tükenmişlik Ölçek puanı gibi sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu grafiksel olarak ve Shapiro-Wilks testi ile değerlendirilmiştir. İki gruplu değişkenlerin Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği puanı arasındaki korelasyon Spearman testi kullanılarak analiz edilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 206 kişinin %60,2'si (n=124) kadın, %39,8'i (n=82) erkektir ve yaş ortalaması $28,07 \pm 1,86$ olarak saptanmıştır. Olguların %35,0'ı (n=72) evli, %65,0'ı (n=134) bekârdır. Bireylerin ana branş dağılımına bakıldığında, %53,4'ü (n=110) dâhili bilimler, %46,6'sı (n=96) cerrahi bilimler branşında olduğu belirlenmiştir. Dâhili bilimlerin %71,8'i (n=79) kadın, %28,2'si (n=31) erkek, cerrahi bilimlerin %46,9'u (n=45) kadın, %53,1'i (n=51) erkek olup, bilimler arası cinsiyet farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,001$). Katılımcıların Ruhsal Liderlik Ölçüm aracı puanı ile bunu etkileyeceğini düşündüğümüz diğer sosyodemografik değişkenlerle ilişkisi belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-demografik Değişkenleri ile Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı Toplam Puanlarının Karşılaştırılması.

		Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı Puanı	Test İstatistiği
		Ort±SS	p
Cinsiyet	Kadın	52,93±15,56	0,012^a
	Erkek	59,21±17,53	
Medeni Durum	Evli	58,57±17,42	0,033^a
	Bekar	53,74±15,98	
Ana Branş	Dahili bilimler	53,97±16,09	0,249 ^a
	Cerrahi bilimler	57,09±17,13	
Asistanlık Çalışma Yılı	1 yıl	59,45±14,73	0,001^b
	2 yıl	51,37±15,03	
	3 yıl	52,73±17,17	
	4 yıl ve daha fazla	63,52±16,44	
Bir Ayda Tutulan Nöbet Sayısı	1-3	55,48±18,89	0,013^b
	4-6	53,51±16,48	
	7-9	56,09±15,08	
	10 ve daha fazlası	70,22±8,30	
Günlük Çalışma Saati	9 saatten az	54,11±15,94	0,381 ^a
	9 saat ve daha fazla	56,69±17,23	
Mesleği Seçme Durumu	Kendi isteğimle	56,49±16,73	0,013^a
	Kendi isteğimle değil	47,76±13,77	
Ücretten Memnuniyet Durumu	Memnun Değilim	54,34±16,89	0,016^b
	Kararsızım	63,65±12,49	
	Memnunum	61,80±11,69	

^aMannWhitney U test istatistiği; ^bKruskal Wallis test istatistiği

Bireylerin Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı ortalaması $55,43 \pm 16,62$ 'dir. Erkek bireylerin kadın bireylerden, evli bireylerin bekâr olanlara göre ve mesleğini kendi isteğiyle seçenlerin seçmeyenlere göre Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puan ortalamaları anlamlı olarak yüksek saptanmıştır ($p=0,012$, $p=0,033$, $p=0,013$). Ruhsal Liderlik puanları bakımından asistanlıktaki çalışma yılı

ikili karşılaştırmalarda 2 yıl- 4 yıl ve daha fazla, 3 yıl- 4 yıl ve daha fazla arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,019$, $p=0,011$). Ayrıca ücretten memnuniyet durumu ikili karşılaştırmasında Memnun değilim-kararsızım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,026$). Ruhsal Liderlik puanları bakımından bir ayda tutulan nöbet sayısı bakımından ikili karşılaştırmalarda 1-3 nöbet/ay ile 10 nöbet/ay ve daha fazlası, 4-6 ile 10 nöbet/ay ve daha fazlası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır ($p=0,039$, $p=0,007$).

Bireylerin duygusal tükenmişlik puanı ortalaması $22,76\pm 6,99$, duyarsızlaşma puanı ortalaması $9,81\pm 3,56$, kişisel başarı puanı ortalaması ise $18,81\pm 4,16$ olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik değişkenleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyut puanlarının karşılaştırılması yapılmıştır (Tablo 2).

Kadın, bekâr, günde 9 saat ve fazla çalışan ve mesleğini kendi isteğiyle seçmemiş bireylerin diğer gruplara göre duygusal tükenmişlik düzeyleri daha yüksek bulunmuştur ($p=0,005$, $p=0,029$, $p=0,037$, $p=0,046$). Duygusal tükenmişlik puanları bakımından bir ayda tutulan nöbet sayısı ikili karşılaştırmalarda 4-6 nöbet/ay ile 1-3 nöbet/ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,049$). Ayrıca ücretten memnuniyet durumu ikili karşılaştırmasında Memnun değilim ile kararsızım arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($p=0,016$).

Bekâr olan ve günlük çalışma saati 9 saat ve üzeri olan bireylerin duyarsızlaşma puanları diğer gruplara göre yüksektir. Ücretten memnuniyet durumları ve bir ayda tutulan nöbet sayısına göre bireylerin duyarsızlaşma puanı istatistiksel olarak bir farklılık göstermiştir ($p=0,033$, $p=0,008$). Bir ayda tutulan nöbet sayısı

Tablo 2. Katılımcıların Sosyo-demografik Değişkenleri ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı	
		Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)	Ort±SS	Medyan (ÇAG)
Cinsiyet	Kadın	23,90±6,64	24,0 (10,7)	9,82±3,59	9,0 (4,7)	18,01±4,18	18,0 (6,0)
	Erkek	21,04±7,18	20,5 (9,2)	9,79±3,55	10,0 (4,0)	20,02±3,85	20,0 (5,0)
	p	0,005^a		0,687 ^a		0,001^a	
Medeni Durum	Evlü	21,14±7,19	20,5 (9,0)	8,97±3,43	9,0 (4,0)	19,42±4,29	19,0 (6,7)
	Bekar	23,63±6,74	23,0 (10,2)	10,26±3,57	10,0 (5,0)	18,48±4,07	19,0 (6,0)
	p	0,029^a		0,044^a		0,140 ^a	
Ana Branş	Dahili bilimler	23,00±6,64	23,0 (11,0)	9,60±3,57	9,0 (5,0)	18,17±4,24	18,5 (7,0)
	Cerrahi bilimler	22,49±7,39	22,0 (11,0)	10,05±3,57	10,0 (4,0)	19,54±3,97	19,0 (5,0)
	p	0,666 ^a		0,200 ^a		0,022^a	
Asistanlık Çalışma Yılı	1 yıl	21,28±6,56	20,0 (7,0)	9,81±3,45	9,0 (5,0)	18,94±3,45	19,0 (5,0)
	2 yıl	24,21±6,58	23,5 (8,5)	10,34±3,43	9,5 (5,0)	18,16±3,76	19,0 (5,2)
	3 yıl	23,09±7,35	23,5 (11,0)	9,78±3,66	10,0 (4,2)	18,95±4,49	19,0 (8,0)
	≥4 yıl	22,15±6,79	22,0 (12,0)	9,18±3,69	9,0 (3,0)	19,04±4,73	19,0 (5,0)
	p	0,123 ^b		0,837 ^b		0,646 ^b	
Bir Ayda Tutulan Nöbet Sayısı	1-3	20,29±6,93	20,0 (9,5)	8,32±3,83	9,0 (4,0)	19,07±4,35	19,0 (6,5)
	4-6	23,68±7,09	23,0 (11,7)	10,46±3,44	10,0 (4,0)	18,68±4,47	19,0 (6,7)
	7-9	23,43±6,42	23,0 (9,0)	10,05±3,18	10,0 (5,0)	18,59±3,74	19,0 (5,5)
	≥10	20,89±7,77	19,0 (12,5)	8,89±4,26	9,0 (5,0)	20,33±2,50	19,0 (4,0)
	p	0,033^b		0,008^b		0,625 ^b	
Günlük Çalışma Saati	< 9 saat	21,74±7,17	22,0 (10,5)	9,28±3,61	9,0 (4,0)	18,37±4,43	19,0 (7,0)
	≥ 9 saat	23,74±6,69	23,0 (9,5)	10,32±3,46	10,0 (5,0)	19,24±3,87	19,0 (5,0)
	p	0,037^a		0,011^a		0,120 ^a	
Mesleği Seçme Durumu	Kendi isteği	22,40±6,99	22,0 (9,5)	9,75±3,63	10,0 (4,0)	19,04±4,17	19,0 (6,0)
	Kendi isteği değil	25,36±6,45	26,0 (11,0)	10,24±3,09	10,0 (3,5)	17,16±3,84	18,0 (6,0)
	p	0,046^a		0,419 ^a		0,022^a	
Ücretten Memnuniyet Durumu	Memnun Değilim	23,30±6,79	23,0 (11,0)	10,03±3,60	10,0 (4,0)	18,69±4,28	19,0 (6,0)
	Kararsızım	18,50±7,08	18,0 (8,7)	8,70±2,83	9,0 (3,7)	19,75±3,13	20,5 (4,5)
	Memnunum	20,20±8,67	15,0 (13,0)	6,40±2,51	6,0 (5,0)	19,40±3,36	18,0 (6,5)
	p	0,011^b		0,0331^b		0,481 ^b	

^aMannWhitney U test istatistiği; ^bKruskal Wallis test istatistiği

ikili karşılaştırmalarda 4-6 nöbet/ay ile 1-3 nöbet/ay arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,007$). Ayrıca ücretten memnuniyet durumu ikili karşılaştırmasında memnun değilim-memnunum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark mevcuttur ($p=0,021$).

Kişisel Başarı puanlamasına göre puanı yüksek olanın tükenmişlik düzeyi düşük bulunmuştur. Çalışmamızda; erkek bireylerin, cerrahi birimlerde çalışanların ve mesleğini kendi isteğiyle seçenlerin Kişisel Başarı puanları diğer gruplara göre daha yüksektir ($p=0,001$, $p=0,022$, $p=0,022$).

Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı ile Duygusal Tükenmişlik puanı arasında orta düzeyde, negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Ayrıca Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı ile Duyarsızlaşma arasında negatif yönlü, zayıf düzeyde bir ilişki bulunmuştur ($p=0,001$). Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı arttıkça Duygusal Tükenmişlik puanı ve Duyarsızlaşma puanı azalmaktadır. Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı puanı ile Kişisel Başarı puanı arasında ise arasında orta düzeyde, pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı ilişki mevcuttur ($p<0,001$) (Tablo 3).

Tablo 3. Ruhsal Liderlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Korelasyon Analizi

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Grupları	Ort±SS	RUHSAL LİDERLİK ÖLÇÜM ARACI PUANI	
		Spearman İlişki Katsayısı	p
Duygusal Tükenmişlik		-0,512	<0,001
Duyarsızlaşma		-0,229	0,001
Kişisel Başarı		0,452	<0,001

TARTIŞMA

Ruhsal liderlik, 2003 yılında Fry tarafından geliştirmiş ve literatüre kazandırılmasından bugüne araştırmacıların ilgisini çekmiş bir kavramdır. İş ortamında ruhsal liderlik modelinin benimsenmesi ile çalışanların manevi gereksinimlerini karşılanması ve bu yolla verimliliğin artırılması amaçlanmaktadır.^[2,3]

Genellikle insanlarla birebir etkileşim içinde çalışan kişilerde ortaya çıkan tükenmişlik sendromu hizmet kalitesi ve verimlilikte azalmaya neden olmaktadır.^[17] Sağlık çalışanları da yüz yüze hizmet verdikleri ve zorlu şartlarda çalıştıkları için tükenmişlik sendromuna maruz kalabilecek meslek gruplarından biridir.

Tükenmişlik sendromu verimliliği düşürürken ruhsal liderlik arttırmaktadır. Çalışmada dâhili ve cerrahi bilimler uzmanlık öğrencilerinde ruhsal liderlik ve tükenmişlik sendromu arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda; erkek ve evli olan hekimlerin Ruhsal Liderlik algıları daha yüksek çıkarken, öğretmenler arasında yapılan çalışmalarda ruhsal liderlik algıları ile cinsiyet değişkeni arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.^[18-20] Ruhsal liderlik algısının kadınlarda daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.^[13] Dargahi ve ark.'nın yaptığı çalışmada evli ve bekâr bireyler arasında ruhsal liderlik algısı bakımından bir fark bulunmamıştır.^[21] Alptekin ve ark.'nın hemşireler üzerinde yaptığı bir çalışmada, ruhsal liderlik algısı ile medeni durum arasında anlamlı fark çıkmamıştır, hemşirelerin çoğunluğu kadın olduğu için cinsiyet faktörü ele alınmamıştır. Yine aynı çalışmada, dâhili birimlerde çalışan hemşirelerin cerrahi birimlerde çalışan hemşirelere göre Ruhsal Liderlik algıları daha yüksekken, bizim çalışmamızda cerrahi bilimlerde çalışan hekimlerin ruhsal liderlik algıları daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı fark yoktur.^[22]

Asistan hekimlerin çalışma yılı 4 yıl ve üzeri olanların Ruhsal Liderlik algıları 2 yıllık ve 3 yıllık asistanlara göre daha yüksektir. Ankaralıoğlu ve ark.'nın öğretmenler üzerinde yaptığı çalışmada ruhsal liderlik algısı mesleki kıdeme göre farklılık göstermemektedir.^[18] Bozkuş ve Gündüz'ün öğretmenler üzerinde yaptıkları çalışmada, 16-20 yıl arası kıdeme sahip öğretmenlerin ruhsal liderlik algılarının 0-5 yıl arası kıdeme sahip öğretmenlerinkinden yüksek olduğu bulunmuştur.^[23] Ayrıca ayda 10 ve üzeri sayıda nöbet tutan asistan hekimlerin Ruhsal Liderlik algıları da ayda 1-3 arası ve 4-6 arası nöbet tutanlardan yüksektir. Çalışma ortamında geçirilen zaman arttıkça bireylerin değerlik ve bütünlük hisleri güçlenmektedir.

Djaelani ve ark.'nın yaptığı çalışmada, ruhsal liderlik düzeyi ile iş memnuniyeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.^[24] Alptekin ve ark.'nın yaptığı çalışmada, mesleğini kendi isteyerek seçen ve mesleğinden memnun olan hemşirelerin Ruhsal Liderlik algısı daha yüksektir.^[22] Bizim çalışmamızda da mesleğini kendi isteğiyle seçen ve aldığı ücretten memnun olan asistan hekimlerin Ruhsal Liderlik algısı daha yüksektir. Fry ve ark.'nın yaptığı çalışmada, Amerikalı yöneticilerin daha fazla para ve izinden çok işlerinde anlam ve tatmin

duygusuna öncelik verdikleri ifade edilmektedir.^[25] Cinnioğlu ve ark.'nın çalışmasında ise, ruhsal liderlik davranışı arttıkça ücretten memnuniyet durumunu da içeren dışsal iş tatmin düzeyinin arttığı bulunmuştur.^[26]

Çalışmamızda, kadın ve bekar olan hekimlerin Maslach Tükenmişlik Ölçeği "Duygusal Tükenmişlik" alt boyut puanları daha yüksektir. Raggio ve ark.'nın yoğun bakım ünitesinde çalışan hemşire ve doktorlar üzerinde yaptığı çalışmada, Güler ve ark.'nın yaptığı çalışmada, tükenmişlik sendromunun duygusal tükenmişlik puanları bakımından kadın ve erkekler arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir.^[27,28] Akademisyenler üzerinde yapılan bir çalışmada medeni durum açısından duygusal tükenmişlik puanlarında anlamlı bir fark bulunmazken, tıp öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada, evli bireylerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.^[29,30]

Çalışmamızda, literatürden farklı olarak kadınlarda duygusal tükenmişliğin fazla, erkeklerde kişisel başarı puanları ve ruhsal liderlik algılarının yüksek olması, cerrahi bilimlerde dahili bilimlere göre daha fazla erkek olması ve cerrahi bilimlerde kişisel başarı ve ruhsal liderlik puanlarının daha yüksek oluşuyla açıklanabilir.

Benzer bir çalışmada, aylık nöbet sayısı fazla olan hekimlerin duygusal tükenme alt boyut puanlarının nöbet sayısı az olan hekimlerinkinden fazla olduğu saptanırken^[31], diğer bir çalışmada ise anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir.^[32] Çalışmamızda ise, aylık nöbet sayısı daha fazla olan hekimler olmasına rağmen ikili karşılaştırmalarda ayda 4-6 nöbet tutan hekimlerin duygusal tükenmişliği 1-3 nöbeti olan gruptan daha yüksek bulunmuştur. Haftalık ya da günlük çalışma saati fazla olan bireylerin duygusal tükenmişliklerinin fazla olduğu bazı çalışmalarda belirtilmiştir.^[6,33] Çalışmamızda da günlük çalışma saati fazla olan bireylerin duygusal tükenmişlik puanları çalışma saati az olan bireylerinkinden anlamlı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda, duyarsızlaşma alt boyut puanları bekâr hekimlerde daha yüksektir.^[34,35] Topel ve ark.'nın yaptığı çalışmada, nöbet tutan bireylerin duyarsızlaşma puanları nöbet tutmayan bireylere göre anlamlı yüksek bulunmuştur.^[36] Çalışmamızda, tıpkı duygusal tükenmişlik gibi duyarsızlaşma alt boyutu bakımından bir ayda tutulan nöbet sayısı ikili karşılaştırmalarda 4-6 nöbet tutan uzmanlık öğrencilerinin puanları 1-3 nöbet tutan uzmanlık öğrencilerinkinden anlamlı yüksek

saptanmıştır. Haftalık ya da aylık çalışma saatleri fazla olan bireylerin duyarsızlaşma alt boyut puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir.^[37,38] Bizim çalışmamızda da günlük çalışma saati fazla olan hekimlerin duyarsızlaşma alt boyut puanları yüksektir. Yeşilbağ ve ark.'nın yaptığı çalışmadaki gibi ücretinden memnun olmayan hekimlerin duyarsızlaşma puanları daha yüksektir.

Çalışmamızda, erkek bireylerin kişisel başarı puanları kadın bireylerinkinden anlamlı yüksek olarak tespit edilmiştir. Mudallal ve ark.'nın yaptığı çalışma sonuçlarımızla benzerken, Elmas ve ark.'nın yaptığı çalışmada kişisel başarı boyutu bakımından kadın ve erkek bireyler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.^[39,40] Cenik ve ark.'nın tıpta uzmanlık öğrencileri üzerinde yaptığı çalışmada, Topel ve ark.'nın araştırma görevlileri arasında yaptığı çalışmada da kişisel başarı puanları bakımından dâhili ve cerrahi bilimler arasında anlamlı bir farklılık elde edilmemiştir.^[36,40] Çalışmamızda ise cerrahi bilimler uzmanlık öğrencilerinin kişisel başarı puanları dâhili bilimler uzmanlık öğrencilerinkinden anlamlı yüksek saptanmıştır. Skaalvik ve ark.'nın yaptığı çalışmada, iş memnuniyeti ile kişisel başarı boyutu arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.^[41] Çalışmamızda ise mesleği kendi isteğiyle seçmiş bireylerin kişisel başarı puanları mesleği kendi isteğiyle seçmemiş bireylerinkinden anlamlı yüksek olarak bulunmuştur.

Çalışmada, Ruhsal Liderlik Ölçüm Aracı genel puanı ile Maslach Tükenmişlik Ölçeği'nin alt boyutlarının ilişkisi incelenmiş, RLÖA puanı arttıkça duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık puanlarının anlamlı azaldığı, kişisel başarı puanının ise anlamlı arttığı tespit edilmiştir. Ruhsal liderlik düzeyinin artışı ile tükenmişlik sendromu düzeyi azaltmaktadır. Bu nedenle sağlık kurumlarında görev yapan tüm asistanlara ruhsal liderlik ve tükenmişlik sendromu ile ilgili eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması, özellikle kurumlardaki yöneticilerin ruhsal liderlik modelini benimsemesi asistanların tükenmişlik düzeyini azaltarak verimliliği arttırmada etkili olabilir.

Çalışmanın Kısıtlılıkları ve Gelecekteki Araştırmalar İçin Öneriler

Çalışmamızın tek bir hastane ile sınırlı olması ve bu nedenle denek sayısının düşük olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Çalışmaya katılan uzmanlık öğrencilerinden %60,2'si (n=124) kadın, %39,8'i (n=82) erkek olarak orantısız bir şekilde gruplanmış bu durum çalışmanın kesitsel bir çalışma olmasına bağlanmıştır.

Çalışmamızda, ruhsal liderlik ile tükenmişlik sendromu arasında anlamlı bir ilişki mevcuttur. Benzer çalışmaların farklı kurum ve branşlardaki sağlık çalışanları üzerinde yapılması literatürün zenginleşmesine katkı sağlayacak ve gelecekte yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacaktır.

Etik Kurul Onayı: Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (14.09.2020-2020/167).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Haydarpaşa Numune Training and Research Hospital Clinical Research Ethics Committee (14.09.2020-2020/167).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Fry LW, Slocum Jr. JW. Maximizing the triple bottom line through spiritual leadership. *Organizational Dynamics*. 2008;37(1):86–96.
2. Liderlik Güncel Konular ve Yaklaşımlar - Prof. Dr. İsmail Bakan - İnci F. Doğan [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.gazikitabevi.com.tr/urun/liderlik-guncel-konular-ve-yaklasimlar-prof-dr-ismail-bakan-inci-f-dogan>
3. Giacalone RA, Jurkiewicz CL. *Handbook of Workplace Spirituality and Organizational Performance*. M.E. Sharpe; 2003. 582 p.
4. Peterson U. Stress and burnout in healthcare workers [Internet]. *Institutionen för klinisk neurovetenskap / Department of Clinical Neuroscience*; 2008 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <http://openarchive.ki.se/xmlui/handle/10616/40035>
5. Kaya M, Üner S, Karanfil E, Uluyol R, Yüksel F, Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. :7.
6. Patrick K, Lavery JF. Burnout in nursing. *Aust J Adv Nurs*. 2007 May;24(3):43–8.
7. Wright TA, Bonett DG. The contribution of burnout to work performance. *Journal of Organizational Behavior*. 1997;18(5):491–9.
8. Kaçmaz N. Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *Journal of Istanbul Faculty of Medicine* [Internet]. 2011 Nov 15 [cited 2022 Apr 29];68(1):29–32. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/iuitfd/issue/9260/116046>
9. Maslach C, Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Organizational Behavior*. 1981 Apr 1;2:99–113.
10. Akbolat M, Işık O. Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Düzeyleri: Bir Kamu Hastanesi Örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* [Internet]. 2008 Apr 1 [cited 2022 Apr 29];11(2):229–54. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/hacettepesid/issue/7564/99378>
11. Fry L, Vitucci S, Cedillo M. *Spiritual leadership and army transformation: Theory, measurement, and establishing a baseline*. 2005.
12. Kurtar Ş, Ruhsal Liderlik Ölçeği: Türkçe Dilsel Eşdeğerlik, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Yüksek Lisans Tezi. Yeditepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Denetimi ve Yönetimi Anabilim Dalı, İstanbul [Internet]. 2009 [cited 2022 Apr 29]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=kQasitPjtejiKs9RDGvHTw&no=WNEZIDOWmMXZD_rnfsRNiw
13. Gündüz Ş, Ruhsal Liderlik ile Örgütsel Sinizm Arasındaki İlişki: Duygusal Zekânın Aracı Etkisi. Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, İstanbul [Internet]. 2014 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=wD1lnzEVt7FZhowX-GjxqQ&no=GiK9iAFtOmUgYIMVrU62GQ>
14. Dabak R, Özçınar M, Sargın M, Tamer İ, Orbay E. Burnout syndrome among residents. *Turkish Journal of Family Practice* [Internet]. 2007 [cited 2022 Apr 29];11(2):67–71. Available from: <https://www.turkailehekderg.org/jvi.aspx?un=TAHD-43599&volume=11&issue=2>
15. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. In: VII Ulusal Psikoloji Kongresi ve Türk Psikologlar Derneği Yayını. 1st ed. p. 143–54.
16. Çam M. Tükenmişlik Envanterinin Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Araştırılması VII Ulusal Psikoloji Kongresi Çalışmaları. Türk Psikologlar Derneği Yayını [Internet]. 1993 [cited 2022 Apr 29]; Available from: <https://avesis.ege.edu.tr/yayin/7dbce59c-301e-480e-88b9-ba4b9c9f6047/tukenmislik-envanterinin-gecerlilik-ve-guvenilirliginin-arastirilmesi-vii-ulusal-psikoloji-kongresicalismalari>
17. Freudenberg HJ. Burnout: Past, present, and future concerns. *Loss, Grief & Care*. 1989;3(1–2):1–10.
18. Ankaralıoğlu S. Farklı Okul Kademelerinde Görev Yapan Öğretmen Algılarına Göre Yöneticilerin Ruhsal Liderlik Stilinin Okul Kültürüne Etkisi. :162.
19. Akinci T, Ekşi H. Lise Öğretmenlerinin Yönetici Ruhsal Liderlik Algılarının Öğretmen Liderliği ve Öz-Yeterliliklerine Etkisi*. :34.
20. Dağlı A, Ardiç T. SECONDARY SCHOOL TEACHERS' PERCEPTIONS ON SPIRITUAL LEADERSHIP. :18.
21. Dargahi H, Nasrollahzaedeh A, Rahmani A. An Investigation of Relationship between Spiritual Leadership Style with Organizational Commitment among Tehran University of Medical Sciences Staffs. *International Journal of Asian Social Science* [Internet]. 2017 [cited 2022 Apr 29];7(3):234–41. Available from: <https://archive.aessweb.com/index.php/5007/article/view/2875>
22. Alptekin S, Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Yönetici Hemşireleri ile İlgili Ruhsal Liderlik Algılarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, İstanbul [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=fUEpG0vu3WBxK4emPBMJbA&no=K5-87FytsB2BUijKCxtZ2w>
23. Bozkuş K, Gündüz Y. Ruhsal Liderlik İle Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Modellenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi* [Internet]. 2016 Jul 15 [cited 2022 Apr 29];24(1):405–20. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kefdergi/issue/22606/241603>

24. Djaelani A, Sanusi A, Trianmanto B. Spiritual leadership, job Satisfaction, and its effect on organizational commitment and organizational citizenship behavior. *Management Science Letters* [Internet]. 2020 [cited 2022 Apr 29];10(16):3907–14. Available from: <http://growingscience.com/beta/msl/4107-spiritual-leadership-job-satisfaction-and-its-effect-on-organizational-commitment-and-organizational-citizenship-behavior.html>
25. Fry LW. Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly*. 2003;35.
26. Cinnioglu H. Yiyecek İçecek İşletmeleri Çalışanlarının Ruhsal Liderlik Algılarının İş Tatmin Düzeyleri Üzerine Etkisi: İstanbul Örneği (The Impact of Spiritual Leadership Perceptions on Job Satisfaction Levels of Employees Working in Food and Beverage Businesses: İstanbul Sample). *Journal of Tourism and Gastronomy Studies*. 2018 Dec 30;6:113–31.
27. Raggio B, Malacarne P. Burnout in intensive care unit. *Minerva Anestesiol*. 2007 Apr;73(4):195–200.
28. Güler Y, Şengül S, Çalış H, Karabulut Z. Burnout syndrome should not be underestimated. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2019 Nov;65(11):1356–60.
29. Ardiç K, Polatci S. Tükenmişlik Sendromu Akademisyenler Üzerinde Bir Uygulama (GOÜ Örneği). *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* [Internet]. 2008 Dec 1 [cited 2022 Apr 29];10(2):69–96. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gaziuiibfd/issue/28328/301039>
30. Njim T, Makebe, H, Toukam L, Kika B, Fonkou S, Fondungallah J, Fondong A, Burnout Syndrome amongst Medical Students in Cameroon: A Cross-Sectional Analysis of the Determinants in Preclinical and Clinical Students [Internet]. [cited 2022 Apr 29]. Available from: <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2019/4157574/>
31. Hürşitoğlu O, Araştırma Görevlisi Olarak Çalışan Doktorlarda Tükenmişlik Sendromunu Etkileyen Faktörler ve Tükenmişlik Sendromunun Savunma Biçimleri İle İlişkisi. *Uzmanlık Tezi. Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 29]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=2Zyly9HMyrR2NSpQW00DEQ&no=izCD2Byiu5qOglN_OUkKDg
32. Candaş EN, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalında Görevli Araştırma Görevlisi ve Uzman Hekimlerinde Tükenmişlik Düzeyinin Sosyodemografik Verilerle İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, İstanbul* [Internet]. 2018 [cited 2022 Apr 29]. Available from: https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=wGY4vq74TVifVsYp5EeVw&no=CqffZw9g9MBsKw_SJ-MlaQ
33. Oğuzberk M, Aydın A. Ruh Sağlığı Çalışanlarında Tükenmişlik. :13.
34. Cañadas-De la Fuente GA, Ortega E, Ramirez-Baena L, De la Fuente-Solana EI, Vargas C, Gómez-Urquiza JL. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Sep 25;15(10):E2102.
35. Aras A, Erzurum'da Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında Görev Yapan Hekimlerde İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri ile Etkili Faktörlerin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Erzurum*. 2014.
36. Topel M, Dahili ve Cerrahi Bilimler Araştırma Görevlilerinde Tükenmişlik Sendromu Oranlarının Karşılaştırılması ve İşyeri Doyumuyla Olan İlişkinin Gösterilmesi. *Uzmanlık Tezi. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara*. 2019.
37. Ulusoy H, Biçer EB, Karabulut N. Hastane yöneticilerinde tükenmişlik düzeyi. *Cumhuriyet Medical Journal*. :8.
38. Kebapçı A, Aktolcu N. Acil birimlerde çalışan hemşirelerde çalışma ortamının tükenmişlik düzeylerine etkisi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* [Internet]. 2011 [cited 2022 Apr 29];11(2):59–67. Available from: <https://app.trdizin.gov.tr/makale/TVRJM09ERTJOZz09/acil-birimlerde-calisan-hemshirelerde-calisma-ortaminin-tukenmislik-duzeylerine-etkisi>
39. Mudallal RH, Othman WM, Al Hassan NF. Nurses' Burnout: The Influence of Leader Empowering Behaviors, Work Conditions, and Demographic Traits. *Inquiry* [Internet]. 2017 Aug 26 [cited 2022 Apr 29];54:0046958017724944. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5798741/>
40. Elmas Ü, 5. ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon ve Tükenmişlik Düzeyi. *Uzmanlık Tezi. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Edirne*. 2012.
41. Skaalvik E, Skaalvik S. Does school context matter? Relations with teacher burnout and job satisfaction. *Teaching and Teacher Education*. 2009 Apr 1;25:518–24.

Kanser Hastalarında Hepatit B ve Hepatit C Seroprevalansı

Hepatitis B and Hepatitis C Seroprevalence in Cancer Patients

Habibe İnci[®], Nergiz Aşkın[®], Fatih İnci[®], Fatih Karataş[®]

Atıf/Cite as: İnci H, Aşkın N, İnci F, Karataş F. Kanser hastalarında hepatit b ve hepatit c seroprevalansı. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(2):37-42.

ÖZ

Amaç: Kanser hastalarında malignitenin türüne göre hepatit B ve hepatit C seroprevalansının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza Şubat 2016- Şubat 2021 tarihleri arasında tedavi gören malignite hastaları dâhil edildi. Kanser hastalarının kemilüminesans yöntemiyle saptanmış HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV testi sonuçları kanser alt gruplarına göre karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dâhil edilen toplam 882 kanser hastasının %64,6'sı erkek, %35,4'ü kadındı. Hastaların yaş ortalaması 65,74±12,94'tü. Hepatit markerları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, Anti HBs seropozitifliği oranının erkeklerde daha fazla olduğu görüldü ($p<0.001$), HBsAg seropozitifliği ($p=0,542$) ve Anti HCV seropozitifliği ($p=0,301$) açısından ise anlamlı farklılık görülmedi. Çalışmamızda, erişkin kanserli hastaların %2,5'inde HBsAg seropozitifliği, %0,9'unda Anti HCV seropozitifliği, %17,0'sinde ise Anti HBs seropozitifliği. Tüm kanser hastalarında Anti HBs seropozitifliği ($p=0,074$) ve Anti HCV seropozitifliği ($p=0,071$) açısından kanser grupları arasında farklılık görülmedi. Sarkomlu hastalarda HBsAg seropozitifliği diğer kanser gruplarına göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (%8,3) ($p=0,015$).

Sonuç: Çalışmamızda, diğer kanser türlerine sahip hastalara oranla sarkomlu hastalarda daha yüksek HBsAg seropozitifliği saptanmıştır. Özellikle sarkomlu hastalar başta olmak üzere tüm kanser tiplerinde immünoşüpresif tedaviler ve hepatotoksik ajanların kullanılmasından önce kesinlikle viral hepatit paneli incelenmelidir. Ayrıca, kanser tiplerine göre bu farklılığın etyopatolojik açıdan önemi araştırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kanser, seroprevalans, Hepatit B, Hepatit C

ABSTRACT

Aim: We aimed to determine the seroprevalence of hepatitis B and hepatitis C according to the type of malignancy in cancer patients.

Materials and Methods: Patients with malignancy treated between February 2016 and February 2021 were included in our study. HBsAg, Anti HBs and Anti HCV test results of cancer patients determined by chemiluminescence method were compared according to cancer subgroups.

Results: Of the 882 cancer patients included in the study, 64.6% were male and 35.4% were female. The mean age of the patients was 65.74±12.94 years. When hepatitis markers were evaluated according to gender, the rate of Anti-HBs seropositivity was higher in males ($p<0.001$), and there was no significant difference in terms of HBsAg seropositivity ($p=0.542$) and Anti-HCV seropositivity ($p=0.301$). In our study, 2.5% of adult cancer patients were HBsAg seropositive, 0.9% were Anti HCV seropositive, and 17.0% were Anti HBs seropositive. There was no difference between cancer groups in terms of Anti HBs seropositivity ($p=0.074$) and Anti HCV seropositivity ($p=0.071$) in all cancer patients. HBsAg seropositivity in patients with sarcoma was statistically significantly higher (8.3%) compared to other cancer groups ($p=0.015$).

Conclusion: In our study, higher HBsAg seropositivity was found in patients with sarcoma compared to patients with other cancer types. The viral hepatitis panel must be examined before the use of immunosuppressive treatments and hepatotoxic agents in all cancer types, especially in patients with sarcoma. In addition, the etiopathological significance of this difference according to cancer types should be investigated.

Keywords: Cancer, seroprevalence, Hepatitis B, Hepatitis C

Received/Geliş: 15.10.2021

Accepted/Kabul: 29.05.2022

Publication date: 27.06.2022

Corresponding Author:

H. İnci

ORCID: 0000-0003-2883-259X

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

✉ drhbesler@hotmail.com

N. Aşkın

ORCID: 0000-0001-9739-5675

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Mikrobiyoloji Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

F. İnci

ORCID: 0000-0002-7590-7630

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi

Onkoloji Bölümü, Karabük, Türkiye

F. Karataş

ORCID: 0000-0003-4022-7923

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi

Onkoloji Bölümü, Karabük, Türkiye

GİRİŞ

Hepatit B virüsü (HBV), tüm dünyada yaygın olan önemli halk sağlığı sorunlarından biridir ve yaklaşık iki milyar insanın HBV ile enfekte olduğu, yaklaşık 350 milyon kişinin ise kronik taşıyıcı olduğu bildirilmiştir.^[1] HBV prevalansı Amerika (%0,7) ve Batı Avrupa'da (%1) düşük oranda iken, Batı Pasifik (%6,2) ve Afrika bölgesinde (%6,1) yüksek orandadır.^[2,3] Ülkemizdeki çalışmalarda, prevalansı %1,2–19,2 olarak gözlenmiştir.^[4] Anti HBs seropozitifliği ise yaklaşık %20-50 oranında bildirilmiştir.^[2] Hepatit C virüsü (HCV) prevalansı dünyada yaklaşık %3 oranındadır.^[1] Doğu Akdeniz'in (%2,3) ve Avrupa'nın (%1,5) en çok etkilenen bölgeler olduğu gözlenmiştir.^[3] Ülkemizde farklı bölgelerde yapılan çalışmalarda, prevalansı %0,8-1,3 arasında tespit edilmiştir.^[5,6] Viral hepatitler açısından risk taşıdığı bilinen gruplar arasında hemodiyaliz hastalarının, kan ürünleri transfüzyonu yapılan hastaların, invaziv işlem uygulanan hastaların ve sağlık personelinin bulunduğu bildirilmiştir.^[2]

Kanser hastalığının sıklığı global olarak dünyada her geçen gün daha da artmaktadır.^[7] Gelişmiş ülkelerde her üç bireyden birinin kansere yakalanabileceği tahmin edilmektedir.^[8] Kemoterapinin, kanserden iyileşmede ve hayatta kalma süresini uzatmada önemli bir yeri bulunmaktadır.^[9,10] Kronik HBV enfeksiyonu çoğunlukla asemptomatik olsa da kanser hastalarında durum farklılık göstermektedir.^[11] Kan ürünlerinin sıklıkla uygulandığı kanser hastaları, HBV ve HCV virüslerine bağlı enfeksiyonlar ve komplikasyonlar açısından yüksek risk altındadır. Ayrıca immün sistemi baskılayan sitotoksik ilaçların etkisiyle HBV DNA artışı ve sonuçta viral yük ve HBV'ye bağlı karaciğer hasarı artabilir. Kemoterapötik ilaçların kendisi doğrudan hepatotoksik olabileceği gibi bazı kemoterapötik ajanlar ve kortikosteroidler immünsüpresif etkiyle indirekt olarak viral replikasyon artışına neden olurlar. Bunun sonucunda, fulminan hepatit ve karaciğer yetmezliği gelişebilir.^[9,10] Literatürde HBV veya HCV taşıyıcısı olan kanser hastalarında kemoterapi ile birlikte reaktivasyonu önlemek için profilaktik antiviral kullanımına dair çalışmalar bulunmaktadır.^[2,12,13] HBV reaktivasyon riski, antiviral profilaksi tedavisi ile azaltılabilir. Bu nedenle kanser hastalarında kemoterapiden önce HBV enfeksiyonu açısından serolojik tarama yapılabilir.^[14] Sitotoksik kemoterapi alan kanser hastalarında HBsAg pozitifliği oranı %12 oranında gözlenirken, bu hastalarda %44 oranında tedavi sırasında Alanin aminotransferaz (ALT) düzeylerinde artış bildirilmiştir.^[15] HBsAg pozitif olan ve immünsüpresif tedavi alan

lenfomalı hastalarda yapılan çalışmalarda, antiviral profilaksi verilmediği takdirde, HBV reaktivasyonunun arttığı, steroid verilen grupta ise bu riskin daha yüksek olduğu gözlenmiştir.^[16,17]

Çalışmamızda, hastanemiz Tıbbi Onkoloji Kliniğinde kemoterapi alan erişkin kanser hastalarında tedavi öncesi HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV sonuçları incelenerek, kanser alt tiplerine göre HBV ve HCV seroprevalansı ile Anti HBs seropozitiflik oranlarının saptanması amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamıza, Şubat 2016- Şubat 2021 tarihleri arasında bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran, viral hepatit markerları araştırılmış 882 kanser hastası dâhil edildi. Kanser hastalarının yaş, cinsiyet ve kanser tipi gibi demografik verileri ile HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV ELISA testlerinin sonuçları retrospektif olarak hastane sisteminden tarandı. Hastaların kanser tipleri; baş-boyun kanserleri (beyin, larinks, farinks, oral kavite, tiroid, karsinom vb.), Solunum sistemi kanserleri (akciğer, bronş kanserleri vb.), Sindirim sistemi kanserleri (hepatosellüler kanser, karaciğer, safra yolları, mide, özofagus, pankreas, ince bağırsak, kalın bağırsak kanserleri), ürogenital sistem kanserleri (over, uterus, serviks, endometrium, prostat, testis, mesane, böbrek kanserleri), Cilt kanserleri (malign melanom, skuamöz hücreli karsinom, bazal hücreli karsinom, kaposi sarkomu vb.), Hematolojik kanserler (lenfoma, myeloma, lökozlar vb.), kas-kemik kanserleri, meme kanseri olarak sınıflandırıldı. Hastaların HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV testleri hastanemiz bünyesindeki mikrobiyoloji laboratuvarında kemilüminesans yöntem kullanılarak Architect İ2000 (AbbotDiagnostic, USA) cihazında çalışılan sonuçlardan elde edilmiştir.

Kanser tanılı, on sekiz yaş üzeri erişkin hastalar, yaş, cinsiyet gibi sosyodemografik verileri retrospektif olarak elde edilebilenler, kanser alt tipi belirli olanlar, laboratuvar tetkiklerinde HBsAg, Anti HBs ve Anti HCV sonuçları olanlar çalışmaya dâhil edildi. On sekiz yaşından küçükler, hemodiyalize girenler, veri kaydı eksik olanlar, yetersiz numune olanlar, yineleyen hasta sonuçları ve sonuç değeri bulunmayan kişilerin verileri çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmamız, yerel üniversite klinik çalışmalar etik kurulundan onay almıştır (Karar No. 2021/523, Tarih: 08/04/2021).

İstatistiksel Analiz

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi için IBM SPSS paket programının 22.0 versiyonu kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı, yüzde, ortalama \pm standart sapma olarak belirtilmiştir. Çalışma verilerinin normal dağılımda olup olmadığı incelendikten sonra parametrik verileri değerlendirmek için one-way ANOVA testi, nonparametrik verileri değerlendirmek için ise Mann Whitney-U testi yapılmıştır. Çalışmada, kategorik verileri karşılaştırmak için ki-kare testi uygulanmıştır. $P < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya dâhil edilen toplam 882 kanser hastasının %35,4'ü (n=312) kadın, %64,6'sı (n=570) erkekti. Tüm hastaların yaş ortalaması $65,74 \pm 12,94$ iken, cilt kanserlilerde yaş ortalaması en yüksek, hematolojik kanserlilerde en düşüktü ($p < 0,001$).

Kanser hastalarının çoğunluğunu (n=308, %34,9) sindirim sistemi kanserliler oluşturmaktaydı. Hepatoselüler kanser (HCC) sıklığı ise %2,0 (n=18) oranındaydı. Kadınlarda meme kanserleri, erkeklerde ise solunum sistemi kanserleri çoğunlukta idi ($p < 0,001$).

Diğer kanser türleri arasında sindirim sistemi kanserleri, baş-boyun kanserleri, ürogenital sistem kanserleri, cilt kanserleri, hematolojik kanserler ve sarkomlar vardı (Tablo 1).

Hepatit markerları cinsiyete göre değerlendirildiğinde erkek/kadın oranı; Anti HBs seropozitifliği %21,4/9,0 oranında ($p < 0,001$), HBsAg seropozitifliği %2,5/2,6 oranında ($p = 0,542$), Anti HCV seropozitifliği %0,7/1,3 oranında ($p = 0,301$) olduğu görüldü.

Kanser hastalarının kanser tiplerine göre hepatit B ve hepatit C seroprevalansı Tablo 2'de gösterilmiştir. Tüm kanser hastalarında Anti HBs seropozitifliği %17 idi. Baş-boyun kanserli hastalarda ise bu oran %27,3 olup, istatistiksel anlamlı farklılık olmamakla birlikte, diğer kanser gruplarından numerik olarak daha yüksekti ($p = 0,074$).

HBsAg tüm kanser hastalarının %2,5'inde pozitif olup, sarkomlu hastalarda bu oran diğer kanser gruplarına göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksekti (%8,3) ($p = 0,015$).

Anti HCV tüm kanser hastalarının %0,9'unda seropozitif olup, ürogenital kanserli hastalarda bu oran istatistiksel

Tablo 1. Kanser hastalarının kanser tiplerine göre yaş ve cinsiyet dağılımı

Kanser tipi	Toplam	Kadın	Erkek	Yaş, ortalama \pm SS
Baş-boyun, n (%)	44 (5,0)	16 (1,8)	28 (3,2)	61,36 \pm 11,51
Solunum, n (%)	234 (26,5)	24 (2,7)	210 (23,8)	66,62 \pm 10,31
Sindirim, n (%)	308 (34,9)	100 (11,3)	208 (23,6)	67,84 \pm 11,18
Ürogenital, n (%)	116 (13,2)	32 (3,6)	84 (9,5)	63,21 \pm 18,66
Cilt, n (%)	26 (2,9)	6 (0,7)	20 (2,3)	74,85 \pm 8,98
Hematolojik, n (%)	4 (0,5)	2 (0,2)	2 (0,2)	55,00 \pm 17,32
Sarkom, n (%)	24 (2,7)	10 (1,1)	14 (1,6)	64,67 \pm 14,66
Meme, n (%)	126 (14,3)	122 (13,8)	4 (0,5)	61,51 \pm 13,51
Toplam, n (%)	882 (100)	312 (35,4)	570 (64,6)	65,74 \pm 12,94
p		0,000*		0,000**

p*: Ki kare testi, p**: One-way ANOVA testi

Tablo 2. Kanser hastalarının kanser tiplerine göre viral hepatit B ve hepatit C seroprevalansı

Kanser Tipi	Anti HBs		HBsAg		Anti HCV	
	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif	Negatif	Pozitif
Baş-boyun, n (%)	32 (72,7)	12 (27,3)	44 (100)	0 (0)	44 (100)	0 (0)
Solunum, n (%)	200 (85,5)	34 (14,5)	222 (94,9)	12 (5,1)	234 (100)	0 (0)
Sindirim, n (%)	246 (79,9)	62 (20,1)	304 (98,7)	4 (1,3)	304 (98,7)	4 (1,3)
Ürogenital, n (%)	96 (82,8)	20 (17,2)	112 (96,6)	4 (3,4)	112 (96,6)	4 (3,4)
Cilt, n (%)	20 (76,9)	6 (23,1)	26 (100)	0 (0)	26 (100)	0 (0)
Hematolojik, n (%)	4 (100)	0 (0)	4 (100)	0 (0)	4 (100)	0 (0)
Sarkom, n (%)	20 (83,3)	4 (16,7)	22 (91,7)	2 (8,3)	24 (100)	0 (0)
Meme, n (%)	114 (90,5)	12 (9,5)	126 (100)	0 (0)	126 (100)	0 (0)
Toplam, n (%)	732 (83,0)	150 (17,0)	860 (97,5)	22 (2,5)	874 (99,1)	8 (0,9)
p	0,074		0,015		0,071	

p: Ki kare testi

anamlı farklılık olmamakla birlikte, numerik olarak diğer gruplara göre daha yüksekti (%3,4) ($p=0,071$).

Hastaların %80,5'inde ($n=710$) Anti HBs ve HBsAg her ikisi de seronegatif (Tablo 2).

TARTIŞMA

Tıbbi Onkoloji Polikliniğine başvuran kanser hastalarının viral hepatit markerlarının karşılaştırıldığı çalışmamızda hastaların %34,9'u sindirim sistemi kanseri tanılıydı ($p<0,001$). Çalışmamızda, hepatit markerları cinsiyete göre değerlendirildiğinde Anti HBs seropozitifliği erkeklerde daha yüksek orandaydı (E/K: %21,4/9,0) ($p<0,001$). HBsAg (E/K: %2,5/2,6) ($p=0,542$) ve Anti HCV (E/K: %0,7/1,3) ($p=0,301$) oranlarının ise her iki cinsiyette benzer olduğu görüldü. Kanser hastalarında cinsiyet ile HBV ilişkisinin değerlendirildiği Utkan ve ark.'nın yaptığı çalışmada, Anti HBs pozitifliği, erkeklerde daha yüksek oranda saptanmıştır (E/K: %30,8/24,6). Yine aynı çalışmada, HBsAg oranının istatistiksel olarak anlamlı olamamakla birlikte, erkeklerde daha sık görüldüğü (E/K: %3,8/1,9) bildirilmiştir.^[2] Yurtsever ve ark.'nın çalışmasında ise, aksine erkeklerde daha düşük oranda gözlenmiştir.^[7]

Çalışmamızda erişkin kanserli hastaların %2,5'inde HBsAg pozitifliği, %0,9'unda Anti HCV pozitifliği, %17,0'sinde de Anti HBs pozitifliği. Tüm kanser hastalarında Anti HBs seropozitifliği ($p=0,074$) ve Anti HCV seropozitifliği ($p=0,071$) açısından kanser grupları arasında fark görülmezken, HBsAg seropozitifliği ($p=0,015$) açısından fark görüldü, sarkomlu hastalarda HBsAg seropozitifliği diğer kanser gruplarına göre daha yüksekti (%8,3). Balık ve ark.'nın çalışmasında, ülkemizde hemodiyaliz hastaları, çoklu transfüzyon hastaları, hemofili hastaları, talasemili hastalar ve kanser hastaları gibi riskli grupta Anti HCV prevalansı %11,4 olarak bildirilmiştir.^[18] Daha önceki çalışmalarda, hematolojik kanseri olanlarda HBV prevalansı %12-26 arasında yüksek olarak gözlenmiştir.^[16,17,19] Ancak, solid organ tümörlü hastalarda HBsAg pozitifliği daha az oranda bildirilmiştir.^[20] Türkoğlu ve ark.'nın çalışmasında, solid organ tümörü olan hastalarda HBV prevalansı %3,5 oranında saptanmış olup, ülkemizdeki normal popülasyonla benzerdir.^[14] Kemoterapi hastalarından HBsAg pozitifliği olanların HBV reaktivasyon insidansı %26-53 oranında bildirilmiştir.^[21,22] HBV reaktivasyon riskinin, tedavi sırasında ve tedaviden 6 ay sonraki süreye kadar devam edebileceği ve altta yatan hastalık, virolojik durum, verilen kemoterapötik ajan ve kemoterapi uygulama

süresi ile değişebileceği bildirilmiştir.^[23] Kemoterapi alan hastalarda hepatit reaktivasyonuna bağlı olarak tedavide gecikme, tedavinin kesilmesi ve fulminan hepatit gibi ciddi sorunlar gözlenmiştir.^[9,10,24] Kose ve ark.'nın çalışmasında, HBsAg pozitifliği %4,2, Anti HBs pozitifliği %34,6, Anti HCV pozitifliği %0,7 olarak saptanmıştır.^[11] Utkan ve ark.'nın çalışmasında, yeni tanı konulmuş 500 kanserli hastada HBsAg %4,8, Anti HBs %14 ve Anti HCV %2,8 olarak bildirilirken, 500 kişiden oluşan kanser dışı nedenle hastaneye başvuran kontrol grubunda ise bu oranlar sırasıyla %1,2, %42,4 ve %1,4 olarak bildirilmiştir.^[2] Malaguenera ve ark., Anti HCV seroprevalansını değerlendirdikleri çalışmalarında, 236 kanser hastasının 87'sinde (%36) ve 300 kontrol hastasının 32'sinde (%10) Anti HCV pozitifliği bildirmişlerdir. İki grup arasındaki karşılaştırmada, böbrek kanseri, mesane kanseri veya prostat kanseri olan hastalar ile kontrol grubunu oluşturanlar arasında anlamlı fark görülmüştür ($p<0,001$). Bu hastaların sık hastaneye yatışları nedeniyle HCV enfeksiyonuna daha yatkın olduğu ve tümörlü hastalardaki immünolojik değişikliklerin HCV enfeksiyonu eşiklerini düşürebileceği bildirilmiştir.^[25] Kanserli hasta grubunda, tedaviden önce hepatit markerlerinin bakılmasının önemli olduğu bildirilmiştir.^[2]

Ülkemiz HBV bakımından, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre orta endemik bölge olarak değerlendirilmiştir.^[26] HBV seroprevalansı ülkemizdeki farklı çalışmalarda %0,8-7,0 oranında saptanmıştır.^[7] Çalışmamızda, HBV seroprevalansı %2,5 oranındaydı. HBV'nin düşük seroprevalansı, HCV ve HBV için kan ürünlerinin taranmasından ve HBV'ye karşı yaygın aşılama programlarından kaynaklanmış olduğu düşünülmüştür.^[11] Türkoğlu ve ark.'nın çalışmasında, HBV prevalansı solid organ tümörlülerde %5 oranında bildirilmiştir.^[14] Bu oran ülkemizdeki normal popülasyona benzerdir. Solid organ tümörlülerde HBV pozitifliği daha az oranda gözlenmekte iken, hematolojik kanserli hastalarda yapılan çalışmalarda HBV prevalansı daha yüksek (%12-26) oranlarda bildirilmiştir.^[7] Çalışmamızda, hematolojik kanserli 4 hastada HBV ya da HCV görülmemiştir. Bu durum hasta sayımızın az olması ile ilişkilendirilebilir.

Eren ve ark. sitotoksik kemoterapi uygulanan 1.826 hastada HBsAg seropozitifliğini yaklaşık %5 oranında bulmuşlardır. Bu oranın Türkiye'de tahmin edilen HBV seroprevalansına çok yakın olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, sitotoksik kemoterapi gören hastaların %15'inde HBV yeniden aktive olmuştur.^[27] Kocaoğlu ve ark., HBsAg seropozitif olan solid organ kanserlilerde yaptıkları çalışmada, baş-boyun

kanserlilerde (%5,8) diğer kanserlilerden daha yüksek oranda HBsAg pozitifliği bulmuşlardır.^[28] Yurtsever ve ark.'nın çalışmasında, HBsAg pozitif olan 28 hastadan 10'u gastrointestinal sistem kanserli, dokuzu meme kanserlidir. Bu hastaların altısında HBV-DNA pozitifliği saptanmıştır.^[7] Çalışmamızda, Sarkomlu hastalarda HBsAg seropozitiflik oranı diğer kanser gruplarına göre daha yüksekti (%8,3) (p=0,015). Literatürde sarkomlu hastalarda hepatit virüslerinin epitelyal tümörlü hastalara göre daha fazla bulunduğu dair veri olmasa da, Xie ve ark. çalışmalarında kronik HBV taşıyıcılarında Kaposi sarkomu görülme sıklığının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.^[29]

Daha önceki çalışmalarda, tüm kanserli hastalar içinde HCC oranı yaklaşık %2 olarak bildirilmiştir.^[2] Bizim çalışmamızda da HCC sıklığı 882 hastada %2,0 oranında olup, bu oran literatürle uyumludur.

Çalışmamızda, sekiz (%0,9) hastada Anti HCV pozitifliği saptandı ve ürogenital kanserli hastalarda Anti HCV pozitif kişi sayısı diğer gruplara göre daha yüksekti (%3,4). Uzun ve ark.'nın çalışmasında, akciğer kanserli hastalarda Anti HCV pozitiflik oranının (%6,7) normal Türk popülasyonuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu bildirilmiştir.^[30] Paydaş ve ark.'nın çalışmasında ise, non-Hodgkin lenfomalı hastalarda %8-10 oranında Anti HCV seropozitifliği bildirilmiştir.^[31]

Çalışmamızda, hastalarda HBV bulaşıklığı %17,0 oranındaydı ve bu oran baş-boyun kanserli hastalarda %27,3 olup, diğer kanser gruplarından daha yüksekti. Sara ve ark. baş-boyun kanserlilerde hepatit B ve C virus prevalansını araştırdıkları çalışmalarında, kontrol grubuna göre anlamlı bir yükseklik tespit etmelerine rağmen, bu artışı herhangi bir nedene bağlayamamışlardır.^[32] Literatürde, hepatit taşıyıcısı olan kanserlilerde, hepatit reaktivasyonunu azaltmak için profilaktik antiviral tedavi uygulanması ve kemoterapi sırasında steroid kullanılmaması önerilmektedir.^[33] Kanser hastalarında tedaviden önce hepatit markerları bakılmalıdır, gerek görülen hastalarda ise HBV aşısı uygulanabilir.^[2]

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlar retrospektif oluşu, tek merkezli oluşu ve kontrol grubumuzun olmamasıdır. Çalışmada, kanserli hastaların hepatit prevalansı incelendiği için, tetkik ve tedavideki ileri incelemeleri içeren HBV-DNA, HCV-RNA, HBeAg ve diğer ek parametreler değerlendirilmemiştir.

Sonuç olarak, bulgular ülkelere ve aynı ülkedeki farklı bölgelere göre değişiklik göstermekle birlikte, çalışmamızda erişkin kanserli hastaların %2,5'inde HBsAg seropozitifliği, %0,9'unda Anti HCV seropozitifliği, %17,0'sinde ise Anti HBs seropozitifliği. Anti HBs seropozitifliği ve Anti HCV seropozitifliği açısından kanser grupları arasında fark görülmezken, sarkomlu hastalarda HBsAg seropozitifliğinin diğer kanser gruplarına göre daha yüksek olmasının nedenlerini hem çalışmamızda hem de literatürde açıklayabilecek yeterli bilgilere ulaşamadık. Bu durumu açıklayabilecek daha geniş hasta sayılarını içeren ileri moleküler tabanlı laboratuvar çalışmalarına gereksinim vardır. Onkolojik tedavi planlanan kanser hastalarındaki hepatit virüslerine bağlı komplikasyonların önüne geçebilmek için kemoterapi öncesi hastalara viral hepatit B ve hepatit C taraması yapılması önem arz etmektedir.

Etik Kurul Onayı: Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (08.04.2021 - 2021/523).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Karabuk University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (08.04.2021 - 2021/523).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Kose S, Olmezoglu A, Gozaydin A, Ece G. Seroprevalence of hepatitis B and C among oncology patients in Turkey. J Health Popul Nutr 2011; 29: 652.
2. Utkan G, Azap A, Muallaoglu S, et al. Kanserli hastalarda hepatit B ve C sıklığı: Vaka kontrol çalışması. Int J Hematol Oncol 2006; 16: 103-7.
3. İnci H, Aşgın N, İnci F, Adahan D. Bir üniversite hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerde yaş gruplarına göre viral hepatit seroprevalansı. Konuralp Med J 2020; 12: 34-8.
4. Recep E, Kulaksız D, Tekin YB, Kübra B. Trabzon ilinde gebelerde Hepatit B, Hepatit C, HIV ve RPR seropozitifliği. Gümüşhane Üniv Sağlık Bil Derg; 10: 507-12.
5. İnci A, Okay M, Güven D. Artvin Devlet Hastanesi'ne başvuran hastalarda HBsAg, Anti-HBs, Anti-HCV ve Anti-HIV seroprevalansı. Viral Hepatit Derg 2013; 19: 41-4.
6. İraz M, Gültepe B, Doymaz MZ. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran hastalarda HBsAg, Anti-HBs ve Anti-HCV seroprevalansı. Viral Hepatit Derg 2013; 19: 106-9.
7. Yurtsever SG, Kaya S, Arkalı T, et al. Medikal onkoloji hastalarında hepatit B seroprevalansı. Prevalence 2020; 30: 38.
8. Torre LA, Bray F, Siegel RL, et al. Global cancer statistics, 2012. CA: Cancer J Clinicians 2015; 65: 87-108.

9. Perrillo RP. Acute flares in chronic hepatitis B: the natural and unnatural history of an immunologically mediated liver disease. *Gastroenterology* 2001; 120: 1009-22.
10. Tsai FC, Hsieh SC, Chen DS, Sheu JC. Reactivation of hepatitis B virus in rheumatologic patients receiving immunosuppressive agents. *Dig Dis Sci* 2006; 51: 1627-32.
11. Tanaka Y. Risk management of HBV reactivation: construction of check system. *Rinsho byori Jpn J Clin Pathol* 2015; 63: 1052-9.
12. Yeo W, Chan PK, Hui P, et al. Hepatitis B virus reactivation in breast cancer patients receiving cytotoxic chemotherapy: a prospective study. *J Med Virol* 2003; 70: 553-61.
13. Idilman R, Arat M, Soydan E, et al. Lamivudine prophylaxis for prevention of chemotherapy-induced hepatitis B virus reactivation in hepatitis B virus carriers with malignancies. *J Viral Hepat* 2004; 11: 141-7.
14. Türkoğlu E, Uysal M, Demirtürk N. Kemoterapi uygulanan onkoloji hastalarında hepatit B serolojisi. Presented at the XVIIth Turkish Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; 2015; 2015. p. 29.
15. Yeo W, Chan PK, Zhong S, et al. Frequency of hepatitis B virus reactivation in cancer patients undergoing cytotoxic chemotherapy: a prospective study of 626 patients with identification of risk factors. *J Med Virol* 2000; 62: 299-307.
16. Liao CA, Lee CM, Wu HC, et al. Lamivudine for the treatment of hepatitis B virus reactivation following chemotherapy for non-Hodgkin's lymphoma. *Br J Haematol* 2002; 116: 166-9.
17. Cheng AL, Hsiung CA, Su IJ, et al. Steroid-free chemotherapy decreases risk of hepatitis B virus (HBV) reactivation in HBV-carriers with lymphoma. *Hepatology* 2003; 37: 1320-8.
18. Balık I, Onul M, Kandilci S, et al. Çeşitli gruplarda hepatit C virus antikorlarının prevalansı. *Gastroenterohepatoloji* 1990; 1: 55.
19. Lok AS, Liang RH, Chiu EK, et al. Reactivation of hepatitis B virus replication in patients receiving cytotoxic therapy: report of a prospective study. *Gastroenterology* 1991; 100: 182-8.
20. Yeo W, Hui EP, Chan AT, et al. Prevention of hepatitis B virus reactivation in patients with nasopharyngeal carcinoma with lamivudine. *Am J Clin Oncol* 2005; 28: 379-84.
21. Huang H, Li X, Zhu J, et al. Entecavir vs lamivudine for prevention of hepatitis B virus reactivation among patients with untreated diffuse large B-cell lymphoma receiving R-CHOP chemotherapy: a randomized clinical trial. *Jama* 2014; 312: 2521-30.
22. Di Bisceglie AM, Lok AS, Martin P, et al. Recent US Food and Drug Administration warnings on hepatitis B reactivation with immune-suppressing and anticancer drugs: just the tip of the iceberg? *Hepatology* 2015; 61: 703-11.
23. Liver EAFTSOT. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatology* 2017; 67: 370-98.
24. Yeo W, Chan PK, Ho WM, et al. Lamivudine for the prevention of hepatitis B virus reactivation in hepatitis B s-antigen seropositive cancer patients undergoing cytotoxic chemotherapy. *J Clin Oncol* 2004; 22: 927-34.
25. Malaguarnera M, Gargante MP, Risino C, et al. Hepatitis C virus in elderly cancer patients. *Eur J Intern Med* 2006; 17: 325-9.
26. Yurtsever SG, Güngör S, Afşar İ, et al. Preoperatif dönemdeki hastalarda HBsAG, Anti-HCV, Anti-HIV pozitiflik oranları. *PREVALENCE* 2009; 30: 38.
27. Eren OO, Artac M, Boruban MC, et al. Chemotherapy-induced Hepatitis B virus reactivation in HbsAg positive cancer patients: a single center experience. *Med Oncol* 2009; 26: 386-92.
28. Kocoglu H, Karaca M, Tural D, et al. Hepatitis B and C rates are significantly increased in certain solid tumors: A large retrospective study. *J Cancer Res Ther* 2018; 14: 774.
29. Xie Y, Ruan B, Chen Y, et al. Kaposi's sarcoma-associated herpesvirus infection in Chinese patients with chronic hepatitis B. *J Med Virol* 2011; 83: 879-83.
30. Uzun K, Alici S, Özbay B, et al. The incidence of hepatitis C virus in patients with lung cancer. *Turk Respir J* 2002; 3: 91-3.
31. Paydas S, Ergin M, Tanriverdi K, et al. Detection of hepatitis C virus RNA in paraffin-embedded tissues from patients with non-Hodgkin's lymphoma. *Am J Hematol* 2004; 76: 252-7.
32. Abuse S, Administration MHS. Impact of the DSM-IV to DSM-5 Changes on the National Survey on Drug Use and Health. 2016.
33. Yeo W, Zee B, Zhong S, et al. Comprehensive analysis of risk factors associating with Hepatitis B virus (HBV) reactivation in cancer patients undergoing cytotoxic chemotherapy. *Br J Cancer* 2004; 90: 1306-11.

Sütçocukluğu Döneminde Çocukların Anne Sütü Alma Özellikleri ve İlişkili Faktörler: Birinci Basamak Tabanlı Kesitsel Bir Çalışma

Breastfeeding Characteristics and Associated Factors of Children in Infancy: A Cross-sectional Study Based on Primary Care

Betül Yılmaz[®], Melda Dibek Büyükdinç[®], Münevver Kaynak Türkmen[®], Okay Başak[®]

Atf/Cite as: Yılmaz B, Dibek Büyükdinç M, Kaynak Türkmen M, Başak O. Sütçocukluğu döneminde çocukların anne sütü alma özellikleri ve ilişkili faktörler: Birinci basamak tabanlı kesitsel bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(2):43-52.

ÖZ

Amaç: Birinci basamak popülasyonda ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma ve bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme sıklıkları ile annelerin sosyodemografik ve emzirme özelliklerinin bunlar üzerindeki etkisinin belirlenmesidir.

Yöntem: Kesitsel ve analitik nitelikteki çalışma Aydın ili, Efeler ilçesinde, 1 Ekim-31 Aralık 2019 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın evrenini, ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinden (ASM) hizmet alan 12-24 ay arasındaki 3.675 sütçocuğu oluşturmaktaydı. Yapılan güç analizi ile belirlenen 160 katılımcının 120'siyle kentsel, 40'ıyla kırsal ASM'lerde görüşme planlandı. Toplamda 225 (55 kırsal, 170 kentsel) katılımcıya ulaşıldı. Sosyodemografik özellikler ve anne sütü almaya ilişkin bilgileri toplamaya yönelik düzenlenen veri toplama formu araştırmacı tarafından ASM'lerde yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 19,1±5,0 ay (ortanca 18,0; 12-24 ay arası) olan sütçocuklarının %51,1'i (115) kız idi. Çalışmaya katılan sütçocuklarının tek başına anne sütü alma süresi ortalama 3,5±2,4 ay ve ilk 6 ay yalnızca anne sütü alma oranı %32,9 (74)'du. Sütçocukları ortalama olarak 10,2±3,4 ay emzirilmişti ve bir yılın sonunda anne sütüne devam eden sütçocuklarının oranı %74,7 (168) idi. İlk altı ayda yalnızca anne sütü alma olasılığı ve bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme olasılığı doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirmeye başlanan (p=0,007), emzik/biberon kullanmayan (p=0,000) ve birinci ayda her seferinde 15 dk.'dan daha uzun süre emzirilen (p=0,003) sütçocuklarında daha fazlaydı. Bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme olasılığı, yalnızca annenin baktığı sütçocuklarında daha fazlaydı (p=0,007).

Sonuç: İlk aylarda sütçocuğunun bir emzirme seansında her bir memeyi 15 dk. ve üzerinde emmesi ve annenin bebeğiyle geçirdiği sürenin artırılması anne sütü almaya olumlu etkilemektedir. Aile hekimlerinin bakım veren yakınlarla emzirme üzerine bilgi ve eğitim vermesi sütçocukluğu döneminde çocukların anne sütü almasını artıracaktır. Buna yönelik toplum düzeyinde farkındalık çalışmalarının da artırılması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Sütçocukluğu, anne sütü, emzirme, birinci basamak

ABSTRACT

Objective: It is to determine the frequency of exclusive breastfeeding in the first six months and continued breastfeeding at the end of the first year in the primary care population, and the effects of mothers' socio-demographic and breastfeeding characteristics on these.

Methods: The cross-sectional and analytical study was performed in Aydın Efeler district between 01 October and 31 December, 2019. The population of the study consisted of 3675 infants aged 12-24 months who received service from the Family Health Centers (FHC) in the district. Of the 160 participants determined by the power analysis, 120 of them were planned to be interviewed in urban and 40 in rural FHCs. A total of 225 (55 rural, 170 urban) participants were reached. The data collection form prepared to collect information on sociodemographic characteristics and breast feeding was applied face to face by the researcher.

Results: 51.1% (115) of infants with a mean age of 19.1±5.0 months (median 18.0; between 12-24 months) were girls. Exclusive breast feeding duration of infants participating in the study was 3.5±2.4 months in average and exclusive breast feeding rate was 32.9% (74) in the first six months. The infants were breast fed for an average duration of 10.2±3.4 months and the rate of infants continuing breast feeding at the end of one year was 74.7% (168). In the first six months the probability of exclusive breastfeeding and the probability of continuing breastfeeding at the end of one year were higher; in infants who started breastfeeding with in the first hour after birth than those who did not (p=0,007), in infants who do not use pacifiers or bottles than those who use it (p=0,000) and in infants who are

Received/Geliş: 28.11.2021

Accepted/Kabul: 03.06.2022

Publication date: 27.06.2022

Corresponding Author:

M. Dibek Büyükdinç

ORCID: 0000-0001-7349-0758

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,

Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

✉ meldadibek@hotmail.com

B. Yılmaz

ORCID: 0000-0003-2874-4477

Cerkezköy İlçe Sağlık Müdürlüğü,

İstasyon Aile Sağlığı Merkezi,

Tekirdağ, Türkiye

M. Kaynak Türkmen

ORCID: 0000-0001-8436-6613

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,

Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve

Hastalıkları Anabilim Dalı,

Aydın, Türkiye

O. Başak

ORCID: 0000-0003-4669-3976

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi,

Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, Aydın, Türkiye

breastfed for 15 minutes or more in the first month than those who are not breastfed ($p=0,003$). The probability of continuing breastfeeding at the end of one year was higher in infants only looked after by their mothers compared to infants of supported mothers ($p=0,007$).

Conclusion: The infant sucking each breast for at least 15 minutes during a breast-feeding session especially in the first months and increasing the time the mother spends with her infant positively effects breast feeding. Providing information and training on breastfeeding to caregivers by family physicians will increase the intake of breast milk by children during infancy. It is important to increase awareness on this issue at the community level.

Keywords: Infancy, breast milk, breastfeeding, primary care

GİRİŞ

Anne sütü yenidoğanın fiziksel, ruhsal ve zihinsel gelişimi için gerekli tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini barındıran, biyoyararlanımı yüksek, sindirimi kolay, doğal bir besindir. Her annenin sütü kendi çocuğunun gereksinimine yönelik olarak farklı niteliktedir. Emzirmenin hem anne hem de çocuk için immünolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik pek çok yararı söz konusudur.^[1-3] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF), tüm sütçocuklarının, doğumdan itibaren ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmelerini, 7. ayda ek gıdalara başlanmasını ve 2 yaşına kadar anne sütünün devamını önermektedir.^[4]

Kadınların iş yaşamına katılımının artmasıyla birlikte, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde erken anne sütüne başlanmasına karşın emzirmenin sürdürülmesinde ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu sorunlar hükümet programlarına alınarak anne sütünün teşvikine yönelik yasal düzenlemeler ve sivil toplum kampanyaları yürütülmektedir.^[5,6] Tüm çalışmalara rağmen, ülkemizde en son yayınlanan Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre, iki yaşın altındaki çocukların yalnızca %53'ü yaşa uygun olarak emzirilmiş ve 6 aya kadar yalnızca anne sütü alma oranı %41 olarak bulunmuştur.^[7] Bölgemizde 2015 yılında farklı bir hedef grupta erken ek gıdaya başlamanın anne sütüyle beslenme üzerine etkisini araştıran bir çalışmada, sütçocuklarının ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma oranı %56, yalnızca anne sütü alma süresi ortalama 5 ay ve toplam emzirme süresi ise ortalama 10 ay olarak bildirilmiştir.^[8] Sonuç olarak, yalnızca anne sütüyle beslenme önerildiği şekilde yaygın olarak uygulanmamaktadır. Yalnızca anne sütü alma oranının beklenenin altında olması sosyoekonomik, demografik, kültürel, obstetrik, pediatrik faktörlerle ilişkilidir ve toplumdan topluma farklılık göstermektedir.^[9,10] Bölgemizde annelerin anne sütüyle beslenmeye ilişkin tutum ve davranışlarının ve bunların ilk bir yaşta sütçocuklarının anne sütü alma durumlarıyla ilişkisinin

bilinmesi, aile hekimlerinin özellikle ilk altı ayda yalnızca anne sütüyle beslenme oranlarını artırma çabaları için önemlidir.

Çalışmamızın amacı bölgemizde birinci basamak popülasyonda ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma ve ilk bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme sıklıkları ile annelerin sosyodemografik ve emzirme özelliklerinin bunlar üzerindeki etkisinin belirlenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel analitik desendeki bu anket çalışması Aydın ili, Efeler ilçesinde altısı kentsel ve ikisi kırsal yerleşimli olmak üzere toplam sekiz Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) yapılmıştır.

Aydın ili, Efeler ilçesinde bulunan tüm ASM ve bu merkezlerden hizmet alan 12-24 ay arası sütçocukları çalışmanın evrenini oluşturdu (32 ASM ve 3.675 sütçocuğu). Örneklem büyüklüğü 3.675 bilinen evrende, 0,30 olan ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma prevalansı^[7] öngörülerek, 0,10 örnekleme hatası ile 80 olarak belirlendi. Ancak, bu sayının en az iki katına (160) ulaşılması hedeflendi.^[11] Örneklem seçimi tabakalı örnekleme yöntemiyle yapıldı. 2016 nüfus verilerine göre Türkiye nüfusunun yaklaşık olarak %80'inin kentsel bölgelerde yaşamakta olduğu dikkate alınarak, çalışmaya alınacak 160 kişinin 120'siyle kentsel ve 40'ıyla kırsal bölgelerdeki ASM'lerde görüşülmesi planlandı. Buna göre, Aydın Efeler ilçesinde 23'ü merkezde ve dokuzu kırsal bölgede bulunan toplam 32 ASM'den rastgele yöntemle altı kentsel ve iki kırsal yerleşimli ASM belirlendi. Sekiz ASM'nin her birinden toplam nüfusları dikkate alınarak çalışmaya alınacak katılımcı sayısı belirlendi. Katılımcılar çalışmaya alınırken, o ASM'de çalışılan gün, bekleme salonlarında bekleyenlerle görüşülerek rastgele alınmış olup, önceden herhangi bir yöntemle belirlenmedi. Toplamda 55 kırsal 170 kentsel olmak üzere 225 katılımcıya ulaşıldı. Araştırma 1 Ekim 2019 – 31 Aralık 2019 tarihleri arasında yapıldı.

Çalışma için belirlenen tarihlerde belirlenen ASM'lere başvuran, annesi çalışmaya katılmayı kabul eden, zamanında doğmuş, yaşları 12-24 ay arasında ve en az bir kez anne sütü almış olan sütçocukları çalışmaya alındı.

Veriler amaca uygun olarak hazırlanan bir veri toplama formuyla sütçocuklarının anneleriyle yüz yüze görüşülerek toplandı. Formda anne ve sütçocuğuna ait sosyodemografik özelliklerin yanı sıra çocuğun doğum şekli, annenin çocuğunu emzirme özellikleri (doğum sonrası birinci saat ve birinci günde emzirmeye başlama, aylara göre emzirme sıklığı ve süresi, sütçocuğunun yalnızca anne sütü alma süresi, ilk yıl içinde toplam anne sütü alma süresi), formül süt kullanma durumu, tamamlayıcı gıdalara başlama zamanı, emzik/biberon kullanımı, sütçocuğunun bakımı için sosyal destek durumu ve postpartum depresyon varlığı sorgulandı. İlk altı ay yalnızca anne sütü alma ve birinci yılın sonunda anne sütü almaya devam etme durumları bağımlı değişken, diğerleri bunlara etki eden bağımsız değişkenler olarak ele alındı.

Verilerin analizi SPSS 20.0 İstatistik Paket Programı ile yapıldı. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiklerin yanı sıra niceliksel değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi, kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi ve bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkenler üzerindeki karıştırıcılardan bağımsız etkisini ve etki derecesini belirlemek için ikili ve çoklu lojistik regresyon analizleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Çalışma için gerekli etik onay, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 26/09/2019 Protokol No. 2019/138), çalışmanın ASM'lerde yapılması nedeniyle gerekli idari izin İl Sağlık Müdürlüğü'nden alındı (Tarih: 08/10/2019 Barkod No. 103129153). Araştırmaya katılan bütün katılımcıların annelerinden çalışma hakkında bilgi verildikten sonra sözlü onam alındı.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması $30,4 \pm 5,2$ yıl (ortanca 30,0; 18-45 yaş arası) olan annelerin %45,8'i (103 anne) 12 yıl ve üzeri eğitimliydi; %62,2'si (140 anne) orta düzeyde (2.000-6.800 TL) aylık aile gelirin

sahipti ve %64'ü (144 anne) gelir getirici bir işte çalışmamaktaydı.

Çalışmaya katılan annelerin %5,8'i (13 anne) gebeliği sırasında sigara kullanmıştı; %8,4'ünde (19 anne) postpartum depresyon öyküsü bulunmaktaydı. Annelerin %68'i (153 anne) çocuğuna yalnızca kendisinin baktığını belirtti. Yüzde 56'sı (126 anne) çocuğuna formül süt vermiş olan annelerin %36,4'ü (82 anne) tamamlayıcı beslenmeye önerilen süreden önce başlamıştı.

Yaş ortalaması $19,1 \pm 5,0$ ay (ortanca 18,0; 12-24 ay arası) olan sütçocuklarının %51,1'i (115 sütçocuğu) kız ve %48,4'ü (109 sütçocuğu) ailenin ilk çocuğu idi. Yüzde 51,6'sı (116 sütçocuğu) emzik/biberon kullanmış olan sütçocuklarının %61,3'ü (138 sütçocuğu) sezaryenle doğmuştu. Sütçocuklarının %32,9'u (74 sütçocuğu) ilk altı ayda yalnızca anne sütü ile beslenmişti. Çalışmaya

Tablo 1. Çalışmaya alınan süt çocuklarının anne sütü alma durumuna ilişkin özellikler, s=225

Süt çocuklarının anne sütü alma özellikleri	
Sadece anne sütü alma süresi, Ort±SS	3,5±2,4 ay
İlk bir yılda anne sütü alma süresi, Ort±SS	10,2±3,4 ay
	Sayı (%)
İlk altı ay anne sütü alan süt çocukları	197 (87,6)
İlk altı ay yalnızca anne sütü alan süt çocukları	74 (32,9)
Bir yaştan sonra anne sütü almaya devam eden süt çocukları	168 (74,7)
Toplam	225 (100)

alınan sütçocuklarının anne sütü alma durumuna ilişkin özellikler Tablo 1'de gösterilmiştir. Diğer sosyodemografik ve anne sütü alma özellikleri anlamlı çıkmamıştır.

Çalışmaya katılan annelerin ilk altı ay sütçocuklarını emzirme sıklıkları ve her seferinde her bir memeyi emzirme süreleri değerlendirildi. Birinci ay annelerin yaklaşık 1/3'i (78 anne, %35,9) sütçocuğunun istediği sıklıkta ve yarıdan fazlası (127 anne; %58,5) her seferinde her bir memeyi 15 dk.'dan daha fazla emzirmişti. Çocuğun yaşı büyüdükçe sütçocukları istedikçe emzirme sıklığı artış göstermekte, emzirme süresi ise kısalıyordu. Annelerin sütçocuklarını emzirme sıklığı ve emzirme süresine ilişkin özellikler Tablo 2'de verilmiştir. Diğer emzirme özellikleri anlamlı çıkmamıştır.

Tablo 2. Çalışmaya katılan annelerin emzirme sıklığı ve her bir memeyi emzirme süresi, s=225

Çocuk yaşı	Emzirme sıklığı	Sayı (%)	Emzirme süresi	Sayı (%)
1 ay	Çocuğun istediği sıklıkta	78 (35,9)	0-5 dakika	23 (10,6)
	1-2 saat aralıklarla	132 (60,8)	6-15 dakika	67 (30,9)
	2 saatten uzun	7 (3,2)	15 dakika üzeri	127 (58,5)
2 ay	Çocuğun istediği sıklıkta	80 (37,6)	0-5 dakika	20 (9,4)
	1-2 saat aralıklarla	128 (60,1)	6-15 dakika	68 (31,9)
	2 saatten uzun	5 (2,3)	15 dakika üzeri	125 (58,7)
3 ay	Çocuğun istediği sıklıkta	100 (48,3)	0-5 dakika	14 (6,8)
	1-2 saat aralıklarla	67 (32,4)	6-15 dakika	94 (45,4)
	2 saatten uzun	40 (19,3)	15 dakika üzeri	99 (47,8)
4 ay	Çocuğun istediği sıklıkta	107 (52,0)	0-5 dakika	16 (7,8)
	1-2 saat aralıklarla	42 (20,6)	6-15 dakika	119 (58,3)
	2 saatten uzun	55 (27,0)	15 dakika üzeri	69 (33,8)
5 ay	Çocuğun istediği sıklıkta	97 (48,5)	0-5 dakika	16 (8,0)
	1-2 saat aralıklarla	33 (16,5)	6-15 dakika	125 (62,5)
	2 saatten uzun	70 (35,0)	15 dakika üzeri	59 (29,5)
6 ay	Çocuğun istediği sıklıkta	87 (44,6)	0-5 dakika	19 (9,7)
	1-2 saat aralıklarla	26 (13,3)	6-15 dakika	121 (62,1)
	2 saatten uzun	82 (42,1)	15 dakika üzeri	55 (28,2)

İlk Altı Ay Yalnızca Anne Sütü Alma Üzerine Etkili Değişkenler

Emzirmeye 1. saatte ve 1. gün içinde başlama ve emzik/biberon kullanmama ile 1, 2, 3 ve 4. aylardaki emzirme süreleri ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma bağımlı değişkenimizle ilişkili bağımsız değişkenlerdir (Tablo 3).

İkili analizlerde ilişkili bulunan bağımsız değişkenlerin ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma üzerine etki derecelerini belirlemek üzere ikili ve çoklu lojistik regresyon analizleri yapıldı. Birinci aydaki emzirme süresi değişkeni 2. ve 3. aydaki emzirme süresi

değişkenleriyle yüksek derecede ilişkili olduğu için son iki değişken regresyon analizine alınmadı.

Beş değişkenin alındığı regresyon analizinde modele üç değişken girdi. İlk altı ayda yalnızca anne sütü alma sıklığı doğumdan sonraki ilk saat içinde emzirilmeye başlanan sütçocuklarında emzirilmeyenlere göre 4,0 kat, emzik/biberon kullanmayan sütçocuklarında kullananlara göre 3,4 kat ve birinci ayda her seferinde 15 dk.'dan daha uzun süre emzirilen sütçocuklarında daha az emzirilenlere göre 2,8 kat daha fazlaydı. İkili ve çoklu analizlerde ilk altı ayda anne sütü alma üzerine etkili olan bağımsız değişkenler Tablo 4'te gösterilmiştir.

Tablo 3. İlk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumu ile ilişkili etkenler

Bağımsız değişkenler		6 ay yalnızca anne sütü alma		Toplam Sayı (%)	İstatistik*
		Hayır Sayı (%)	Evet Sayı (%)		
Emzirmeye başlama (1. saat)	Yok	36 (85,7)	6 (14,3)	42 (18,7)	p=0,008
	Var	115 (62,8)	68 (37,2)	183 (81,3)	
Emzirmeye başlama (1. gün)	Yok	18 (94,7)	1 (5,3)	19 (8,4)	p=0,015
	Var	133 (64,6)	73 (35,4)	206 (91,6)	
Emzik/biberon kullanımı	Yok	58 (53,2)	51 (46,8)	109 (48,4)	p=0,001
	Var	93 (80,1)	23 (19,9)	116 (51,6)	
Emzirme süresi 1. ay	15 dakika altı	70 (77,7)	20 (22,3)	90 (41,5)	p=0,003
	15 dakikadan fazla	74 (58,2)	53 (41,8)	127 (58,5)	
Emzirme süresi 2. ay	15 dakika altı	68 (77,2)	20 (22,8)	88 (41,3)	p=0,003
	15 dakikadan fazla	72 (57,6)	53 (42,4)	125 (58,7)	
Emzirme süresi 3. ay	15 dakika altı	80 (74,0)	28 (26,0)	108 (52,2)	p=0,003
	15 dakikadan fazla	54 (54,5)	45 (45,5)	99 (47,8)	
Emzirme süresi 4. ay	15 dakika altı	94 (69,6)	41 (29,4)	135 (66,2)	p=0,036
	15 dakikadan fazla	37 (53,6)	32 (46,4)	69 (33,8)	
Toplam		151 (67,1)	74 (32,9)	225 (100)	

* Ki-kare testi

Tablo 4. İkili ve çoklu analizlerde ilk altı ayda anne sütü alma üzerine etkili olan değişkenler

Bağımsız Değişkenler	Bağımlı Değişken: İlk altı ay yalnızca anne sütü alma					
	İkili Analiz			Çoklu Analiz (Forward LR ^b)		
	OR*	%95 GA*	p	OR*	%95 GA*	p
İlk 1 saat içinde emzirmeye başlayanlar (Ref: Başlamayanlar)	3,548	1,421-8,856	0,007	3,954	1,382-11,312	0,010
İlk gün emzirmeye başlayanlar (Ref: Başlamayanlar)	9,880	1,293-75,512	0,027	---	-----	AD [±]
Emzik-biberon kullanmayanlar (Ref: Kullananlar)	3,555	1,968-6,424	0,000	3,393	1,791-6,426	0,000
1. ay 15 dakikadan fazla emzirilenler (Ref: Daha az emzirilenler)	2,507	1,363-4,611	0,003	2,779	1,431-5,400	0,003
2. ay 15 dakikadan fazla emzirilenler (Ref: Daha az emzirilenler)	2,503	1,357-4,615	0,003	---	-----	†
3. ay 15 dakikadan fazla emzirilenler (Ref: Daha az emzirilenler)	2,381	1,327-4,272	0,004	---	-----	†
4. ay 15 dakikadan fazla emzirilenler (Ref: Daha az emzirilenler)	1,983	1,090-3,608	0,025	---	-----	AD [±]

* OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı; ^b Forward LR: Çoklu lojistik regresyon analizi; [†] Çoklu lojistik regresyon analizinden çıkarıldı; ± AD: Anlamli değil

İlk Bir Yaşın Sonunda Anne Sütü Almayı Sürdürme Üzerine Etkili Değişkenler

Doğum sonrası ilk gün içinde emzirmeye başlama; 2. ayda ve 6. aya kadar sütçocuğu istedikçe emzirme; 1. ay ve ilk 2 ay her seferinde her bir memeyi 15 dk.'dan fazla emzirme; 1. ayda formül süte ve 3. ayda tamamlayıcı gıdaya başlama; emzik/biberon kullanmama, sütçocuğuna annenin yalnızca kendisinin bakması ve ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma ilk bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme bağımlı değişkenimizle ilişkili bağımsız değişkenlerdi (Tablo 5). Diğer bağımsız değişkenler bağımlı değişkenlerimizle ilişkili çıkmamıştır.

İkili analizlerde ilişkili bulunan bağımsız değişkenlerin ilk bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme üzerine etki derecelerini belirlemek üzere ikili ve çoklu lojistik regresyon analizleri yapıldı. On bir değişkenin alındığı çoklu lojistik regresyon analizinde modele beş değişken girdi. Bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme sıklığı; emzik/biberon kullanmayan sütçocuklarında kullananlara göre 11,5 kat, doğumdan sonraki ilk gün içinde emzirmeye başlanan sütçocuklarında emzirmeyenlere göre 6,0 kat, yalnızca annenin baktığı sütçocuklarında diğer bakım durumlarına göre 4,8 kat, birinci ayda her seferinde 15 dk.'dan daha uzun süre emziren

Tablo 5. Birinci yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme durumu ile ilişkili etkenler

Bağımsız değişkenler		1 yılın sonunda anne sütüne devam etme			İstatistik*
		Hayır, s (%)	Evet, s (%)	Toplam, (%)	
Emzirmeye başlama (1. gün)	Yok	9 (47,4)	10 (52,6)	19 (8,4)	p=0,010
	Var	47(22,8)	159 (77,2)	206 (91,6)	
Tamamlayıcı gıda (3. ay)	Yok	52 (23,7)	167 (76,3)	219 (97,3)	p=0,004
	Var	5 (83,3)	1 (16,7)	6 (2,7)	
Emzik/biberon kullanımı	Yok	9 (8,2)	100 (91,8)	109 (48,4)	p=0,001
	Var	48 (41,3)	68 (58,7)	116 (51,6)	
Anne yalnızca kendisi bakmış	Hayır	27 (37,5)	45 (62,5)	72 (32,0)	p=0,007
	Evet	30 (19,6)	123 (80,4)	153 (68,0)	
İlk altı ay sadece anne sütü alma	Hayır	53 (35,0)	98 (65,0)	151 (67,1)	p=0,001
	Evet	4 (5,4)	70 (94,6)	74 (32,9)	
Emzirme sıklığı (İlk 2 ay)	Çocuğın istediği sıklıkta	11 (13,7)	69 (86,3)	80 (37,6)	p=0,047
	Belirli aralıklarla	35 (26,3)	98 (73,7)	133 (62,4)	
Emzirme sıklığı (6. aya kadar)	Çocuğın istediği sıklıkta	9 (8,2)	88 (91,8)	97 (48,5)	p=0,013
	Belirli aralıklarla	24 (23,3)	79 (76,7)	103 (51,5)	
Emzirme süresi (1. ay)	15 dakika altı	33 (36,6)	57 (63,4)	90 (41,5)	p=0,001
	15 dakika ve üzeri	17 (13,3)	110 (86,7)	127 (58,5)	
Emzirme süresi (2. ay)	15 dakika altı	28 (31,8)	60 (68,2)	88 (41,3)	p=0,004
	15 dakika ve üzeri	18 (14,4)	107 (85,6)	125 (58,7)	
Formül süt alma (1. ay)	Yok	28 (18,3)	125 (81,7)	153 (68,0)	p=0,001
	Var	29 (40,3)	43 (59,7)	72 (32,0)	

*Ki-kare testi

Tablo 6. İkili ve çoklu analizlerde bir yaştın sonunda anne sütü almaya devam etme üzerine etkili olan bağımsız değişkenler
Bağımlı Değişken: Birinci yaşında anne sütü almayı sürdürme

Bağımsız Değişkenler	İkili Analiz			Çoklu Analiz (Forward LR ^b)		
	OR*	%95 GA*	p	OR*	%95 GA*	p
Emzik-biberon kullanmayanlar (Ref: Kullananlar)	7,843	3,611-17,037	0,000	11,514	3,757-35,292	0,000
İlk gün emzirmeye başlayanlar (Ref: Başlamayanlar)	3,759	1,443-9,793	0,007	5,983	1,185-30,217	0,030
Çocuğa yalnızca kendisi bakanlar (Ref: Destek alanlar)	2,460	1,321-4,582	0,005	4,802	1,872-12,320	0,001
1. ay 15 dakikadan fazla emzirilenler (Ref: Daha az emzirilenler)	3,746	1,923-7,298	0,000	4,162	1,641-10,555	0,003
6. aya kadar süt çocuğu istedikçe emzirenler (Ref: Saatinde emzirenler)	2,970	1,303-6,772	0,010	3,476	1,339-9,025	0,010
2. ay 15 dakikadan fazla emzirilenler (Ref: Daha az emzirilenler)	2,774	1,418-5,428	0,003	---	-----	AD [±]
İlk 2 ay Çocuğun istediği sıklıkta emzirenler (Ref: Saatinde emzirenler)	2,240	1,064-4,715	0,034	---	-----	AD [±]
1. ay formül süte başlananlar (Ref: Başlanmayanlar)	3,011	1,613-5,621	0,001	---	-----	AD [±]
3. ayda tamamlayıcı gıdaya başlananlar (Ref: Başlanmayanlar)	16,058	1,834-140,564	0,012	---	-----	AD [±]
İlk altı ay sadece anne sütü alanlar (Ref: Almayanlar)	9,464	3,274-27,360	0,000	---	-----	AD [±]

* OR: Odds oranı; GA: Güven aralığı; ^b Forward LR: Çoklu lojistik regresyon analizi; ± AD: Anlamlı değil

sütçocuklarında daha az emzirilenlere göre 4,2 kat ve 6. aya kadar sütçocuğu istedikçe emzirilenlerde belirli aralıklarla emzirilenlere göre 3,5 kat daha fazlaydı. İkili ve çoklu analizlerde bir yaştın sonunda anne sütü almaya devam etme üzerine etkili olan bağımsız değişkenler Tablo 6'da gösterilmiştir. Diğer bağımsız değişkenler bağımlı değişkenlerimizle ilişkili çıkmamıştır.

TARTIŞMA

Çalışmamız, bölgemizde birinci basamakta sütçocuklarının ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma ve ilk bir yılın sonunda anne sütü almaya devam etme sıklığı ile bunlar üzerinde etkili etkenlerin belirlenmesini amaçlamıştır. Her üç çocuktan biri ilk altı ayda yalnızca anne sütü almaktadır; bir yılın sonunda anne sütü almayı sürdürme sıklığı ise %75'tir. Doğumdan sonra ilk 1 saat içinde emzirmeye başlama, emzik/biberon kullanmama ve birinci ayda her seferinde her bir memeyi 15 dk.'dan daha uzun süreyle emzirme ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumunun temel belirleyicileridir. Birinci yılın sonunda anne sütü almayı sürdürme üzerine bu üç belirleyicinin yanı sıra çocuğa annenin kendisinin bakması ve altıncı aya kadar sütçocuğu istedikçe emzirme de etkili olmaktadır.

DSÖ'nün 2018 yılında yayınlanan küresel emzirme puanına göre sütçocuklarının %42'si doğumdan sonraki bir saat içinde emzirilmiş ve altı aydan

küçük sütçocuklarının %41'i yalnızca anne sütü ile beslenmiştir.^[12] Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 raporuna göre ülkemizde iki yaş altı çocukların %71'i doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirilmiştir. Bu oran ülkemizin batı bölgelerinde %76'dır. Doğumdan sonraki ilk gün içinde emzirmeye başlama sıklığı ise %86'ya yükselmektedir. Altı aydan küçük sütçocuklarının %41'i yalnızca anne sütü ile beslenmiştir ve sütçocuklarının yalnızca anne sütü alma ortanca süresi 1,8 aydır.^[7] Çalışmamızda, bölgemizde elde edilen doğumdan hemen sonra ilk bir saat içinde emzirme oranları (%81) dünya genelinden (%42), Türkiye ulusal (%71) ve bölgesel (%76) verilerinden çok daha iyi durumdadır; ancak ilk altı ay yalnızca anne sütü alma yüzdemiz daha düşüktür (%33). Emzirmeye başlamada sorun yok gibi görünmektedir. Erken ya da geç sütçocuklarının tamamına yakını bir şekilde anne sütü almaya başlıyor. Ancak sürdürmede, özellikle sütçocuklarının ilk altı ay yalnızca anne sütü almasında sorun vardır.

Ülkemizde yapılan başka yerel çalışmalarda, sütçocuklarının ilk altı ayda emzirilme durumu ile ilgili değişkenlik söz konusudur. Ünsal ve ark.'nın çalışmasındaki sütçocuklarının yalnızca anne sütü alma süresi ortalama 4,3 ay iken, altıncı ayın sonunda yalnızca anne sütü almaya devam eden sütçocuklarının oranı %9 olarak saptanmıştır.^[13] Yaklaşık 20 yıl önce yapılan bu çalışma sonuçlarındaki farklılık, ülkemizde

giderek yaygınlaşan anne sütü teşvik programları ve bebek dostu hastane uygulamalarının anne sütü alma oranlarının artışına yaptığı katkılar olabilir. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması daha önceleri yalnızca anne sütü alma değişkenini ilk 4-6 ay üzerinden belirlerken, 2003 yılından itibaren ilk 6 ay yalnızca anne sütü alma durumunu araştırmıştır. Rakamlardaki farklılıkların bir nedeni de bu standardizasyon farklılığı olabilir. Sonuç olarak, daha yakın çalışmalarda oranlar değişmektedir. Kondolot ve ark. tarafından 2007 yılında Ankara'da yapılan bir çalışmada, yalnızca anne sütü alma sıklığı 4-6 ay aralığında %45 olarak bulunmuştur.^[14] 2016 yılında yapılan bir çalışmada ise, çalışmamızla benzer şekilde annelerin %37'sinin çocuğuna ilk altı ay yalnızca anne sütü verdiği saptanmıştır.^[15] TNSA raporlarına göre ise 2003'te bu oran %7,6 iken, 2008'de %42'ye yükselmiş, 2013'te %30'a düşmüş ve son olarak 2018'de %41 olarak bildirilmiştir.^[7]

İlk Altı Ayda Yalnızca Anne Sütü Alma ile İlişkili Etkenler

Araştırmamızda, doğum sonrası ilk bir saat içinde sütçocuğunun emzirmeye başlaması ile ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde benzer sonuçlara ulaşan çalışmalar bulunmaktadır.^[13,15] Moore ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise, anne ile erken dönemde teması başlayan yenidoğanların geç başlayanlara göre daha uzun süre anne sütü aldığı bildirilmiştir.^[16]

Emzik ve biberon kullanımı toplumumuzda oldukça yaygındır. TNSA 2018 verilerine göre ilk iki yaşta tüm çocukların %53'ü görüşme tarihinden önceki gün veya gece biberon ile beslenmiştir.^[7] Araştırmamızda saptanan %51'lik emzik/biberon kullanımı TNSA 2018 verileri ile büyük ölçüde uyum göstermektedir ve ilk altı ayda yalnızca anne sütü almanın önemli belirleyicilerinden biridir. Emzik ve biberon kullanan sütçocuklarının zamanla emme sıklığı azalmakta, bu durum süt üretiminin azalmasına yol açarak anne sütü almayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Howard ve ark.'nın çalışmasında, emzik/biberon kullanımının anne sütü almayı olumsuz etkilediği ve anne sütü alan sütçocuklarında bunlardan uzak durulması gerektiği vurgulanmıştır.^[17] Başka bir çalışmada, doğum sonrası altıncı haftada emzirmeye düzenli devam etmeyen kadınların çoğunun başlangıçta biberon kullanan anneler olduğu bildirilmiştir.^[18] Kondolot ve ark.'nın yaptığı çalışmada, emzik kullanım oranı %44 olarak saptanmış ve yalnızca anne sütü alma süresinin uzatılması için emzik kullanma sıklığının azaltılması gerektiği vurgulanmıştır.^[14]

Memede üretilen sütün süt kanallarından dışarıya salınmasının başlaması için çocuk emmeye başladıktan sonra ortalama üç dk. gerekmektedir. Bu nedenle çocuk ilk gün her memede en az beş dk. tutulmalı ve sonra bu süre her meme için ortalama 15 dk.'ya çıkarılmalıdır. Öte yandan beslenme sıklığı çocuktan çocuğa değişmekle birlikte, sütçocuğu, her istediğinde emzirilmelidir.^[19,20] Çalışma sonuçlarımıza göre, ilk bir yılda çocuk büyüdükçe anneler daha çok çocukları istedikçe emzirirken, 15 dk.'nın üzerinde emzirme oranları aylar geçtikçe azalmaktadır. Emzirme sıklığı ile ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunamazken, birinci ayda emme süresi 15 dk. üzerinde olan sütçocuklarının ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma olasılığı daha yüksektir. İlk ayda emzirme sürecinin başarılı başlaması sonraki ayları da olumlu olarak etkiliyor olabilir.

Çalışan anneler, çocuğu ile yeterince zaman geçirememesi ve iş koşullarında stres ve yorgunluk benzeri faktörlerin süt üretimini olumsuz etkilemesi sonucu emzirmeyi sürdürüyor olabilir. Bununla beraber, gelişmiş ülkelerde eğitim seviyesi yüksek olan annelerin emzirmeye daha uzun süre devam ettikleri gösterilmiştir. Yunanistan'da 2016 yılında yayınlanan bir çalışmada, zorunlu eğitim süresi kadar eğitim alan anneler ve lise mezunu olan annelere göre üniversite veya lisansüstü eğitim düzeyine sahip annelerin süt çocuklarını anne sütü ile beslemeye devam etme sürelerinin anlamlı derecede uzun olduğu saptanmıştır.^[21]

Literatürde sigaranın emzirme üzerine olumsuz etkilerini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır.^[15,22,23] Ladomenau ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada, sigaranın çocuk ve anne için birçok olumsuz etkisinin yanı sıra nikotinin prolaktin düzeyini baskılayarak süt üretimini azalttığı bildirilmiştir. Ayrıca sigara içilmesinin anne sütündeki yağ konsantrasyonunu azalttığı öne sürülmüştür. Bu durum sütçocuğunun yeterince kilo alamamasına neden olarak formül süte başlanmasına veya erken tamamlayıcı beslenmeye geçişe yol açabilir.^[10] Çalışma sonuçlarımıza göre, gebelik ve emzirme süresince sigara kullanımı anne sütü alma üzerinde etkili değildir. Çalışma grubumuzda sigara kullanan annelerin sayısının az oluşu, ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma üzerine bağımsız etkisinin gösterilememesine yol açmış olabilir.

Literatürde, özellikle sezaryen doğumlardan sonra annelerin anestezi maddelerinin etkisi, annenin cerrahi işleminden dolayı daha fazla bakıma gereksinim

duyması ve çocuğuna uygun pozisyon vermekte güçlük çekmesi gibi nedenlerle emzirmeye başlama zamanının geciktiğini gösteren çalışmalar vardır.^[24] Çalışmamızda, emzirmeye başlama zamanını etkileyen faktörler incelenmemiş olmakla birlikte, emzirmenin sürdürülmesine bakıldığında doğum şekli ile ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sezaryen doğumun emzirme üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, vajinal doğum yapan annelerin 7 gün, 3 ay ve 6 aylık zaman dilimlerinde sezaryen doğum yapan annelere göre emzirme oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştı.^[25] Yine PubMed ve CINAHL kullanılarak yapılan ve 2018'de yayınlanan meta analizde vajinal yolla doğum yapan annelerin, sezaryen doğum yapan annelere göre emzirmeye başlama ve sürdürme oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[23] TNSA 2018'e göre Türkiye'de tüm doğumlardaki sezaryen oranı %52'dir. Sezaryen kararının çoğunluğu doğum sancıları başlamadan önce verilmiştir. Planlanmış sezaryen oranlarının yüksek olması sezaryen doğumların büyük kısmının tıbbi endikasyonlarının bulunmadığına işaret edebilir.^[7] Çalışmamızda, doğum şeklinin ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma üzerinde etkili olmamasının bir nedeni elektif sezaryen doğumlarının çokluğu olabilir.

İlk Bir Yılın Sonunda Anne Sütü Almayı Sürdürme İle İlişkili Etkenler

DSÖ 2018 raporuna göre, bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam eden sütçocuklarının oranı %71'dir.^[12] TNSA 2018 raporuna göre ise, ülkemizde bir yaşın sonunda emzirmeyi sürdürme oranı %66'dır.^[7] Çalışmamızda elde ettiğimiz oran (%75), ilk altı ayda yalnızca anne sütü almanın tersine, Türkiye genelinin biraz üzerindedir. Anneler tamamlayıcı gıdalara daha erken başlamakta ancak emzirmeyi de sürdürüyor görünmektedirler.

Çalışmamızda, ilk bir yılın sonunda anne sütü almaya sürdürme durumu üzerinde etkili beş etken saptanmıştır. İlk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumunun temel belirleyicilerinden olan emzik-biberon kullanmama (11,5 kat) ve 1. ayda her bir memeyi 15 dk.'dan fazla emzirme (4,2 kat) değişkenleri bir yılın sonunda anne sütü almaya sürdürme üzerinde de etkili olmaya devam etmektedir. Bunların dışında ilk gün içinde anne sütüne başlama (6 kat), çocuğuna annenin kendisinin bakması (4,8 kat) ve beşinci ayda sütçocuğu istedikçe emzirme (3,5 kat) bir yılın sonunda anne sütü almaya sürdürme üzerinde etkili diğer değişkenlerdir.

Doğumdan hemen sonra sütçocuğunun erken emzirmeye başlaması hem ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma hem de bir yaşın sonunda anne sütü almaya sürdürme üzerinde etkili görünmektedir. Bu daha önce de tartıştığımız gibi beklenen bir durumdur.

Bir yaşın sonunda anne sütü almaya devam etme oranı çocuğuna yalnızca kendisi bakan annelerde anlamlı olarak daha yüksektir. Anne ve çocuğun daha çok birlikte zaman geçirmesinin anne-bebek bağlanmasını ve emzirmeyi olumlu etkileyerek anne sütü alma süresinin daha uzun olmasını sağladığı düşünülebilir. Aile büyüklerinin sütçocuğunun beslenmesi konusunda söz sahibi olmasının anne sütü almaya olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır.^[15] Başka bir çalışmada, annenin çocuğu emzirme kararında, özellikle annenin annesinin büyük etkisi olduğu belirlenmiştir.^[26] Bu bulguların tam tersi olarak çekirdek aileye sahip olmanın emzirmeyi olumsuz etkilediğini gösteren çalışmalar da vardır.^[27,28] Tüm bu çalışmalar birlikte değerlendirildiğinde, aile ve toplum olarak anne ve çocuğun birlikte geçirdiği sürenin artırılmasını desteklemenin emzirmeyi olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir.

Çalışmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Çalışmamız toplumun durumunu en iyi yansıtan birinci basamak sağlık merkezlerinde yapılmıştır. Örneklem grubu rastgele yöntemle belirlenmiş olup, kentsel ve kırsal yerleşim dağılımı dikkate alınmıştır. İkili analizlerde anlamlı bulunan ilişkiler ileri analizlerle yeniden değerlendirilmiştir.

Çalışmamızda emzik/biberon kullanımı ortak olarak değerlendirilmiştir. Emzik/biberonun kullanım amaçları ve etkileri ele alındığında farklı kategorilerde değerlendirilmesi daha gerçekçi sonuçlar verebilirdi.

Çalışmamızda elde edilen veriler annelerin öznel değerlendirmeleridir; ayrıca en az bir yıl öncesine ilişkin hatırladıklarıdır. Sonuçları değerlendirirken bunların dikkate alınması gerekmektedir.

Literatürdeki diğer çalışmalarla bir arada değerlendirildiğinde çalışmamızda anneler sosyal destek varlığı açısından sorgulanmıştır, ancak özellikle baba desteği ve annenin öz-yeterlilik ve emzirme niyeti değerlendirilmemiştir. Bu gibi değiştirilebilir faktörlerin ve emzirme tutumlarının da emzirme sürelerini etkileyebileceği dikkate alınmalıdır.

SONUÇ

Çalışma sonuçlarımıza göre, her üç çocuktan yalnızca biri ilk altı ayda yalnızca anne sütü almaktadır ve bir yılın sonunda anne sütü almayı sürdürme sıklığı ise %75'tir.

Özellikle doğum sonrası erkenden emzirmeye başlama ve ilk aylarda her emzirme seansında her bir memeyi 15 dk. üzerinde emzirmenin ilk altı ayda yalnızca anne sütü alma durumuna ve emzirmenin bir yaştan sonuna kadar sürdürülmesine olumlu etkisi bulunmaktadır.

Ülkemizde ve bölgemizde de oldukça yaygın biçimde kullanılan emzik/biberon anne sütü almayı olumsuz etkilemektedir.

Birinci yılın sonunda anne sütü almayı sürdürme üzerine ayrıca çocuğa annenin kendisinin bakması ve altıncı aya kadar sütçocuğu istedikçe emzirme de etkili olmaktadır.

Anne ve sütçocuğunun daha çok birlikte vakit geçirmesi anne sütü alma süresini olumlu etkilemektedir. Aile ve toplum olarak anne ve çocuğun birlikte geçirdiği sürenin artırılmasını desteklemek anne sütü alma süresini uzatmada büyük önem taşımaktadır. Aile hekimlerinin evlilik öncesinden başlayarak gebelik ve doğum öncesinde annelere ve bunun yanı sıra baba ve diğer yakın aile bireylerine emzirme üzerine bilgi ve eğitim vermesi sütçocukluğu döneminde çocukların anne sütü almasını artıracaktır. Buna yönelik toplum düzeyinde farkındalık çalışmalarının da artırılması önemlidir.

Annelerin sütçocuklarını daha fazla emzirmelerini sağlamaya yönelik davranış özelliklerini araştıran yeni çalışmalara gereksinim vardır.

Etik Kurul Onayı: Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (26.09.2019 - 2019/138).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Aydın Adnan Menderes University Faculty of Medicine Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (26.09.2019 - 2019/138).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. American Academy of Pediatrics, Work Group on breastfeeding: Breastfeeding and the use of human milk. <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/100/6/1035.full.pdf> adresinden 28.01.2020 tarihinde erişilmiştir.
2. Samur G. Gebelik ve Emziklik Döneminde Beslenme. 1. Baskı. Ankara, T.C Sağlık Bakanlığı Yayını No:726, 2008.
3. Çakmak S, Demirel Dengi AS. Postpartum dönemdeki annelerin emzirme ve anne sütünün önemi hakkındaki bilgilerinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2019; 23 (1): 9-19.
4. World Health Organization [WHO]. Long-term effects of breastfeeding: A systematic review, 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79198/9789241505307_eng.pdf?sequence=1 adresinden 15.12.2019 tarihinde erişilmiştir.
5. Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. BMC Pediatr 2010; 10: 3-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-10-3> PMID:20105284 PMCID:2828426
6. Qiu L, Zhao Y, Binns CW, Lee AH, Xie X. Initiation of breastfeeding and prevalence of exclusive breastfeeding at hospital discharge in urban, suburban and rural areas of Zhejiang China. Int Breastfeed J 2009; 4: 1-9. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/1746-4358-4-1> PMID:19175909 PMCID:2637253.
7. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf adresinden 02.12.2019 tarihinde erişilmiştir.
8. Akbaş T. (2005). Aydın Efeler'de Erken Ek Gıdaya Başlamanın Anne Sütüyle Beslenme Üzerine Etkisi: 2015 Yılında Kesitsel Bir Çalışma. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, Aydın.
9. Aidam BA, Perz-Escamilla R, Lartey A, Aidam J. Factors associated with exclusive breastfeeding in Accra, Ghana. Eur J Clin Nutr 2005; 59: 789-96.
10. Ladomenou F, Kafatos A, Galanakis E. Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. Acta Paediatr 2007; 96: 1441-4.
11. Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık, 2004.
12. WHO, UNICEF. Enabling women to breastfeed through better policies and programmes: Global breastfeeding scorecard 2018. <https://apps.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/global-bf-scorecard-2018/en/index.html> adresinden 05.05.2022 tarihinde erişilmiştir.
13. Ünsal H, Altıhan F, Özkan H, Targan S, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005; 48: 226-33.
14. Kondolot M, Yalçın SS, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hast Derg. 2009;52(3): 122-7.
15. Yüzügüllü DA, Aytaç N, Akbaba M. Investigation of the factors affecting mother's exclusive breastfeeding for six months. Turk Pediatr Ars . 2018; 53(2): 96-104.

16. Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016; 11(11): doi: 10.1002/14651858.CD003519.pub4. PMID: 27885658; PMCID: PMC6464366.
17. Howard CR, Howard FM, Lanphear B, Eberly S, deBlicke EA, Oakes D, Lawrence RA. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cupfeeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003; 3: 511–8.
18. Dunn S, Davies B, McCleary L, Edwards N, Gaboury I. The relationship between vulnerability factors and breastfeeding outcome. *JOGNN Clinical Research* 2006;35(1):87–97.
19. Şahin G. (2008). Emziren Annelerin Bilgi, Uygulama ve Davranışlarının Değerlendirilmesi. Sağlık Bakanlığı İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü. Uzmanlık Tezi, İstanbul.
20. Delikanlı G. (2013). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farabi Hastanesi'ne Başvuran 0-24 Ay Arası Bebeği Olan Annelerin Emzirme ve Bebek Beslenmesi Konusundaki Bilgi Düzeyleri ile Uygulamalarının Belirlenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Beslenme Bilimleri Program Yüksek Lisans tezi, Ankara.
21. Tavoulari EF, Benetou V, Vlastarakos PV, Psaltopoulou T, Chrousos G, Kreams G, Gryparis A, Linos A. Factors affecting breastfeeding duration in Greece: what is important?. *World J Clin Pediatr.* 2016; 5(3): 349-57.
22. Goldade K, Nichter M, Nichter M, Adrian S, Tesler L, Muramoto M. Breastfeeding and smoking among low-income women: results of a longitudinal qualitative study. *Birth* 2008; 35: 230-40.
23. Sarah S. Alexander, Nancy F. Krebs, Bridget E. Young, PhD, CLC2, Michael D. Cabana, MD, MPH3, Peter Erdmann, PhD4, Nicholas P. Hays, PhD4, Carla P. Bezold, ScD1, Elizabeth Levin-Sparenberg, PhD1, Marco Turini, PhD4, and Jose M. Saavedra, MD4 Factors Associated with Breastfeeding Initiation and Continuation: A Meta-Analysis. *J Pediatr* 2018; 203: 190-6
24. Heck KE, Schoendorf KC, Chávez GF, Braveman P. Does Postpartum Length of Stay Affect Breastfeeding Duration? A Population-Based Study. *Birth* 2003; 30(3):153-9.
25. Zinando V, Svegliado G, Cavallin F, Giustardi A, Cosmi E, Litta P, Trevisanuto D. Elective cesarean delivery: does it have a negative effect on breastfeeding? *Birth.* 2010; 37(4): 275-9.
26. Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U, Koletzko B, Fromme H. Breastfeeding rates and durations in Germany: a Bavarian cohort study. (2008). *Br J Nutr.*99(5): 1127-32.
27. Çetinkaya F. Kayseri'de Kentsel Alanda 12-36 Aylık Çocuklarda Anne Sütü Alma Durumu. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1999; 42: 375-88.
28. Kang JS, Choi SL, Ryu EJ. Effects of a breastfeeding empowerment programme on Korean breastfeeding mothers: A quasi-experimental study. *International Journal of Nursing Studies* 2007; 45(1): 14-23.

Ailelerinde Hipertansiyon Hastası Olan Kişilerde Hipertansiyon Gelişiminin Önlenmesiyle İlgili Tutumlar: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması

Attitudes towards the Prevention of Hypertension Development in Individuals who have a Family Member with Hypertension: A Scale Development Study

Zühal Albayrak^{OR}, Tijen Şengezer^{OR}

Atf/Cite as: Albayrak Z, Şengezer T. Ailelerinde hipertansiyon hastası olan kişilerde hipertansiyon gelişiminin önlenmesiyle ilgili tutumlar: Bir ölçek geliştirme çalışması. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(2):53-65.

ÖZ

Amaç: Hipertansiyon (HT), Türkiye’de en sık tanılanan ikinci hastalıktır ve küresel bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada, ailelerinde HT’li olanların HT’yi önleyebilecek tutumları incelenerek HT’den korunmada kullanılacak bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu metodolojik çalışmada, “Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ)” geliştirildi. Ölçeğe geçerlik ve güvenilirlik analizleri uygulandı: Kapsam geçerliğinde uzman görüşüne başvuruldu; yapısal geçerlikte [“principle component analysis”(Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), Bartlett testi, özdeğerler-açıklanan varyans, faktör eksen grafiği), açımlayıcı faktör analizi (AFA), doğrulayıcı faktör analizi (DFA)]; iç tutarlılıkta [Cronbach alfa(α), Guttman lambda(λ)]; test-retest uygulandı. Araştırmacıların oluşturduğu “Hipertansiyondan Korunmayla İlgili Düşünceler” adında pilot testi içeren anket Keçiören’de bir aile sağlığı merkezinde, etik kurul onayından sonra 1.6.2018-1.6.2019’da 77 katılımcıya uygulandı. Ölçeği içeren anket, DFA için 316 katılımcıya, test-retest için 62 katılımcıya uygulandı. Veriler IBM SPSS 22.0 ve Lisrel 8.8 ile analiz edildi.

Bulgular: HKTÖ’nün son hâli 26 madde ve 5 faktörlüdür. KMO 0,679, açıklanan varyans %50,152, Bartlett sonucu ($p<0,001$); ölçek faktör analizine uygundur. Beş faktörün özdeğeri 1,693-7,127, faktör eksen grafiği 5. faktörde yataylaşmaktadır. AFA’yla 5 faktör belirlenmiştir. Ölçekten 6 madde (t değeri $p>0,01$) çıkartıldıktan sonra DFA’da; standartlaştırılmış faktör yük değerleri 0,37-0,86, uyum iyiliği değerleri ki-kare (χ^2)=805,66, $p=0,000$, RMSEA=0,076, SRMR=0,063, CFI=0,95, GFI=0,84, AGFI=0,80, NFI=0,94; ölçeğin veriye iyi uyumlu yapısı doğrulanmıştır. Ölçeğin genel güvenilirlik Cronbach α değeri 0,910, λ değeri 0,875-0,929; ölçek yüksek derecede güvenilir, test-retest korelasyon katsayıları 0,834/ 0,909’dur ($p<0,001$, %95 güven aralığında); ölçek kararlıdır. Madde toplam korelasyonu 0,33-0,66; maddeler kabul edilebilir derecede ayırt edicidir.

Sonuç: HKTÖ, HT’den korunmada kullanılabilecek geçerli, güvenilir bir araçtır, HT farkındalığını artırabilir, diğer kronik hastalıklar için benzer çalışmalara ışık tutabilir.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, korunma, risk faktörleri, geçerlik, güvenilirlik, ölçek geliştirme

ABSTRACT

Objective: Hypertension (HT) is the second most commonly diagnosed disease in Turkey and a global health problem. This study aimed to develop a scale to be used in HT prevention by investigating attitudes that might prevent HT in individuals who have a family member with HT.

Materials and Methods: In this methodological study “Attitudes Scale towards Prevention of HT(ASPH)” was developed. For the scale validity and reliability analyzes were performed: For content validity expert views were received, for construct validity [principle component analysis (Kaiser-Meyer-Olkin(KMO), Bartlett test, eigenvalues-explained variance, scree plot), exploratory factor analysis(EFA), confirmatory factor analysis(CFA)]; for internal consistency [Cronbach’s alpha(α), Guttman lambda(λ)]; test-retest were performed. The survey namely the “Thoughts about Hypertension Prevention” including pilot test was created by researchers and after ethical approval administered to 77 participants (1.6.2018-1.6.2019) in a Family Health Center in Keçiören. Survey including the scale was administered to 316 participants for DFA and 62 participants for test-retest. Data was analyzed with IBM SPSS 22.0 and Lisrel 8.8.

Results: The final ASPH was consisted of 26 items and 5 factors. KMO (0.679), explained variance (50.152%), Bartlett result($p<0.001$) scale is suitable for factor analysis. Eigenvalue of five factors (1.693-7.127), scree plot chart becomes horizontal in the 5th factor. Five factors were confirmed with

Received/Geliş: 23.12.2021
Accepted/Kabul: 18.05.2022
Publication date: 27.06.2022

Corresponding Author:

Z. Albayrak

ORCID: 0000-0001-7433-1169
Keçiören Şehit Yasin Süer Aile Sağlığı Merkezi, Ankara, Türkiye
✉ albayrak250@gmail.com

T. Şengezer

ORCID: 0000-0002-3200-8926
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara, Türkiye

EFA. After excluding 6 items (t value $p > 0.01$) from scale, in CFA, standardized factor loading values (0.37-0.86), goodness-of-fit values [Chi-square (χ^2)=805.66, $p=0.000$, RMSEA=0.076, SRMR=0.063, CFI=0.95, GFI=0.84, AGFI=0.80, NFI=0.94] ; structure of the scale well-fitting to the data was confirmed.

Scale's general validity Cronbach α value (0.910), λ value (0.875-0.929); scale is reliable at a high level. Item total correlation (0.33-0.66); items are acceptably distinctive, test-retest correlation coefficients [0.834/0.909($p < 0.001$, 95% confidence interval)]; scale is stable.

Conclusion: ASPH is a valid, reliable tool to be used in HT prevention, will be used for increasing HT awareness, shed light on similar studies for other chronic diseases.

Keywords: Hypertension, prevention, risk factors, reliability, validity, scale development

GİRİŞ

Hipertansiyon (HT), Türkiye'de en sık tanılanan ikinci hastalıktır ve küresel bir sağlık sorunudur.^[1,2] Türkiye'deki HT prevalansı, çalışmalarda %30-35 arasında bulunmuştur ve giderek artmaktadır.^[3] Önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan HT'nin sıklığını, "Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025"e göre, 2025 itibariyle %20 azaltmada hasta merkezli yaklaşım ve kapsamlı bakım gereğince aile hekimlerine önemli sorumluluklar düşmektedir.^[1,4-6]

HT'yi önleme çalışmalarında daha doğru ve geçerli bilgiler elde edebilmek için, bireylerin HT'den korunma tutumları kültürlerine uygun, geçerli ve güvenilir araçlarla değerlendirilmelidir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışları tutum hâline dönüşürse, iyilik hâlinin devamı ve sağlık durumunun iyileşmesiyle kronik hastalıklar engellenebilir.^[7] Her kronik hastalık için sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının önleyici etkileri farklılık gösterebilir. Bu çalışma HT için etkin risk faktörlerini esas almaktadır.

Kronik hastalıkların her biri için korunma amaçlı ayrı ölçekler geliştirilebilir. Bu çalışmada, tüm dünyada prevalansı artan, mortalite ve morbiditesi yüksek, önlenebilir HT hastalığı için öncelikle ayrı bir ölçek geliştirmek istenmiştir.^[8] Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ), HT için etkin risk faktörlerine yönelik tutumları ölçerken hekime bilgi eksikliğini tespit ve giderme, hastaya yanlış davranışlarını kontrol ve değiştirme fırsatı sağlayabilir ve HT önleme çalışmalarına yön verebilir. HKTÖ, HT için algı ve farkındalık oluşturmada sağlıklı yaşam için öneriler vermekten daha etkili olabilir.

Ülkemizde Hipertansiyon Bilgi Düzey Ölçeği (HBDÖ) ve Kardiyovasküler Hastalıklar Risk Faktörleri Bilgi Düzeyi Ölçeği (KARRİF-BD) geliştirilmiştir.^[9,10] HT'ye özel ve ayrıntılı tutum ölçeği bulunmadığından ölçek geliştirme kararı alınmıştır.

Aile hekimliğinde, HT gibi kronik durumları etkili yönetmek için hasta ve hastanın içinde bulunduğu konular, aile ilişkileri tanımlanmalıdır.^[11] Aile üyelerinde ortak genler ve ortak ortamlar nedeniyle kronik hastalıklara daha sık rastlandığından koruyucu girişimler hane halkına yayılabilir.^[12] Düşünsel, duyuşsal ve davranışsal öğelerin oluşturduğu tutumlar eğitimle, görerek veya yaşayarak öğrenilir.^[13] Ailesinde HT öyküsü olanlarda HT'den korunmayla ilgili tutumların daha iyi gelişeceği düşünülerek bu kişiler seçilmiştir. Ailesinde HT'li olanlar, HT'li hastayla yaşamayı öğrenmiştir. Bu kişilerde tuzsuz yeme gibi davranışlar ve hastalık hakkında farkındalık daha yüksek olabilir, HT'den korunma söylemiyle yapılacak uyarılar -ailelerindeki HT'lilerin yaşadıkları zorluklara şahit oldukları için- daha etkili davranış değişikliği sağlayabilir. Ailede HT önleme çalışmalarına başlanarak tüm topluma ulaşılabilir.

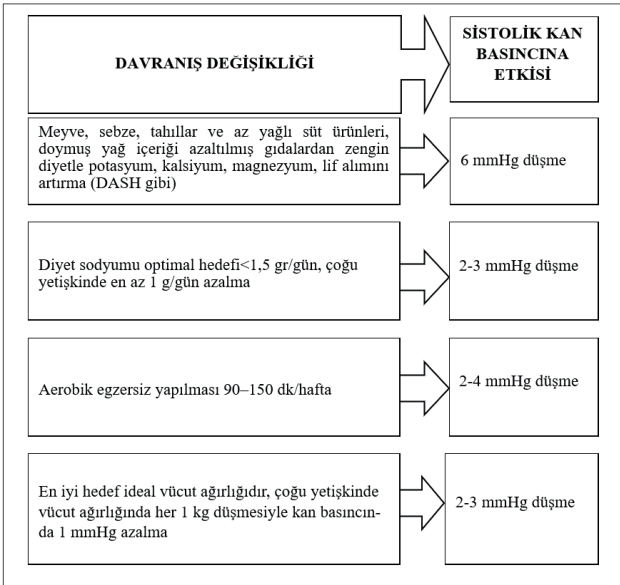
Hastaların HT kontrolü ve korunma önlemleri hakkındaki tutum ve davranışlarının yetersiz olduğu belirlenmiştir.^[14] HT'nin önlenmesiyle ilgili kılavuzlar, kilo kaybı, sağlıklı beslenme, fiziksel aktiviteyi artırma ve alkol tüketimini azaltma gibi değiştirilebilir risk davranışlarını hedeflemektedir.^[15] Kan basıncını olumlu etkileyebilecek değişiklikler; artmış fiziksel aktivite, tuz alımının azaltılması, sigaranın bırakılması, kilo verilmesi, alkol alımının sınırlandırılması ve sağlıklı bir beslenme biçiminin benimsenmesidir.^[16] Çalışmalarda; aşırı kontrollü ve uyumlu olma, işte sürekli çaba gösterme, agresif dürtüleri bastırma gibi özelliklerin HT'ye yatkınlık nedeni olduğu gösterilmiştir.^[17]

Amerikan Kalp Derneği, Amerikan Hipertansiyon Derneği ve Avrupa Hipertansiyon Derneği 2013, sodyum içeriği (<1,5-2,3 gr/gün) olan "Hipertansiyonu Durdurmak için Diyetsel Yaklaşımlar" (DASH) ile tutarlı bir beslenme şekli, vücut kitle indeksi (VKİ)>25 ise kilo verilmesi, alkolün 10-20 g/gün olacak şekilde kısıtlanması ve aerobik egzersiz (hedef 150 dk./hafta) yapılması gibi yaşam tarzı değişikliği önerileri yayınlamıştır. Her birinin doz bağımlı ve aditif olarak sistolik kan basıncı (SKB)'nı 4-6 mmHg düşürmesi beklenmektedir.^[18]

HT etiolojisinde rol oynayan obezite, diyet (sodyumun fazla, potasyum, kalsiyum, magnezyum, protein, lif ve balık yağlarının yetersiz alımı), alkol alımı ve fiziksel inaktivitenin her birinin düzeltilmesi kan basıncını ortalama 5 mmHg düşürmektedir.^[19]

SUN kohortunda, sigara içmeme, fiziksel aktivite (150 dk./hafta), Akdeniz diyeti, VKİ'nin erkekte<22, kadında<25 olması, alkol alınmaması veya sınırlandırılmasıyla HT riskinin neredeyse %50 azaldığı gösterilmiştir.^[15] Sigaranın, plaseboya göre SKB'yi 4 mmHg artırdığı belirtilmiştir.^[20]

HT'den korunmada davranış değişiklikleri ve SKB'ye etkileri Şekil 1'de özetlenmiştir.^[21]



*DASH: Dietary Approaches to Stop Hypertension (Hipertansiyonu Durdurmak için Diyetel Yaklaşımlar)

Şekil 1. Davranış Değişiklikleri ve Sistolik Kan Basıncına Etkileri

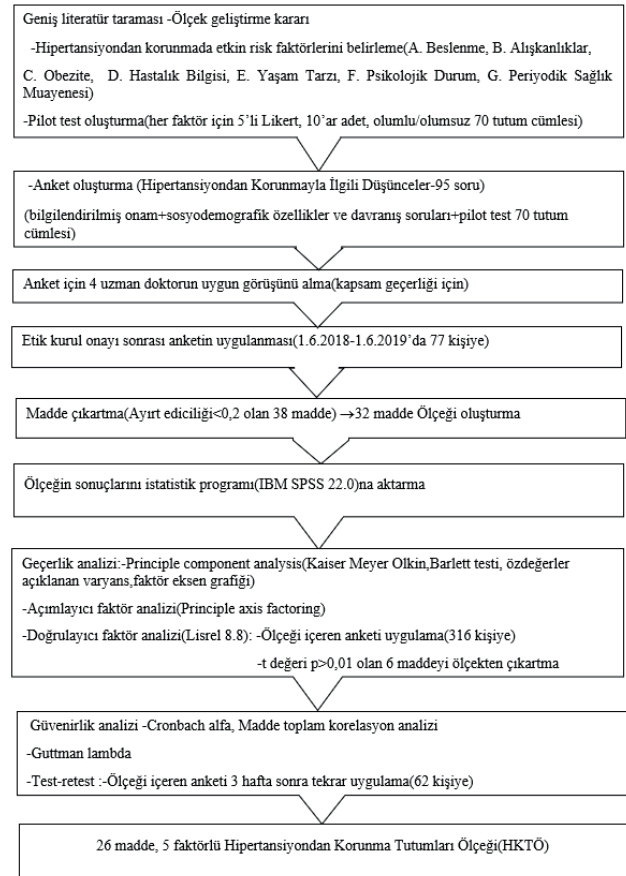
Güncel, en güvenilir ve en iyi kanıtların, hastaların bakımında dikkatli, şeffaf ve akılcı kullanımı, kanıta dayalı tıp uygulamaları ile olabilmektedir.^[2,22] Tutumlar ölçülürse, davranışlar öngörülebilir, kontrol edilebilir ve olumsuz tutumlar için önlem alınabilir.^[13] Çoğunun zemininde sağlıklı yaşam davranışları bulunan kronik hastalıklarla mücadelede risk faktörlerine yönelik geliştirilmiş, tutumları değerlendiren, geçerli ve güvenilir ölçme araçlarının gerekliliği aşikardır. Tutumları ölçebilen kuramsal temeli sağlam, yüksek derecede güvenilir ve geçerli ölçekler için, geliştirme, uyarlama ve kullanmada standartlara uyulmalıdır.^[23, 24]

Bu çalışmada, HT'den korunmada kullanılacak güvenilir, geçerli, standart ve orijinal bir tutum ölçeği geliştirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu metodolojik çalışmada ölçeğin geliştirilme aşamaları Şekil 2'de özetlenmiştir.

Geniş literatür taraması yapılmıştır, HT'den korunmayla ilgili benzer ölçeğe rastlanmamıştır, ölçek geliştirme kararı alınmıştır. Alt başlıklar HT hakkında geniş literatür taramasıyla ve aile hekimliğinin kapsamlı bakım, bütüncül yaklaşım ilkeleriyle belirlenmiştir: A. Beslenme, B. Alışkanlıklar, C. Obezite, D. Hastalık Bilgisi, E. Yaşam Tarzı, F. Psikolojik Durum, G. Periyodik Sağlık Muayenesi. Her faktör için 5'li Likert, 10'ar adet, olumlu /olumsuz 70 tutum cümlesinden pilot test oluşturulmuştur.



Şekil 2. Ölçeğin Geliştirme Aşamaları

Likert tipi ölçek cevaplayıcı merkezli geliştirilir ve ölçekte bireylerin cevaplayacağı olumlu ve olumsuz çeşitli ifadeler bulunur. Likert tipi çalışmalarda kabul

edilen olumlu ya da olumsuz çok sayıda tutum ifadesi yazılmalıdır.^[13] Çok ve çeşitli soruların cevaplarıyla ölçek şekillendirilecektir.

Tablo 1. Pilot Test Tablosu

A-BESLENME
1. Hipertansiyondan korunmak için yemeklerime tuz ilave etmemeliyim
2. Meyve ve sebzedden zengin beslenmek hipertansiyon gelişimini önler
3. Kızartma ve kırmızı eti aşırı tüketmemeliyim
4. Peynir, zeytin gibi gıdaları alırken tuzsuz olanları tercih etmeliyim
5. Beslenmede yağsız süt gibi kalsiyumdan ve magnezyumdan zengin gıdaları tercih etmeliyim
6. Yemeklerimde katı yağlar yerine zeytinyağı gibi sıvı yağları tercih etmeliyim
7. Tuzlu beslenmenin hipertansiyona zararı yoktur X
8. Yemeklerimde kızartma ve kırmızı eti tercih etmeliyim X
9. Yemekte yağ kullanırken daha çok margarin gibi katı yağları tercih etmeliyim X
10. Belenmede turşu gibi tuzlu gıdaları tüketmeliyim X
B-YAŞAM TARZI
1. Hipertansiyondan korunmak için bol bol yürüyüş yapmalıyım
2. Fiziksel aktivitemi artırmalıyım
3. Hareketsiz kalmamalıyım
4. Geceleri ağır gıdalar tüketmemeye özen göstermeliyim
5. Sandviç, hamburger gibi fast food yiyecekler yerine ev yemeklerini tercih etmeliyim
6. Hareketsiz bir yaşamın hipertansiyona zararı yoktur X
7. Yürüyüş gibi fiziksel aktivitelerin faydası yoktur X
8. Geceleri kuvvetli beslenmek gerekir X
9. Ev yemekleri yerine hamburger gibi fast food tercih edilmelidir X
10. Fiziksel aktivite hipertansiyona zararlıdır X
C-HASTALIK BİLGİSİ
1. Hipertansiyon, önlenilebilir bir hastalıktır
2. Hipertansiyon, başladığı zaman ömür boyu süren bir hastalıktır
3. Hipertansiyon, böbrek, kalp-damar, göz gibi organlara zararı olan bir hastalıktır
4. Hipertansiyon, beyinde hasara sebep olur
5. Hipertansiyon toplumda çok yaygın görülen bir hastalıktır
6. Ailesinde hipertansiyon olan kişiler bu hastalığa daha yatkındır
7. Hipertansiyon, grip gibi tedavi edilince geçen bir hastalıktır X
8. Ailesinde hipertansiyon olması kişinin bu hastalığa yakalanması için risk teşkil etmez X
9. Hipertansiyon, hiçbir organa zarar vermez X
10. Hipertansiyon nadir görülen bir hastalıktır X
D-OBEZİTE
1. Hipertansiyondan korunmak için kilo verilmelidir
2. Şişmanlık, hipertansiyona zemin oluşturur
3. Şişman insanlar hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara daha kolay yakalanır
4. Kilo vermek hipertansiyondan korunmak için faydalıdır
5. Aşırı kilolu kişiler hipertansiyona meyillidir
6. Kilo vermek hipertansiyondan korunmada gerekli değildir X
7. Şişmanlık hipertansiyona sebep olmaz X
8. Aşırı kilo zararlı değildir X
9. Göbeksiz insan balkonsuz eve benzer X
10. Bir dirhem et bin ayıp örter X

*Negatif yönde ilişkili olan tutum cümleleri X işareti ile belirlenmiştir.

HT risk faktörleri için oluşturulan pilot testte cevaplar: I. Hiç katılmıyorum, II. Katılmıyorum, III. Kararsızım, IV. Katılıyorum ve V. Kesinlikle katılıyorum şeklinde 5'li Likert'e uygun skorlanmıştır (Tablo 1). Tutum cümleleri 5'li Likert "Hiç katılmıyorum-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde 5'li Likert puanlandığı için sorular genel ifade içerse de bireysel cevaplanmış olmaktadır.

Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu'ndan 9.5.2018-1664 tarih ve sayılı onay alınmıştır.

Tablo 1. Pilot Test Tablosu (devamı)

E-ALIŞKANLIKLAR
1. Sigara, hipertansiyon gelişmesi için risk faktörüdür
2. Alkol, hipertansiyona zemin hazırlar
3. Sigara içmek, hipertansiyonu tetikler
4. Alkol, sigara gibi kötü alışkanlıklar tedavi edilmelidir
5. Sigara, hipertansiyonla birlikte ölüme götürür
6. Sigara, hipertansiyonda faydalıdır X
7. Alkol, sigara gibi alışkanlıklar sosyal gerekliliktir X
8. Sigara, yemekten sonra olmak kaydı ile zararlı değildir X
9. Alkol almak hipertansiyon kontrolünü sağlar X
10. Sigara ile hipertansiyonun ilgisi yoktur X
F-PSİKOLOJİ
1. Stres, hipertansiyona zemin hazırlar
2. Stres gibi psikolojik hastalıklar hipertansiyon gelişimini tetikler
3. Stresi önleyici davranışlar, hipertansiyona eğilimi azaltır
4. Psikolojik durumu rahatlatıcı terapiler hipertansiyondan korunmada yararlıdır
5. Hayata pozitif bakabilmek, hipertansiyon gibi hastalıklardan korunma sağlar
6. Stres ile hipertansiyonun ilgisi yoktur X
7. Psikolojik sıkıntılar, hipertansiyona yol açmaz X
8. Stres ve depresyon, hipertansiyonda faydalıdır X
9. Stres, insan yaşamında olması gereken bir durumdur X
10. Stres ve üzüntü, devamlı olsa bile insana zararlı değildir X
G-PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ
1. Hastalıklardan korunmak için kişi belli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmalıdır
2. Ailesinde hipertansiyon olan kişiler belli zamanlarda çek-up yaptırmalıdır
3. İnsanlar, özellikle orta yaştan sonra düzenli sağlık kontrolü yaptırmalıdır
4. Ailesinde hipertansiyon olan kişiler düzenli olarak tansiyon, şeker, kolesterol takibi yaptırmalıdır
5. Düzenli sağlık kontrolü, herkes için gereklidir
6. Düzenli sağlık kontrolüne gitmek kişiye gerekli bir şey değildir X
7. Sık sık sağlık kontrolü yaptırmak zararlıdır X
8. Sağlık kontrolü, gereksiz harcamaya sebep olur X
9. Sağlık kontrolüne gerek yok, vadesi gelen gider X
10. Düzenli sağlık kontrolü ülkemiz için bir lükstür X

*Negatif yönde ilişkili olan tutum cümleleri X işareti ile belirlenmiştir.

Çalışmanın “Hipertansiyondan Korunma ile İlgili Düşünceler” başlıklı 95 sorulu anketi, bilgilendirilmiş onam, sosyodemografik özellikler ve davranış soruları ile pilot testin 70 tutum cümlesini içermektedir. Katılımcıların Helsinki Bildirgesi’ne uygun olarak çalışma hakkında bilgilendirilmesiyle katılımları için aydınlatılmış onamları alınmıştır. Örneklemi tanımak, HT’ye yol açabilecek davranış özelliklerini ortaya çıkarmak, HT farkındalık düzeyiyle ilgili bilgi edinmek ve gerekli durumlarda ölçekle karşılaştırma yapabilmek için her katılımcının yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir gibi demografik verileri ve boy, kilo, spor ve egzersiz yapma, sigara kullanma, tuzdan kaçınma, diyetle uyma, beslenme alışkanlıkları, hastalık bilgisinin olması, düzenli kontrole gitme gibi durumları sorgulanmıştır.

Danışıldığı dört aile hekimliği öğretim üyesinden anket için uygun görüş alınmıştır.

01.06.2018-01.06.2019’da, Keçiören’de aile sağlığı merkezi (ASM)ne başvuran, gönüllü, okuryazar, ailesinde (kan bağı olan veya olmayan) HT’li olan 77 erişkin araştırmaya dâhil edilmiştir. Anket birebir yüz yüze görüşmeyle uygulanmıştır. HT (HT’li 194 kişi) veya diyabet (diyabetli 172 kişi) tanısı olanlar ile psikiyatrik hastalık tanısı veya nörokognitif bozukluğu olanlar araştırmaya dâhil edilmemiştir. Olumsuz sorular tersten puanlanarak tüm veriler, IBM SPSS 22.0’a aktarılmıştır. Madde toplam korelasyon analizinde ayırt ediciliği 0,20’den küçük maddeler çıkartılarak 32 maddelik ölçek elde edilmiştir. Ölçeğe geçerlik ve güvenilirlik analizleri uygulanmıştır.

Doğrulamalı faktör analizi (DFA) ve test-retest için, cinsiyet ve yaş sorularıyla ölçeği içeren anket, DFA için 316 kişiye ve test-retest için ilk uygulamadan 3 hafta sonra tekrar 62 kişiye uygulanmıştır. DFA’da Lisrel 8.8 kullanılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya yaşları 18 ile 73 arasında, 57 (%74,02) kadın, 20 (%25,98) erkek katılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve davranış verileri Tablo 2’de özetlenmiştir.

Katılımcıların %75,3 (n=58)’ü evli, %74,1 (n=57)’i ilköğretim mezunu ve %50,6 (n=39)’sı gelirinin giderine eşit olduğunu, ayrıca %64,9 (n=50)’u sigara, %97,4 (n=75)’ü alkol ve %100 (n=77)’ü madde kullanmadığını, %11,7 (n=9)’si düzenli spor ve %10,4 (n=8)’ü düzenli diyet yaptığını, %20,8 (n=16)’i sürekli hastalığı olduğunu ve %7,8 (n=6)’i düzenli ilaç kullandığını, %64,9 (n=50)’ü günlük sebze ve meyve tüketimini 1 porsiyon, %98,7 (n=76)’si günlük en çok tüketilen yağı sıvı yağ olarak belirtmiştir.

Katılımcıların %51,9 (n=40)’u “Ben çok uyumluyum”, %75,3 (n=58)’ü ailede kan bağı olan hipertansif kişi bulunduğunu, %81,8 (n=63)’i HT’li akrabayla aynı evde yaşamadığını, %68,8 (n=53)’i HT için risk grubu olmadığını, %57,1 (n=44)’i günlük beslenmede tuzdan kaçındığını, %54,5 (n=42)’i HT önleme konusunda eğitim istediğini, %97,4 (n=75)’ü sağlık güvencesi olduğunu, %87 (n=67)’si tavsiye edilen sağlık kontrollerine gittiğini ifade etmiştir.

Anket için alındığı belirtilen uygun görüşle kapsam geçerliliği sağlanmıştır.

Yapı geçerliğinde, ayırt ediciliği 0,20’den büyük maddelerden oluşturulan ölçeğin faktör analizine uygunluğu “principle component analysis”de Kaiser-Meyer-Olkin(KMO) değeri 0,679, Barlett küresellik testi sonucu $p < 0,001$ (Ki-kare=1062,04; Serbestlik Derecesi=496), açıklanan varyans değeri %50,152 ile istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır ve faktör sayısının belirlenmesinde 1,693-7,127 arasında 5 özdeğer ve faktör eksen grafiğinde 5. faktörde yataylaşma istatistiksel anlamlı bulunmuştur (Tablo 3, Şekil 3). Faktör yüklerinin, sayısının ve maddelerinin incelendiği açımlayıcı faktör analizi (principle axis factoring) döndürülmüş faktör matriksiyle (varimax) faktör yükleri 0,275-0,834 istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo 4).

AFA’yla, 7 faktörlü tasarlanan, katılımcıların cevaplarıyla yeniden şekillenen ölçeğin 5 faktörlü yapısı kesinleştirilmiş ve maddelerine göre faktörler yeniden adlandırılmıştır: 1. Korunma ve kontrol, 2. Alışkanlık ve yaşam şekli, 3. Beslenme tutumu 4. Ruhsal durum ve fiziksel aktivite ve 5. Hastalık ve risk bilgisi.

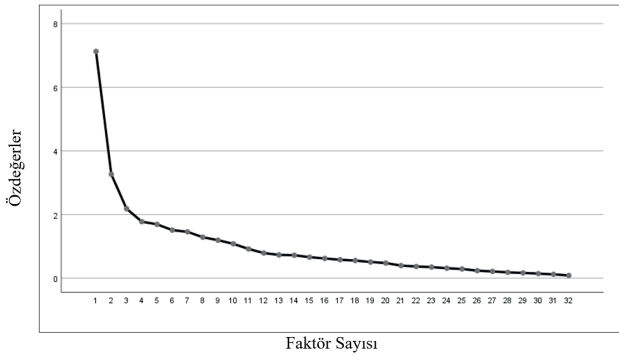
Tablo 2. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve Davranış Verileri

Sosyodemografik Bilgiler ve Davranışlar		F (Frekans)	% (Yüzde)
Medeni Durum	Bekar	18	23,4
	Evli	58	75,3
	Dul	1	1,3
Eğitim Durumu	İlkokul	21	27,3
	Ortaokul	10	13
	Lise	17	22,1
	Ön lisans	9	11,7
	Lisans	19	24,7
	Yüksek Lisans	1	1,3
	Doktora ve üstü	0	-
Gelir durumu	Geliriniz giderinizden fazla	17	22,1
	Geliriniz giderinize eşit	39	50,6
	Geliriniz giderinizden az	21	27,3
Sigara kullanımı	Yok	50	64,9
	Var	22	28,6
	Bırakmış	5	6,5
Alkol kullanımı	Yok	75	97,4
	Var	2	2,6
Madde kullanımı	Yok	77	100
	Var	0	-
Düzenli spor yapma durumu	Evet	9	11,7
	Hayır	68	88,3
Düzenli diyet yapma durumu	Evet	8	10,4
	Hayır	69	89,6
Sürekli hastalık durumu	Yok	61	79,2
	Var	16	20,8
Düzenli ilaç kullanımı	Yok	71	92,2
	Var	6	7,8
Günlük sebze ve meyve tüketimi	Bir porsiyon	50	64,9
	İki porsiyon	17	22,1
	Üç ve fazlası	10	13
Günlük en çok tüketilen yağ	Sıvı yağ	76	98,7
	Katı yağ	1	1,3
Sizi en iyi anlatan durum	Ben genelde çok öfkeliyim	9	11,7
	Ben çok stres yaparım	28	36,4
	Ben çok uyumluyum	40	51,9
Ailede kan bağı olan hipertansif kişinin bulunması	Evet	58	75,3
	Hayır	19	24,7
Hipertansif akrabayla aynı evde yaşama durumu	Evet	14	18,2
	Hayır	63	81,8
Hipertansiyon için risk grubu olma durumu	Evet	24	31,2
	Hayır	53	68,8
Günlük beslenmede tuzdan kaçınmaya dikkat etme durumu	Evet	44	57,1
	Hayır	33	42,9
Eğer gerekirse hipertansiyonu önleme konusunda eğitim isteme durumu	Evet	42	54,5
	Hayır	35	44,5
Sağlık güvencesi durumu	Yok	2	2,6
	Var	75	97,4
Tavsiye edilen sağlık kontrollerine gitme durumu	Evet	67	87
	Hayır	10	13

Tablo 3. Özdeğerler ve Açıklanan Varyans

Bileşen	İlk Özdeğerler			Kare Yüklerin Ekstraksiyon Toplamları		
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
1	7,127	22,272	22,272	7,127	22,272	22,272
2	3,267	10,210	32,482	3,267	10,210	32,482
3	2,185	6,828	39,310	2,185	6,828	39,310
4	1,776	5,550	44,860	1,776	5,550	44,860
5	1,693	5,292	50,152	1,693	5,292	50,152

*Çıkarım yöntemi: "Principal Component Analysis"



Şekil 3. Faktör Eksen Grafiği

DFA anketini yaşları 18 ile 73 arasında, 233 (%73,7) kadın, 83 (%26,3) erkek ve test-retest anketini yaşları 18 ile 68 arasında 44 (%71) kadın, 18 (%29) erkek cevaplamıştır. Ölçekten t değerleri 0,01 düzeyinde anlamlı olmayan 6 madde çıkartıldıktan sonra DFA'yla standartlaştırılmış faktör yük değerleri 0,37-0,86 ve ölçek maddelerine dair hata (artık) varyansları ise 0,26-0,90 olarak bulunmuştur. Faktör 1 boyutunda 12 ve 13. maddeler arasında, faktör 2 boyutunda ise 19 ve 26. maddeler arasında yapılan modifikasyonla iyileştirilen uyum iyiliği değerleri (ki-kare(χ^2)=805,66, $p=0,000$, RMSEA=0,076, SRMR=0,063, CFI=0,95, GFI=0,84, AGFI=0,80, NFI=0,94)'yle istatistiksel anlamlı bulunmuştur (Şekil 4).

"Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ)"nin, genel güvenilirlik/alt boyutlar için Cronbach alfa katsayıları sırasıyla 0,910/0,601-0,813, Guttman lambda değerleri 1./2./3./4./5./6. parçalar için sırayla 0,875/0,912/0,910/0,894 /0,892/0,929 ve madde toplam korelasyon analiziyle korelasyon 0,33-0,66'dır ve istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (Tablo 5, 6).

Test-retest analizinde korelasyon katsayısı tek ölçüm/ortalama ölçüm 0,834/0,909 %95 güven aralığında ve $p<0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

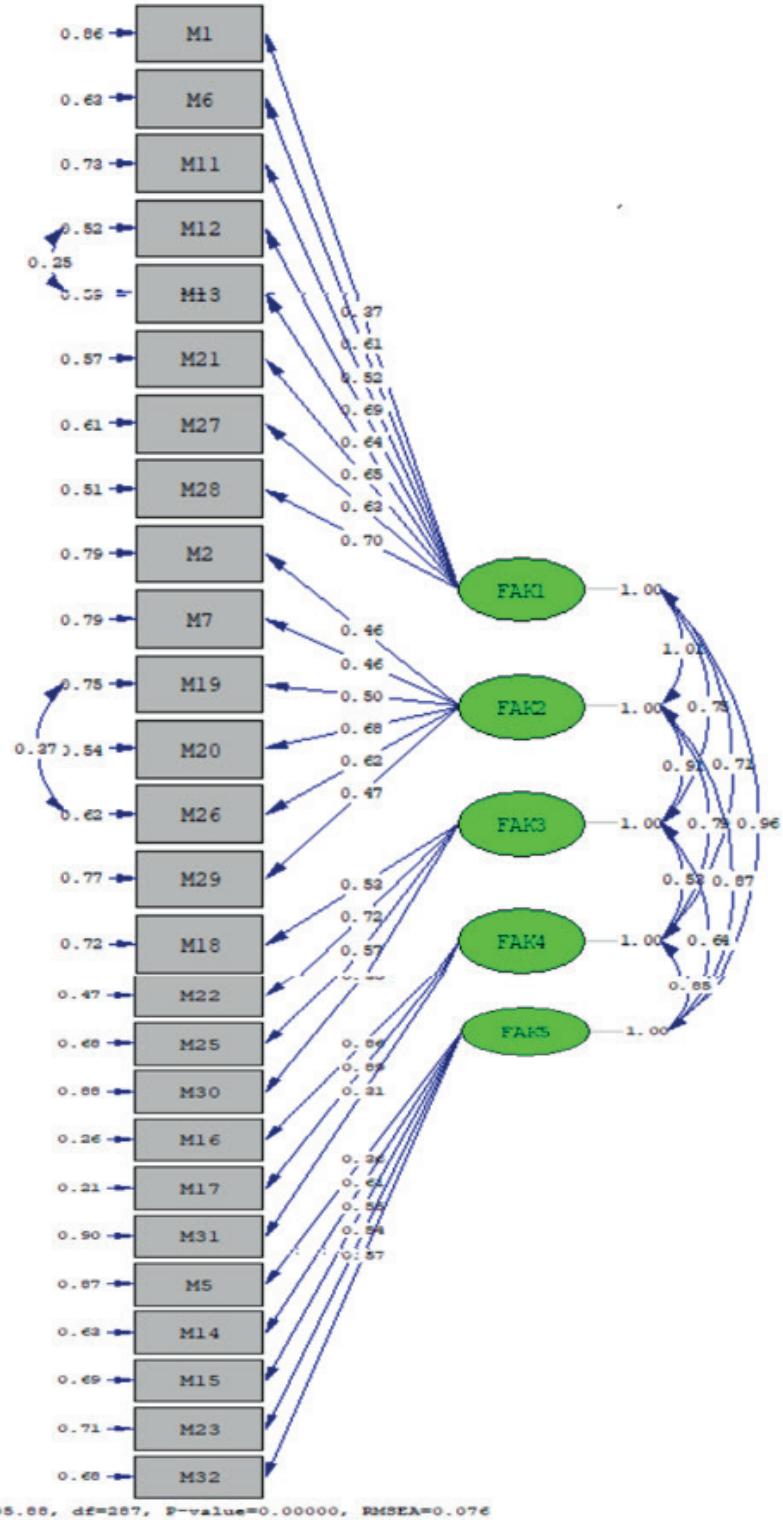
Tablo 4. Döndürülmüş Faktör Matrisi

	Faktör				
	1	2	3	4	5
M11_D07	0,807				
M01_D28	0,764				
M06_D21	0,634	0,321			
M16_D14	0,614	0,319			
M08_D04	0,547		0,273		
M13_D08	0,489				0,363
M24_D35	0,414				
M23_D11	0,343				0,322
M30_D24		0,767			
M09_D17		0,596			
M14_D52		0,543			
M04_D18		0,490			
M20_D32		0,441			0,404
M25_D38		0,429			
M02_D48			0,834		
M07_D44			0,650		
M17_D13			0,567		
M12_D06			0,459		
M31_D53			0,416	0,322	0,273
M27_D39			0,291		
M05_D23				0,689	
M19_D67				0,576	
M10_D57			0,359	0,517	
M15_D22	0,440			0,470	
M21_D64			0,253	0,426	
M32_D15	0,365	0,304		0,392	
M03_D19	0,394				0,589
M18_D16				0,351	0,486
M22_D34		0,282			0,478
M29_D05	0,286				0,446
M28_D36					0,344
M26_D29					0,275

Çıkarım yöntemi: "Principal Axis Factoring"

* M harfi ölçekteki, D harfi ise pilot testteki madde sıra numarasını göstermektedir.

Son hâli 26 madde ve 5 faktör olan ölçeğin 15, 20. soruları olumsuzdur, tersten puanlanarak değerlendirilir. Ölçeğin faktör ve maddeleri: 1. Korunma ve kontrol (1, 4, 7, 10, 13, 18, 22, 25. soru), 2. Alışkanlık ve yaşam şekli (6, 12, 17, 21, 24, 26. soru), 3. Beslenme tutumu (5, 11, 16, 20. soru), 4. Ruhsal durum ve fiziksel aktivite (3, 9, 15. soru) ve 5. Hastalık ve risk bilgisi (2, 8, 14, 19, 23.soru) şeklindedir (Bkz. Ek 1).



Şekil 4. Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Modeli

Tablo 5. Faktörler, Güvenirlik Değerleri ve Tutum Cümleleri

Faktör	Cronbach alfa(α) (Cümlesayısı(n))	Tutum Cümleleri
KORUNMA VE KONTROL	$\alpha=0,813$ (n=8)	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler düzenli olarak tansiyon, şeker, kolesterol takibi yaptırmalıdır İnsanlar, özellikle orta yaştan sonra düzenli sağlık kontrolü yaptırmalıdır Hipertansiyondan korunmak için kilo verilmelidir Hastalıklardan korunmak için kişi belli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmalıdır Meyve ve sebzedden zengin beslenmek hipertansiyon gelişimini önler Ailesinde hipertansiyon olan kişiler belli zamanlarda çek-up yaptırmalıdır Şişmanlık, hipertansiyona zemin oluşturur Düzenli sağlık kontrolü, herkes için gereklidir
HASTALIK VE RİSK BİLGİSİ	$\alpha=0,653$ (n=5)	Şişman insanlar hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara daha kolay yakalanır Hipertansiyon, böbrek, kalp-damar, göz gibi organlara zararı olan bir hastalıktır Aşırı kilolu kişiler hipertansiyona meyillidir Ailesinde hipertansiyon olan kişiler bu hastalığa daha yatkındır Hipertansiyon, beyinde hasara sebep olur
RUHSAL DURUM VE FİZİKSEL AKTİVİTE	$\alpha=0,894$ (n=3)	Stres, hipertansiyona zemin hazırlar Stres gibi psikolojik hastalıklar hipertansiyon gelişimini tetikler Yürüyüş gibi fiziksel aktivitelerin faydası yoktur X
ALIŞKANLIK VE YAŞAM ŞEKLİ	$\alpha=0,730$ (n=6)	Sigara içmek, hipertansiyonu tetikler Hareketsiz kalmamalıyım Hayata pozitif bakabilmek, hipertansiyon gibi hastalıklardan korunma sağlar Beslenmede yağsız süt gibi kalsiyumdan ve magnezyumdan zengin gıdaları tercih etmeliyim Yemeklerimde katı yağlar yerine zeytinyağı gibi sıvı yağları tercih etmeliyim Sigara, hipertansiyon gelişmesi için risk faktörüdür
BESLENME TUTUMU	$\alpha=0,601$ (n=4)	Geceleri ağır gıdalar tüketmemeye özen göstermeliyim Yemekte yağ kullanırken daha çok margarin gibi katı yağları tercih etmeliyim X Peynir, zeytin gibi gıdaları alırken tuzsuz olanları tercih etmeliyim Kızartma ve kırmızı eti aşırı tüketmemeliyim

Ölçeğin genel güvenirlilik Cronbach alfa katsayısı 0,91(n=26)'dir. *Olumsuz tutum cümleleri X ile işaretlenmiştir.

Tablo 6. Madde Toplam Korelasyon Analizi

Maddeler	Madde Silinirse Ölçek Ortalaması	Madde Silinirse Ölçek Varyansı	Düzeltilmiş Madde Toplam Korelasyonları	Madde Silinirse Cronbach Alfa
M1	100,81	174,02	0,36	0,91
M2	100,54	172,19	0,45	0,91
M5	100,82	174,66	0,33	0,91
M6	100,28	170,44	0,58	0,91
M7	100,56	171,02	0,46	0,91
M11	100,53	171,81	0,49	0,91
M12	100,08	171,64	0,66	0,91
M13	100,24	170,91	0,61	0,91
M14	100,48	170,80	0,57	0,91
M15	100,50	172,73	0,47	0,91
M16	100,41	168,95	0,63	0,91
M17	100,46	168,94	0,66	0,91
M18	100,81	172,69	0,38	0,91
M19	100,74	170,04	0,51	0,91
M20	100,18	168,79	0,64	0,91
M21	100,20	170,75	0,62	0,91
M22	100,53	169,74	0,56	0,91
M23	100,76	171,12	0,47	0,91
M25	100,49	169,34	0,44	0,91
M26	100,71	167,73	0,61	0,91
M27	100,45	171,52	0,57	0,91
M28	100,48	169,06	0,65	0,91
M29	100,65	171,04	0,47	0,91
M30	100,34	173,64	0,34	0,91
M31	100,23	170,90	0,40	0,91
M32	100,62	171,59	0,48	0,91

*M harfi ölçekteki madde sıra numarasını göstermektedir.

TARTIŞMA

Bu çalışma bir ölçek geliştirme çalışmasıdır. HKTÖ, tasarımıyla bir ilk olup, soruların oluşturulması, geçerlik ve güvenilirlik analizleri ölçek geliştirme aşamalarına uygundur. Soruların cevaplarıyla yapılan istatistiksel analizler sonucunda bu ölçek geliştirilmiştir.

Bu çalışmada geliştirilen HKTÖ, HT ve kardiyovasküler hastalıklar (KVH) bilgi düzeyi ölçeklerinden farklıdır. HBDÖ, 22 madde olup, alt boyutları; tanım, medikal tedavi, ilaçlara bağlılık, yaşam biçimi, diyet ve komplikasyonlardır. Ölçekteki her bir madde doğru (1), yanlış (0), bilmiyorum (0) şeklindedir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0-22 arasında değişmektedir. Puan arttıkça HT bilgi düzeyi artmaktadır, Cronbach alfa değeri 0,81 olarak bulunmuştur.^[9]

KARRİF-BD ölçeği 28 madde olup, KVH'ların özellikleri, korunabilirliği ve yaş faktörü, risk faktörlerini, risk davranışlarında değişimin sonucunu sorgulamaktadır. Ölçek maddeleri "Evet", "Hayır" veya "Bilmiyorum" şeklindedir. Ölçekten en yüksek 28 puan alınabilir. Puanlar yükseldikçe bilgi düzeyi artmaktadır. Ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,76 olarak bulunmuştur. Türkiye'de KVH risk faktörleri bilgi düzeyini belirlemede kullanılacak, güvenilirlik ve geçerliği yapılmış ilk ölçektir.^[10]

Bu çalışmada geliştirilen HKTÖ, 26 madde ve alt boyutları korunma ve kontrol, alışkanlık ve yaşam şekli, beslenme tutumu, ruhsal durum ve fiziksel aktivite, hastalık ve risk bilgisidir. Her madde "Hiç katılmıyorum-Kesinlikle katılıyorum" şeklinde 5'li Likert puanlanmıştır. Ölçekten 26-130 arası puan alınabilir. HT'den korunma tutumlarıyla ölçek skorları arasında pozitif ilişki olduğu söylenebilir. Ölçek Cronbach alfa değeri 0,91 bulunmuştur. HKTÖ, HT'den korunma amacıyla geliştirilmiş ilk tutum ölçeğidir. HKTÖ'nün literatürde HT'den korunmada hedeflenen davranış değişikliklerine yardımcı olacağı düşünülmektedir.^[15,18,19]

Sosyodemografik ve davranış verileri incelendiğinde, katılımcıların çoğunun evli ve ilköğretim düzeyine sahip olduğu, madde kullanmadığı, çoğunun sigara alkol kullanmadığı ayrıca düzenli diyet ve spor yapmadığı, yarısının tuz kullanımından kaçındığı, tamamına yakınının sıvı yağ kullandığı, çoğunun meyve sebze tükettiği, yarısının "Ben çok uyumluyum" dediği, tamamına yakınının sağlık güvencesi olduğu ve çoğunun sağlık kontrollerine gittiği belirlenmiştir. Beslenme

hariç HT önleyici davranışları yetersiz değerlendirilen örneklerin HT'den korunma konusunda farkındalık ve bilgi düzeyi için eğitim gereksinimi olduğu söylenebilir.

HT için çoğu çalışmada %35 ile %50 arasında pozitif bir aile öyküsü oranı ifade edilmiştir.^[8,25,26] Tüm dünyada erişkinlerde HT prevalansı %28 ile %67 arasında değişmektedir.^[27] Örneklemde ailesinde kan bağı olan HT'li bulunma oranı %75,3 olsa da HT için risk grubu olmayla ilgili soruya "Hayır" cevabı oranı %68,8'dir. Bu durum, katılımcıların HT farkındalığı ve risk grubu olma konusunda bilgi eksikliğini göstermektedir. HT yaygın bir hastalık olsa da farkındalığı düşük bir hastalıktır.^[28,29] Ailesinde HT'li bulunan (kan bağı olan-olmayan) bireylerden oluşan, toplumu temsil eden örneklemden yola çıkarak HT farkındalığı ve risk grubu olma bilgi düzeyinin tüm toplumda eksik olduğu söylenebilir.

Literatürde ailede hipertansif hasta varlığı HT gelişimi için riskli durum olarak belirtilmektedir.^[8,25,26] Ailede yeni veya eski HT tanısı alan varsa, HT konusunda bilinçlendirme, HT'den korunma ve davranış değişikliğiyle ilgili verilecek eğitimin küresel bir sağlık sorunu olan HT'yle mücadelede yardımcı olacağı düşünülmektedir.

Bu çalışmada geliştirilen HKTÖ'nün HT'den korunma tutumlarını objektif değerlendirmesi, HT'yi önleme çalışmalarında kullanılması ve HT farkındalığını artırması beklenmektedir.

Sağlıklı toplum, biyopsikososyal yaklaşıma göre sağlıklı bireylerden oluşur. Kapsamlı bakım ilkesi gereğince bireye yönelik koruyucu sağlık ve danışmanlık hizmetlerinde aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

HKTÖ, insanların düzeltebilecekleri HT için riskli durumları ele almakta, kendilerini hastalanmadan değerlendirmelerine fırsat sağlamaktadır. Geliştirilen bu ölçeğin hasta merkezli yaklaşıma katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yapı geçerliği değerlendirmesinde:

1. Principle component analysis'de KMO değeri 0,6'nın üzerinde, Barlett testi sonucu p değeri 0,001'in altında ve açıklanan varyans değeri %50'nin üzerinde olması nedeniyle HKTÖ faktör analizine uygun değerlendirilmiştir.^[30,31] Özdeğerlerin 1'den büyük olması, faktör eksen grafiğinin bir faktörde yataylaşmasıyla ölçeğin faktör sayısına karar verilmiştir.

^[31]

2. AFA'da "principle axis factoring"(Varimax) ile döndürülmüş faktör matriksinde faktör yüklerinin 0,2'nin üzerinde olması nedeniyle ölçeğin tüm maddeleri anlamlı bulunmuştur.^[31]

3. DFA'da t değerleri $p < 0,01$ olmayan maddeler analizden çıkartılmıştır.^[32] Standartlaştırılmış faktör yük değerleri 0,30'dan büyüktür.^[33] χ^2 değeri $p < 0,01$ düzeyinde anlamlıdır, χ^2 'nin serbestlik derecesine oranı 3'ün altındadır ve mükemmel uyumu göstermektedir.^[34] RMSEA ve SRMR değerleri 0,08'den küçüktür; iyi uyum gözlenmiştir.^[35] CFI değeri 0,95 olması mükemmel uyuma işaret etmektedir.^[36] NFI 0,90-0,95; iyi uyumu göstermektedir. GFI ve AGFI, 0 ile 1 arasında değerler alabilir.^[37] Uyum iyiliği değerleriyle ölçek veriye iyi düzeyde uyumlu bulunmuştur. Ölçeğin 5 faktörlü yapısı 26 madde olarak DFA'yla doğrulanmıştır.^[38]

Güvenirlik iç tutarlılık ve test-retest değerlendirmesinde:

1. Genel güvenilirlik Cronbach alfa değeri 0,9'dan büyüktür, HKTÖ yüksek derecede; alt boyutların Cronbach alfa değerleri 0,6'dan büyüktür, alt boyutlar ayrı ayrı kabul edilebilir derecede güvenilirdir.^[39-41] Her alt boyut için ayrı ayrı değerlendirme yapılabileceğini düşündürmektedir.

2. Madde toplam korelasyon değerleri pozitif ve 0,3'ün üzerindedir; tüm maddeler uygun ve ölçek güvenilirdir.^[30]

3. Guttman lambda değerleri 0,8'den büyüktür; HKTÖ güvenilirdir.^[42,43]

4. Test-retest analizinde korelasyon katsayıları 0,7'nin üzerindedir; HKTÖ kararlıdır.^[23,30]

Literatürde benzer ölçeğe rastlanmaması çalışmanın güçlü yanı ve HT riskleri zemininde tutum ölçeği geliştirilmesi ise orijinal yönüdür denilebilir. Kronik bir hastalık olan HT risk faktörlerini esas alan ve HT'den korunmaya katkısı olacak bu çalışma, bir başlangıç olarak düşünülebilir.

Ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği kabul edilebilir düzeydedir, çalışmanın en önemli sınırlılığı örneklem sayısının madde sayısının yaklaşık 2,5 katı olmasıdır. Ölçek geliştirmede örneklem sayısının madde sayısının 3-10 katı olması istenir.^[44,45] Eğer güçlü, güvenilir ilişkiler ve az sayıda belirgin faktör varsa, örneklem büyüklüğü, değişken sayısından fazla olması koşuluyla 50 olarak kararlaştırılabilir. Örneklem sayısının madde sayısının 10 katı olması tercih edilse de en düşük 2 katı olabilir.^[46] KMO 0,6'dan büyük ve Bartlett testi sonucu $p < 0,001$ 'dir; örneklem boyutunun AFA için uygun ve yeterince büyük olduğu belirlenmiştir.

HKTÖ, HT'den korunmayla ilgili tutumları belirlemek için herkese uygulanabilir.

HKTÖ, HT'yle ilgili toplum eğitimlerinde eğitimden önce ve sonra uygulanarak eğitim etkinliği değerlendirilebilir.

HKTÖ ile toplum taramaları yapılabilir, HT farkındalığı artırılabilir ve bilgi eksiklikleri tamamlanarak toplumun HT'den korunma tutumları geliştirilebilir. HT prevalansını azaltmaya katkısı bilimsel çalışmalarla takip edilebilir.

HKTÖ, diğer kültürlere uyarlanabilir.

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmayla "Hipertansiyondan Korunma Tutumları Ölçeği (HKTÖ)" adlı yeni bir ölçme aracı geliştirilmiştir. Kapsam ve yapı geçerliği, güvenilirlik iç tutarlılık, test-retest analizlerinde HKTÖ'nün geçerli, yüksek derecede güvenilir, orijinal ve standart bir ölçek olduğu belirlenmiştir. HKTÖ, HT farkındalığını arttırmada ve HT'den korunmada kullanılabilir, sık görülen diğer kronik hastalıklar için benzer çalışmalara ışık tutabilir.

Teşekkür

Çalışmaya desteklerinden dolayı Doç. Dr. Oğuz Tekin'e teşekkür ederiz.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Keçiören Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Etik Kurulu'ndan onay alındı (09.05.2018 - 1664).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Health Sciences University, Keçiören Health Application and Research Center Ethics Committee (09.05.2018 - 1664).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F ve ark. Türk Hipertansiyon Uzlaş Raporu 2019. Turk Kardiyol Dern Ars 2019; 47(6): 535-546.
2. Başer DA, Kahveci R, Koç M, Aksoy H, Yaşar İ, Baydar A. Türkiye İstatistik Kurumu sağlık verilerine göre Türkiye'de en sık teşhis edilen ilk 10 hastalığın mevcut rehberlerinin haritalaması ve rehberlerin değerlendirilmesi. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2016; 36(2): 65-72.
3. Başgöz BB, Sağlam K. Hipertansiyon ve kalp. Türkiye Klinikleri Kardiyoloji-Özel Konular 2017; 10(3): 187-191.

4. Kıyınat Z, Dağdeviren HN. Hasta merkezli yaklaşım. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği-Özel Konular 2017; 8(2): 89-92.
5. Ünlüoğlu İ, Bilge U. Aile hekimliğinde kapsamlı bakım. Türkiye Klinikleri Family Medicine-Special Topics 2016; 7(6): 19-20.
6. Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı 2017-2025. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/%C3%A7ok%20payda%C5%9F1%C4%B1%20eylem.pdf> adresinden 15.08.2020 tarihinde erişilmiştir .
7. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care 2012; 6(1).
8. Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Kılavuzu, 2019 http://temd.org.tr/admin/uploads/tbl_kilavuz/201905271603502019tbl_kilavuz64f1da66bf.pdf adresinden 15.09.2020 tarihinde erişilmiştir.
9. Baliz Erkoc S, Isikli B, Metintas S, Kalyoncu C. Hypertension Knowledge-Level Scale (HK-LS): a study on development, validity and reliability. International journal of environmental research and public health 2012; 9(3): 1018-1029.
10. Arıkan İ, Metintaş S, Kalyoncu C, Yıldız Z. Kardiyovasküler hastalıklar risk faktörleri bilgi düzeyi (KARRİF-BD) ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. Türk Kardiyol Dern Arş 2009; 37(1): 35-40.
11. Akdeniz M, Ungan M, Yaman H. Aile hekimliği: çağdaş bir sağlık hizmeti sunma biçimi. Gerofam, Kanita Dayalı, Hakemli, Gerontoloji Yönelimli Aile Hekimliği Dergisi, 2010; 1(1): 19-20.
12. Akdeniz M, Aile hekimi. İn: Saatçi E, editors. Rakel Aile Hekimliği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2019: 81-101.
13. Özdemir Z. Sağlık bilimlerinde likert tipi tutum ölçeği geliştirme. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018; 5(1): 60-68.
14. Arslantaş EE, Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M. Hipertansif kişilerin hipertansiyon konusundaki tutum ve davranışları. Ege Tıp Dergisi 2019; 58(4): 319-329.
15. Diaz-Gutierrez J, Ruiz-Estigarribia L, Bes-Rastrollo M, Ruiz-Canela M, Martin-Moreno JM, Martinez-Gonzalez MA. The role of lifestyle behaviour on the risk of hypertension in the SUN cohort: the hypertension preventive score. Preventive Medicine 2019; 123: 171-178.
16. Mutluay R. Hipertansiyon tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri. Türkiye Klinikleri Nefroloji-Özel Konular 2017; 10(1): 27-34.
17. Çelik C, Özdemir B. Esansiyel hipertansiyonda psikolojik etmenler. Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar 2010; 2(1): 52-65.
18. Cihan FG, Öztürk YK, Aile hekimi. İn: Saatçi E, editors. Rakel Aile Hekimliği. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2019: 514-525.
19. Duran M, İn: Çifci A, editors. Bütüncül Tıp Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı Tedavi . Ankara: Nobel Tıp Kitabevi; 2.cilt; 2020: 1328-1332.
20. Plotnikoff GA, Dusek J. Hypertension. Inregative Medicine'de. Ed. Rakel MD. 4. Baskı. Philaladelphia, Elsevier, 2018; 230-241.
21. Whelton PK, Carey RM, Aronow WS et al. 2017 ACC/AHA/ AAPA/ABC/ ACPM/AGS/AphA/ASH/ASPC / NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation and management of high blood pressure in adults: a report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. Journal of the American College of Cardiology 2018; 71 (19) : e127-e248.
22. Üstü Y, Uğurlu M. Examples of Periodical Health Examinations. Ankara Medical Journal 2017; 17(4): 284-292.
23. Karakoç FY, Dönmez L. Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. Tıp Eğitimi Dünyası 2014; 13(40): 39-49.
24. Güngör D. Psikolojide Ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. Türk Psikoloji Yazıları, 2016; 19(38): 104-112.
25. Aşkın UDL, Tanrıverdi ADO, Türkmen S, Aktürk E. 2018 Avrupa Kardiyoloji Derneği/Avrupa Hipertansiyon Derneği Kılavuzu: Hipertansiyona güncel yaklaşımlar ve tedavi stratejileri. MN Kardiyoloji 2018; 25(4): 205-211.
26. Şahin N, Güner PD, Dirican E, Yengil E, Özer C. Birinci basamağa başvuran bireylerde hipertansiyon risk faktörleri. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2018; 9(35): 128-135. Doi:10.17944/mkutfd.471955
27. Yılmaz E. Hipertansiyon kontrolünde teknolojinin rolü. Jour Turk Fam Phy 2019; 10(2): 113-117. Doi: 10.15511/jtfp.19.00213
28. Yavuz E, Girici M, Özden F, Baran Ş ve ark. Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarında hipertansiyon farkındalığı. Namık Kemal Tıp Dergisi 2017; 5(3): 118-121.
29. Sözmen K, Ergör G, Ünal B. Hipertansiyon sıklığı, farkındalığı, tedavi alma ve kan basıncı kontrolünü etkileyen etmenler. Dicle Tıp Dergisi 2015; 42(2): 199-207.
30. Yüksekdağ BB, Barlas GU. The attitude scale towards distance nursing education (astDNE). Turkish Online Journal of Distance Education 2015; 16(1): 52-61.
31. Yaşlıoğlu MM. Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi 2017; 46 (Special Issue/Özel Sayı 2017): 74-85.
32. Çokluk Ö, Şekercioğlu G, Büyüköztürk Ş. Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik SPSS ve LISREL uygulamaları. Ankara: Pegem Akademi, 2020.
33. Harrington D. Confirmatory factor analysis. New York: Oxford University, 2009.
34. Sümer N. Yapısal eşitlik modelleri: Temel kavramlar ve örnek uygulamalar. Türk Psikoloji Yazıları 2000; 3(6) : 49-74.
35. Hu Lt Hu LT, Bentler PM. Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal 1999; 6(1):1-55.
36. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics, (Fifth Edition), Boston Pearson Education. Inc., 2007.
37. Schumacker SR, Lomax R. A beginner's guide to structural equation modeling. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2004.

38. Doğuş Y, Figen E. Okulda örgütsel barış ölçeği (OÖBÖ) geçerlik ve güvenilirlik çalışması. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 18.Eğitim Bilimleri Özel Sayısı: 2021; 1-1.
39. Kılıç S. Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. Journal of Mood Disorders 2016; 6(1): 47-48.
40. Sipahi B, Yurtkoru ES, Çinko M. Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi. İstanbul; Beta Yayınları, 2008.
41. Nunnally JC. Psychometric theory (2nd ed.). New York; McGraw-Hill, 1978.
42. Argon T. Üniversite öğrencilerinin sınıf içi çatışma yaşama nedenlerinin ölçülmesine yönelik bir ölçek geliştirme çalışması ve uygulaması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2009; 9(3): 1001-1041.
43. Lutsenko MA. Assessing Measurement Quality: Reliability and Validity. 2018.
44. Tavşancıl E. Tutumların ölçülmesi ve spss ile veri analizi. Nobel Yayınları. Ankara. 2002
45. Heybet M, Tekin O, Kahveci R ve ark. Hastalarda hekim algısına yönelik bir ölçek geliştirme çalışması: hekim ilişkili sağlık hizmeti algılama. Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(2): 104-113.
46. Büyüköztürk Ş. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2002; 32: 470-483.

EK 1. HİPERTANSİYONDAN KORUNMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (HKTÖ)

Açıklama: Aşağıda hipertansiyondan korunma hakkında ifadeler bulunmaktadır. Lütfen her ifade için katılım durumunuzu “hiç katılmıyorum/ katılmıyorum/ kararsızım/katılıyorum/kesinlikle katılıyorum” seçeneklerinden birini (X) ile işaretleyerek belirtiniz.

No	Hiç katılmıyordan kesinlikle katılıyoma doğru derecelendirecek olursanız aşağıdaki ifadelere katılım durumunuz ne olur?	1.Hiç katılmıyorum	2.Katılmıyorum	3.Kararsızım	4. Katılıyorum	5.kesinlikle katılıyorum
1	Meyve ve sebzedden zengin beslenmek hipertansiyon gelişimini önler					
2	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler bu hastalığa daha yatkındır					
3	Stres, hipertansiyona zemin hazırlar					
4	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler belli zamanlarda çek-up yaptırmalıdır					
5	Peynir, zeytin gibi gıdaları alırken tuzsuz olanları tercih etmeliyim					
6	Hayata pozitif bakabilmek, hipertansiyon gibi hastalıklardan korunma sağlar					
7	Hastalıklardan korunmak için kişi belli aralıklarla sağlık kontrolü yaptırmalıdır					
8	Hipertansiyon, böbrek, kalp-damar, göz gibi organlara zararı olan bir hastalıktır					
9	Stres gibi psikolojik hastalıklar hipertansiyon gelişimini tetikler					
10	Şişmanlık, hipertansiyona zemin oluşturur					
11	Kızartma ve kırmızı eti aşırı tüketmemeliyim					
12	Yemeklerimde katı yağlar yerine zeytinyağı gibi sıvı yağları tercih etmeliyim					
13	Hipertansiyondan korunmak için kilo verilmelidir					
14	Şişman insanlar hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklara daha kolay yakalanır					
15	Yürüyüş gibi fiziksel aktivitelerin faydası yoktur					
16	Geceleri ağır gıdalar tüketmemeye özen göstermeliyim					
17	Sigara, hipertansiyon gelişmesi için risk faktörüdür					
18	Düzenli sağlık kontrolü, herkes için gereklidir					
19	Hipertansiyon, beyinde hasara sebep olur					
20	Yemekte yağ kullanırken daha çok margarin gibi katı yağları tercih etmeliyim					
21	Hareketsiz kalmamalıyım					
22	Ailesinde hipertansiyon olan kişiler düzenli olarak tansiyon, şeker, kolesterol takibi yaptırmalıdır					
23	Aşırı kilolu kişiler hipertansiyona meyillidir					
24	Sigara içmek, hipertansiyonu tetikler					
25	İnsanlar, özellikle orta yaştan sonra düzenli sağlık kontrolü yaptırmalıdır					
26	Beslenmede yağsız süt gibi kalsiyumdan ve magnezyumdan zengin gıdaları tercih etmeliyim					

Varfarin Kullanan Hastaların Tedaviye Uyumu ve Hedef INR Değerini Etkileyen Faktörler

Compliance of Patients Using Warfarin to The Treatment and The Factors Affecting The Target INR

Efkan Kenan[®], Yasemin Korkut Kurtoğlu[®]

Atf/Cite as: Kenan E, Korkut Kurtoğlu Y. Varfarin kullanan hastaların tedaviye uyumu ve hedef INR değerini etkileyen faktörler. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(2):66-71.

ÖZ

Amaç: Çalışmamızda, varfarin kullanan hastaların tedaviye uyumlarının incelenmesi, sosyodemografik özelliklerinin ve tedaviyle ilgili bilgi seviyelerinin hedef INR değerlerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı nitelikte bir çalışmadır. Veri toplama aracı olarak Sosyodemografik Bilgi Formu, Klinik Veriler Formu ve Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ) olmak üzere üç anket formu kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi, Mann Withney U testi ve t testi kullanılmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya 104 hasta dâhil edildi. Katılanların yaş ortalaması $70,7\pm 13,0$ yılı ve %57,7'si erkekti. Hastaların %30,8'i serebrovasküler hastalık, %19,2'si atriyal fibrilasyon, %13,5'i protez kalp kapağının olması nedeniyle varfarin kullanmaktaydı. Hastaların %78,8'i Varfarin kullanımı konusunda eğitim aldığını ve eğitim alanların %82,9'u bu eğitimi doktordan aldığını belirtti. MMÖ'ye göre hastaların %68,3'ü yüksek motivasyona, %49'u yüksek bilgi düzeyine sahipti. Kırsal bölgede yaşayan, varfarin ile ilgili eğitim almamış, düzenli sağlık kontrolüne gitmeyen, varfarinin diğer ilaçlarla ve yiyeceklerle etkileşime girmediğini belirten hastaların motivasyonları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p<0,05$). Ailesi ile birlikte yaşayan hastaların hedef INR değeri aralığında olma oranı daha yüksekti ($p<0,05$).

Sonuç: Varfarin kullanan hastaların ilaç uyumu ve INR değerleri yaşadıkları bölgeden, varfarin ile ilgili eğitim alma, düzenli sağlık kontrolüne gitme, varfarinin diğer ilaçlarla ve yiyeceklerle etkileşime girdiğini bilme, varfarin kullanma süresi, INR aralığını bilme, ailesi ile birlikte yaşama durumlarından etkilenmektedir. Hastaların takip ve eğitimlerinde bu etkenlere yönelik önlemlerin alınması önemlidir.

Anahtar kelimeler: Varfarin, ilaç uyumu, hedef INR

ABSTRACT

Objective: Our study aimed to examine the treatment compliance of patients using warfarin and investigate the effect of sociodemographic characteristics and treatment-related knowledge levels on the target INR value.

Method: It is a cross-sectional, descriptive study. In the study, three different questionnaire forms, namely Sociodemographic Information Form, Clinical Data Form, and Modified Morisky Scale (MMS), were used as data collection tools. Descriptive statistics are presented as percentage, mean and standard deviation. The normal distribution suitability of the variables was investigated using the Kolmogorov Smirnov Test. Chi-square test, Mann-Whitney U test, and t-test were used to compare data. The statistical significance level in the analysis was accepted as $p<0.05$.

Results: A total of 104 patients who agreed to participate in the study within the specified date range were included. 30.8% of the patients participating in the study were using warfarin due to cerebrovascular disease, 19.2% due to atrial fibrillation, and 13.5% due to having a prosthetic heart valve. 78.8% of the patients stated that they received training on using warfarin, and 82.9% of those who received training stated that they received this training from a doctor. According to MMS, 68.3% of the patients had high motivation, and 49% had a high level of knowledge. The motivation of the patients living in rural areas, who did not receive training on warfarin, did not go to regular health checkups, and that warfarin did not interact with other drugs and foods was significantly lower ($p<0.05$). The rate of being in the target INR value range was higher in patients living with their families ($p<0.05$).

Conclusion: Drug compliance and INR values of patients using warfarin are affected by their education about warfarin, regular health check-ups, knowing that warfarin interacts with other drugs and foods, warfarin use time, knowing the INR interval, and living with their family. It is important to take precautions for these factors in the follow-up and training of the patients.

Keywords: Warfarin, drug compliance, target INR

Received/Geliş: 07.04.2022

Accepted/Kabul: 16.06.2022

Publication date: 27.06.2022

Corresponding Author:

Y. Korkut Kurtoğlu

ORCID: 0000-0002-8293-8590

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kütahya, Türkiye

✉ ykorkut95@yahoo.com

E. Kenan

ORCID: 0000-0001-5770-8251

Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kütahya, Türkiye

GİRİŞ

Varfarin, tromboembolik durumlarda gereksinim duyulan antikoagülanlardandır. Ayrıca, vitamin K antagonistlerinden en yaygın kullanılanıdır. Varfarin venöz tromboemboli, akut miyokard infarktüsü, pulmoner emboli, inme, protez kalp kapağı, atriyal fibrilasyon veya periferik arteriyel hastalık gibi tromboembolik hastalığı olan bireylerde hastalıkları önlemek veya tedavi etmek amacıyla kullanılan bir ilaçtır.^[1] Oral olarak alındıktan sonra yüksek oranda absorbe edilen varfarinin büyük bir bölümü albümine bağlı olarak taşınır. Protein C ve S, Faktör 2, 7, 9, 10'un K vitamini aracılığıyla olan sentezini inhibe ederek etkisini gösterir.^[2]

Varfarin ile antikoagülasyon, tromboembolik hastalıkların tedavisi için önemli bir tıbbi tedavi seçeneğidir, ancak protrombin sürelerini uygun terapötik aralıkta tutmak zordur. Varfarin kullanımı sonucu kanama ve tromboembolik olaylar gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir. Bu komplikasyonlar varfarinin terapötik aralıkta olup olmamasıyla çok yakından ilişkilidir. Fizyolojik, hasta ile ilgili veya sosyal pek çok faktör varfarinin terapötik aralıkta olmasını etkileyen faktörlerdir. Fizyolojik faktörler arasında ilaç-ilaç etkileşimleri, diyet-ilaç etkileşimleri, eşzamanlı hastalıklar ve varfarin metabolizmasındaki genetik farklılıklar yer almaktadır. Hasta ile ilişkili faktörler arasında ise tedaviye uyumsuzluk, antikoagülasyon tedavisi hakkında bilgi eksikliği, sık hekim takibi ve laboratuvar testleri nedeniyle varfarinin hastanın yaşam kalitesi üzerindeki potansiyel olumsuz etkileri yer alır. Hasta ile ilişkili bu faktörler fizyolojik faktörlere göre daha kolay değiştirilebilir; ancak tanımlanması da zor olabilir. Son olarak, istihdam, ilaç temininde yaşanan zorluklar, doktor ve laboratuvara erişim gibi sosyal faktörler de kötü antikoagülasyon kontrolüne katkıda bulunabilir.^[1,3]

Varfarinin etkisini takip etmek amacıyla "Uluslararası Normalizasyon Oranı" (INR) geliştirilmiştir ve varfarinin terapötik aralıkta tutulması INR değerleriyle takip edilmektedir.^[4] Varfarin tedavisini etkileyen birçok faktör nedeniyle tedavinin bireyselleştirilmesi önemlidir. INR kontrolünün düzenli yapılması ve buna göre ilaç dozu ayarlaması yapılması ilaca bağlı komplikasyonları önlemek için önemlidir. INR yüksek olduğunda kanama, düşük olduğunda ise tromboz riski artar. Haftalık dozun %5-20 oranında arttırılması ya da

azaltılması ile doz ayarlaması yapılır. INR değeri hedefin üstünde olduğunda, varfarin dozuna ara verilmesi ya da K vitamini uygulaması gerektirebilir.^[5]

Hedef INR değeri; pulmoner emboli, atriyal fibrilasyon, derin ven trombozu hastalarında 2,0-3,0 arasında ve protez kapaklı hastalarda da 2,5-3,5 arasında tutulması önerilmektedir.^[5-7]

Varfarin kullanan hastalarda eğitimin önemli olduğu, eğitim verilmesi ile varfarin kullanımına bağlı komplikasyonların azalacağı ve buna bağlı olarak mortalite, morbidite ve maliyetin düşeceği vurgulanmaktadır.^[6]

Çalışmamızda, hastanemiz Aile Hekimliği Polikliniği'nde takipli varfarin kullanan hastaların tedaviye uyumlarını incelemek, sosyodemografik özelliklerinin ve tedaviyle ilgili bilgi seviyelerinin hedef INR değerine etkisini araştırmak hedeflenmiştir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız, kesitsel tanımlayıcı tiptedir. Araştırma için etik kurul onayı, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 06.02.2020 tarihinde 2020/03-15 sayılı kararla alınmıştır. Araştırmanın evrenini, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran varfarin kullanan hastalar oluşturmaktadır.

2020 Mart ve 2020 Haziran ayları arasında Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran varfarin kullanan hastalardan çalışmaya katılmayı kabul edenler örneklem seçimi yapılmaksızın çalışmaya dâhil edilmiştir. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına göre sağlanmıştır. Anket formu çalışmaya katılan hastalara gözlem altında uygulanmış, uygulama öncesinde çalışma hakkında bilgi verilerek yazılı ve sözlü onamları alınmıştır.

Veri toplama aracı olarak, sosyodemografik bilgilerini ve hastalığının genel özelliklerini değerlendiren Sosyodemografik Bilgi Formu ve Klinik Veriler Formu ile Modifiye Morisky Ölçeği (MMÖ) olmak üzere üç farklı anket formu kullanılmıştır.

Morisky Uyum Ölçeği, Morisky ve ark. tarafından antihipertansif ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirmede aile hekimlerine yardımcı olmak üzere geliştirilen dört

soruluk bir ankettir. Daha sonra iki yeni soru ilavesiyle Modifiye Morisky Uyum Ölçeği geliştirilmiştir.^[8] Kronik hastalıklarda uzun süreli ilaç tedavisine bağlılığı değerlendirme amacıyla kullanılan Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması Vural ve ark. tarafından 2012 yılında yapılmış 6 sorudan oluşan “Modifiye Morisky Uyum Ölçeği” anketi çalışmamızda kullanılmıştır. Ankette soruların evet/hayır olarak yanıtlanması istenmektedir. İkinci ve 5. sorularda evet 1 puan, hayır ise 0 puan, diğer sorularda ise evet 0 puan, hayır 1 puan olarak hesaplanmıştır. Bir, 2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise hastanın düşük motivasyon düzeyini, 1’den yüksek puan ise yüksek motivasyonu göstermektedir. Üç, 4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise hastalık ve tedavi hakkında düşük bilgi düzeyini, 1’den büyük değerler ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir.^[9]

Çalışmada elde edilen veriler IBM SPSS Statistics version 24.0 (Statistical Package for Social Sciences for Windows) kullanılarak kayıt ve analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler ortalama, yüzde, standart sapma olarak sunulmuştur. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Devamlı değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov Smirnov Testi ile araştırılmıştır. Normal dağılıma uymayan değişkenlerin analizlerinde Mann Withney U testi, normal dağılıma uyan değişkenlerin analizlerinde bağımsız değişkenlerde t testi kullanılmıştır. Tüm analizler için anlamlılık seviyesi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmamıza, belirtilen tarih aralığında katılmayı kabul eden toplam 104 hasta dâhil edildi. Katılanların yaş ortalaması $70,7 \pm 13,0$ (min: 40-max: 98) yılıdır. Hastaların %57,7’si erkek (n=60) idi. Hastaların %11,5’i (n=12) okuryazar değilken, %3,8’i (n=4) üniversite mezunu idi. Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

Varfarin kullanma nedenlerine bakıldığında, %30,8’i (n=32) serebrovasküler hastalık, %19,2’si (n=20) atriyal fibrilasyon, %13,5’i (n=14) protez kalp kapağının olması nedeniyle varfarin kullanılmaktaydı. Yüzde 51,9 kişi, hastalığına göre literatürde belirtilen aralıktaki hedef INR değerinde olup, %72,1’i (n=75) hekimlerinin önerdiği aralıkta düzenli sağlık kontrolüne gittiğini

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	60	57,7
Erkek	44	42,3
Eğitim		
Okuryazar değil	12	11,5
Okuryazar	20	19,2
İlköğretim	43	41,4
Lise	25	24,1
Üniversite	4	3,8
Gelir durumu		
<2000 TL	43	41,3
2000-4000 TL	48	46,2
>4000 TL	13	12,5
Medeni durum		
Evli	62	59,6
Bekar/boşanmış/dul	42	40,4
Yaşadığı yer		
Kentsel	70	67,3
Kırsal	34	32,7
Birlikte yaşadığı kişiler		
Yalnız	18	17,3
Ailesiyle birlikte	86	82,7
Sağlık güvencesi		
Var	101	97,1
Yok	3	2,9

belirtti. Çalışmaya katılan hastaların %44,2’si (n=46) INR aralığını doğru ifade ederken, %44,2’si (n=46) varfarinin diğer ilaçlarla, %43,3’ü (n=45) yiyeceklerle etkileşime girdiğini ve buna dikkat ederek ilaçlarını kullandıklarını belirtti.

MMÖ’ne göre hastaların %68,3’ü (n=71) yüksek motivasyona, %49,0’ı (n=51) yüksek bilgi düzeyine sahipti. Çalışmamızda, motivasyonu düşük olan hastaların yaş ortalamaları $72,0 \pm 11,7$; yüksek olanların $70,1 \pm 13,5$ ’ti. Hastaların motivasyonlarına göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,490$). Aynı şekilde bilgi düzeyi düşük olan hastaların yaş ortalamaları $72,3 \pm 13,5$; bilgi düzeyi yüksek olanların $69,0 \pm 12,3$ ’tü. Hastaların bilgi düzeylerine göre yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,211$). Yaşadığı bölge ve varfarin ile ilgili eğitim alma durumlarına göre motivasyon durumunun karşılaştırılmasında, kırsal bölgede yaşayan hastaların motivasyonları kentsel bölgede yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p=0,001$). Varfarin ile ilgili eğitim almamış hastaların motivasyonları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların yaşadığı yere ve varfarin eğitimi almalarına göre motivasyonlarının karşılaştırılması

	Düşük Motivasyon		Yüksek Motivasyon		p
	n	%	n	%	
Yaşadığı yer					
Kentsel	15	21,4	55	78,6	0,001
Kırsal	18	52,9	16	47,1	
Varfarin eğitimi alma durumu					
Evet	19	23,2	63	76,8	<0,001
Hayır	14	63,6	8	36,4	

SS: Standart sapma

Varfarinin diğer ilaçlarla etkileşime girdiğini belirten hastaların %19,6'sının (n=9); etkileşime girmediklerini belirtenlerin %41,4'ünün (n=24) motivasyonu düşüktü. Varfarinin diğer ilaçlarla etkileşime girdiğini belirten hastaların motivasyonları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p=0,018). Benzer şekilde varfarinin yiyeceklerle etkileşime girdiğini belirten hastaların motivasyonları istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p=0,008).

Kentsel bölgede yaşayan hastaların %38,6'sının (n=27), kırsal bölgede yaşayanların %76,5'inin (n=26) bilgi düzeyi düşüktü. Kırsal bölgede yaşayan hastaların bilgi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşüktü (p<0,001).

Hekiminin önerdiği aralıkta düzenli sağlık kontrolüne gittiğini belirten hastaların %40,0'inin (n=30); düzenli kontrole gitmediğini belirtenlerin %79,3'ünün (n=23) bilgi düzeyi düşüktü. Düzenli sağlık kontrolüne giden hastaların bilgi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p<0,001).

Varfarin ile ilgili bilgi durumları ile bilgi düzeylerinin karşılaştırıldığında, INR aralığını bildiğini belirten hastaların bilgi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p<0,001). Varfarinin diğer ilaçlarla ve besinlerle etkileşime girdiğini belirten hastaların bilgi düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksekti (p<0,001) (Tablo 3).

MMÖ grupları ve INR değerlerinin karşılaştırıldığında, hastaların motivasyonları ve bilgi düzeylerine göre INR değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu (p>0,05) (Tablo 4).

Tablo 3. Hastaların varfarin ile ilgili bilgi durumları ile bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

	Düşük Bilgi Düzeyi		Yüksek Bilgi Düzeyi		p
	n	%	n	%	
INR aralığını bilme					
Evet	14	30,4	32	69,6	<0,001
Hayır	39	67,2	19	32,8	
Diğer ilaçlarla etkileşim					
Evet	8	17,4	38	82,6	<0,001
Hayır	45	77,6	13	22,4	
Yiyeceklerle etkileşim					
Evet	10	22,2	35	77,8	<0,001
Hayır	43	72,9	16	27,1	

SS: Standart sapma

Tablo 4. Hastaların MMÖ grupları ve INR değerlerinin karşılaştırılması

	Hedef INR değerindeki hastalar		Hedef INR değerinde olmayan hastalar		p
	n	%	n	%	
Düşük Motivasyon	16	48,5	17	51,5	0,632
Yüksek Motivasyon	38	53,5	33	46,5	
Düşük Bilgi Düzeyi	27	50,9	26	49,1	0,838
Yüksek Bilgi Düzeyi	27	52,9	24	47,1	

TARTIŞMA

Tromboembolik olayların tedavisi ve önlenmesinde en sık kullanılan antikoagülan varfarindir.^[7] Ülkemizde varfarin kullanımı ile ilgili yapılan en büyük ve çok merkezli bir çalışma olan WARFARİN-TR çalışmasında, 4.987 kişi değerlendirilmiş, kalp kapak protezi %42,6 ile en sık kullanım nedeni olarak bildirilmiştir.^[10] Köksal ve ark.'nın çalışmasında ise, en sık kullanım nedeni %40,2 ile atriyal fibrilasyon olduğu ve kalp kapak protezinin %35,1 ile onu izlediği saptanmıştır.^[11] Çalışmamızda, en sık kullanım nedeni serebrovasküler hastalık, sonrasında sırasıyla atriyal fibrilasyon protez kalp kapağı idi.

Mariita ve ark.'nın Kenya'da oral antikoagülasyonu etkileyen faktörler ile ilgili çalışmasında, hastaların %43,5'inin INR değerinin etkin aralıkta olduğu saptanmıştır.^[12] Brezilya'da birinci basamakta takipli hastaların oral antikoagülanlar ile ilgili bilgi düzeyleri ve ilaç uyumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, hedef INR aralığında olan hasta oranı %31,7 olarak bulunmuştur.^[13] Hedef INR değerinin, kişinin hastalığına göre 2,0-3,0 arasında veya 2,5-3,5 arasında olması göz

önüne alındığında çalışmamızda, literatür ile benzer bulgular elde ettik.^[7,14,15] Ancak, bu sonuçlar ülkemizde ve dünyada varfarin kullanan hastaların yaklaşık yarısının etkin INR değerine sahip olmadığını göstermektedir.

Akay Çiftçi'nin çalışmasında, hastaların %87,6'sının düzenli kontrole gittiği ve hastaların çoğunluğunun doktorun belirttiği aralıkta ya da aylık kontrollere başvurduğu bulunmuştur.^[16] Yaylacı ve ark.'nın çalışmasında, hastaların %82,4'ünün düzenli INR kontrolü yaptırdığı saptanmıştır.^[17] Çalışmamızda, hastaların büyük çoğunluğu önerilen şekilde kontrollerini yaptırdığı görülmüştür.

Pamukkale Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, hastaların %61,9'unun etkin INR aralığını bildiği görülmüştür.^[16] Çalışmamızda ise, hastaların %44,2'sinin INR aralığını bildiği görülmüştür. Literatüre göre INR değerini bilenlerin oranı genel olarak düşüktür. Bunun nedeni, bulunduğumuz bölgedeki sağlık okuryazarlığının düşüklüğü ve takip eden hekimin hastasına yeterli bilgilendirilmeyi yapmaması olabileceği düşüncesindeyiz.

Korkmaz ve ark.'nın Ege Üniversitesi'nde üç ay ve daha uzun süre varfarin tedavisi alan 114 hastanın bilgi düzeyini değerlendirdikleri çalışmada, hastaların %29,8'inin düşük bilgi düzeyine sahip olduğu görülmüştür.^[18] ABD'de yapılan bir çalışmada, hastalardaki yeterli bilgi düzeyi oranı %74,1 idi.^[19] Çalışmamızda, yüksek bilgi düzeyine sahip olma durumu literatürden çok daha az oranda bulunmuştur. Kısıtlı bir bölgede çalışmanın yapılması ve bu bölgede yaşayanların eğitim düzeyinin daha düşük olmasının bu sonucun çıkmasında etkili olduğunu düşünüyoruz.

Varfarin kullanan hastaların demografik özellikleri ile bilgi düzeylerinin karşılaştırıldığı çalışmaların birçoğu yaş ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki olmadığını göstermektedir.^[8,16,20,21] Çalışmamızda, literatür ile uyumlu olarak hastaların yaşları ile varfarin bilgi düzeyleri ve motivasyonları arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Varfarin kullanan hastaların genel olarak yaşları arasında çok fark olmaması ve aynı çalışma grubundaki hastaların bilgi kaynaklarının da benzer olmasının bu sonuçta etkili olduğu kaynaklanabileceğini düşünüyoruz.

Bir çalışmada, bilgi düzeyi ile yaşanan yer arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmuştur.^[17] Bir başka

çalışmada, yaşanan yerler ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmuş ve kırsal kesimde yaşayan hastaların bilgi düzeyleri daha düşük olduğu saptanmıştır.^[22] Çalışmamızda, kırsal kesimde yaşayan hastaların bilgi ve motivasyon düzeyleri daha düşük olarak bulunmuştur. İl merkezinde yaşayan hastaların bilgiye ve hekime erişiminin daha kolay olmasının bu duruma katkısı olabilir.

Choumane ve ark.'nın çalışmasında, hastaların danışmanlık öncesi ve sonrası bilgi puanlarına bakılmış ve danışmanlık sonrası tedavi sonuçlarını etkileyen faktörler hakkındaki bilgi düzeylerinin arttığı saptanmıştır.^[23] Çalışmamızda da literatür ile uyumlu olarak varfarin ile ilgili eğitim almış hastaların tedaviye uyum motivasyonlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde yapılan iki farklı çalışmada, düzenli kontrole giden ve INR aralığını bilen hastaların bilgi düzeylerinin diğer hastalara kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu gösterilmiştir.^[17,24] Çalışmamızda, düzenli sağlık kontrolüne giden ve INR aralığını bilen hastaların bilgi düzeylerinin ve motivasyonlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür. Düzenli kontrole giden ve INR aralığına dikkat eden bireylerin daha bilinçli olmasının nedeni kontrollere düzenli gitmenin hekim ile daha sık görüşmeyi sağlaması olabilir.

Çalışmamızın bir bölgede yapılması nedeni ile katılan hasta sayısı düşüktü. Ayrıca, ek hastalıklar nedeni ile kullanılan diğer ilaçlar değerlendirme yapılmasında kısıtlılıklar olarak değerlendirildi.

SONUÇ

Hastalarımızın yaklaşık yarısı hedef INR değerinde değildi. Bu oranın artırılması için ek eğitim planlamaları yapılmalıdır. Varfarin ile ilgili eğitim almamış hastaların almış hastalardan motivasyonları daha düşüktür. Bu durum hasta eğitiminin tüm hastalara verilmesinin önemini göstermektedir.

Yalnız yaşayan hastaların, hedef INR değeri anlamlı şekilde daha düşüktür. Uzun süreli hastaların yönetim ve takiplerinde sosyal desteğin önemi büyüktür. Sosyal desteği olmayan kişilerin tespitleri ve ilişkili kurumlara yönlendirilmeleri sağlık süreçleri için de ayrıca önem taşımaktadır.

Etik Kurul Onayı: Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (06.02.2020 - 2020/03-15).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Kütahya Health Sciences University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee (06.02.2020 - 2020/03-15).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Monagle P, Cuello CA, Augustine C, et al. American Society of Hematology 2018 Guidelines for management of venous thromboembolism: treatment of pediatric venous thromboembolism. *Blood Adv* 2018; 2(22): 3292- 3316.
2. Altunbas G, Ercan S, Davutoglu V. Overview of warfarin treatment and answers to questions/warfarin. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 2013; 12(1): 38.
3. Burn J, Pirmohamed M. Direct oral anticoagulants versus warfarin: is new always better than the old? *Open Heart* 2018; 5(1): 1-4.
4. Lane DA, Lip GY. Maintaining therapeutic anticoagulation: the importance of keeping "within range". *Chest*, 2007; 131(5): 1277-9.
5. Özcan T, Altıok M, Babalıklı F. The effect of group education about drug usage in the patient's on warfarin therapy. *The Anatolian Journal of Cardiology*, 2013; 13(3): 292.
6. Wang M, Zeraatkar D, Obeda M, et al. Drug-drug interactions with warfarin: A systematic review and meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol* 2021; 87(11): 4051-4100.
7. Ansell J, Hirsh J, Poller L., et al. The pharmacology and management of the vitamin K antagonists: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 2004; 126(3): 204-33.
8. Morisky DE, Gren LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care* 1986; 24: 67-74.
9. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, ve ark. Modifiye Morisky ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışması. *The Journal of Turkish Family Physician*, 1999; 3: 17-20.
10. Çelik A, İzci S, Kobat MA. et al. WARFARİN-TR Study Collaborates. The awareness, efficacy, safety, and time in therapeutic range of warfarin in the Turkish population: WARFARİN TR. *Anatol J Cardiol* 2016; 16(8): 595-600.
11. Köksal AT, Avşar G. Oral antikoagülan ilaç kullanan hastalar antikoagülan tedavi ile ilgili ne biliyor ve ne yapıyor? Bir kardiyoloji servisindeki hastaların değerlendirilmesi. *Balıkesir Sağlık Bil Derg* 2015; 4(3): 137-42.
12. Mariita K, Nyamu DG, Maina CK., et al. Patient factors impacting on oral anticoagulation therapy among adult outpatients in a Kenyan referral hospital. *African Journal of Pharmacology and Therapeutics*, 2016; 5(3): 193-200.
13. De Souza TF, Colet CF, Heineck I. Knowledge and information levels and adherence to oral anticoagulant therapy with warfarin in patients attending primary health care services. *J Vasc Bras* 2018; 17(2): 109-16.
14. Salem DN, Stein PD, Al-Ahmad A., et al. Antithrombotic therapy in valvular heart disease--native and prosthetic: the Seventh ACCP Conference on Antithrombotic and Thrombolytic Therapy. *Chest*, 2004; 126(3): 457-82.
15. Baglin TP, Rose PE. Haemostasis and Thrombosis Task Force of the British Society for Haematology. Guidelines on oral anticoagulation. *Br J Haematol* 1998; 101(2): 374-87.
16. Akay Çiftçi M. Pamukkale Üniversitesi kardiyoloji polikliniğine başvuran ve varfarin kullanan hastaların bilgi düzeyleri ve etkileyen faktörler. Pamukkale Üniversitesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, 2019, Denizli (Danışman Prof. Dr. Tamer Edirne).
17. Yaylacı S, Ösken A, Aydın E. ve ark. İç hastalıkları polikliniğine başvuran varfarin kullanan hastalar ve etkin INR'ye ulaşma oranları. *Medical Journal of Kocaeli*, 2014; 3: 18-21.
18. Korkmaz F, Okgun Alcan A, Karacabay K. Mekanik kalp kapağı olan hastalar varfarin tedavisine ilişkin uygun bilgiye sahip mi ve doğru doza uyuyorlar mı? *Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi*, 2015; 23(1): 58-65.
19. Baker JW, Pierce KL, Ryals CA. INR goal attainment and oral anticoagulation knowledge of patients enrolled in an anticoagulation clinic in a Veterans Affairs medical center. *J Manag Care Pharm* 2011; 17(2): 133-42.
20. Zareh M, Davis A, Henderson S. Reversal of warfarin-induced hemorrhage in the emergency department. *West J Emerg Med* 2011; 12(4): 386-92.
21. Li X, Sun S, Wang Q., et al. Assessment of patients' warfarin knowledge and anticoagulation control at a joint physician- and pharmacist-managed clinic in China. *Patient Prefer Adherence*, 2018; 12: 783-91.
22. Altıok M, Kuyurtar F, Babalıklı F. ve ark. Knowledge and adherence to treatment in patients with poor or improved anticoagulation control. *Anadolu Kardiyol Derg* 2012; 12(8): 703.
23. Choumane NS, Malaeb DN, Malaeb B. et al. A multicenter, prospective study evaluating the impact of the clinical pharmacist-physician counselling on warfarin therapy management in Lebanon. *BMC Health Serv Res* 2018; 18(1): 80.
24. Dogu O, Acaroglu R. Evaluation of medication management safety in patients using oral anticoagulants. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2016; 19(3): 152-8.

2021'e Genç Bir Bakış

A Young Look at 2021

İkbal Hümay Arman¹, Rabia Eroğlu Kılaç², Ali Öztürk³, Demet Yılmaz⁴, Süheyla Atalay Kahraman⁵, Halil Volkan Tekayak⁶

Atıf/Cite as: Arman İH, Eroğlu Kılaç R, Öztürk A, Yılmaz D, Atalay Kahraman S, Tekayak HV. 2021'e genç bir bakış. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(2):72-76.

Vasco da Gama Movement (VdGM) fikri 2004 yılında Hollanda'da düzenlenen prekonferans sonrası oluşmuş ve 2005 yılında Portekiz'in başkenti Lizbon'da yapılan Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Avrupa Bölgesi Kongresi'nde somut anlamda ilk adımı atılmış bir gençlik girişimidir. VdGM; WONCA Avrupa ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından desteklenen, üyeleri aile hekimliği asistanları ve ilk beş yılı içerisinde bulunan aile hekimliği uzmanlarından oluşan bir oluşumdur. Amacı; Avrupa çapında çok merkezli araştırmalar ve ülkeler arası değişim programları düzenlemek, asistan ve genç uzmanların sorunlarını tartışabilecekleri ve çözümler üretebilecekleri bir iletişim ağı kurarak uzmanlık eğitiminde kaliteyi arttırmaktır.

2019 yılı Kasım ayı itibariyle VdGM Türkiye ekibi görev dağılımı aşağıdaki şekilde olmuştur:

Türkiye Temsilcisi: Uzm. Dr. Halil Volkan Tekayak
Exchange Koordinatörü: Uzm. Dr. Ali Öztürk

Campaign & Policy Koordinatörü: Uzm. Dr. İkbal Hümay Arman

Image Koordinatörü: Uzm. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç
Awards & Fundraising Koordinatörü: Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman

Events Koordinatörü: Uzm. Dr. Demet Yılmaz

VdGM Türkiye ekibi olarak ülkemizde aile hekimliği ile ilgili düzenlenen her etkinlikte genç meslektaşlarımıza ulaşabilme çabası içerisindeyiz. VdGM hakkında daha detaylı bilgi için lütfen vdgm.woncaeurope.org ve tahud.org.tr internet adreslerini veya VdGM Türkiye ekibine ait Facebook, Instagram (@vdgmturkiye) ya da TAHUD Facebook grubu ile kurumsal email gruplarını takip ediniz.

Küresel COVID-19 salgını tüm dünyayı etkisi altına aldığı gibi, ülkemizi de bilimsel etkinlikler dâhil yaşamın her alanında etkilemeye devam etmektedir. Özellikle 2020 yılının Mart ayından itibaren, gerçekleştirilmesi planlanan aile hekimliği kongrelerinin ve VdGM etkinliklerinin bir kısmı iptal edilmiş, bir kısmı ileri tarihlere ertelenmiş, bir kısmı ise yüzyüze planlanmış olmasına rağmen online platformlar üzerinden gerçekleştirilmiştir. Tüm bu kısıtlamalara rağmen yüzyüze gerçekleştirilen etkinlikler de olmuştur.

2021 yılında ülkemizde gerçekleştirilen, ertelenen veya iptal edilen VdGM etkinlikleri

- 2020 yılında Hollanda'da VdGM değişim programına katılan meslektaşlarımızın gözlemlerinden oluşan yazıları Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020 yılı 4.sayısında 17 Ocak 2021 tarihinde yayımlandı.1
- 10. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi VdGM oturumu 26 Mart 2021 tarihinde online olarak "Değişen yeni koşullar: Aile hekimliği pratiğinde beklenmedik ikilemler" temasıyla gerçekleşti.
- 2020'ye Genç Bir Bakış isimli yazımız derneğimiz yayın organı Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2021 yılı 1.sayısında 9 Nisan 2021 tarihinde yayımlandı.2
- Dünya Aile Hekimleri Günü 19 Mayıs tarihinde "Geleceği aile hekimleri inşa ediyor." temasıyla ülkemizdeki meslektaşlarımızla paylaşımlar yapılarak kutlandı.
- 20. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi kapsamında düzenlenen 4. VdGM Pre-Congress Meeting, 21 Mayıs 2021 tarihinde online olarak gerçekleştirildi.
- 15. Aile Hekimliği Güz Okulu VdGM oturumu 22 Ekim 2021 tarihinde yüz yüze olarak gerçekleşti.

Corresponding Author:
İ. H. Arman

ORCID: 0000-0003-1492-6763
Şanlıurfa Birecik Merkez 3 Nolu
Karşıyaka M.Cuma Gökdoğan Aile
Sağlığı Merkezi, Şanlıurfa, Türkiye
✉ ikbalhumay@gmail.com

Telif hakkı © 2022 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.
Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.
Copyright © 2022 Turkish Association of Family Physicians.
Licenced by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

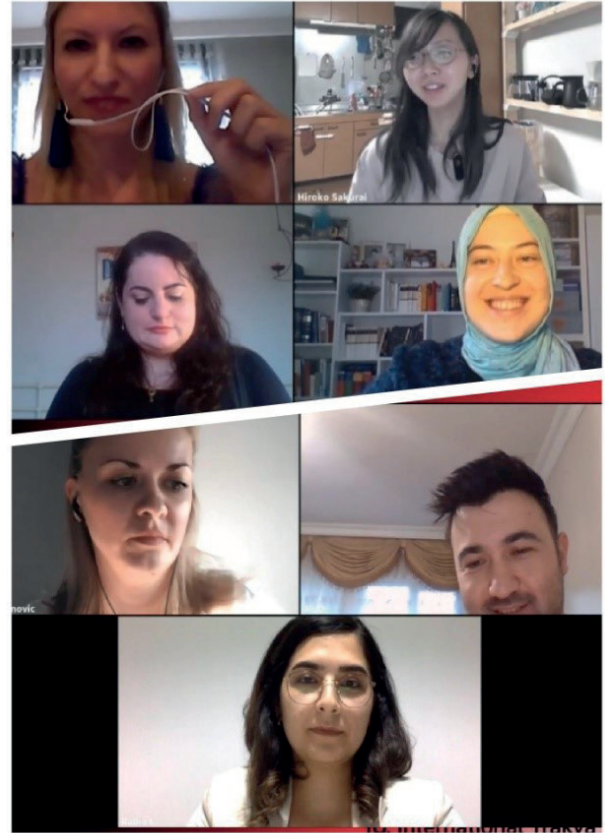
- Antalya Değişim Programı, 18-24 Ekim 2021 tarihleri için planlandı fakat katılımcıların iptal etmesi nedeniyle iptal edildi.
- 20. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi VdGM Tanıtım Oturumu 12 Kasım 2021 tarihinde online olarak gerçekleşti.
- 20. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi 12 Kasım 2021 tarihli sosyal programı kapsamında "Sessiz Sinema-Kuşak Çatışması" isimli etkinlikte VdGM Türkiye ekibi üyeleri, TAHUD Merkez Yönetim Kurulu üyeleriyle yarıştı.
- 20. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi VdGM Oturumu 14 Kasım 2021 tarihinde online olarak "COVID-19 salgınında Aile Sağlığı Merkezleri'nde neler oluyor? Genç hekimler anlatıyor." temasıyla gerçekleşti.

2021 yılında Avrupa'da gerçekleştirilen, ertelenen veya iptal edilen VdGM etkinlikleri

- Orta ve Güney Amerika genç aile hekimliği hareketi Waynakay Değişim Programı, 14 Mart 2021 tarihinde Avrupa'dan da katılımlarla online olarak gerçekleştirildi.
- Madrid Değişim Programı, 24 Mart 2021 tarihinde online olarak gerçekleştirildi.
- Amsterdam Değişim Programı, 8 Temmuz 2021 tarihlerinde online olarak gerçekleştirildi.
- VdGM Preconference Amsterdam, 5-6 Temmuz 2021 tarihlerinde hibrid (katılımcı tercihine bağlı online veya yüz yüze) olarak gerçekleştirildi.

VdGM Türkiye ekibi 2021 yılı etkinliklerinden birisi de 10. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresinde (TAHEK) düzenlenen Vasco da Gama oturumu idi. Oldukça zengin konu içerikleriyle gerçekleşen VdGM oturumunda Japonya, Yunanistan, Bosna Hersek, İspanya ve Türkiye'deki meslektaşlarımızla birlikte Covid-19 pandemisi ele alındı (Fotoğraf 1). Covid-19 pandemisinin farklı ülkelerdeki etkileri, salgın yönetimi, bulaş yolları, yayılımın engellenmesi için alınan tedbirler, Aile Sağlığı Merkezleri'nde ve hastanelerde uygulanan algoritmalar, fiyasyon çalışmaları, aşı uygulamaları ve tedavi yöntemleri geniş bir perspektifte değerlendirildi. Oturum başkanlığını Dr. Demet Yılmaz, Dr Hiroko Sakurai, Dr. Rabia Eroğlu Kılaç, Dr. Marina Jotic Ivanovic'in yaptığı ve mesleki deneyimlerini paylaştığı VdGM oturumunda Dr. Alexandra Tsipou, Dr. İkbâl Hümay Arman, Dr. Elena Klusova Noguina ve Dr. Ali Öztürk konuşmalarını yaptı. Tüm dünyayı etkisi altına

alan Covid-19 pandemisiyle ilgili bilgi ve tecrübelerimizi uluslararası bir platformda paylaşmak meslektaşlarımız açısından verimli kazanımlar sağladı. VdGM Türkiye ekibinin çabasını, heyecanını daima destekleyen Kongre Düzenleme Kurulu'na teşekkürlerimizi sunarken 2022 yılında gerçekleşmesi planlanan 11. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi'nde değerli meslektaşlarımızla yeniden bir arada olmayı umuyoruz.



Fotoğraf 1. TAHEK Vdgm Oturumu-2021

COVID-19 pandemi önlemleri kapsamında 20-23 Mayıs 2021 tarihleri arasında online olarak gerçekleştirilen 20. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde (DAAHK), Vasco da Gama Movement Türkiye ekibi, gelenekselleşen VdGM Pre-Congress Meeting oturumuna dördüncü kez imzasını attı. Geçen yıl olduğu gibi bu yıl da ulusal ve uluslararası konuşmacılarla aile hekimliğinin nabzının tutulduğu bir oturum gerçekleşti. 21 Mayıs 2021 günü 09.30-12.20 saatleri arasında "Young doctors shaping the future digital health" teması altında buluşulan toplantıda dijital sağlık hakkında farklı disiplinlerin ve ülkelerin bakış açılarına da değinildi. Toplantının ilk oturumunda VdGM Türkiye Başkanı Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak'ın oturum başkanlığında Uz. Dr. Süheyla Atalay Kahraman "Telemedicine at Family

Health Centers” başlıklı sunumuyla özellikle pandemi boyunca sıkça ismi anılan teletıp uygulamalarının kapsamını ve hukuki açıdan değerlendirmesini bizlerle paylaştı (Fotoğraf 2). Ardından “The concept of quality and a system proposal in Family Health Centers” başlıklı sunumuyla Hacettepe Üniversitesi Endüstri Mühendisliği Anabilim Dalı’ndan Dr. Volkan Sönmez söz aldı. Toplantının devamında, VdGM Exchange Liaison olarak görev yapan Dr. Rocio Garcia-Gutierrez Gómez oturuma İspanya’dan bağlanarak, Uz. Dr. Ali Öztürk’ün moderatörlüğünde “Virtual exchanges and what is waiting for VdGM in the future?” başlıklı sunumunu katılımcılarla paylaştı (Fotoğraf 3). Oturumun ikinci kısmında ise Uz. Dr. Süheyla Atalay Kahraman’ın oturum başkanlığında Uz. Dr. Demet Yılmaz “Attention to Hikikomori epidemic in pandemic” başlıklı sunumuyla ilerleyen yıllarda herkesin aşına olacağı tahmin edilen, başta Hikikomori olmak üzere dijital çağın hastalıkları hakkında katılımcıları bilgilendirdi. Son oturumda ise Uz. Dr. Demet Yılmaz moderatörlüğünde, Uz. Dr. İkbâl Hümay Arman “How to identify credible sources of information in the digital age?” başlıklı sunumuyla dijital çağda yaşanabilecek bilgi kalabalığında kaybolmadan nasıl doğru araştırmalar yapabileceğimize dair ipuçlarını katılımcılarla paylaşırken, Uz. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç, “The use of artificial intelligence in digital healthcare” sunumuyla yaşamımızın her alanına entegre olan yapay zeka uygulamalarının sağlık alanındaki kullanım alanlarını ve örneklerini katılımcılara paylaştı (Fotoğraf 4). Anlatılan konulara geniş bir perspektiften bakarak, ulusal ve uluslararası katılımcılarıyla günceli yakalayan içerikler hazırlayan VdGM Türkiye ekibinin çabasını, heyecanını destekleyen Kongre Düzenleme Kurulu’na teşekkürlerimizi sunarken 2022 yılında gerçekleşmesi planlanan 21. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi’nde değerli meslektaşlarımızla yeniden bir arada olmayı umuyoruz.



Fotoğraf 2. DAAHK VdGM Oturumu-2021



Fotoğraf 3. DAAHK VdGM Oturumu-2021



Fotoğraf 4. DAAHK VdGM Oturumu-2021

Bu sene 20-24 Ekim 2021 tarihleri arasında düzenlenen 15. Aile Hekimliği Güz Okulu’na Vasco da Gama Hareketi Türkiye ekibi olarak katılım sağladık. Covid-19 pandemisi nedeniyle iki yıl boyunca çevrimiçi düzenlenen kongre, bu yıl, eskiden olduğu gibi Antalya’da düzenlendi. Bildirileri canlı dinlemenin yanında, Türkiye’nin çeşitli illerine dağılmış VdGM severler ile tekrar yüz yüze buluşmanın enerjisini hissettik. Yüz yüze kongrelerin hem tıbbi hem de sosyal anlamda katkısını hatırlama imkânı bulduk. Kahve molalarında hocalarımız ve diğer şehirlerden meslektaşlarımızla etkileşim kurmayı özlemiş olduğumuz için kongre heyecanını daha coşkulu yaşadık. Kongre bilimsel programı yine dolu dolu ve özenle hazırlanmıştı. Güz Okulu, güncel konulara değinerek, pandemi sürecinde aksayan kronik hastalık yönetimine odaklanmış ve Aile Hekimliği disiplininin kronik hastalık yönetimindeki öneminden başlayarak, obezite kursuna, gebe takibinin inceliklerine, evde sağlık hizmetlerinden uydu sempozyumlara kadar geniş bir yelpazede yapılan sunumlar ile hekimleri zenginleştirmiştir. Onlarca sözel ve poster sunumun ardından, kapanışta hem tez ödülleri hem de bildiri ödülleri sahiplerini bulmuştur.

VdGM Türkiye ekibi olarak her yıl olduğu gibi, değerli TAHEV başkanı ve yönetim kurulunun davetiyle her



Fotoğraf 5. Güz Okulu VdGM Oturumu-2021

Güz Okulu'nda gelenek haline gelmiş olan VdGM Oturumumuzu yüz yüze gerçekleştirmenin mutluluğunu yaşadık. Etkinlik Koordinatörü Uzm. Dr. Demet Yılmaz, Vasco da Gama Hareketi'ni, Aile Hekimliği'ne yeni başlayan veya ilk defa duyan arkadaşlarımız için anlattı. Ardından "VdGM Değişim Programı"nı, Ulusal Değişim Koordinatörü Uzm. Dr. Ali Öztürk, tüm ayrıntılarıyla sundu. Burslar ve Ödüller Koordinatörü Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman ise kendi Hippocrates Değişimi deneyimini anlatarak, genç Aile Hekimi arkadaşlarımıza yol gösterdi. Ardından Politika Koordinatörü Uzm. Dr. İkbal Hümay Arman, VdGM etkinliklerini anlatarak, pandemi gölgesinde gerçekleşen etkinlikleri ve pandemi sonrası gerçekleştirilmesi planlanan yakın gelecek programlarını dinleyenlerle paylaştı (Fotoğraf 5). 16. Aile Hekimliği Güz Okulu'nda VdGM oturumunu katılımcılarımızla birlikte, yine aynı şevkle, yüz yüze yapma imkânı bulmak dileğiyle.

Pandemi nedeniyle bu sene de online olarak düzenlenen 20.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nin son gününde VdGM Türkiye ekibi olarak pandemi döneminin hayatımıza ve mesleğimize yansımalarını meslektaşlarımıza aktarmaya çalıştık. İlk oturumda Uzm Dr Ali Öztürk'ün pandemi döneminde erişkin aşılama son durumdan bahsederken; Uzm Dr İkbal Hümay Arman ülkemizdeki aşı tereddütünün

pandemi dönemindeki yansımalarını aktardı. İkinci oturumda Uzm Dr Demet Yılmaz pandeminin çocuklar üzerindeki psikososyal etkilerinden, Uzm Dr Süheyla Atalay Kahraman ise pandeminin sağlık çalışandaki tükenmişliğe olan etkisinden bahsetti. Son oturumda ise Uzm Dr Rabia Eroğlu Kılâç pandemide kırsalda hekim olmaktan, Uzm Dr Halil Volkan Tekayak ise pandemi döneminde çok sık değişen sağlık mevzuatını aktardı.

20.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nin sosyal etkinlikleri kapsamında, 12 Kasım 2021 Cuma günü saat 18:00'de, "SESSİZ SİNEMA: Kuşak Çatışması" etkinliğini gerçekleştirdik. Kıymetli TAHUD başkanımız Prof Dr Esra Saatçi ile değerli TAHUD Merkez Yönetim Kurulu üyeleri Prof Dr Süleyman Görpelioğlu ve Uzm Dr Şehnaz Hatipoğlu bir grubu oluşturdu. VdGM Türkiye ekibinden; Uzm Dr Ali Öztürk, Uzm Dr Rabia Eroğlu Kılâç ve Uzm Dr Süheyla Atalay Kahraman olarak biz de diğer grupta yer aldık. Bu online sessiz sinema etkinliği fikrinin mimarı ve gerçekleşmesi için epey emek harcayan hocamız Prof Dr Serdar Öztora'nın moderatörlüğüyle online bir sessiz sinema, tüm yarışmacıların ilk deneyimi olsa da, eğlenceli ve tatlı rekabetli geçen bir oyun oldu. VdGM olarak karşımızda umduğumuzdan da çetin rakipler bulduk. Tecrübeli ekibe karşı burun farkıyla bu oyunu kazanabildik (Fotoğraf 6).

VdGM Türkiye ekibinin çabasını, heyecanını daima destekleyen TAHUD Merkez Yönetim Kurulu'na ve Kongre Düzenleme Kurulu'na teşekkürlerimizi sunarken 2022 yılında yüzyüze gerçekleşmesi planlanan 21. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde değerli meslektaşlarımızla yeniden bir arada olmayı umuyoruz.



Sessiz Sinema "Kuşak Çatışması"



MYK vs VdGM
12 Kasım 2021 Cuma 18:00

20. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Sosyal Programı kapsamında TAHUD MYK Üyeleri ile Vasco da Gama Türkiye üyeleri arasında keyifli bir oyun oynuyoruz.

MYK: Esra Saatçi, Şehnaz Hatipoğlu, Süleyman Görpelioglu
VdGM: Rabia Eroğlu Kılac, Süheyla Atalay Kahraman, Ali Öztürk
Moderatör: Serdar Öztora
www.ulusalaile.com

Fotoğraf 6. Ulusal Kongre Sessiz Sinema Etkinliği-2021

Pandemi süreci ile birlikte tüm dünyada olduğu gibi Avrupa'da ve ülkemizde kongreler dijital ortamda düzenlenme şeklinde bir çözümlerle gerçekleştirildi. Buna paralel olarak Vasco da Gama Hareketi'ne ait değişimler de daha çok online ortamda dijital değişimler olarak şekillendi. Bunun ilk örneğini hatırlayacağımız gibi WONCA Europe Kongresi öncesi 2020 Aralık'ta Almanya ekibi gerçekleştirmişti. Almanya VdGM Ekibi'nin bu yenilikçi çözümü sonrası 2021 yılının ilk dijital değişimi, VdGM'nin Güney Amerika Ülkeleri için karışlığı olan Waynakay tarafından gerçekleştirilmiştir. 14 Mart 2021'de sadece online olarak düzenlenen bu değişime ülkemizden Dr. Ahmet Faruk TOSYALIOĞLU, Dr. Ali ÖZTÜRK, Dr. Hatice Ela ÇAKMAK ve Dr. Melek Sevede ATEŞ olmak üzere toplamda 4 kişi katılmıştır.

1 gün süren bu değişimde katılımcılar Brezilya, Peru ve Meksika'dan konuşmacıları dinlemiş, bu konuşmacılar; pandemi sürecinin bu ülkelerin nasıl etkilediği, bu ülkelerdeki aile hekimliği uygulamalarının nasıl etkilendiği, aile hekimliğinin çalışmalarında ne gibi değişiklikler olduğu konularında faydalı bilgiler aktarmıştır. Ardından birçok konuda aile hekimliğinin öncülerinden olan Hollandalılar 2021 Temmuz'da VdGM Forum – Amsterdam öncesi bir hibrid değişim gerçekleştirmiştir. Bu hibrid değişime dileyen yüz yüze olarak dileyen de dijital ortamda değişime katılabilirdi. Böylesi ilginç, yenilikçi ve çözüm odaklı bir fikrin ortaya atmakla kalmamış, Hollanda ekibi harika bir iş çıkararak başarılı bir değişime imza atmışlardır. Hem yüz yüze katılımcılarını hem de online katılımcılarını Hollanda'daki aile hekimliği uygulamaları konusunda maksimum derecede bilgilendirirken bir yandan da sosyal programla binlerce kilometre öteden değişime katılanlara unutulmaz bir değişim imkanı sundular. VdGM Hollanda ekibi pandeminin ortalarında LOVAH'tan (Landelijke Organisatie Van Aspirant Huisartsen / Hollanda Ulusal Aile Hekimliği Birliği) aldıkları güç ve gösterdikleri azimle Avrupalı meslektaşlarına ilham olmuştur. Ancak bu süreçte sürekli olarak değişik Sars-CoV-2 varyantlarının tehditleri altında 2021 yılında Avrupa genelinde başka değişimler düzenlemek çok mümkün olmamıştır.

COVID-19 salgınının küresel etkileri devam ederken 2022 yılında düzenlenmesi planlanan VdGM etkinliklerinin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini önümüzdeki günlerde görebileceğiz. Temennimiz tüm dünyada yüz yüze etkinliklerin ve planlamaların yeniden başlayacağı günlere en kısa zamanda erişebilmektir.

Berberer uzak ufuklara açılmak dileğiyle,
VdGM Türkiye ekibi