



T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GENÇ BİREYLERİN EVLİLİK ÖNCESİ TARAMA
PROGRAMLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. MEHTAP KAYNAK

UZMANLIK TEZİ

2023

BOLU



T.C. BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**GENÇ BİREYLERİN EVLİLİK ÖNCESİ TARAMA
PROGRAMLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

DR. MEHTAP KAYNAK

UZMANLIK TEZİ

DOÇ. DR. NURCAN AKBAŞ GÜNEŞ

2023

BOLU

KABUL ONAY SAYFASI

MEHTAP KAYNAK tarafından hazırlanan ‘GENÇ BİREYLERİN EVLİLİK ÖNCESİ TARAMA PROGRAMLARI HAKKINDAKİ BİLGİ VE TUTUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ’ adlı tez çalışması jürimiz tarafından Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Tezi olarak oy birliği /oy çokluğuyla kabul edilmiştir.

03.03.2023

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ

.....

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Sebahat GÜCÜK

.....

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi

Üye

Doç. Dr. Zerrin GAMSIZKAN

.....

Düzce Üniversitesi

ETİK BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada:

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu bildirir,

Aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

MEHTAP KAYNAK

TEŞEKKÜR

Tezimin hazırlanması sürecinde hoşgörüsü ve sabrıyla, destek ve yardımlarını hiç esirgemeyen değerli hocam Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ' e,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimleri ile her konuda yol gösteren, birlikte çalışmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Doç. Dr. Sebahat GÜCÜK, Dr. Öğr. Üyesi Süleyman ÖZSARI, Doç. Dr. Mehmet KAYHAN' a ve sevgili asistan arkadaşlarıma,

Eğitimim süresince birlikte çalışma fırsatı bulduğum diğer birimlerden kıymetli hocalarıma, uzmanlarımıza, asistan arkadaşlarıma ve sağlık personellerimize,

Hayatları boyunca birçok konuda fedakârlık ederek, gösterdikleri çabayla ve maddi manevi her türlü destekle yanımda olan ve bugünlere gelmemi sağlayan aileme,

Sonsuz teşekkürler...

İÇİNDEKİLER

Sayfa

KABUL ONAY SAYFASI	II
ETİK BEYAN.....	III
TEŞEKKÜR.....	IV
İÇİNDEKİLER	V
TABLO LİSTESİ.....	VIII
KISALTMALAR.....	X
ÖZET.....	1
ABSTRACT.....	3
1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
2. GENEL BİLGİLER	7
2.1. Evlilik Öncesi Dönemde Taranması Gereken Enfeksiyon Hastalıkları	7
2.1.1. HIV/AIDS	7
2.1.2. Gonore (Bel Soğukluğu)	9
2.1.3. Şankroid (Yumuşak Şankr)	10
2.1.4. Lepra (Cüzzam)	11
2.1.5. Sifiliz.....	12
2.1.6. Tüberküloz (Verem)	14

2.1.7. Hepatit B.....	17
2.1.8. Hepatit C.....	19
2.2. Evlilik Öncesi Dönemde Taranması Gereken Kalıtsal Hastalıklar.....	21
2.2.1. Orak Hücreli Anemi.....	21
2.2.2.Talasemiler	21
2.2.2.1.Beta Talasemi.....	22
2.2.2.2.Alfa Talasemi.....	23
2.2.2.3.Spinal Müsküler Atrofi.....	24
2.3. Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Psikiyatrik Hastalıklar	25
2.3.1.Zeka Geriliği (Mental Retardasyon)	26
2.3.2.Demens.....	27
2.3.3.Psikotik Bozukluk.....	28
2.4. Evlilik Öncesi Başvuran Çiftlerin Kan Gruplarının Değerlendirilmesi	29
2.5. Evlilik Öncesi Tarama Hizmetlerinde Dünyadaki Durum.....	30
2.6. Evlilik Öncesi Tarama Hizmetlerinde Türkiye ‘deki Durum.....	34
3. GEREÇ VE YÖNTEM	38
3.1. Araştırmanın Şekli	38
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	38
3.3.Araştırmanın Evreni	38
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı	39

3.5. İstatistiksel Analiz	39
3.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi	40
4. BULGULAR	41
5. TARTIŞMA	56
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	65
7. KAYNAKLAR	68
8. EKLER	75
8.1.Ek 1: Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	75
8.2. Ek 2 :Anket formu.....	76

TABLO LİSTESİ

	Sayfa
Tablo 1: Evlilik Öncesi Tarama Programı Bulunan Ülkeler	33
Tablo2:Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi	41
Tablo 3: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutum Ölçeği	
Değerlendirilmesi	43
Tablo 4 : Betimsel İstatistikler	46
Tablo 5: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutum ve Bilgi Düzeyleri	
Arasındaki İlişki (Korelasyon Analizi)	47
Tablo 6: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin,	
Tutum Üzerindeki Etkisi (Regresyon Analizi).....	48
Tablo 7: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi	
Düzeylerinin Cinsiyet Bakımından Farklılık Gösterme Durumu	48
Tablo 8: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi	
Düzeylerinin Yaş Bakımından Farklılık Gösterme Durumu	49
Tablo 9: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi	
Düzeylerinin Eğitim Seviyesi Bakımından Farklılık Gösterme Durumu	50
Tablo 10: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi	
Düzeylerinin Aylık Gelir Bakımından Farklılık Gösterme Durumu	51
Tablo 11: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi	

Düzeylerinin Meslek Bakımından Farklılık Gösterme Durumu 52

Tablo 12: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi

Düzeylerinin Yaşadığı Yer Bakımından Farklılık Gösterme Durumu..... 53

Tablo 13: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi

Düzeylerinin Ebeveynleri Arasında Akrabalık Olması Bakımından Farklılık

Gösterme Durumu 54

Tablo 14: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi

Düzeylerinin Daha Önce Evlilik Öncesi Tarama Programını Duyması

Bakımından Farklılık Gösterme Durumu 55

KISALTMALAR

AIDS: Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu, Acquired Immune Deficiency Syndrome

ALT: Alanin Aminotransferaz

AST: Aspartat Aminotransferaz

CYBH: Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ELISA: Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay

HBV:Hepatit B Virüsü

HCV: Hepatit C Virüsü

HCC:Hepatosellüler Karsinom

HIV: Human Immunodeficiency Virus , İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü

HPLC: High Performance Liquid Chromatography

İEF: İzoelektrik fokuslama

KMO: Kaiser- Meyer-Olkin

MCH: Mean Corpuscular Hemoglobin

MCV: Mean Corpuscular Volume , ortalama alyuvar hacmi

NAAT: Nükleik Asit Amplifikasyon Testi

OHH: Orak Hücre Hastalığı

SMN: Survival of Motor Neuron

ÖZET

Genç Bireylerin Evlilik Öncesi Tarama Programları Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Amaç: Evlilik öncesi tarama programı hakkında genç bireylerin sosyodemografik özelliklerinin, evlilik öncesi tarama programı hakkındaki bilgi ve tutumları ile ilişkisinin değerlendirmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı tipte olan çalışmamızda, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine 01.10.2022-31.12.2022 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üzeri ve 40 yaş altı olan bireyler dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik bilgileri ve evlilik öncesi tarama programları ile ilgili araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulan değerlendirme formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmada 157 kadın katılımcı (%64,3) ve 87 erkek katılımcı (%35,7) yer aldı. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyinin yüksek olmasının tutumu pozitif yönde etkilediği belirlendi ($p<0,05$). Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulundu ($p<0,05$). Lise düzeyinde eğitime sahip olanların negatif tutum puanı, üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek tespit edildi ($p<0,05$). Üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların, ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu görüldü ($p<0,05$). Gelir düzeyi yüksek olanların bilgi puanı, gelir düzeyi düşük olanlara göre daha yüksekti ($p<0,05$). Meslek bakımından memur olanların, işçi olanlara göre daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu tespit edildi ($p<0,05$). İl merkezinde yaşayanlar, köy veya kasabada yaşayanlara göre daha yüksek tutum puanına sahipti ($p<0,05$). Daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanların, duymayanlara göre daha yüksek bilgi ve tutum puanına sahip olduğu gözlemlendi ($p<0,05$).

Sonuç: Çalışma sonucunda, katılımcıların evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyleri arttıkça tutumlarının da olumlu yönde etkilendiği tespit edildi. Ayrıca niversite düzeyinde eğitime sahip olanların, ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek bilgi puanına sahip olduğu görüldü. Daha sağlıklı gelecek nesiller için toplumun evlilik öncesi tarama programları hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, Evlilik ncesi tarama programı, tutum



ABSTRACT

Evaluation of Knowledge and Attitudes of Young Individuals About Premarital Screening Programs

Objective: It was aimed to evaluate the relationship between the sociodemographic characteristics of young individuals about the premarital screening program and their knowledge and attitudes about the premarital screening program.

Materials and Methods: In our cross-sectional, descriptive study, individuals over the age of 18 and under the age of 40 who applied to Bolu Abant İzzet Baysal University Training and Research Hospital polyclinics between 01.10.2022 and 31.12.2022 were included. An evaluation form created by the researchers by scanning the relevant literature on sociodemographic information and premarital screening programs was applied to the participants.

Results: There were 157 female participants (64.3%) and 87 male participants (35.7%) in the study. It was determined that the high level of knowledge on premarital screening programs affected the attitude positively ($p<0.05$). The attitude score towards premarital screening programs was found to be higher in women than in men ($p<0.05$). The negative attitude score of those with high school education was found to be higher than those with a university education ($p<0.05$). It was observed that those with university-level education had higher knowledge scores than those with primary school education. ($p<0.05$). Knowledge score of those with high income level was higher than those with low income level ($p<0.05$). It has been determined that those who are civil servants in terms of profession have higher knowledge points than those who are workers. ($p<0.05$). People living in the city center had higher attitude scores than those living in villages or towns ($p<0.05$). It was observed that those who had heard

of the premarital screening program had higher knowledge and attitude scores than those who had not heard of it ($p<0.05$).

Conclusion: As a result of the study, it was determined that the attitudes of the participants were positively affected as the knowledge level of the participants about premarital screening programs increased. In addition, it was observed that those with university-level education had higher knowledge scores than those with primary school education. The society should be informed about premarital screening programs for healthier future generations.

Keywords : Family Medicine, Premarital screening program, attitude



1. GİRİŞ

Evlilik bir toplumun sağlıklı idamesinde önemli bir kurumdur ve kanunlarla korunmuştur. Gelişmiş toplumlarda yaygın evlilik öncesi danışmanlık hizmetleri ile sağlıklı ve eğitimli bir toplumun oluşumuna katkıda bulunmaktadır. Pek çok zührevi ve psikiyatrik hastalık hekim tarafından yapılan sağlık muayenesi ile erkenden tespit edilebilmekte, anamnez ile kalıtsal hastalıklar hakkında bilgi edinilerek evlenecek adaylar ileriki yaşamlarında karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında bilgilendirilerek yönlendirilebilmektedir (1).

Evlenecek erkek ve kadınlar evlenmeden evvel tıbbi muayeneye tabiidir. Frengi, bel soğukluğu ve yumuşak şankr, cüzzam ve evliliğe engel olabilecek psikiyatrik hastalığa sahip olanların evlenmesi yasaktır. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip bulaştırmacılık tehlikesi geçtiğine veya şifa bulduğuna dair tabip raporu olmadıkça nikâhın gerçekleştirilemeyeceği ifadeleri ile evlilik öncesi tarama zorunluluğu, evliliğin engelleneceği haller veya tehir edileceği durumlar hükme bağlanmıştır (2). Türk Medeni Kanunu'nun 136. maddesinde de belirtildiği gibi, erkek ve kadından her biri, evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporunu evlendirme memurluğuna vermek zorundadır(3). Kıbrıs, Suudi Arabistan, İran, Bahreyn, Birleşik Arap Emirlikleri, Filistin, Ürdün, Katar gibi çoğu Akdeniz ve islam ülkeleri olmak üzere birçok ülkede evlilik sertifikalarını almadan önce tüm nüfus için evlilik öncesi tarama programlarını zorunlu kılan yasalar mevcuttur. Evlilik öncesi tarama programı hakkında önemli bir bilgi eksikliği mevcuttur. Bu taramalar sayesinde hastalıkları önleme ve yönetme yoluyla bazı davranışsal, tıbbi ve diğer sağlık risk faktörleri tanımlanabilir ve değiştirebilir(4). Demografik faktörler, evlilik öncesi taramaya yönelik bilgi ve tutumlar, evlilik öncesi tarama programına katılım üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (5). Toplum temelli sağlık eğitimi kampanyaları, halkın tarama programına yönelik bilgi ve tutumlarını geliştirmeye teşvik edebilir. Test sonuçlarına göre sağlıklı karar vermenin ve dolayısıyla ülkedeki bulaşıcı ve genetik hastalıkların yaygınlığını azaltmanın önemli bir yoludur(6). Yapılan literatür

taramasında evlilik öncesi tarama programlarından elde edilmiş test sonuçlarıyla yapılmış bölgesel çalışmalar olduğu görülmüştür (7–9) .Çalışmamıza benzer şekilde, Cidde’de katılımcıların evlilik öncesi tarama programlarına karşı bilgi ve tutumunu değerlendiren çalışmalar mevcuttur (10,11). Batı Suudi Arabistan'daki evli olmayan nüfus arasında evlilik öncesi tarama programı hakkında hemoglobinopatilere yönelik bilgi ve tutum değerlendirilmiştir (12). Hemoglobinopatiler, HIV ve hepatit virüsleri için evlilik öncesi tarama programlarının gözden geçirilmesi ve başarılarını etkileyen faktörler ile ilgili çalışma mevcuttur(13). Bu çalışmalar evlilik öncesi tarama programlarının bir kısmını değerlendirmektedir. Çalışmamız ise ülkemizde yapılan tüm evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirecek şekilde planlanmıştır.

Bu çalışmaların bazılarında evli katılımcılar ve lise öğrencileri de dahil edilmiştir(14,15). Çalışmamızda ise hedef popülasyonun bilgi ve tutumunu daha iyi değerlendirebilmek adına evlilik öncesi tarama programına katılmamış bireyler dahil edildi. Literatür taraması sonucunda ülkemizde evlilik öncesi tarama programlarına yönelik toplumun bilgi ve tutumunu değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Biz bu çalışmada genç bireylerin evlilik öncesi tarama programları hakkındaki bilgi ve tutumlarını, bu sonuçları etkileyebilecek sosyodemografik faktörleri ve aralarındaki ilişkiyi değerlendirmeyi hedefledik.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Evlilik Öncesi Dönemde Taranması Gereken Enfeksiyon Hastalıkları

2.1.1. HIV/AIDS

HIV (Human Immunodeficiency Virus , İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü) ve bu virüse bağlı ortaya çıkan AIDS (Akkiz İmmün Yetmezlik Sendromu, Acquired Immune Deficiency Syndrome), retrovirüsler adı verilen bir virüs sınıfına ve lentivirüsler veya "yavaş" virüsler olarak bilinen bir retrovirüs alt grubuna aittir. Bu virüslerle enfeksiyonun seyri, ilk enfeksiyon ile ciddi semptomların başlangıcı arasında uzun bir aralık ile karakterizedir(16).

Küresel HIV salgını, 2004'teki zirvesinden bu yana 2021'de % 68 daha az can aldı. HIV, önemli bir küresel halk sağlığı sorunu olmaya devam ediyor, 2021'de dünya çapında HIV ile ilgili nedenlerden 650.000 kişi öldü. 2021'in sonunda HIV ile yaşayan yaklaşık 38,4 milyon insan vardı ve 2021'de küresel olarak 1,5 milyon kişi HIV ile yeni enfekte oldu. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Afrika Bölgesi, 2021'de HIV ile yaşayan 25,6 milyon kişiyle en çok etkilenen bölgedir (17).

HIV/ AIDS 'in bulaşma yolları

Cinsel yolla bulaş: HIV enfeksiyonunun en sık bulaş şekli cinsel temastır. HIV her türlü cinsel yolla (homoseksüel, vajinal, oral, heteroseksüel, anal) bulaşmaktadır. Semen veya kan ile temasa sebep olabilecek tüm cinsel temaslarda bulaşma riski bulunmaktadır. Bu tür bulaşa bağışıklık gelişmiş hiç kimse yoktur. Bulaşma için HIV pozitif birey ile tek bir cinsel temas dahi yeterli olup, temas sayısının artışı bulaş olasılığı artmaktadır.

Kan ve kan ürünleri ile bulaş: Kanda virüsün fazla miktarda bulunması sebebi ile, virüsü taşıyan bireylerden elde edilmiş kan ve kan ürünleri ile HIV bulaşabilmektedir. Ülkemizde 1987 'den beri Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) yöntemi ile tüm kan ve kan ürünleri test

edildikten sonra verilmektedir. Bu sayede ülkemizde 1987'den beri bu yollar ile olan bulaş azalma göstermiştir.

Anneden bebeğe bulaş: HIV gebelik boyunca, doğum esnasında ve doğum sonrası dönemde emzirmekle % 20-30 bebeğe geçebilmektedir. Ancak HIV pozitif gebeye son trimesterinde, doğum sonrasında da bebeğe tedavi başlanır, elektif sezaryen yapılırsa bu oran % 8-10 seviyelerine düşürülebilmektedir (18). Türkiye'de ilk HIV vakası 1985 'te tespit edilmiştir. Daha sonraki yıllarda taşıyıcı ve AIDS hastalarının sayısı giderek artmıştır (19).

HIV öncelikle CD4+ T hücrelerini hedefler. Bulaşma olayından sonra HIV, mukozal dokularda tutulur ve günler içinde lenfoid organlara yayılır. Yaklaşık 10. günde, virüs kanda saptanabilir hale gelir ve sonraki birkaç hafta içinde katlanarak yayılmaya devam eder, genellikle HIV antikor düzeylerinin saptanabilir hale geldiği 30. günde zirveye ulaşır. Bireyler muhtemelen bu noktada en bulaşıcıdır. HIV, CD4+ T hücrelerinin ilerleyici kaybına ve bir dizi immünolojik anormalliğe neden olur. Birkaç yıl sonra, derin immün yetmezlik ortaya çıkar ve bireyler karakteristik bir enfeksiyöz veya onkolojik komplikasyon geliştirir. Tipik bir kişi yaklaşık 10 yıllık bir süre içinde ölüme ilerlese de, bazıları hızla ilerler ve nadir bir alt grup asla ilerlemeyebilir veya çok yavaş ilerleyebilir (20).

Yaklaşık 40 milyon bireyin ölümüne neden olan AIDS epidemisinin sonlandırılması amacıyla HIV/AIDS Ortak Birleşmiş Milletler Programı'nın belirlediği 90; 90; 90 hedefi ile 2020 yılı itibariyle ilk olarak HIV (+) hastaların %90'ının belirlenmesi, ikinci olarak %90'ının antiretroviral tedaviye ulaşması, üçüncü olarak da bu hastaların %90'ında antiretroviral ile viral yükün azaltılması amaçlanmaktadır. Bu hedeflere ulaşıldığında ise 2030'da epideminin bitirilerek, neden olduğu büyük yükün sonlandırılacağı düşünülmektedir (21).

2.1.2. Gonore (Bel Soğukluğu)

Bir gram negatif diplokok olan *Neisseria gonorrhoeae* ile servisit, üretrit ve pelvik inflamatuvar hastalığın önemli bir nedenidir. Ürogenital gonore için kuluçka süresi 2 gün ile 8 gün arasında değişmektedir. Enfeksiyon daha az sıklıkla farenks, rektum, konjonktiva, karaciğer kapsülü, cilt, kalp kapakçıkları, eklemler ve meninkslerde de tutulum gösterebilir veya kan dolaşımıyla yayılabilir. Tedavi edilmeyen enfeksiyon, infertilite, ektopik gebelik ve kronik pelvik ağrı ile sonuçlanabilir. *N. gonorrhoeae* enfeksiyonu da artan HIV bulaşmasıyla ilişkilendirilmiştir. Gonorenin klinik belirtileri değişkendir ve kadın ve erkekte belirgin şekilde farklılık gösterir (22). Gonokokal üretritli erkeklerin en az % 90'ı semptomatiktir, bazen üretral akıntı ve dizüri ile kendini gösterir (23). Kadınlarda genellikle asemptomatiktir veya komplikasyon gelişene kadar herhangi bir semptom olmadan da vulvovajinit ya da serviste benzer vajinal akıntı, kasık ağrısı, pelvik bölgede hassasiyet gibi şikayetlere neden olur (24).

N. gonorrhoeae enfeksiyonunun spesifik mikrobiyolojik tanısı, gonore riski taşıyan veya gonore olduğundan şüphelenilen tüm kişilerde yapılmalıdır. Spesifik bir tanı potansiyel olarak komplikasyonları, re-enfeksiyonları ve bulaşmayı azaltabilir. Genitoüriner enfeksiyonun saptanması için kültür ve Nükleik Asit Amplifikasyon Testi (NAAT) mevcuttur; kültür, endoservikal veya üretral sürüntü örnekleri gerektirir. NAAT, endoservikal sürüntüler, vajinal sürüntüler, üretral sürüntüler ve idrar dahil olmak üzere Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi tarafından onaylanmış en geniş çeşitlilikte numune türlerine izin verir. Kültür dışı testler antimikrobiyal duyarlılık sonuçları sağlayamadığından, şüpheli veya belgelenmiş tedavi başarısızlığı vakalarında klinisyenler hem kültür hem de antimikrobiyal duyarlılık testi yapmalıdır. Yüksek özgüllüğü ve duyarlılığı nedeniyle, üretral sekresyonların gram boyaması semptomatik erkeklerde *N. gonorrhoeae* enfeksiyonu için tanısal olarak kabul edilebilir (25). Gonokok enfeksiyonunun yönetimine yönelik kapsamlı bir halk sağlığı yaklaşımı, teşhis,

tedavi, takip (tedavi başarısızlığının yönetimi dahil), yeniden enfeksiyonun önlenmesi, partner bildirimi ve halk sağlığı raporlamasını içerir (26).

2.1.3. Şankroid (Yumuşak Şankr)

Bir gram-negatif bakteri olan *Haemophilus ducreyi*, bir genital ülser hastalığı olan şankroidin etkenidir. Etken genellikle cinsel ilişki sırasında mikroabrazyonlar yoluyla bulaşır ve hastalık genellikle inguinal lenfadenite bağlı çok sayıda ağrılı yüzeysel ülserler şeklinde kendini gösterir. Lezyonların ağrılı doğasının bir sonucu olarak, hastalar genellikle acil tedavi ararlar ve bu nedenle asemptomatik taşıyıcılık nadirdir (27). Tipik olarak, hızla bir püstül haline gelen ve daha sonra genellikle "yumuşak şankr" olarak adlandırılan, yumuşak, düzensiz kenarları olan son derece ağrılı bir ülsere dönüşen eritematöz bir papül gelişir. Çoklu ülserler, ya çoklu mikrotravma alanlarının bir sonucu olarak ya da "öpüşen ülserler" ile sonuçlanan iki bitişik alan arasındaki doğrudan temasın bir sonucu olarak gelişirler. Ülser tipik olarak, aşındığında kolayca kanayan ve boyutu tipik olarak 1 ila 2 cm arasında değişen, sarı-gri eksüdalı bir tabana sahiptir. Tedavi edilmediğinde lezyon 1 ila 3 ay içinde kendiliğinden düzelir (28).

Şüpheli şankroid vakaları için herpes simpleks virüsü ve sifiliz testi de yapılmalıdır. Şankroid, genital ülseratif lezyonlar üretir ve bubo oluşumuna yol açabilir, ancak sistemik olarak yayıldığı bilinmemektedir. Bu nedenle, organizma veya antijen tespitine yönelik teşhis numuneleri arasında ülser lezyon materyali ve/veya bubo aspiratları yer alır. Ülseratif genital lezyonlardan organizma kültürü, şankroid tanısı için 'altın standart' olmaya devam etmektedir. Bununla birlikte, en uygun ortam kombinasyonu kullanılsa bile yalnızca yaklaşık %80 duyarlıdır (29). Sünnetsiz erkeklerde ve HIV ile ko-enfekte hastalarda tedavi daha az etkili gibi görünmektedir. Cinsel partnerler, önceki on gün içinde hastayla cinsel temasta bulunmuşlarsa, semptomlara bakılmaksızın şankroid için tedavi edilmelidir. Tedavi edilen hastalar genellikle

tedaviden sonraki üç gün içinde ve objektif olarak yedi gün içinde semptomlarda iyileşme gösterirler (30).

2.1.4. Lepra (Cüzzam)

Cüzzam, *Mycobacterium leprae* basilinin neden olduğu kronik granülomatöz bir hastalıktır. Öncelikle cildi ve periferik sinirleri etkiler ve hala dünyada çeşitli bölgelerde endemiktir. Klinik prezentasyon, hastanın enfeksiyon anındaki ve hastalık seyrindeki bağışıklık durumuna bağlıdır (31). Bulaş yolu kesin olarak bilinmemesine rağmen en çok kabul edilen solunum yolu ile bulaştır. Lepra basilinin tek kaynağı insandır. Lepranın bulaşı; enfekte bireyin bulaştırıcılığına, hasta ile temasın yakınlığına, birlikte geçirilen süreye ve sıklığına bağlıdır. Genellikle çocukluk döneminde aile bireyleri arasında uzun süre boyunca enfekte bireylerle temas edilmesinden kaynaklanmaktadır (32). Ridley-Jopling ölçeğine göre cüzzam beş tipte sınıflandırılabilir; tüberküloid lepra, borderline tüberküloid lepra, mid-borderline, borderline lepramatöz lepra ve lepramatöz lepra. Bu sınıflandırma, hastalıktaki klinik, immünolojik ve histolojik farklılıklara dayanmaktadır. Belirsiz vakaların çoğunun tedavisiz iyileştiği bilinmektedir (33). DSÖ, tedavi seçimini kolaylaştırmak için yakın zamanda yeni bir sınıflandırma benimsemiştir. Paucibaciller lepra, 1 ila 5 cilt lezyonu ve/veya 1 bozulmuş sinir varlığı ile ve multibasiller lepra, 5'ten fazla cilt lezyonu veya bozulmuş sinir varlığı ile tanımlanır. *M. leprae*, periferik sinirlerin deri ve schwann hücreleri için bir tropizme sahiptir. Hastalar önce duyuşal nörit ile başvururlar, ancak daha sonraki bir aşamada tıbbi bakım arayan tedavi edilmemiş hastalar daha şiddetli motor bozukluklarla başvururlar. Sık görülen komplikasyonlar olarak plantar ülserler, litik kemik lezyonları (burun, falanks vb.) ve felçler (ulnar sinir, lagofthalmi) sayılabilir (34).

Mevcut klinik uygulamada, cüzzam tanısı, üç ana belirtiden en az birinin varlığına dayanır; kırmızımsı veya hipopigmente bir cilt bölgesinde duyu kaybı; kaslarda güçsüzlük ve/veya duyu

kaybı olan kalınlaşmış bir periferik sinir; veya bir yarık deri yaymasında aside dirençli basillerin saptanması tanı koymaya yardımcıdır (33). Lepra tedavi edilebilen bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1983 yılında geliştirilen standart çoklu ilaç tedavisi yönetmeliği ülkemizde uygulanmaktadır. Sağlık Bakanlığı 506 sayılı Lepra Hastalığı teşhis ve tedavi yönetmeliğine dayanarak Lepra, bütün sağlık personelleri tarafından tanı konulması gereken ve bildirilmesi mecburi bir hastalıktır. Hastalığın tedavi masrafları dünyada ve ülkemizde karşılanmaktadır (32).

2.1.5. Sifiliz

Treponema pallidum subtiplerinin neden olduğu cinsel yolla bulaşan kronik bir hastalıktır. Klinik belirtiler hastalığı aşamalara ayırır; hastalığın geç evreleri artık antibiyotik öncesi döneme kıyasla nadirdir. Bununla birlikte, *T. pallidum* oldukça bulaşıcıdır ve tedavi edilmeyen konakçıda on yıllar boyunca hayatta kalır (35).

Birincil bulaşma yolu cinsel temastır ve sonraki en yaygın yol plasentadan geçiştir. Öpüşme, kan transfüzyonu ve kazara aşılama da bulaşma yolları olarak rapor edilmiştir, ancak günümüzde çok az öneme sahiptir. Doğuştan sifilizli bebeklerin çoğu anne karnında enfekte olur, ancak yenidoğan da doğum sırasında aktif bir genital lezyonla temas yoluyla enfekte olabilir. İyileştirilmiş donör seçimi, tüm kan donörlerinin tek tip serolojik testleri ve taze kan transfüzyonundan soğutulmuş kan bileşenlerinin transfüzyonuna geçiş nedeniyle kan yoluyla bulaşma riski ihmal edilebilir düzeydedir. Kan ürünleri yoluyla bulaşma teorik olarak mümkündür, çünkü organizmalar soğutulmuş kanda beş güne kadar hayatta kalabilirler (36).

Sifiliz evreleri:

Primer sifiliz: Primer kutanöz lezyonu olan şankr ve bölgesel lenfadenopati ile karakterizedir. Kuluçka süresi 9-90 gündür, ancak birincil lezyon genellikle bulaşmadan yaklaşık üç hafta sonra ortaya çıkar (37). Şankr, küçük bir makül olarak başlar, çapı 0,5 ila 1,0 cm arasında

değişebilen bir papüle doğru genişler ve ardından ağrısız bir erozyona veya ülsera ilerler ve 3 ila 8 hafta sonra iyileşir. Şankr soliter, yuvarlak veya ovaldır, keskin sert kenarlara ve dışbükey aşınmış yüzeye ve ham jambon rengine, düğme benzeri bir tabana sahiptir; ince seröz akıntı ve irinsiz hemorajik sınıra sahiptir. Lezyon klasik olarak penis veya vajinada görülür. Bulaş ağız, dudak veya bademcikler gibi bir mukoza zarı yoluyla gerçekleşirse, görünüm bakteriyel enfeksiyon tarafından değiştirilebilir, ancak genel özellikler aynı şekilde mevcuttur (38).

Sekonder sifiliz : Belirtiler ilk olarak bulaşmadan ortalama sekiz hafta sonra ortaya çıkar , enfeksiyonun ilk iki yılı çoklu sistem tutulumu ile karakterizedir. Sekonder sifilizin döküntüsü başlangıçta roseolar veya makülerdir, daha uzun süreli lezyonlar papüler veya nodüler hale gelir. Çoğunlukla kondiloma lata, jeneralize lenfadenopati, mukokutanöz lezyonlar ve daha az yaygın olarak yamalı alopesi, menenjit, kraniyal sinir felçleri, ön üveit, hepatit, splenomegali, glomerülonefrit ve periosteit gibi sistemik tutulumu görülür (37).

Latent sifiliz: Tedavi görmeyen sekonder sifilizli bireyler, üç ila altı hafta içinde kendiliğinden iyileşir. Hastaların yaklaşık dörtte birinde döküntü, mukozal ülserasyon ve ateşin tekrarlaması ile tekrarlayan sekonder sifiliz atakları görülür. Bu nöksler bir yıldan sonra nadirdir ve iki yıldan sonra neredeyse hiç görülmez. Enfeksiyon daha sonra asemptomatik (gizli) hale gelir (39). Reaktif serolojik bulgularla birlikte normal fizik muayene bulguları ile asemptomatik enfeksiyon evresidir (40).

Erken latent sifiliz, iki yıldan kısa süreli asemptomatik dönem ve önceki yıl içinde belgelenmiş serokonversiyon veya treponemal olmayan titrede ≥ 4 kat artış, bir treponemal testin belgelenmiş serokonversiyonu, erken sifilizli bir kişiyle cinsel temas veya son 12 ay içinde yalnızca cinsel temas (ilk cinsel ilişki) gerektirir (39,40). Geç latent sifiliz ise iki yıldan uzun süreli asemptomatik dönem ve erken gizli sifiliz kriterlerini karşılamayan vakalar ve

bilinmeyen bir zaman noktasında enfeksiyon vakaları, geç gizli sifiliz olarak kabul edilir (39,40).

Tersiyer sifiliz : Birincil enfeksiyondan bir yıl sonra ve on yıllar sonra ortaya çıkabilir. Geç latent sifilizli bireylerin yaklaşık % 35'inde sifilizin geç belirtileri gelişir. Tersiyer sifilizin üç ana belirtisi nörosifiliz, kardiyovasküler sifiliz ve granümatöz sifilizdir. Genişlemiş aort, aort yetersizliği veya karotis ostial stenozu dahil olmak üzere kardiyovasküler sistem tutulumu; ciltte, kemiklerde veya organların içinde granümatöz lezyonlar oluşur. Erken nörosifiliz genellikle meninksleri ve damar sistemini içerir: menenjit, kranial sinir defekleri, meningovasküler hastalık veya inme görülür. Geç nörosifiliz genellikle beyin ve omuriliği tutar; genel parezi, demans veya tabes dorsalis gibi belirtiler görülür (39,40).

Konjenital sifiliz: Gebelik sırasında sifilizin anneden çocuğa bulaşması, ikinci veya üçüncü trimesterde erken fetal ölüm, ölü doğum, neonatal ölüm, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve bebeklerde konjenital enfeksiyon gibi ciddi fetal sonuçlara yol açabilir. Sifiliz, dünya çapında ölü doğumların ikinci en yaygın enfeksiyöz nedenidir ve bebek morbidite ve mortalitesinin önemli bir önlenabilir nedenidir (41). İki yaşından önce teşhis edilen ve ölü doğum, hepatomegali, rinit veya deri benlerini içeren erken konjenital sifiliz ve iki yaşından sonra teşhis edilen ve diş, kemik sinir sistemi deformitesi bulunan olarak sonuçlar değişkenlik gösterebilir. Konjenital sifiliz büyük ölçüde önlenabilir bir durumdur ve doğru maternal tanı ve etkili tedaviye dayanır. Evrensel antenatal tarama, ilk antenatal ziyarette önerilir ve yüksek risk altında olanlar için tekrar test yapılır. Konjenital sifiliz tanısı, tek bir tanı testi bulunmadığından zor olabilir (42).

2.1.6. Tüberküloz (Verem)

Tüberkülozun etiyolojik ajanı olan Mycobacterium tuberculosis, aside dirençli bir basildir. M. tuberculosis'in kişiden kişiye bulaşması, aktif hastalığı olan bir kişi tarafından

büyük ve küçük hava yollarına solunan aerosol partiküller ile gerçekleşir (43). M. tuberculosis'i teneffüs eden bireylerin çoğunluğu, akciğerlerde M.tuberculosis'in çoğalmasını inhibe edecek etkili bir yanıt oluşturur, bu da bakterilerin uykuda kalmasına neden olur; bu durum genellikle gizli tüberküloz veya latent tüberküloz enfeksiyonu olarak adlandırılır ; bağışıklığı yeterli latent bireyler M. tuberculosis ile enfekte ancak semptom göstermezler ve hastalığı başkalarına bulaştırmazlar . Tüm dünya nüfusunun 1/3'ünün M. tuberculosis ile latent olarak enfekte olduğu iyi bilinmektedir. Gizli enfeksiyondan enfeksiyon aktif bir duruma ilerleyebilir. Vakalarının yaklaşık %5-10'u latent tüberküloz enfeksiyonundan aktif tüberküloza ilerleme riski altındadır. HIV'li olanlar ve kanserli veya halihazırda immünosupresif ilaç kullananlar gibi diğer bağışıklığı baskılanmış bireylerde aktif tüberküloz geliştirme riski daha yüksektir (44).

Bulaştırıcılığı etkileyen faktörler arasında akciğer larinks veya bronş tüberkülozu varlığı, balgamda aside rezistan basil sayısının fazlalığı, hastanın öksürüğünün sayısı ve şiddeti, aerosola neden olan tıbbi işlemler, hedef kişide ek hastalık varlığı, basilin canlılığı virülansı, ilaca direnci bulaşı artırırken tanıyı erken koymak, hastanın bulunduğu ortamın havalandırılması, hasta birey ile uzak temas, hedef kişinin basile karşı direnci bulaşı azaltır. Güneş ışığı ve ultraviyole basil sayısını azaltır (45).

En sık görülen yapısal semptom, başlangıçta düşük dereceli, ancak hastalık ilerledikçe oldukça belirgin hale gelen ateştir. Karakteristik olarak, ateş öğleden sonra gelişir ve belirgin semptomlar eşlik etmeyebilir. Ateşin düşmesiyle, genellikle uyku sırasında terleme meydana gelir. Halsizlik, sinirlilik, olağandışı yorgunluk, baş ağrısı ve kilo kaybı gibi diğer toksemi belirtileri mevcut olabilir. Kazeifikasyon nekrozu ve buna eşlik eden kazeifikasyon sıvılaşmasının gelişmesiyle hastanın genellikle hafif hemoptizi ile ilişkili öksürük ve balgam şikayeti olacaktır. Göğüs ağrısı lokalize ve plöretik olabilir (46).

Tüberkülozun kesin teşhisi bakteriyolojik inceleme ile konur. Hastanın kapsamlı bir şekilde tıbbi değerlendirilmesi gerekir; hastanın öyküsü, fizik muayenesi, akciğer grafisi, tüberkülin cilt testi ile tüberkülozdan şüphelenilen hastalarda bakteriyolojik veya histolojik yöntemlerle tanı kesinleştirilir (47).

Primer tüberküloz: Daha önce tüberküloz basiline maruz kalmamış kişilerde görülür. Akciğerlere solunan damlacıklar akciğerlerin terminal alveollerine yerleşirler. Enfeksiyon, tüberküloz basilinin akciğerlerde çoğalması ile başlar. Ortaya çıkan lezyon Ghon odağıdır. Lenfatikler, basili hiler lenf düğümlerine drene eder. Ghon odağı ve ilgili hiler lenfadenopati birincil kompleksi oluşturur. Basil, vücuttaki birincil kompleksten kana yayılabilir. Bağışıklık tepkisi (gecikmiş aşırı duyarlılık ve hücresel bağışıklık), birincil enfeksiyondan yaklaşık 4-6 hafta sonra gelişir.

Postprimer tüberküloz: Primer enfeksiyonu takip eden aylar veya yıllar süren gizli bir dönemden sonra primer enfeksiyondan kalan tüberküloz basilinin re-aktivasyonu veya primer enfeksiyonu geçirmiş bireyin dışarıdan yeni basil ile enfekte olmasıyla ortaya çıkabilir(45).

Akciğer dışı tüberkülozda organ tutulumuna bağlı olarak semptom ve bulgular değişiklik gösterebilir. İmmünsüpresif ve yaşlılarda çoğunlukla semptom olmayabilir. Ülkemizde akciğer dışı tüberküloz tutulan organa göre en sıklıkla en az doğru; plevra, toraks dışı lenfadenit, toraks içi lenfadenit, periton/gastrointestinal sistem, genitoüriner sistem, vertebra dışı kemik-eklem, vertebra kemik-eklem, miliyer, menenjit, santral sinir sistemi (menenjit dışı) tüberkülozu olarak sıralanabilir (48).

Evlenecek çiftlerde tüberküloz tanısı konulduğunda Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda belirtildiği gibi evlilik kararının 6 ay ertelenmesi, eğer 6 ayın sonunda tedavi sonrası kişide iyileşme olmaz ise 6 ay daha ertelenmesi gerekmektedir. 12 aylık bu süre sonunda iyileşme

olmaz ise çiftlere hastalığın riskleri ve zararları hakkında bilgilendirme yapılarak evlilik izni verilebilir (2).

2.1.7. Hepatit B

Hepatit B virüsü (HBV), Hepadnaviridae ailesinin bir üyesidir ve insanlarda akut ve kronik hepatite neden olmaktadır (49). Hepatit B endemik bölgelerde, en yaygın olarak anneden çocuğa perinatal bulaşma veya enfekte kana maruz kalma yoluyla bulaşır, özellikle yaşamın ilk 5 yılında enfekte bir çocuktan enfekte olmayan bir çocuğa bulaşır. Kronik enfeksiyon gelişimi annelerinden enfekte olan bebeklerde veya 5 yaşından önce enfekte olan çocuklarda sık görülür. Hepatit B ayrıca iğne batması, piercing, dövme, ve enfekte kan, tükürük, vajinal, menstrual ve seminal sıvılar gibi vücut sıvıları yoluyla da yayılır. Virüsün bulaşması, kontamine iğne ve şırıngaların veya keskin nesnelerin toplum içinde veya damar içi madde kullanan kişiler arasında veya sağlık bakım ortamlarında yeniden kullanılması yoluyla da gerçekleşebilir. Cinsel yolla bulaşma, birden fazla cinsel partneri olan aşılanmamış kişilerde daha yaygındır (50).

Ülkemizde HBV ile enfekte olmuş üç milyon birey olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye 'de yapılan çalışmalar HBV prevalansın doğu illerinde daha yüksek olduğunu ve bölgelere göre prevalansı % 2-8 aralığında bildirilmiştir (51). Hepatit B, semptomsuz bir evreden siroz, hepatosellüler karsinom(HCC) gibi mortalite ile seyredabilen kliniklere ilerleyebilmesi sebebiyle erken tanı koyma ve bulaştırıcılığının azaltılması ve önlenmesi amacıyla evlilik öncesi taramada eş adaylarından alınan kanda Hbsag , AntiHbs bakılarak taranmalıdır (52).

Akut olarak iyileşen enfeksiyonlarda, kazanılmış ve doğuştan gelen bağışıklık sisteminin HBV' ye yanıtı etkindir. Viral temizleme, antiviral sitokinlerin salınımı yoluyla güçlü bir adaptif T hücresi reaksiyonunun uyarılmasını ve ayrıca virüsün yayılmasını önleyen nötralize edici antikorlar üreten B hücrelerinin uyarılmasını içerir. Akut enfeksiyon kronikleştiğinde,

HBV' ye özgü T hücre fonksiyonunda ilerleyici bir bozulma olur. Kronik HBV enfeksiyonu, yaşla güçlü bir şekilde ilişkili olan farklı hastalık evrelerinden geçerek ilerler. Siroz ve HCC' ye ilerleme riski değişkendir ve konağın bağışıklık tepkisinden etkilenir (53).

Akut HBV enfeksiyonlarının çoğunluğu asemptomatiktir. Erişkinlerde ortalama %30'u sarılık ve hepatit ile başvurur ve %0.1-0.5'i fulminan karaciğer yetmezliğine ilerler. HBsAg' nin ilk tespit edildiği andan itibaren 6 aydan uzun süre devam etmesi, kronik hepatit B enfeksiyonunu gösterir. Kronik hepatit B geliştirme olasılığı, enfeksiyonun edinildiği yaşa göre değişir, risk yetişkinlerde en düşük ve anneleri HBeAg pozitif olan yenidoğanlarda en yüksektir (54).

Akut HBV Enfeksiyonu : Klinik inkübasyon süresi ortalama 2-3 aydır ve temastan sonra 1-6 ay arasında değişebilir (55). Kuluçka dönemini ateş, iştahsızlık, yorgunluk, mide bulantısı ve vücut ağrıları gibi yapısal semptomların kısa bir preikterik veya prodromal dönemi izler. Bu aşamada, serum Alanin Aminotransferaz (ALT) seviyeleri yükselir ve yüksek düzeylerde HBsAg ve HBV DNA saptanabilir. Preikterik faz birkaç günden bir haftaya kadar sürebilir ve bunu sarılık veya koyu renkli idrar izler. Hepatit B'nin ikterik fazı, 1-2 haftalık değişken bir süre boyunca sürer. Nekahat döneminde sarılık düzelir ancak yapısal semptomlar haftalarca hatta aylarca sürebilir. Akut hepatit B ve sarılığı olan hastaların yaklaşık % 1'inde akut karaciğer yetmezliği görülür (56).

Kronik HBV Enfeksiyonu: Kronik hepatit B enfeksiyonu, HBsAg en az 6 ay boyunca kalıcı olması ile tanımlanır (57). Kronik hepatit B hastalarının çoğu asemptomatiktir veya yorgunluk ve hafif sağ üst kadranda rahatsızlığı gibi spesifik olmayan semptomları vardır. Daha şiddetli hastalığı veya sirozu olan hastalarda önemli yapısal semptomlar, sarılık ve örümcek anjiyomları, palmar eritem, splenomegali, jinekomasti ve fetor hepaticus gibi son dönem karaciğer hastalığının periferik bulguları olabilir. Daha ileri sirozlu hastalarda asit, periferik

ödem, ensefalopati ve gastrointestinal kanama görülür. ALT ve Aspartat Aminotransferaz (AST) genellikle yükselir, ancak karaciğer hastalığının ciddiyeti ile iyi bir korelasyon göstermeyebilir. Bilirubin, protrombin zamanı ve albümin sıklıkla ile hastalığın ilerleyen evrelerinde anormal hale gelir. Azalan trombosit sayısı genellikle kötü bir prognostik işarettir (55). Kronik HBV enfeksiyonunun etkili tedavisi mevcuttur. Antiviral ilaçlar sayesinde (Entekavir, Tenofovir) HBV çoğalması baskılanmakta, siroz ve hastalığın komplikasyonlarının ilerlemesi önlenmektedir. Tedavi sayesinde hepatosellüler karsinom olasılığı da azalmaktadır. Günümüzde ki mevcut tedaviler ile virüsün tamamen yok edilmesi mümkün değildir (58).

1998'den itibaren HBV aşısı rutin çocukluk dönemi aşılama takvimine eklenmiştir (58). HBV aşısı 3 doz olarak 0, 1, 6. aylarda deltoid kas içine yetişkinlerde, uyluktan intramuskuler bebeklerde uygulanır. Herhangi bir aşı ile başlanan aşı programına diğer bir aşı ile devam edilebilir. Bulaş riski olan kişilerde uygun aşı programı uygulandıktan sonra yeterli antikor düzeyine ulaşıp ulaşılmadığı kontrol edilmelidir (59).

2.1.8. Hepatit C:

HCV (Hepatit C Virüsü), Flaviviridae ailesindeki Hepacivirus cinsine ait küçük, tek zincirli, pozitif polariteli, zarflı bir virüstür. Son dönem siroz ve hepatosellüler karsinomla ilişkili kronik karaciğer hastalığının önemli nedenlerinden biridir, kronik enfekte olmuş hastaların yaklaşık %20'sinde siroz gelişmekte ve yaklaşık %10'u kansere ilerlemektedir (60).

HCV bulaşı, öncelikle enfekte kana maruz kalma yoluyla olur. Bulaşma riskleri arasında kan transfüzyonu, mesleki maruziyet, yüksek riskli cinsel aktivite, enfekte bir donörden solid organ nakli, intravenöz uyuşturucu kullanımı, hemodiyaliz, ev maruziyeti, enfekte bir anneden doğum ve burun içi kokain kullanımı yer alır (61).

Akut HCV Enfeksiyonu: Akut HCV enfeksiyonu, varsayılan maruziyetten sonraki 6 ay içinde ortaya çıkan belirti ve semptomları ifade eder. Akut bir enfeksiyon, pozitif bir HCV RNA testi sonucu ve negatif bir anti HCV antikor testi sonucu ile belgelenebilir ve bu sonuç, daha sonra 8 ila 12 hafta içinde pozitif bir anti HCV antikor test sonucuna dönüşür (62). Enfekte olmuş kişilerin çoğu asemptomatik olduğundan nadiren teşhis edilir. Akut HCV enfeksiyonu olan yetişkinlerin yaklaşık % 20 ila %30'unda klinik semptomlar gelişebilir. Semptomatik başlangıç, maruziyetten 3 ila 12 hafta sonra değişir. Semptomlar, halsizlik, iştahsızlık ve sarılığı içerebilir. Hepatosit nekrozunu gösteren serum ALT seviyeleri, maruziyetten 2 ila 8 hafta sonra yükselmeye başlar ve genellikle normalin üst sınırlarının 10 katından daha yüksek seviyelere ulaşır (63).

Kronik HCV Enfeksiyonu: Kronik hepatit C, akut enfeksiyonun başlamasından sonra en az 6 ay boyunca kanda HCV RNA'nın kalıcılığı ile belirlenir (61). Akut enfeksiyon çoğunlukla kendiliğinden düzelmez. Enfekte olmuş bireylerin yaklaşık % 80'i kronik taşıyıcı haline gelir ve ciddi karaciğer hastalığına ilerleyebilir. Kronik HCV' nin doğal seyrine dayanarak, hastaların %10-20'sinde karaciğer sirozu ve %1-5'inde 20-30 yıl içinde HCC gelişeceği tahmin edilmektedir. Karaciğer sirozu geliştikten sonra hastalarda yıllık HCC, %5-7 oranında gelişir (64).

HCV' nin henüz aşısı olmadığı için korunma da öncelikle bulaşın önlenmesi gerekmektedir. Son zamanlarda ilaçların geliştirilmesiyle beraber hastalarda iyileşme oranı ortalama % 50 'den %90'ın üzerine çıkartılmıştır (65).

2.2. Evlilik Öncesi Dönemde Taranması Gereken Kalıtsal Hastalıklar

2.2.1. Orak Hücreli Anemi

Dünya çapında 3 milyondan fazla kişiyi etkileyen orak hücreli anemi, orak hemoglobin üretimi ile sonuçlanan beta globin genindeki mutasyonlardan kaynaklanmaktadır. Hemoglobin S, hemoglobin beta globin zincirinin altıncı pozisyonundaki glutamik asidin valin ile yer değiştirmesinden kaynaklanır (66). Orak hücreli anemi, otozomal resesif bir genetik hastalıktır(67).

Hemoglobin S, deoksijenize formda uzun, dallanan polimerler oluşturma özelliğine sahiptir. Bunlar alyuvara zarar vererek onun dehidre olmasına ve sert, kırılğan ve obstrüktif hale gelmesine neden olur. Bu, vazooklüzyona ve artmış intravasküler hemoliz oranına yol açarak inflamasyon, koagülopati ve trombosit aktivasyonu, vasküler-endotelyal disfonksiyon ve oksidatif hasar dahil olmak üzere birbiriyle ilişkili karmaşık bir patolojik olaylara neden olur (68). Hemoglobin S geninin varlığı prenatal veya doğum sonrası saptanabilir. Prenatal olarak amniyosentez ve koryon villus örnekleme ile tanı konulabilir; doğum sonrası, oraklaştırma testi, Hemoglobin elektroforezi, yüksek performanslı sıvı kromatografisi (High Performance Liquid Chromatography) (HPLC), izoelektrik fokuslama (IEF) ve DNA analizi, orak hücreli anemi tanısı için kullanılan yöntemlerdendir (69). Ülkemizde Hemoglobinopati Kontrol Programı kapsamında 2018'de Kasım ayından beri 81 ilde evlilik raporu için başvuran çiftlere aile hekimliğinde hemoglobinopatilerle ilgili gerekli bilgilendirme yapılarak tarama yapılmaktadır (70).

2.2.2. Talasemiler

Talasemiler, hemoglobin tetramerlerini oluşturan bir veya daha fazla globin zincirinin üretiminin azalması veya olmamasından kaynaklanan bir grup otozomal resesif

hastalıktır. İlgili globin zincirinin tipine göre, iki ana tip, yani alfa ve beta talasemiler ayırt edilebilir. Ek olarak, iki ila dört farklı globin zincirinin ($\delta\beta$ -, $\gamma\delta\beta$ - ve $\epsilon\gamma\delta\beta$ -talasemi) kusurlu üretiminden kaynaklanan kompleks talasemiler de tanınır. Talasemiler, Akdeniz bölgesi, Orta Doğu, Transkafkasya, Orta Asya, Hindistan Yarımadası ve Güneydoğu Asya kökenli bireyleri etkileyen dünya çapında en yaygın kalıtsal hastalıklar arasındadır (71). Dünya nüfusunun %3'ünde, Alfa talasemi taşıyıcılığı Güneybatı Asya'da %5-10'unda görülmektedir. Ülkemizde ise talasemi taşıyıcılığı özellikle Akdeniz kıyı kesimi, Çukurova, Marmara ve Ege bölgelerinde sık olarak izlenmektedir. Ülkemizde yaklaşık olarak beta talasemi taşıyıcı sayısı 1.300.000'dir ve beta talasemi hasta sayısı 4000 civarındadır (72).

2.2.2.1.Beta Talasemi

Beta talasemiler, beta globin zincir sentezinin azalması veya yokluğu ile karakterize heterojen otozomal resesif kalıtsal anemilerdir. Bağlanmamış alfa globin zincirlerinin ortaya çıkan nispi fazlalığı kemik iliğinde eritroid prekürsörlerde çökerek etkisiz eritropoezlere yol açar (73).

1.Sessiz taşıyıcı: Hematolojik olarak normal aralıktadır.

2.Beta talasemi minör: Heterozigot bir mutasyon, beta zincirlerinin yetersiz üretildiği beta talasemi minör ile sonuçlanır. Hafiftir ve genellikle asemptomatiktir.

3.Beta talasemi intermedia: Beta globin geninin homozigot bir mutasyonudur ancak beta talasemi majör kadar ağır klinik bulgu göstermez. Bu iki tip arasındaki durum, hafif ila orta dereceli klinik semptomlarla beta talasemi intermedia olarak adlandırılır.

4. Beta talasemi majör: Beta globin geninin homozigot bir mutasyonundan kaynaklanır ve bu da beta zincirlerinin tamamen yokluğuyla sonuçlanır. Klinik olarak sarılık, büyüme geriliği, hepatosplenomegali, endokrin anormallikler ve ömür boyu kan transfüzyonu gerektiren ciddi anemi şeklinde kendini gösterir (72,74).

2.2.2.2. Alfa Talasemi

Alfa talasemi, fazla beta globin zincirlerine yol açan alfa globin zincirlerinin eksik sentezlenmesi sonucu görülmektedir. Kromozom 16 üzerindeki gen tarafından alfa globin zinciri üretimi kontrol edilir. Eksik üretim genellikle bu genlerin bir veya daha fazlasının silinmesinden kaynaklanır (75).

Alfa talasemi klinik olarak 4 sınıfa ayrılır:

1. Sessiz taşıyıcı: Bir alfa globin geninin silinmesi/inaktivasyonu ($-\alpha/\alpha$) görülmektedir. Tamamen sessiz hematolojik fenotip veya çok hafif mikrositoz olabilir.
2. Alfa talasemi taşıyıcılığı: ($--/\alpha\alpha$, $-\alpha/-\alpha$) iki alfa globin geninin silinmesi/inaktivasyonu görülmektedir. Kişilerde hafif hipokromik, mikrositik anemi ile asemptomatiktir.
3. Hemoglobin H hastalığı: Üç alfa globin geninin ($-/-\alpha$) silinmesi/inaktivasyonu görülmektedir (76). Hastalarda genellikle (şiddetli olabilen) splenomegali vardır ve bazen bu hipersplenizm ile komplike hale gelir. Sarılık değişken derecelerde olabilir ve çocuklarda büyüme geriliği görülebilir. Diğer komplikasyonlar arasında enfeksiyonlar, bacak ülserleri, safra taşları, folik asit eksikliği ve ilaçlara ve enfeksiyonlara yanıt olarak akut hemolitik ataklar sayılabilir (77). Hastalar yaşamın erken dönemlerinde normositer/mikrositer olan şiddetli anemi ile başvururlar. Hemoglobin seviyeleri 7 g/dL' nin altına düşebilir. MCH (Mean Corpuscular Hemoglobin) düşüktür (<20 pg) ve periferik kan yaymasında, gözyaşı damlası hücreleri, artmış eritroblastlar ve hedef hücreler ile poikilositoz gösterir.
4. Hemoglobin Barts (Hidrops Fetalis) :Alfa globin geninin ($-/-$) homozigot yokluğu ile karakterizedir. Talaseminin en şiddetli ve ölümcül formu, yani Hemoglobin Barts, hidrops fetalis ile sonuçlanır. Yenidoğanlarda, gama globin zincirlerinin aşırı üretimi meydana gelir. Bu gama globin zincirleri, hemoglobin Barts ile sonuçlanan tetramerler oluşturur (78). Belirgin ekstramedüller hematopoez ile şiddetli, etkisiz eritropoez vardır. Bu, masif organomegaliye,

kalp yetmezliğine, büyük vücut ödemine ve sonunda intrauterin ölüme yol açar. Fetal hipoksi ayrıca vakaların yaklaşık %20'sinde gelişimsel anomalilere neden olur. Bu anomalilerin çoğu hafiftir ve genitoüriner ve iskelet sistemlerini içerir. Bununla birlikte, ciddi malformasyonlar meydana gelir. Bunlar çok yüksek riskli gebeliklerdir ve yakından takip edilmeyenlerin ölüm oranı yüksektir. Gebeliklerin çoğu hipertansiyon, preeklampsi ve diğer bazı ciddi komplikasyonlarla komplike hale gelir (79).

2.2.2.3. Spinal Müsküler Atrofi

SMA, omurilikteki ön boynuz hücrelerinin ve beyin sapı çekirdeklerinin ilerleyen dejenerasyonu ve geri dönüşümsüz olan kaybından kaynaklanan kas güçsüzlüğü ve atrofisi ile karakterize olan genetik geçişli bir hastalıktır. Kas güçsüzlüğü, intrauterin dönemden başlayıp yetişkinliğe kadar farklı dönemlerde görülebilir. Kas güçsüzlüğü simetrik, proksimalden distale ve ilerleyicidir (80). İkinci en yaygın otozomal resesif hastalık olan SMA, taşıyıcı sıklığı 40-50'de 1 ve tahmini insidansı 10.000 canlı doğumda 1'dir. SMA' dan etkilenen bireyler, 5q13'te yer alan SMN1'de (Survival of Motor Neuron 1) homozigot bir işlev kaybına sahiptir, ancak modifiye edici SMN2 genini korur. SMA' ya neden olan en yaygın mutasyon, kolayca tespit edilebilen ve hassas bir teşhis testi olarak kullanılabilen SMN1 ekson 7'nin homozigot silinmesidir. Çünkü SMN2 azaltılmış sayıda tam uzunlukta transkript üretir, SMN2 kopyalarının sayısı klinik fenotipi değiştirebilir (81).

SMA 5 alt tipe ayrılmıştır:

Tip 0: Doğum öncesi veya doğumda semptom gösterir. Asla oturamaz ve kafa kontrolü yapamazlar, eklem kontraktürleri, kalp defekti, yüz diplejisi doğum sonrası solunum yetmezliği görülür, tedavi edilmezse ortalama yaşam süresi 1 aydır.

Tip 1 (Werding Hoffmann Hastalığı): Doğum sonrası 0-6 aylık dönemde semptom gösterir. Asla oturamaz ve bazıları kafa kontrolünü başarır. Dilde fasikülasyon, yutma güçlüğü, erken

solunum yetmezliği gör÷l÷r. 1A ,1B ,1C alt tipleri mevcuttur ve ortalama yaşam s÷resi tedavi edilmezse 6 ay – 2 yaş arasında değişmektedir.

Tip 2 (Dubowitz Hastalığı): 7-18 aylarda semptom göstermeye başlar. Oturur ama ayağa kalkamaz. Hastalar desteksiz oturma becerisi kazanır ve bazıları ayakta durma pozisyonunu kazanabilir, ancak bağımsız y÷r÷me becerisini kazanamazlar. Derin tendon refleksleri yoktur ve üst ekstremitelerde ince titreme siktır. Eklem kontrakt÷rleri ve kifoskolyoz çok yaygındır. 25 yaşında % 70 ‘i hayattadır.

Tip 3(Kugelberg-Welander hastalığı): Klinik olarak heterojen hastaları i÷erir. Bağımsız y÷r÷menin yanı sıra tüm önemli motor kilometre taşlarına ulaşırlar. Ancak bebeklik döneminde proksimal kas zayıflığı geliştirirler. Bazıları çocuklukta tekerlekli sandalye yardımına ihtiya÷ duyabilirken, diğerleri hafıf kas zayıflığı ile y÷r÷meye ve yetişkin hayatlarını yaşamaya devam edebilir. Ambulasyonunu kaybeden hastalarda sıklıkla skolyoz ve obezite ve osteoporoz gibi zayıf hareketliliğe bağlı diğer tıbbi problemler gelişir.

Tip 4: Genellikle 18 yaş üstünde semptom gösterir. Bu grup, yetişkinlikte y÷r÷yebilen, solunum ve beslenme sorunu olmayan hastaları i÷erir (80,81).

÷lkemizde de taşıyıcılık oranları yüksek olduğu için evlenecek bireylerde taşıyıcılığı saptamak ve genetik danışmanlık vermek amacıyla 2021 yılında Aralık ayından itibaren 81 ilde Evlilik Öncesi SMA Taşıyıcı Tarama Programı başlatılmıştır. Program kapsamından önce evlenen çiftler talep ederler ise onlara da tarama yapılmaktadır (82).

2.3. Evlilik Öncesi Muayenede Değerlendirilmesi Gereken Psikiyatrik Hastalıklar

Evlilik öncesi tarama programları kapsamında kişiler bir÷ok hastalık a÷ısından değerlendirilmektedir. Psikiyatrik hastalıklarda değerlendirilmesi gereken hastalıklar grubundadır. Türk Medeni Kanunu’nun 125. Maddede ‘ayırt etme gücüne sahip olmayanlar evlenemez ‘, 133. maddede ‘Akıl hastaları, evlenmelerinde tıbbî sakınca bulunmadığı resmî

sağlık kurulu raporuyla anlaşılmadıkça evlenemezler ’ ve 145. maddede ‘Eşlerden birinin evlenme sırasında evli bulunması, eşlerden birinin evlenme sırasında sürekli bir sebeple ayırt etme gücünden yoksun bulunması, eşlerden birinde evlenmeye engel olacak derecede akıl hastalığı bulunması, eşler arasında evlenmeye engel olacak derecede hısımlığın bulunması’ durumlarından herhangi birinin varlığında evlilik mutlak butlanla batıldır , şeklinde belirtilmiştir (3).

2.3.1.Zeka Geriliği (Mental Retardasyon)

DSM-5 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5), zihinsel engelleri, çocuklukta başlayan ve zihinsel güçlüklerin yanı sıra kavramsal, sosyal ve pratik yaşam alanlarındaki güçlüklerle karakterize edilen nörogelişimsel bozukluklar olarak tanımlar. DSM-5 mental retardasyon teşhisi, üç kriterin karşılanması gerektirir:

- 1.Klinik değerlendirme ve bireyselleştirilmiş standart IQ testi ile doğrulanan entelektüel işlevsellik (“akıl yürütme, problem çözme, planlama, soyut düşünme, muhakeme, akademik öğrenme ve deneyimden öğrenme”) eksiklikleri;
2. Bireyin bağımsızlığı ve sosyal sorumluluklarını yerine getirme yeteneği için gelişimsel ve sosyokültürel standartlara uymayı önemli ölçüde engelleyen uyumsal işlevsellikte eksiklikler;
3. Bu eksikliklerin çocukluk döneminde başlaması.

DSM-IV tanımı, bir kişinin kavramsal, sosyal ve günlük yaşam alanlarında nasıl işlev gördüğünü etkileyen genel zihinsel yeteneklerdeki bozuklukları içerir. DSM-5, genel popülasyonun iki veya daha fazla standart sapma altında işlev görme genel nosyonunu korumasına rağmen, bir tanı kriteri olarak belirli IQ puanlarını kullanmamaktadır. DSM-5, uyarlanabilir işleve ve olağan yaşam becerilerinin performansına daha fazla önem vermiştir. İki veya daha fazla beceri alanındaki bozukluğu şart koşan DSM-IV’ün aksine, DSM-5 kriteri bir

veya daha fazla üst beceri alanındaki (örneğin, kavramsal, sosyal, pratik) bozulmaya işaret eder (83).

2.3.2. Demans

Demans, hafıza kaybı (başlangıçta son olaylar), yürütücü işlev kaybı (karar verme veya karmaşık görevleri sıralama yeteneği gibi), diğer bilişsel eksiklikler ve kişilik değişiklikleri ile karakterizedir. Bu düşüş, sosyal veya mesleki işlevselliği etkileyecek kadar ciddi olmalı ve depresyon ve deliryum gibi diğer yaygın durumları dışlamak için makul girişimlerde bulunulmalıdır (84). 65 yaşından sonra, yaşam boyu bunama gelişme riski yaklaşık yüzde 17 ila 20'dir; Demans hastalarının % 70'inde Alzheimer hastalığı, % 17'sinde vasküler demans ve % 13'ünde Lewy cisimcikli demans, Parkinson ile ilişkili demans, alkolik demans veya frontal lob demansı kombinasyonu vardır. Demans için risk faktörleri arasında yaş, ailede demans öyküsü, apolipoprotein E4 genotipi, kardiyovasküler komorbiditeler, kronik antikolinergik kullanım ve düşük eğitim düzeyi yer alır (85).

Evlilik öncesi değerlendirmede demans tanısının varlığı veya değerlendirme sırasında tanı konulması, bireylerin medeni haklarını kullanma ehliyetine sahip olmadığı için evlilik durumunda engel oluşturmaktadır. Eğer evlilik sırasında bireyin demans hastalığı sağlık kurulu raporu ile kesinleştirilir ise evlilik geçersiz sayılır (52).

DSM-5 gibi standart kriterleri kullanarak öykü, muayene ve uygun objektif değerlendirmelere dayalı olarak demans (majör nörobilişsel bozukluk) ve hafif bilişsel bozukluk (hafif nörobilişsel bozukluk) sendromlarını teşhisinde kullanılabilir (86) .

Demansta 3 ana semptom kategorisi sorgulanmalıdır:

İşlevsel: Klinik değerlendirme için günlük yaşam aktivitelerini iki kategoriye ayırmak yararlıdır. Temel günlük yaşam aktivitesi, kişisel bakım için gerekli olan faaliyetleri içerir: bakım, banyo, giyinme, yemek yeme ve idrar tutma gibi. Araçsal günlük yaşam aktiviteleri

olarak adlandırılan daha karmaşık görevlerdeki bozukluklarda, uzaktan kumanda, cep telefonu veya bilgisayar gibi aygıtları kullanma sorunları, özellikle bilişsel olarak karmaşık olduklarında eğlenceler veya hobilerle ilgili zorluklar ve yiyecek hazırlama veya ev bakım faaliyetlerini gerçekleştirme becerilerinde azalma gibi konular değerlendirilir.

Davranışsal: Sosyal davranış ve kişilerarası ilişkilerde bozulmayı, apati, disinhibisyon ve zayıf planlama, depresyon, sanrılar ve halüsinasyonlar (özellikle görsel), uykudaki değişiklikler, düşünce bozuklukları açısından değerlendirilir.

Kognitif: Nörobilişsel muayene, demansın tanısında birincil öneme sahiptir. Amaç, hafıza ve diğer temel bilişsel alanların performansını belgelemek, tanıyı destekleyebilecek güçlü ve zayıf alanları tanımlamak ve demansın ciddiyetini belirlemeye yardımcı olmaktır. Mini Mental Durum Muayenesi bu testlerin en bilinenlerinden biridir. Belleği, yönelimi, işleyen belleği araştırır, dil ve görsel-uzaysal yetenekler değerlendirilmelidir (87).

2.3.3. Psikotik Bozukluk

Psikoz, birkaç semptomdan oluşan klinik bir sendromdur. Sanrılar, halüsinasyonlar ve düşünce bozukluğu, temel klinik özellikler olarak kabul edilebilir. DSM-5' te psikotik bozuklukların beş alanın bir veya daha fazlasının anormallikleri ile tanımlandığını belirtir; sanrılar, halüsinasyonlar, düzensiz düşünme (konuşma), büyük ölçüde düzensiz veya anormal motor davranış (katatonia dahil) ve negatif belirtilerdir.(88)

Evlilik öncesi rapor için başvuran bireylere değerlendirmek amacıyla ‘başka kişiler tarafında düşüncelerinizin çalındığı ya da kontrol altında olduğunu düşündüğünüz olur mu? hiç tanımadığınız kişilerin kendi aralarındaki konuşmalarda sizin ile ilgili konuşulduğunu düşündüğünüz olur mu ?, sizin dışınızda kimsenin görmediği görüntüler görme ve kimsenin duymadığı sesleri duyma oluyor mu?, çevrenizdeki kişilerin size zarar vereceğini dair düşünceleriniz var mı?’ gibi sorular sorularak değerlendirilebilir. Şüpheli durumlarda, ilgili

uzman ve sağlık kurulu tarafından değerlendirilip evlilik kararını bu kişiler tarafından verilmelidir (52).

2.4. Evlilik Öncesi Başvuran Çiftlerin Kan Gruplarının Değerlendirilmesi

Otuz dokuz kan grubu sisteminden ve 350 antijenden klinik olarak AB0 sistemi en önemlisidir. A ve B antijenleri, 0 üzerinde baskın olarak kalıtılır. ABH antijenleri, kırmızı kan hücreleri ve diğer hücreler üzerinde açığa çıkan oligosakkaritlerdir; vücut salgılarında da bulunurlar (89). AB0 kan gruplarının sıklığı, farklı ırk ve popölasyonlarda büyük farklılıklar gösterir. Çoğu popölasyonda, yaklaşık % 50'si Grup 0'dur, bunu yakından A grubu takip eder, B ve AB grupları çok daha düşük bir insidans gösterir (90).

Rh kan grubu sistemi, tüm insan kan gruplarının en polimorfik olanıdır ve en az 45 antijenden oluşur. D antijeni oldukça immünojeniktir ve 200 ml D-pozitif kan ile transfüze edildiğinde D negatif kişilerin % 80'inde bir bağışıklık tepkisine neden olur. Bu nedenle, çoğu ülkede, kan bağışçıları ve alıcıları için D-tipi rutindir. Rh antijenlerine yönelik alloantikörler genellikle immünoglobulin (Ig) G'dir(91). Rh uyuşmazlığı olarak da bilinen Rh-hemolitik hastalığı, Rhesus-negatif kan grubuna sahip bir kadının Rhesus-pozitif kan hücrelerine maruz kalmasıyla ortaya çıkan ve izoimmünizasyon adı verilen bir işleme anti-D antikörlerinin gelişmesine yol açan bir durumdur. Bu sensitizasyondan sonra, bu maternal alloantikörler ömür boyu devam edebilir ve sonraki gebeliklerde plasentadan fetal dolaşıma serbestçe hareket edebilirler, burada yüzey D antijenleri ile antijen-antikör kompleksleri oluşturduktan sonra fetal eritrositlerin yıkımına yol açarlar. Bu, fetüste eritroblastosis fetalis olarak bilinen alloimmün hemolitik anemi ile sonuçlanır. Hastalığın şiddeti büyük ölçüde immünoglobulinlerin sayısına, gebelik yaşına ve fetüsün enzimatik aktivitesine bağlıdır. Teşhis edilmezse, ölüm oranı yenidoğanlarda % 24 ile yüksektir (92).

Evlilik öncesi taramalarda kan gruplarının değerlendirilmesinin nedeni çiftlere, çocuk sahibi olmak istediklerinde kan uyuşmazlığı ihtimalini ve neden olabileceği sorunlar hakkında, takip ve tedavisi ile ilgili danışmanlık verebilmektir.

2.5. Evlilik Öncesi Tarama Hizmetlerinde Dünyadaki Durum

Evlilik öncesi tarama programı uygulayan ülkeler, mevcut hizmetlere göre üç genel kategoriye ayrılabilir:

- A. Endemik Akdeniz ülkeleri: Bu köklü önleme programlarında optimum tedavi sağlayabilen uzman klinikleri ile %80-%100 önleme sağlamayı başarmıştır.
- B. Göç nedeniyle yaygınlığın arttığı gelişmiş, sanayileşmiş dünya bölgeleri: Bu ülkeler yeterli kontrolü sağlayacak imkanlara sahip olmakla birlikte, farklı kültürel geçmişe sahip göçmen gruplara ulaşmada sorunlar yaşamaktadır.
- C. Hizmetlerin sağlanmasının ekonomik zorluklar, dini/kültürel kısıtlamalar, bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan yüksek bebek ölümleri nedeniyle diğer sağlık öncelikleri olan gelişmekte olan dünya ülkeleri (93).

Evlilik öncesi talasemi taraması ilk olarak 1975 yılında Silvestroni ve meslektaşları tarafından İtalya'nın Latium bölgesinde bir okul önleme programının parçası olarak gerçekleştirilmiştir. Orak hücreli anemi taraması bundan önce, 1970'te Virginia'da başladı. 1970'lerde Kanada, Kıbrıs, Yunanistan, İtalya ve Birleşik Krallık'ta da ülke çapında tarama programları başladı ve başarısı kanıtlanmış oldu (94).

Bununla birlikte, Kıbrıs, Suudi Arabistan, İran, Bahreyn, Birleşik Arap Emirlikleri, Filistin gibi çoğu Akdeniz ve İslam ülkeleri olmak üzere birçok ülke , Ürdün ve Katar, çiftlerin evlilik sertifikalarını almadan önce tüm nüfus için evlilik öncesi tarama programlarını zorunlu kılan yasalara sahiptir .Tarama programları her ülkede farklı şekilde uygulanmaktadır ve her bir

ülkenin genetik hastalık prevalansına ve yüksek tespit oranına izin veren etkili testlerin mevcudiyetine göre tasarlanmaktadır (4).

İran'da talasemi programı 1997'de uygulandı. Etkili bir birinci basamak sağlık hizmeti altyapısı içinde evlilik öncesi testlere bağlantı, iyi bir şekilde benimsenmesini sağlamıştır. Sistematik değerlendirme yoluyla topluluktan alınan geri bildirim, doğum öncesi tanının ulusal düzeyde kabul görmesini sağladı (95).

Umman 'da ki ilk toplum genetik servisi 1999 yılında genetik kan hastalıklarının kontrolü için ulusal program olarak kurulmuştur. İlk hedef olarak mümkün olan en iyi hasta bakımını, toplum eğitimi, yüksek riskli nüfus taraması ve genetik danışmanlık ile birleştiren entegre bir stratejidir. Program, kaliteli bakım, taşıyıcı tespiti için evlilik öncesi tarama, danışmanlık, sağlık eğitimi ve veri toplama sağlamak için yeterli eğitime sahip idari bir yapıya sahip bölgesel ekipler tarafından uygulanmıştır (96).

Evlilik öncesi tarama programı ilk olarak 1986 yılında Çin'de uygulanmaya başlanmış ve başlangıçta ücretsiz olmasa da zorunlu hale getirilmiştir. 2000 yılına gelindiğinde, evlilik öncesi tarama oranı %63,4'e kadar yükselmiştir. Evlilik öncesi taramanın başarısı ve popülaritesi geniş çapta kabul görmesine rağmen, politikanın zorunlu olması birçok yabancı sivil haklar aktivisti tarafından şiddetle eleştirilmiştir. Bundan kısa bir süre sonra Çin, yeni "Evlilik Kayıt Yönetmeliği"ni (1 Ekim 2003) mevcut Evlilik Kanunu'na ekleyerek zorunlu evlilik öncesi taramayı sona erdirdi ve bunu gönüllü hale getirdi. Ancak, zorunlu muayenenin kaldırılmasıyla evlilik öncesi tarama oranı keskin bir şekilde düştü; doğumsal hastalıkların sayısı da arttı. Sağlık Bakanlığı'nın ön istatistiklerine göre, Çin'de evlilik öncesi taramalara katılma oranı önceki yılların 1/10'undan daha azına düşmüştü. Bazı çalışmalarda bildirildiği gibi, evlilik öncesi tarama oranı son yıllarda ücretsiz muayene politikasının uygulanmasıyla yavaş yavaş artmıştır ancak genel seviye düşük kalmaya devam etmektedir (97)(98).

Talaseminin önlenmesine yönelik bir program 1993'ten beri Tayvan'da uygulanmaktadır. Tarama programı zorunlu değildir, ancak hamile kadınların katılımını kolaylaştırmak için ilk antenatal muayene ile birleştirilir. Bu kadınlar, doğum öncesi rutin kan incelemelerinin bir parçası olarak hemoglobin düzeyi ve ortalama alyuvar hacmi (MCV) için test edilen bir kan örneği alınır ve hamile kadının tam kan sayımında düşük bir MCV (<80 fl) veya düşük ortalama korpusküler hemoglobin (MCH) (<25 pg) varlığında, bunu erkek partnerin testi takip eder. Her iki partnerde de mikrositoz veya hipokromi varsa, bir doğrulama merkezine yönlendirilirler (99).

Tablo 1: Evlilik Öncesi Tarama Programı Bulunan Ülkeler (13)

Ülke	Tarama programı başlama zamanı	Taramanın türü	Kaynak
İtalya	1975	Beta talasemi (zorunlu)	(94)
Bahreyn	1985’de başladı, 2004’te zorunlu hale geldi.	Talasemi ve OHH (zorunlu)	(4)
İran	1997	Talasemi (zorunlu)	(95)
Ürdün	2004	Talasemi (zorunlu)	(4)
Suudi Arabistan	2004	Talasemi ve OHH (zorunlu)	(4)
	2008	HIV, hepatit B, hepatit C (zorunlu)	(4)
Umman	1999	Talasemi, OHH	(96)
Birleşik Emirlikleri	2008	Talasemi (zorunlu), HIV, Hepatit B	(4)
Tunus	-	Talasemi (zorunlu)	(100)
Mısır	-	Talasemi ve CYBH (gönüllü)	(100)
İspanya	-	Talasemi ve CYBH (gönüllü)	(100)
Portekiz	-	Talasemi ve CYBH (gönüllü)	(100)
Kıbrıs	1973	Talasemi (zorunlu)	(94)
Kanada	1970’ler	Talasemi, OHH ve CYBH (gönüllü)	(94)
Yunanistan	1975	Talasemi (zorunlu)	(94)
Birleşik Krallık	1970’ler	Talasemi, OHH ve CYBH (gönüllü)	(94)
Amerika Birleşik Devletleri Illinois&Louisiana	1983	HIV dâhil olmak üzere CYBH (zorunlu), durduruldu	(101)
Çin	1992	Kalıtsal hastalıklar, HBV & HIV (2003 yılına kadar zorunlu)	(97)
Tayvan	1993	Talasemi (gönüllü)	(99)
Brezilya	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (bazı bölgelerde zorunlu)	(100)
Hindistan	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	(102)
Endonezya	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	(102)
Maldivler	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	(102)
Singapur	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	(102)
Tayland	-	Kalıtsal hastalıklar & CYBH (gönüllü)	(102)

OHH: Orak hücre hastalığı, HIV: Human immunodeficiency virus, HBV: Hepatit B virüsü
 CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

2.7. Evlilik Öncesi Tarama Hizmetlerinde Türkiye ‘deki Durum

Kalıtsal Kan Hastalıkları ile Mücadele Kanunu ülkemizde 30.12.1993 tarihinde çıkmıştır. Bu amaçla 1994’te dört ilimizde talasemi merkezleri kurulmuştur. "Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği" 24 Ekim 2002 tarihli ve 24916 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanmıştır. 1 Kasım 2018’den itibaren ise Hemoglobinopati Kontrol Programı, “Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı” adıyla 81 ilde uygulanmaya başlanmıştır (70).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı’nın Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi, evlilik öncesi sağlık raporu için başvuran çiftleri basamaklar halinde değerlendirebilmek ve hekimlere yol gösterici olması adına 2013 yılında yayınlamıştır.

Öncelikle evlilik öncesi muayene ve danışmanlıkla ilgili evlenecek bireye bilgilendirme yapılır. Sonrasında çiftlere Evlilik Öncesi Sağlık Raporu Başvuru Formu ve Risk Değerlendirme Formu ‘nu doldurmaları ve imzalamaları istenir. Başvuru formu hekim tarafından incelendikten sonra çiftlere ait Risk Değerlendirme Formu uygulanır, hasta mahremiyeti açısından özel bilgiler içerdiği için bireylerin rahatça cevaplayabileceği bir ortam oluşturulmalıdır. Ayrıntılı anamnez alındıktan sonra bireyin fizik muayenesi ve genel psikiyatrik muayenesi yapılır. Değerlendirme sonrasında gerekli görülen tetkikler istenir.

Hastalık olmadığında; danışmanlık verildikten sonra sağlık raporu düzenlenir. Uzman görüşü gereken durumlarda sevk edilir. Kurul veya uzman konsültasyonunun sonucuna göre sağlık raporu düzenlenir. Hastalık varlığında izlenecek yol doğrultusunda işleme devam edilir. Adaylara evlilik öncesi muayene ve danışmanlık hizmetleri ile ilgili kitapçık/broşür verilmelidir. İşlemler ile ilgili mutlaka kayıt tutulmalıdır. Verilen sağlık raporları, Toplum Sağlığı Merkezi tarafından mühürlenmeli, özel protokol defteri kayıtları tutulmalıdır (1).

EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU BAŞVURU FORMU (1)

KADIN ()	ERKEK ()
Adı Soyadı:.....	
Tc Kimlik No/Pasaport No:.....	
Uyruğu:.....	
Baba Adı:	
Doğum Tarihi:	
Öğrenim Durumu: Okur yazar değil ()	
Okur yazar ()	
İlk-orta ()	
Lise ()	
Yüksekokul /Üniversite ()	
Müstakbel eş ile akrabalık : Var () Yok ()	
Amca / hala oğlu ()	
Teyze /dayı oğlu ()	
Baba tarafı diğer ()	
Anne tarafı diğer ()	
Adresi:	
Telefon ev : iş:.....	
Cep telefonu:	
Herhangi bir özel durumda size en kısa zamanda ulaşmak ve sizi bilgilendirmek için adres ve telefon bilgilerinin eksiksiz olarak yazılması büyük önem taşımaktadır.	
Risk Değerlendirmesi Sonrasında*	
Bulaşıcı hastalık (Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS vb) şüphesi olduğunda, tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı	
Kabul ediyorum ☐	Kabul etmiyorum ☐
Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun müstakbel eşime bildirilmesini	
Kabul ediyorum ☐	Kabul etmiyorum ☐
*Sağlık Personeli ile birlikte doldurulur.	
Evlilik öncesinde sağlık riskleri konusunda bilgilenmek, sağlık muayenemi yaptırmak ve danışmanlık hizmetini takiben evlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.	
Tarih / İmza	
Veli / Vasi İmzası	
(17 yaşını tamamlamış, 18 yaşını henüz doldurmamış kişiler için)	

RİSK DEĞERLENDİRME FORMU (1)

Adı soyadı:			
T.C Kimlik No/Pasaport No:			
Mesleği /iş:.....			
Bu formdaki bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. Verdiğiniz bu ön bilgiler müstakbel eşinize açıklanmayacaktır. Sadece muayene sürecinde bilgi edinme ve risk değerlendirme amaçlıdır. Bilgilerin doğruluğu çok önemlidir. Aşağıdaki soruları cevaplarken size uygun seçeneği işaretleyiniz.			
		EVET	HAYI R
1.	Müstakbel eşiniz ile aranızda bir akrabalık var mı?		
2.	Size hiç kan ve kan ürünleri nakli yapıldı mı? (Tam kan, trombosit, eritrosit, plazma süspansiyonu, intravenöz immünglobulin-IVIG gibi)		
3.	Size daha önce organ nakli yapıldı mı?		
4.	Damar içi uyuşturucu madde kullandınız mı?		
5.	Sigara dışında bir madde (alkol, uyuşturucu, hap, vb) bağımlılığınız var mı?		
6.	Hiç kalıcı dövme yaptırdınız mı?		
7.	Ailenizde Hepatit B virüsü taşıyıcısı veya hastası var mı?		
8.	Para veya çıkar karşılığı cinsel ilişkide bulundunuz mu?		
9.	Son 1 yıl içerisinde verem hastalığına yakalandınız mı?		
10.	Ailenizde veya yakın çevrenizde verem hastası var mı?		
11.	Ailenizde ağır psikiyatrik hastalığı (şizofren, zekâ geriliği gibi) olan var mı?		
12.	Daha önce intihar girişiminiz oldu mu?		
13.	Son 6 ay içinde ölüm tehlikesi atlattığınız mı? (Kaza, depresyon, vb)		

Beyanım Doğrudur

Tarih/İmza

Umumi Hıfzısıhha Kanunu'nda bahsedilen evliliğe engel hastalıkların tedavi olsalar dahi kişilerde kalıcı fiziksel ya da serolojik sekel bırakabileceği unutulmamalıdır. Bu bireylerde muayene ya da serolojik bulguları olsa bile tedavi durumları göz önüne alınarak sağlık raporu düzenlenmelidir. Kişilerin hastalık kayıtları incelenirken hasta haklarına dikkat edilerek ve rencide edici olmadan değerlendirilmelidir. Psikiyatrik açıdan değerlendirilirken akıl hastalığı olduğu bilinen veya şüphelenilen kişiler uzman hekim tarafından değerlendirilip sağlık kurulu raporu almaları gerekir (103).

Mevzuata göre varlığında evlenme engeli teşkil eden, tedavi sonrası tam şifa sağlanabilen sifilis, gonore, şankroid, lepra ve tüberküloz şüphesi oluşmuşsa ve kesin tanı için tetkik gerekiyorsa, bu aşamada tetkiklerin yaptırılması zorunludur. Evlenmeye engel oluşturmayan, tedavisi mümkün olmayan veya uzun süre tedavi gerektirecek HIV/AIDS, hepatit B ve C hastalıkları şüphesinde ise Evlilik Öncesi Sağlık Raporu Başvuru Formu'nda 'Risk Değerlendirmesi Sonrasında' bölümüne kişinin verdiği cevaba göre hareket edilir. Muayene ve/veya tetkik sonuçlarının diğer eş adayı ile paylaşılmasının istenmediği durumlarda bu durumun, diğer eş adayına tebliğ edilmesi gereklidir (1).

EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU BAŞVURUSU TEBLİĞ - TEBELLÜĞ BELGESİ (1)

Müstakbel eşim'ın "Evliliğe engel olmayacak hastalık (Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS vb.) şüphesi oluşması durumunda tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı kabul etmediği ile Laboratuvar tetkik sonuçları ve hastalık durumu ile ilgili hususun tarafıma bildirilmesini kabul etmediği hususları tarafıma bildirilmiştir.

TEBLİĞ EDEN:

İMZASI:

ADI SOYADI:

ÜNVANI:

TARİH:

TEBELLÜĞ EDEN:

İMZASI:

ADI SOYADI:

ÜNVANI:

TARİH:

4. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma kesitsel, tanımlayıcı tipte dizayn edilmiş anket çalışmasıdır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Sağlık Bakanlığı Bilimsel Araştırma Platformu üzerinden araştırma izni alındıktan sonra Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul’una başvurulmuş olup 16.09.2022 tarihli 2022/242 karar numaralı etik kurulu onayı alınmıştır. Araştırma Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerinde 01.10.2022-31.12.2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini; Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran bireyler oluşturmaktadır. 18 yaş üzeri ve 40 yaş altı olup daha önce evlilik öncesi tarama programına katılmamış bireyler çalışmamıza dahil edilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı ve içeriği hakkında bilgi verilerek yazılı onam alındıktan sonra katılımcıların sosyodemografik bilgileri, Evlilik Öncesi Tarama Programına yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirmek üzere hazırlanmış anket formu yüz yüze uygulanmıştır.

Dışlama kriterleri:

18 yaşından küçük bireyler

40 yaş üzeri bireyler

Daha önce evlilik öncesi tarama programına katılmış bireyler

Sağlık çalışanları

Aktif psikolojik hastalığı olanlar

Sözel iletişim kurulamayan ya da çalışmada var olan anketleri dolduramayacak durumda olanlar

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Aracı

Anket formu ilgili literatür taranarak yazarlar tarafından oluşturuldu (2–4,11,52,104). Evlilik öncesi muayene ve testlerle ilgili hazırlanmış olan sorularla sosyodemografik özellikleri içeren anket yüz yüze olarak uygulandı. Anket formu, sosyodemografik özellikleri ile ilgili 14 soru, evlilik öncesi muayene ve testlere ilgili bilgi düzeyinin değerlendirildiği 14 soru ve evlilik öncesi muayene ve testlere ilgili tutumlarının değerlendirildiği 18 soru olmak üzere toplam 46 sorudan oluşturuldu.

3.5. İstatistiksel Analiz

Verilerin analizi SPSS 26.0 ile yapılmıştır. Çalışmada evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve bilgi düzeylerine yönelik puanlar hesaplanmış ve puanların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi için basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenmiştir. Ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +3 ile -3 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve bilgi düzeyleri arasındaki ilişkinin yönünü ve şiddetini incelemek amacıyla Pearson korelasyon analizi ve evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeylerinin, tutuma yönelik etkisini incelemek amacıyla lineer regresyon analizi sonuçları incelenmiştir. Demografik özelliklere göre farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi için t testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Anlamlılık % 95 güven aralığında değerlendirilmiş olup; $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

3.6. Geçerlilik ve Güvenilirlik Analizi

Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapı geçerliğini tespit etmek için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. Ölçeğin faktör analizine uygun olup olmadığını anlamak amacıyla Kaiser- Meyer- Olkin (KMO) ve Bartlett testi yapılmıştır. Ölçeğin 2 faktörlü yapı gösterdiğine karar verilmiştir. Analiz kapsamında tutumlarının değerlendirildiği 8. soru çıkartılmış olup; ölçeğin 17 maddeden oluşan 2 faktörlü yapı olmasına karar verilmiştir. Ölçek için yapılan faktör analizinde KMO değeri 0,917 olarak hesaplanmıştır. Buna göre örneklem sayısı faktör analizi için uygundur ($KMO > 0,500$). Bartlett testi kapsamında X^2 değeri 2377,753 olarak hesaplanmış ve istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Buna göre normal dağılım koşulu sağlanmıştır. KMO ve Bartlett testi sonucuna göre verilerin faktör analizi için uygun olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin pozitif tutum boyutunu oluşturan birinci faktörü, faktör yükleri 0,359 ile 0,829 arasında değişen 12 sorudan oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %41,981 ve Cronbach's Alfa katsayısı 0,915 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin negatif tutum boyutunu oluşturan ikinci faktörü, faktör yükleri 0,560 ile 0,758 arasında değişen 5 sorudan oluşmaktadır. Faktörün toplam varyansı açıklama oranı %12,571 ve Cronbach's Alfa katsayısı 0,740 olarak hesaplanmıştır. Analiz sonuçlarına göre evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutumlarının güvenilirlik sonuçları incelendiğinde $0,80 \leq \alpha = 0,833 < 1,00$ olması nedeniyle yüksek derecede güvenilir bir ölçek olduğu gözlemlenmiştir.

4. BULGULAR

Çalışmamızda yer alan katılımcıların yaş ortalaması $22,62 \pm 4$ (min:18- max:38) idi. Analiz kapsamında incelenen katılımcıların demografik özelliklerine yönelik dağılımı incelendiğinde; % 64,3'ü kadın, %52'sinin 18-21 yaşındaydı. %82,4'ü üniversite mezunu olduğunu, %70,9'u 6000 TL'den az aylık gelire sahip olduğunu, %65,6'sı öğrenci olduğunu belirtti. %63,5'i ilde yaşadığını, %88,9'u herhangi bir kronik rahatsızlığı olmadığını, %88,1'i sürekli kullanması gereken bir ilaç olmadığını, %86,9'u ebeveynleri arasında akrabalık olmadığını ancak ebeveynleri arasında akrabalık olanların %45,2'sinin baba tarafından akrabalık olduğu, %98,8'i aileden genetik geçişli bir hastalık öyküsü olmadığını ifade etti. %54,9'unun daha önce evlilik öncesi tarama programını duyduğu ve çoğunluğu bu programları internetten duyduğunu belirtti (Tablo 2).

Tablo 2: Katılımcıların sosyodemografik özelliklerinin değerlendirilmesi

		n	%
Cinsiyet	Kadın	157	64,3
	Erkek	87	35,7
Yaş	18-21	127	52,0
	22-25	63	25,8
	26-29	40	16,4
	30 yaşından büyük	14	5,7
Eğitim seviyesi	İlkokul	5	2,0
	Ortaokul	12	4,9
	Lise	26	10,7
	Üniversite	201	82,4
Aylık gelir	6000 tl 'den az	173	70,9
	6000-10000 tl arası	31	12,7
	10000 tl den fazla	40	16,4
Meslek	Öğrenci	160	65,6
	Çalışmıyor	12	4,9
	İşçi	27	11,1
	Memur	29	11,9
	Diğer	16	6,6
Nerede yaşıyorsunuz?	Köy	15	6,1
	Kasaba	2	0,8
	İlçe	72	29,5
	İl	155	63,5
Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?	Yok	217	88,9
	Hipertansiyon	0	0,0

	Diyabet	2	0,8
	Kalp hastalığı	1	0,4
	Astım	9	3,7
	Epilepsi	0	0,0
	Diğer	15	6,1
Sürekli kullanmanız gereken bir ilaç var mı ?	Yok	215	88,1
	Tansiyon/ritim bozukluğu ilacı	0	0,0
	Diyabet ilacı		
	Epilepsi ilacı	2	0,8
	Psikiyatrik ilaç	1	0,4
	Diğer	0	0,0
		26	10,7
Ebeveynleriniz arasında akrabalık var mı ?	Evet	32	13,1
	Hayır	212	86,9
Akrabalık var ise türü nedir ?	Anne tarafı	10	32,3
	Baba tarafı	14	45,2
	Her ikisinde	7	22,6
Ailede genetik geçişli bir hastalık öyküsü var mı ?	Evet	3	1,2
	Hayır	241	98,8
Daha önce evlilik öncesi tarama programını duydunuz mu ?	Evet	134	54,9
	Hayır	110	45,1
Evlilik öncesi tarama programlarını nereden duydunuz ?	Televizyon	18	7,4
	İnternet	48	19,7
	Kitap / broşür / dergi	12	4,9
	Aile Hekim / sağlık çalışanları	41	16,8
	Arkadaş	18	7,4
	Evlilik öncesi tarama yaptıran bireyler	28	11,5
	Okul/üniversite çalışmaları sırasında	47	19,3

Çalışmamızda katılımcıların %92,6'sı evlilik öncesi taramanın önemli olduğunu düşündüklerini belirtti. Evlilik öncesi taramanın dini değerlere aykırı olup olmadığı ile ilgili katılımcılarımız % 88.6 oranında aykırı olmadığını düşünmektedir. Katılımcıların % 83.2'si okul döneminde evlilik öncesi tarama hakkında bilgilendirilmenin faydalı olacağını düşünmektedir. Evlilik öncesi taramanın zorunlu olması ile ilgili katılımcılarımızın %63.6 'sı

zorunlu olması gerektiğini belirtti. Çalışmamızda %87.7 katılımcı evlilik öncesi taramaların genetik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığının azaltılmasında yardımcı olacağını düşünmektedir. Katılımcıların % 83.2'si okul döneminde evlilik öncesi tarama hakkında bilgilendirilmenin faydalı olacağını düşünmektedir. Çalışmamızda katılımcıların % 83 'ü evlilik öncesi taramaların kişisel mahremiyeti ihlal etmediklerini düşünmektedir (Tablo 3).

Tablo 3: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutum Ölçeği Değerlendirilmesi

	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Evlilik öncesi tarama önemlidir.	4	1,6	7	2,9	7	2,9	72	29,5	15	63,1
Evlilik öncesi taramanın geleneklere aykırı olduğunu düşünüyorum.	158	64,8	63	25,8	12	4,9	4	1,6	7	2,9
Evlilik öncesi tarama yaptırmam istenirse evlenmemeyi düşünüyorum.	149	61,1	65	26,6	20	8,2	4	1,6	6	2,5
Genetik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığının azaltılmasına yardımcı olacağını düşünüyorum.	4	1,6	5	2,0	21	8,6	63	25,8	15	61,9
Evlilik öncesi taramanın dini değerlerime aykırı olabileceğini düşünüyorum.	154	63,1	62	25,4	18	7,4	6	2,5	4	1,6
Akraba evliliğinin, doğacak bebeklerde kalıtsal hastalıklara yol	12	4,9	6	2,5	14	5,7	69	28,3	14	58,6

açabileceğini düşünüyorum.										
Cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulunması veya taşınması durumunda evlilik kararı çiftlerin özgürlüğüne bırakılmalıdır.	31	12,7	38	15,6	57	23,4	82	33,6	36	14,8
Evlilik öncesi taramanın kişisel mahremiyeti ihlal ettiğini düşünüyorum.	133	54,5	70	28,7	28	11,5	6	2,5	7	2,9
Genetik hastalık varlığını gösteren pozitif test sonuçları evlilik kararını etkilemeli ve değiştirmelidir.	19	7,8	38	15,6	98	40,2	58	23,8	31	12,7
Okul döneminde evlilik öncesi tarama hakkında bilgilendirilmenin faydalı olacağını düşünüyorum.	2	,8	24	9,8	15	6,1	69	28,3	134	54,9
Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun eş adayıyla paylaşılmasının uygun olacağını düşünüyorum.	6	2,5	12	4,9	39	16,0	97	39,8	90	36,9
Evlilik öncesi tarama testlerinin evlilik kararını etkileyeceğine inanıyorum.	12	4,9	35	14,3	71	29,1	79	32,4	47	19,3
Evlilik öncesi taramanın gelecekteki psikososyal sorunları	6	2,5	13	5,3	34	13,9	112	45,9	79	32,4

azaltabileceğini düşünüyorum.										
Evlilik öncesi taramanın zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.	87	35,7	68	27,9	39	16,0	36	14,8	14	5,7
Eş adaylarının ailelerinde tarama dışındaki genetik hastalıklar var ise onları da kapsayacak şekilde taranması gerektiğini düşünüyorum.	7	2,9	18	7,4	51	20,9	90	36,9	78	32,0
Evlenmek istediğim kişinin sağlıklı olduğundan emin olmak için evlilik öncesi taramaları yaptırmayı düşünüyorum.	7	2,9	14	5,7	31	12,7	91	37,3	101	41,4
Evlilik öncesi tarama programları hakkında daha fazla basın ve yayın yolu kullanılarak halkın bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.	5	2,0	7	2,9	19	7,8	73	29,9	140	57,4

Analiz sonuçlarına göre evlilik öncesi tarama programlarına yönelik pozitif tutum puan ortalaması 47,79, negatif tutum puan ortalaması 8,61 ve toplamda elde edilen tutum puanı ortalaması 69,17 olarak elde edilirken; evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puan ortalaması 7,48 olarak elde edilmiştir (**Tablo 4**).

Tablo 4 : Betimsel İstatistikler

	n	Minimum	Maximum	Ort.	Ss
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	244	1,00	13,00	7,48	2,75
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	244	22,00	60,00	47,79	6,52
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	244	5,00	25,00	8,61	3,44
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	244	37,00	85,00	69,17	8,88

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik pozitif tutum alt boyutu ile evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı ($r=0,212$) arasında çok zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu; evlilik öncesi tarama programlarına yönelik negatif tutum alt boyutu puanı ($r=-0,547$) arasında orta düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı ($r=0,946$) arasında çok güçlü düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır.

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik negatif tutum alt boyutu puanı ile evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı ($r=-0,323$) arasında zayıf düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu; evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı ($r=-0,788$) arasında güçlü düzeyde negatif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı ile evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı ($r=0,281$) arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır (**Tablo 5**).

Tablo 5: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutum ve Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki (Korelasyon Analizi)

		Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	r	1			
	p				
	n	244			
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	r	-.547**	1		
	p	0,000			
	n	244	244		
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	r	.946**	-.788**	1	
	p	0,000	0,000		
	n	244	244	244	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	r	.212**	-.323**	.281**	1
	p	0,001	0,000	0,000	
	n	244	244	244	244

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeylerinin, tutum üzerindeki etkisini incelemek için kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Analiz sonuçlarına göre bilgi düzeylerinin, tutumu pozitif yönde etkilediği ($\beta = 0,281$) belirlenmiştir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum değişiminin 0,079'u (R^2) bilgi düzeyleri tarafından açıklanmaktadır. (Tablo 6).

Tablo 6: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeylerinin, Tutum Üzerindeki Etkisi (Regresyon Analizi)

Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişken	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	p	R ²
		B	Standart Hata	Beta		
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Sabit	62,367	1,590		0,000	0,079
	Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	0,909	0,200	0,281	0,000	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin cinsiyet bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tabloda verilmiştir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı cinsiyet bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama tutum puanına göre kadınların, erkeklere göre daha yüksek tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 7**).

Tablo 7: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Cinsiyet Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

Cinsiyet		n	Ort.	ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	Kadın	157	7,68	2,64	0,144
	Erkek	87	7,14	2,91	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	Kadın	157	48,44	5,82	0,051
	Erkek	87	46,61	7,53	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	Kadın	157	8,32	3,30	0,077
	Erkek	87	9,14	3,63	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Kadın	157	70,11	8,21	0,026*
	Erkek	87	67,47	9,81	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin yaş bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir. Analiz sonucuna göre evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p<0,05$) sonucuna varılmıştır (**Tablo 8**).

Tablo 8: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Yaş Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

	Yaş	n	Ort.	ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	18-21	127	7,19	2,60	0,260
	22-25	63	7,78	2,77	
	26-29	40	8,05	3,12	
	30 yaşından büyük	14	7,21	2,72	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	18-21	127	47,87	6,60	0,611
	22-25	63	48,38	5,72	
	26-29	40	47,20	6,50	
	30 yaşından büyük	14	46,07	9,21	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	18-21	127	8,80	3,67	0,816
	22-25	63	8,56	3,11	
	26-29	40	8,28	3,27	
	30 yaşından büyük	14	8,21	3,36	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	18-21	127	69,07	9,20	0,876
	22-25	63	69,83	7,71	
	26-29	40	68,93	8,58	
	30 yaşından büyük	14	67,86	12,06	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin eğitim seviyesi bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik negatif tutum eğitim seviyesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama negatif tutum puanına göre lise düzeyinde eğitime sahip olanların, üniversite

düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek negatif tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı eğitim seviyesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama tutum puanına göre üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların, ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı eğitim seviyesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama bilgi düzeyi puanlarına göre üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların, ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek bilgi düzeyi puanlarına sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 9**).

Tablo 9: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Eğitim Seviyesi Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

Eğitim Seviyesi		n	Ort.	ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	İlkokul	5	4,40	1,52	0,000*
	Ortaokul	12	6,08	2,43	
	Lise	26	5,69	3,23	
	Üniversite	201	7,88	2,56	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	İlkokul	5	41,60	11,01	0,110
	Ortaokul	12	47,00	4,16	
	Lise	26	46,65	8,10	
	Üniversite	201	48,13	6,23	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	İlkokul	5	10,20	3,27	0,002*
	Ortaokul	12	10,42	3,82	
	Lise	26	10,46	4,15	
	Üniversite	201	8,23	3,22	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	İlkokul	5	61,40	13,52	0,026*
	Ortaokul	12	66,58	6,75	
	Lise	26	66,19	10,28	
	Üniversite	201	69,91	8,54	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin aylık gelir bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı aylık gelir bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama bilgi düzeyi puanlarına göre 10000 TL'den fazla aylık gelire sahip olanların, 6000 TL'den az aylık gelire sahip olanlara göre daha yüksek bilgi düzeyi puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 10**).

Tablo 10: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Aylık Gelir Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

	Gelir Düzeyi	n	Ort.	ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	6000 TL'den az	173	7,34	2,56	0,000*
	6000-10000 TL arası	31	6,10	2,93	
	10000 TL'den fazla	40	9,20	2,61	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	6000 TL'den az	173	47,90	6,68	0,779
	6000-10000 TL arası	31	48,03	6,87	
	10000 TL'den fazla	40	47,13	5,61	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	6000 TL'den az	173	8,68	3,59	0,481
	6000-10000 TL arası	31	8,97	3,22	
	10000 TL'den fazla	40	8,05	2,91	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	6000 TL'den az	173	69,21	9,12	0,994
	6000-10000 TL arası	31	69,06	9,36	
	10000 TL'den fazla	40	69,08	7,59	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin meslek bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı meslek bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Ortalama bilgi düzeyi puanlarına göre memur olanların, işçi olanlara göre daha yüksek bilgi düzeyi puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 11**).

Tablo 11: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Meslek Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

	Meslek	n	Ort.	ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	Öğrenci	160	7,38	2,62	0,000*
	Çalışmıyor	12	7,33	2,90	
	İşçi	27	5,44	2,26	
	Memur	29	10,00	2,20	
	Diğer	16	7,50	2,37	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	Öğrenci	160	48,28	6,17	0,131
	Çalışmıyor	12	43,50	8,37	
	İşçi	27	46,63	8,50	
	Memur	29	47,62	4,89	
	Diğer	16	48,31	6,64	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	Öğrenci	160	8,62	3,60	0,230
	Çalışmıyor	12	10,00	3,41	
	İşçi	27	9,26	3,47	
	Memur	29	7,59	2,61	
	Diğer	16	8,31	2,77	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Öğrenci	160	69,66	8,69	0,140
	Çalışmıyor	12	63,50	10,23	
	İşçi	27	67,37	10,95	
	Memur	29	70,03	6,48	
	Diğer	16	70,00	8,83	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin yaşadığı yer bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan ANOVA sonuçları tabloda verilmiştir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik pozitif tutum yaşadığı yer bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama pozitif tutum puanına göre il merkezinde yaşayanların, köy veya kasabada yaşayanlara göre daha yüksek pozitif tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik negatif tutum yaşadığı yer bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama negatif tutum puanına göre köy veya kasabada yaşayanların, il merkezinde yaşayanlara göre daha yüksek negatif tutum puanına

sahip olduğu gözlemlenmektedir. Diğer yandan evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı yaşadığı yer bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama tutum puanına göre il merkezinde yaşayanların, köy veya kasabada yaşayanlara göre daha yüksek tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 12**).

Tablo 12: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Yaşadığı Yer Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

Yaşadığı Yer		n	Ort.	ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	Köy/Kasaba	17	6,71	2,97	0,266
	İlçe	72	7,25	2,98	
	İl	155	7,68	2,60	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	Köy/Kasaba	17	43,76	6,96	0,016*
	İlçe	72	47,36	7,05	
	İl	155	48,43	6,08	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	Köy/Kasaba	17	10,59	3,71	0,000*
	İlçe	72	9,76	3,71	
	İl	155	7,86	3,05	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Köy/Kasaba	17	63,18	9,40	0,001*
	İlçe	72	67,60	9,42	
	İl	155	70,56	8,21	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin ebeveynleri arasında akrabalık olması bakımından farklılık gösterme durumunun analiz edilmesi amacıyla yapılan t testi sonuçları tabloda verilmiştir.

Analiz sonucuna göre evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve alt boyutları ile bilgi düzeylerinin ebeveynleri arasında akrabalık olması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği ($p<0,05$) sonucuna varılmıştır (**Tablo 13**).

Tablo 13: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Ebeveynleri Arasında Akrabalık Olması Bakımından Farklılık Gösterme Durumu

Akrabalık Varlığı		n	Ort.	Ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	Evet	32	7,34	2,85	0,758
	Hayır	212	7,50	2,74	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	Evet	32	47,50	6,82	0,790
	Hayır	212	47,83	6,50	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	Evet	32	9,34	4,26	0,199
	Hayır	212	8,50	3,30	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Evet	32	68,16	9,44	0,489
	Hayır	212	69,33	8,81	

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik pozitif tutum daha önce evlilik öncesi tarama programını duyması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama pozitif tutum puanına göre daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanların, duymayanlara göre daha yüksek pozitif tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik negatif tutum daha önce evlilik öncesi tarama programını duyması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Ortalama negatif tutum puanına göre daha önce evlilik öncesi tarama programını duymayanların, duyanlara göre daha yüksek negatif tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı daha önce evlilik öncesi tarama programını duyması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Ortalama tutum puanına göre daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanların, duymayanlara göre daha yüksek tutum puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir.

Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı daha önce evlilik öncesi tarama programını duyması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Ortalama bilgi düzeyi puanına göre daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanların, duymayanlara göre daha yüksek bilgi düzeyi puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir (**Tablo 14**).

Tablo 14: Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları ve Bilgi Düzeylerinin Daha Önce Evlilik Öncesi Tarama Programını Duyması Bakımından Farklılık Gösterme Durum

Daha önce evlilik öncesi tarama programını duyma		n	Ort.	Ss	p
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Bilgi Düzeyi	Evet	134	8,39	2,55	0,000*
	Hayır	110	6,38	2,58	
Tarama Programlarına Yönelik Pozitif Tutum	Evet	134	48,71	5,70	0,017*
	Hayır	110	46,66	7,28	
Tarama Programlarına Yönelik Negatif Tutum	Evet	134	7,92	3,04	0,000*
	Hayır	110	9,46	3,71	
Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları	Evet	134	70,79	7,76	0,002*
	Hayır	110	67,20	9,76	

5. TARTIŞMA

Tarama testleri sağlıklı bireylerde hastalıkların tanınması için toplumun tüm bireylerine uygulanan testler olarak tanımlanabilir. Tarama testlerinin yapılması ile hastalıklar ortaya çıkmadan veya erken evrede müdahale edilmektedir (105). Aile hekimleri birinci basamak sağlık hizmetlerinin topluma sunulmasından sorumludur. Bu hizmetlerden kapsamlı yaklaşım içerisinde, taramaları kişiler hastalıklara yakalanmadan yaparak gerekli önlemlerin alınmasını sağlamakla veya erken aşamada tedaviden sorumludur. Koruyucu hizmetler dahilinde olan ve gelecek nesillerin sağlıklı bir şekilde devamlılığını sağlamak için aile hekimleri tarafından evlilik öncesi taramalar yapılmaktadır (8). Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre 2021 yılında evlenen çiftlerin sayısı 561 bin 710 oldu. Bu kapsamda aile hekimlerine büyük bir sorumluluk düştüğünü de göstermektedir (106).

Katarda 1246 kişi ile yapılan bir anket çalışmasında evlilik öncesi tarama programlarına karşı tutumları ve cinsiyet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Kadınların kalıtsal hastalıklar, genetik riskler ve evlilik öncesi tarama programları hakkında pozitif tutum gösterme oranının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (4). Kuzey Ürdün'de bulunan dört üniversitede yapılan başka bir çalışmada ise tutum ve cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(107). Ürdünlü gençlerin evlilik öncesi genetik tarama ile ilgili bilgi, görüş ve uygulamalarını araştırmak için yapılan başka bir çalışmada, kadın olmanın pozitif tutum ile ilişkili olduğu gösterilmiştir(108). Üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir anket çalışmasında katılımcıların tutumları ile cinsiyet arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır(109). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanı kadınlarda daha yüksek bulunmuştur.

Batı Suudi Arabistan'da yapılan evli olmayan nüfus arasında evlilik öncesi tarama programına yönelik çalışmada, yaş ve bilgi düzeyi arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, 25 yaş

ve üzeri katılımcıların, 25 yaş altı katılımcılara göre daha orta ve iyi bilgi puanlarına sahip olduğu saptanmıştır(12). Cidde'de, evlilik öncesi tarama programı hakkında genel nüfusun bilgi, tutum ve memnuniyetini değerlendiren başka bir çalışmada ise 30 yaş altı katılımcıların, 30 yaş ve üzeri katılımcılara göre daha yüksek bilgi puanlarına sahip olduğu görülmektedir (11). Katar'da, Al-Shafai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bilgi düzeyi ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (104) Çalışmamızda, Al-Shafai ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya benzer şekilde evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanlarının yaş bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği görülmüştür.

Suudi Arabistan'da Zedan ve arkadaşlarının yapılan bir çalışmada, üniversite mezunu olanların ortaokul mezunu olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bilgi puanlarına sahip olduğunu göstermiştir (110) . Diğer iki çalışmada da benzer sonuçlar bildirilmiştir. İlk olarak, Batı Suudi Arabistan'da Binshihon ve arkadaşları, yüksek eğitilmiş ($\geq$ üniversite mezunu) katılımcılarda bilgi düzeyinin, düşük eğitim seviyeli katılımcıların bilgi düzeyine göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır (12). İkincisi, Cidde'de İbrahim ve arkadaşları tarafından üç devlet hastanesi polikliniğine başvuran katılımcıların eğitim düzeyi ile bilgi puanları arasında pozitif bir ilişki olduğunu saptanmıştır; katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça bilgi puanlarının da arttığını bulunmuştur(11). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi ve eğitim seviyesi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlemlenmiştir. Bilgi düzeyi puanlarına göre, üniversite mezunu olanlar, ilkokul mezunu olanlara göre daha yüksek bilgi puanına sahipti. Gelecek neslin sağlığını ve refahını olumsuz yönde etkileyebilecek yanlış anlamaları önlemede eğitimin önemli rolü olduğunu ve eğitim müfredatına evlilik öncesi tarama programları ve genetik danışmanlık konusu eklenerek eğitimin faydasının en üst düzeye çıkarılabileceğini düşünmekteyiz.

Cidde'de yapılan çalışmada bilgi düzeyini etkileyen faktörlerden biriside gelir düzeyinin yüksek olması olarak değerlendirilmiştir. Gelir düzeyi arttıkça katılımcıların bilgi düzeyinde

arttığı bulunmuştur(11). Kral Abdul Aziz Üniversitesi'nde evli olmayan kız öğrenciler arasında yapılan başka bir çalışmada ise ailesinin gelir düzeyi yüksek olanlarda bilgi düzeyinin de arttığı saptanmıştır (10). Bizim çalışmamızda da benzer şekilde gelir düzeyi yüksek olan katılımcıların, gelir düzeyi düşük olan katılımcılara göre bilgi düzeyi puanları daha yüksek bulunmuştur.

Bahreyn'de evlilik öncesi tarama programı kapsamında değerlendirilen orak hücre hastalığı konusunda yapılan çalışmada mesleki olarak iş statüsü ne kadar yüksekse, katılımcıların bilgi düzeyinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Mesleki olarak çalışan, öğrenci ve işsiz olarak sınıflandırılan çalışmada, çalışan grubun bilgi sorularını en doğru cevaplayan grup olduğu bulunmuş. (111). Bizim çalışmamızda da evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı meslek bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir. Ortalama bilgi düzeyi puanına göre memur olanların, işçi olanlara göre daha yüksek bilgi düzeyi puanına sahip olduğu gözlemlenmektedir. Memur olanlar da eğitim seviyesinin, işçilerin eğitim seviyesine göre daha yüksek olmasının, memurların bilgi düzeyini olumlu yönde etkilediğini düşünmekteyiz.

Kuveyt'te yapılan bir çalışmada kalıtsal hastalıklar hakkında bilgi düzeyi ile sosyodemografik değişkenler değerlendirildiğinde, katılımcıların ebeveynlerinin akraba olmaması (kuzen veya diğer) durumunda daha yüksek bilgi puanları elde edilmiştir (112). Katar'da evlilik öncesi tarama programına ilişkin bilgi, algı ve tutumu değerlendiren kesitsel bir çalışmada da benzer şekilde ebeveynleri arasında akrabalık olmayan veya uzaktan akraba olan katılımcılar ile birinci ve ikinci dereceden kuzen ebeveyne sahip katılımcıların bilgi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Ebeveynleri arasında akrabalık olmayan veya uzaktan akraba olan katılımcıların bilgi düzeyi puanları daha yüksek bulunmuştur(104) . Cidde Kral Abdul Aziz Üniversitesi'nde 1563 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların ebeveynleri arasında akrabalık durumu ile katılımcıların bilgi düzeyi

arasında ilişkinin olmadığı bulunmuştur (10). Çalışmamıza göre evlilik öncesi tarama programlarına yönelik katılımcıların bilgi düzeyi puanlarının, ebeveynleri arasında akrabalık olması bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği sonucuna varılmıştır. Çalışmamızda ebeveynler arasında akrabalık bulunan katılımcı sayısı literatürdeki çalışmalara göre daha düşük düzeydedir ancak geniş popülasyona sahip çalışmalarla benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Suudi Arabistan da yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğu evlilik öncesi tarama programını aile üyeleri ve arkadaşlarından duyduğu bulunmuştur. Diğer önemli bilgi kaynaklarının ise sosyal medya ve internet olduğu tespit edilmiştir. En az yaygın bilgi kaynaklarından birisi de derslerdir, bu önemli eğitim kaynağının üniversitelerde yetersiz kullanıldığını yansıtmaktadır (12). Pakistan, Umman ve Suudi Arabistan Krallığı'nda yapılan diğer araştırmalarda katılımcıların çoğunluğu ilk sırada aile olmak üzere daha sonra internetten duyduğunu belirtmiştir(113) .Ancak Suudi Arabistan Krallığı'nda yapılan başka bir çalışmada, televizyon ve gazete en yaygın bilgi kaynakları olarak belirtilmiştir (114). Bizim çalışmamızda ise katılımcıların %54,9'unun daha önce evlilik öncesi tarama programını duyduğu ve çoğunluğu bu programları internet, okul /üniversite çalışmaları sırasında duyduğunu belirtmiştir. Ancak yapılan diğer çalışmalarda farklı bilgi kaynaklarının oluşu, ülkelerin ihtiyacına göre evlilik öncesi tarama programları hakkında bilgilendirme yapılırken dikkat edilmesi ve çeşitliliğinin artırılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızda evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum ve bilgi düzeyi puanı daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanlarda, duymayanlara göre daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Literatür taramasında evlilik öncesi taramalar ile ilgili bilgi ve tutumları değerlendiren çalışmalar bulunsada bu parametrelerin kendi içerisinde karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Evlilik öncesi taramalarla ilgili bilgilendirmede okullarda ve

üniversitelerde sabit bir ders olarak yer alması ile, sosyal medyada veya internette devlet kampanyaları yürütülmesiyle geliştirilebileceğini düşünmekteyiz.

Umman'da bir bölgede birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran yetişkinler arasında evlilik öncesi taramaya yönelik bilgi, tutum ve uygulama üzerine bir çalışmada, katılımcılardan düşük eğitim düzeyinde olanların, evlilik öncesi taramaya yönelik olumsuz tutum gösterme eğiliminde olduğu bulunmuştur (15). Çalışmamızda da lise düzeyinde eğitime sahip olanların negatif tutum puanı üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Tutum olarak değerlendirildiğinde eğitim seviyesi arttıkça katılımcıların olumlu tutum gösterdiği tespit edildi.

Bener ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların %57,4'ü evlilik öncesi taramanın önemli olduğunu belirtmiştir. Ancak Al-Kindi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da % 92 ve King Khalid Üniversitesi'nde yapılan çalışmada da % 95.2 oranında yüksek yüzdelerde evlilik öncesi taramanın önemine katıldıklarına dair olumlu tutum sergilemişlerdir. (4,109,115) Çalışmamızda katılımcıların % 92,6 'sı evlilik öncesi taramanın önemli olduğuna katıldıklarını belirtmiştir.

Cidde Kral Abdul Aziz Üniversitesi'nde 1563 öğrenci üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcılar evlilik öncesi taramanın islami rollere karşı olmadığına dair % 90.6 oranında katıldıklarını belirtmişlerdir. Aynı çalışmada katılımcıların çoğunluğu dini liderlerin evlilik öncesi taramanın fikirlerini benimsemesi gerektiğini belirtmiştir. Evlilik öncesi taramaların başarısının yeterli dini desteğe, hükümet politikasına, eğitime ve danışmanlığa bağlı olduğunu belirtmişlerdir (10) Evlilik öncesi taramanın dini değerlere aykırı olup olmadığı ile ilgili katılımcılarımız % 88.6 oranında aykırı olmadığına katıldıklarını belirtmişlerdir.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin yaklaşık üçte ikisi (%67,1) test sonuçlarında genetik hastalık varlığında evlilik kararının değiştirilmesi gerektiğini

düşündüklerini belirtmiştir (10) Sulaiman ve arkadaşlarının Suudi Arabistan'da evlilik öncesi tarama programına yönelik yaptığı çalışmada 1047 katılımcının %60'ından fazlasının riskli evliliklerin önlenmesinden yana olduğunu bildirmiştir (116). Bizim çalışmamızda katılımcıların % 36.5'i genetik hastalık varlığını gösteren pozitif test sonuçlarının evlilik kararını etkilemesi ve değiştirmesi gerektiğine katıldıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda bu oranın bu kadar düşük olması genetik hastalıkların getirebileceği sorumluluk ve sonuçlar hakkında yeterli bilgiye sahip olmayış, toplumsal ve kültürel baskı olabilir. Ancak biz çalışmamızda buna yönelik herhangi bir değerlendirme yapmadık.

Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin büyük çoğunluğu evlilik öncesi taramanın bazı genetik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların prevalansını azaltmaya yardımcı olacağı konusunda hemfikir olduğunu belirtmiştir (10). King Saud Üniversitesi'nde kız öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada öğrenciler, bireylerin ve toplumun sağlığını olumsuz etkilemesi muhtemel diğer hastalıkları, özellikle cinsel yolla bulaşan hastalıkları araştırmak, erken teşhis ve olası müdahalenin yanı sıra komplikasyonların önlenmesi için taramaların yararlı olacağını, bu yüzden evlilik öncesi taramaların genişletilmesi gerektiğini belirtmişlerdir (117). Çalışmamızda benzer şekilde, %87,7 ile katılımcılarımız evlilik öncesi taramaların genetik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığının azaltılmasında yardımcı olacağına katıldıklarını belirtmiştir.

Cidde'de İbrahim ve arkadaşları tarafından üç devlet hastanesi polikliniğine başvuran hastalara yapılan bir çalışmada katılımcıların % 50 'si mahremiyeti ihlal etmediğini düşündüklerini belirtirken, % 15,2 kararsız olduğunu, diğer katılımcılarda taramaların kişisel mahremiyeti ihlal ettiğini düşündüklerini belirtmiştir (11). Bener ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada % 60.2 oranı ile katılımcıların çoğunluğu mahremiyeti bozduğunu belirtmiş olsa da Cidde Kral Abdul Aziz Üniversitesi'nde 1563 öğrenci üzerinde yapılan çalışmada, katılımcıların çoğunluğu mahremiyeti bozmadığını düşündüklerini belirtmiştir (4,10) Evlilik

öncesi tarama yaparken dikkat edilmesi gereken konulardan birisi de kişisel mahremiyete önem verilmesidir. Bizim çalışmamızda, çoğu çalışmaya benzer şekilde katılımcıların % 83 'ü evlilik öncesi taramaların kişisel mahremiyeti ihlal etmediğine katıldıklarını belirtmiştir. Katılımcıların, sağlık sisteminde daha önce aldığı hizmetlerde de kişisel mahremiyetlerine önem verilmiş olması şuan ve daha sonra alacakları hizmetlerde de bu konuda dikkat edileceğini düşündürmüş olabilir. Anayasa' nın 20. Maddesi'nde ' Herkes, özel hayatına ve aile hayatına saygı gösterilmesini isteme hakkına sahiptir. Özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine dokunulamaz .' ifadesi yer almaktadır (118). Ancak yine Türk Ceza Kanunu'na göre eş adaylarından birinde bulaşıcı hastalık olduğunda ve bu hastalığı olduğunu bilmesine rağmen karşı tarafa söylemeyip hastalığı bulaştırması durumunda kasten adam öldürmeye teşebbüs olarak değerlendirilmektedir (119).

Bener ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada katılımcıların % 60,4'ü, İbrahim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %80,9'u, Cidde Kral Abdul Aziz Üniversitesi'nde yapılan çalışmada ise katılımcıların %89,6 'sı, akraba evliliğinin kalıtsal hastalık sıklığını artıracığını düşündüklerini belirtti (4,10,11) Çalışmamızda katılımcılarımızın % 86.9 'u akraba evliliğinin doğacak bebeklerde kalıtsal hastalık sıklığını artıracığına katıldıklarını belirtmiştir. Toplumumuzda yıllar içinde akraba evliliklerinde azalma olması ve eğitim ve öğretimde ilköğretim basamağından itibaren kalıtım ile ilgili müfredatın varlığı eğitim seviyesi düşük olsa dahi kişilerde farkındalığı arttırmış olabileceğini düşünmekteyiz.

İbrahim ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada katılımcıların %83.3'ü, Cidde Kral Abdul Aziz Üniversitesi'nde üniversiteli kız öğrenciler ile yapılan çalışmada ise katılımcıların %93,2 'si evlilik öncesi taramayı zorunlu kılan yasanın önemine katıldıklarını belirtmişlerdir (10,11). Bizim çalışmamızda evlilik öncesi taramanın zorunlu olması ile ilgili katılımcılarımızın %63.6 'sı zorunlu olması gerektiğine katıldıklarını belirtmiştir Bu oran Cidde' de yapılan iki çalışmanın oranına kıyasla düşük kalmıştır. Türk Medeni Kanunu'nun

136. Maddesinde ‘Erkek ve kadından her biri, nüfus cüzdanı ve nüfus kayıt örneğini, önceki evliliği sona ermiş ise buna ilişkin belgeyi, küçük veya kısıtlı ise ayrıca yasal temsilcisinin imzası onaylanmış yazılı izin belgesini ve evlenmeye engel hastalığının bulunmadığını gösteren sağlık raporunu evlendirme memurluğuna vermek zorundadır.’ ifadesi yer almaktadır (3). Evlilik öncesi taramaların zorunluluğuyla ilgili olumlu tutum oluşturabilmek adına evlilik öncesi taramalarla ilgili kazanımlar vurgulanmalı ve halkın bilinç düzeyi arttırılmalıdır.

Bener ve arkadaşları evlilik öncesi tarama ve genetik danışmanlığın okul döneminde yapılmasıyla ilgili halkın tutumunu değerlendirdiklerinde % 64’ü katıldıklarını belirtmiştir (4). Çalışmamızda katılımcıların % 83.2’si okul döneminde evlilik öncesi tarama hakkında bilgilendirilmenin faydalı olacağına katıldıklarını belirtmiştir.

Ürdün de gençler ile yapılan bir çalışmada % 84.1’i eş adaylarının ailelerinde tarama dışındaki genetik hastalıklar var ise onları da kapsayacak şekilde taranmasının gerektiğini belirtmişlerdir (108) Ontario’da doğum öncesi tarama önerilen 560 kadını içeren bir ankette, katılımcılar, hastalıkların tanı ve tedavisinde genetik testlerin klinik faydasını kuvvetle desteklemişlerdir (120). Framingham Kalp Çalışması katılımcıları ve Alman popülasyonu arasında genetik testlere yönelik benzer olumlu tutum bildirilmiştir (121,122). Çalışmamızda katılımcıların % 68.9 ‘u benzer şekilde eş adaylarının ailelerinde tarama dışındaki genetik hastalıklar var ise onları da kapsayacak şekilde taranmasının gerektiğine katıldıklarını belirtmiştir.

Çalışmamızda birtakım kısıtlılıklar mevcuttur. Bu kısıtlamalardan bazıları anketlerin katılımcılar tarafından öz bildirim biçiminde doldurulması, anketin sakin ve konforlu olmayan hastane ortamında doldurulmasıdır. Hastaneye giren kişilerde pandemi nedeniyle hastanedeki işlerini tamamlayıp bir an önce gitme davranışı da eklenince katılımcı olma istekliliğini azalttığını düşünmekteyiz. Çalışmamız üniversite hastanesi ve kampüs yerleşkesinde olduğu

için dahil ettiğimiz katılımcıların çoğunluğunu niversite öğrencileri oluşturmaktadır. Bu nedenle, tüm evlilik öncesi katılımcıların popülasyonuna genellenebilmesi açısından daha geniş bir popülasyon ve yerleŐkede yapılacak çalışmalara gerek duyulmaktadır. Sonuçlar bu sınırlamalar bağlamında yorumlanmalıdır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda genç bireylerin evlilik öncesi tarama programları hakkında bilgi, tutum ve sosyodemografik faktörlerinin analizine bakıldığında;

- Kadınların evlilik öncesi tarama programlarına yönelik tutum puanları daha yüksekti.
- Üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların bilgi düzeyi puanı ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksekti.
- 10000 TL'den fazla aylık gelire sahip olanların bilgi düzeyi puanı, 6000 TL'den az aylık gelire sahip olanlara göre daha yüksekti.
- Memur olanların bilgi düzeyi puanı, işçi olanlara göre daha yüksekti.
- İl merkezinde yaşayanların pozitif tutum puanı daha yüksek ve negatif tutum puanı daha düşüktü.
- Köy veya kasabada yaşayanların negatif tutum puanı daha yüksekti.
- Lise düzeyinde eğitime sahip olanların negatif tutum puanı üniversite düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksekti.
- Üniversite düzeyinde eğitime sahip olanların tutum puanı ilkokul düzeyinde eğitime sahip olanlara göre daha yüksekti.
- İl merkezinde yaşayanların tutum puanı köy veya kasabada yaşayanlara göre daha yüksekti.
- Daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanların pozitif tutum puanı daha yüksekti.
- Daha önce evlilik öncesi tarama programını duymayanların negatif tutum puanı daha yüksekti.
- Daha önce evlilik öncesi tarama programını duyanların ortalama tutum puanı daha yüksekti.

- Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı yüksek olanların tutumları da yüksekti.
- Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik bilgi düzeyi puanı arttıkça negatif tutum puanının azaldığı tespit edildi.
- Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik pozitif tutum puanı artıkça negatif tutum puanı azaldı.
- Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik pozitif tutum puanının yüksek olması tutum puanını olumlu olarak güçlü düzeyde etkiledi.
- Evlilik öncesi tarama programlarına yönelik negatif tutum puanının yüksek olması tutum puanını olumsuz olarak güçlü düzeyde etkiledi.

Evlilik öncesi muayene ve testler evliliğe aday çiftleri ve toplumu sağlıklı kılmak için kişilere sunulan danışmanlık hizmetleridir. Bu süreç hastalıkları taramanın yanı sıra doğru, tarafsız, etik ve yasal kurallara uygun bilgi sağlayarak, evliliğe aday çiftleri eğitmelidir. Evliliğe aday çiftlere danışmanlık hizmeti vermek ve onları bilgilendirmek için aile hekimleri tarafından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Ayrıca hastalık tespit edilen kişilerin tedavisi de sağlanmalıdır. Evlilik öncesi muayene ve testlerin uygulandığı bölgenin kültürel, sosyal, dini ve etnik özellikleri göz önüne alınarak yapılması ve yasal düzenlemelerle standart yaklaşımların olması gerekmektedir.

Evlilik öncesi tarama programları hakkında genç bireylerin evlilikle ilgili konularda yeteri kadar bilgilendirilmesi, en az yapılacak muayene ve testler kadar önem arz etmektedir. Bu nedenle ülkemizde yapılan evlilik öncesi değerlendirmelerde sadece muayene ve testlere ağırlık vermek yerine bulaşıcı hastalıklar, genetik geçişli hastalıklar, cinsel sağlık, üreme sağlığı ve korunma yöntemleri konularını içeren, bireylerin sosyokültürel durumlarını da göz önünde

bulundurarak ihtiyaçlarına uygun şekilde aile hekimi tarafından planlanmış bir danışmanlık hizmeti sunmak etkili olacaktır.

Zorunlu bir evlilik öncesi tarama programına sahip olmak yeterli değildir; halk arasında evlilik öncesi tarama programlarının farkındalığının artırılması, gelecek nesilleri etkileme olasılığı olan hastalık oranını azaltmak için gereklidir. Devlet, dini liderler, kuruluşlar, üniversiteler ve sağlık personeli bu eğitimin sağlanmasında iş birliği yapmalıdır. Lise ve üniversitelerde genel nüfusa yönelik bir eğitim kampanyası yürütülmesi gerekmektedir. Örgün ve yaygın eğitim, medya tanıtımı yoluyla evlilik öncesi tarama programları ile ilgili bilgilerin yayılması tavsiye edilmektedir. Eğitim kampanyaları, evlilik öncesi tarama programlarının önemi, test edilen hastalıklar ve taramanın olası sonuçları hakkında bilgi sağlamalıdır. Genetik, sağlık eğitimi ve medya alanlarındaki profesyoneller, yetişkin nüfusta farkındalığı artırmak için birlikte çalışabilirler. Belirli hastalıklarla ilgili televizyon belgeselleri veya programla ilgili videolar uygulanmalıdır. Ek olarak, evlilik öncesi tarama programları daha geniş bir sağlık ve genetik bozukluk yelpazesini içerecek şekilde genişletilebilir. Gelecekteki araştırmalar için, zorunlu evlilik öncesi tarama programlarının ilgili hastalıklar üzerinde uygulanmasının etkinliğini değerlendirmek için takip çalışmaları gerekmektedir.

Ayrıca, kişinin evlilik öncesi teste katılma kararını etkileyebilecek engelleri veya diğer faktörleri belirlemek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu, uygun bir yönetim stratejisi oluşturmaya ve daha iyi önleme ve kontrol programları belirlemeye yardımcı olacaktır.

7. KAYNAKLAR

1. Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara, 2013.
2. Umumi Hıfzısıhha Kanunu 06.05.1930/1489 Sayılı Resmi Gazete 1930 [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf>
3. Türk Medeni Kanunu 08.12.2001/24607 Sayılı Resmi Gazete 2001 [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>
4. Bener A, Al-Mulla M, Clarke A. Premarital screening and genetic counseling program: Studies from an endogamous population. *Int J Appl Basic Med Res*. 2019;9(1):20.
5. Wang P, Wang X, Fang M, vander Weele TJ. Factors influencing the decision to participate in medical premarital examinations in Hubei Province, Mid-China. *BMC Public Health*. 2013 Dec 11;13(1):217.
6. Al-Shroby WA, Sulimani SM, Alhurishi SA, bin Dayel ME, Alsanie NA, Alhraiwil NJ. Awareness of Premarital Screening and Genetic Counseling among Saudis and its Association with Sociodemographic Factors: a National Study. *J Multidiscip Healthc*. 2021 Feb;Volume 14:389–99.
7. Özer TT, Yula E, Deveci Ö, Yanık K, Durmaz S, Tekin A. Evaluation of the screening test results before marriage. *Journal of Clinical and Experimental Investigations*. 2011 Sep 13;2(3).
8. ÜNVER Ş, İŞCAN G, YILDIRIM BAŞ F. Aile Hekimlerinin Evlilik Öncesi Yapılan Sağlık Taramaları Hakkındaki Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. *SDÜ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ*. 2022 Dec 20;464–74.
9. ELKİN N. Bir Aile Sağlığı Merkezine Evlilik Raporu İçin Başvuran Kişilerin Değerlendirilmesi. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2019 Apr 30;(7):631–40.
10. Ibrahim NKR, Al-Bar H, Al-Fakeeh A, al Ahmadi J, Qadi M, Al-Bar A, et al. An educational program about premarital screening for unmarried female students in King Abdul-Aziz University, Jeddah. *J Infect Public Health*. 2011 Mar;4(1):30–40.
11. Ibrahim NK, Bashawri J, al Bar H, al Ahmadi J, al Bar A, Qadi M, et al. Premarital Screening and Genetic Counseling program: Knowledge, attitude, and satisfaction of attendees of governmental outpatient clinics in Jeddah. *J Infect Public Health*. 2013 Feb;6(1):41–54.
12. Binshihon SM, Alsulami MO, Alogaibi WM, Mohammedsaleh AH, Mandourah HN, Albaity BS, et al. Knowledge and attitude toward hemoglobinopathies premarital screening program among unmarried population in western Saudi Arabia. *Saudi Med J*. 2018 Dec;39(12):1226–31.
13. Alswaidi FM, O'brien SJ. Premarital screening programmes for haemoglobinopathies, HIV and hepatitis viruses: review and factors affecting their success. *J Med Screen*. 2009 Mar 1;16(1):22–8.
14. Al-Kindi RM, Kannekanti S, Natarajan J, Shakman L, Al-Azri Z, Al-Kalbani NI. Awareness and Attitude Towards the Premarital Screening Programme Among High School Students in Muscat, Oman. *Sultan Qaboos University Medical Journal [SQUMJ]*. 2019 Nov 5;19(3):217.

15. Al-Farsi OA, Al-Farsi YM, Gupta I, Ouhtit A, Al-Farsi KS, Al-Adawi S. A study on knowledge, attitude, and practice towards premarital carrier screening among adults attending primary healthcare centers in a region in Oman. *BMC Public Health*. 2014 Dec 17;14(1):380.
16. Klimas N, Koneru AO, Fletcher MA. Overview of HIV. *Psychosom Med*. 2008 Jun;70(5):523–30.
17. Küresel HIV Programı [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://www.who.int/teams/global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/strategic-information/hiv-data-and-statistics>
18. Tümer A, Serhat Ü. HIV/AIDS epidemiyolojisi ve korunma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*. 2016;4(4).
19. Babayigit MA, Bakir B. HIV enfeksiyonu ve AIDS: Epidemiyoloji ve korunma. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*. 2004;3(11):280-90.
20. Deeks SG, Overbaugh J, Phillips A, Buchbinder S. HIV infection. *Nature reviews Disease primers*. 2015;1(1):1-22.
21. HIV-AIDS Tanı-Tedavi Rehberi [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/hiv-aids/hiv-aids-liste/hiv-aids-tani-tedavi-rehberi.html>
22. Newman LM, Moran JS, Workowski KA. Update on the management of gonorrhea in adults in the United States. *Clinical Infectious Diseases*. 2007;44(Supplement_3):S84-S101.
23. Unemo M, Seifert HS, Hook EW, 3rd, Hawkes S, Ndowa F, Dillon JR. Gonorrhoea. *Nat Rev Dis Primers*. 2019;5(1):79.
24. Gürlek B, Çolak S, YILMAZ B. Gebelikte Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıkların Yönetimi. *Journal of Human Rhythm*. 2020;6(2):53-73.
25. Workowski KA, Bolan GA. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015;64(Rr-03):1-137.
26. Pogany L, Romanowski B, Robinson J, Gale-Rowe M, Latham-Carmanico C, Weir C, et al. Management of gonococcal infection among adults and youth: new key recommendations. *Canadian Family Physician*. 2015;61(10):869-73.
27. González-Beiras C, Marks M, Chen CY, Roberts S, Mitjà O. Epidemiology of *Haemophilus ducreyi* infections. *Emerging infectious diseases*. 2016;22(1):1.
28. Irizarry L, Velasquez J, Wray AA. Chancroid. *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2022, StatPearls Publishing LLC.; 2022.
29. Alfa M. The laboratory diagnosis of *Haemophilus ducreyi*. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2005;16(1):31-4.
30. Cunha Ramos M, Nicola MRC, Bezerra NTC, Sardinha JCG, Sampaio de Souza Morais J, Schettini AP. Genital ulcers caused by sexually transmitted agents. *An Bras Dermatol*. 2022;97(5):551-65.
31. Eichelmann K, González González SE, Salas-Alanis JC, Ocampo-Candiani J. Leprosy. An update: definition, pathogenesis, classification, diagnosis, and treatment. *Actas Dermosifiliogr*. 2013;104(7):554-63.

32. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar ve Erken Uyarı Dairesi Başkanlığı. Lepra 2017 [Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/bulasici-hastaliklar/lepra.html>].
33. Sugawara-Mikami M, Tanigawa K, Kawashima A, Kiriya M, Nakamura Y, Fujiwara Y, et al. Pathogenicity and virulence of Mycobacterium leprae. *Virulence*. 2022;13(1):1985-2011.
34. Reibel F, Cambau E, Aubry A. Update on the epidemiology, diagnosis, and treatment of leprosy. *Med Mal Infect*. 2015;45(9):383-93.
35. LaFond RE, Lukehart SA. Biological Basis for Syphilis. *Clin Microbiol Rev*. 2006 Jan;19(1):29-49.
36. Singh AE, Romanowski B. Syphilis: Review with Emphasis on Clinical, Epidemiologic, and Some Biologic Features. *Clin Microbiol Rev*. 1999 Apr;12(2):187-209.
37. Lee V, Kinghorn G. Syphilis: an update. *Clinical Medicine*. 2008 Jun 1;8(3):330-330.
38. Carlson JA, Dabiri G, Cribier B, Sell S. The Immunopathobiology of Syphilis: The Manifestations and Course of Syphilis Are Determined by the Level of Delayed-Type Hypersensitivity. *Am J Dermatopathol*. 2011 Jul;33(5):433-60.
39. French P. Syphilis. *BMJ*. 2007 Jan 20;334(7585):143-7.
40. Clement ME, Okeke NL, Hicks CB. Treatment of Syphilis. *JAMA*. 2014 Nov 12;312(18):1905.
41. Korenromp EL, Rowley J, Alonso M, Mello MB, Wijesooriya NS, Mahiané SG, et al. Global burden of maternal and congenital syphilis and associated adverse birth outcomes—Estimates for 2016 and progress since 2012. *PLoS One*. 2019 Feb 27;14(2):e0211720.
42. Satyaputra F, Hendry S, Braddick M, Sivabalan P, Norton R. The Laboratory Diagnosis of Syphilis. *J Clin Microbiol*. 2021 Sep 20;59(10).
43. Lin PL, Flynn JL. Understanding Latent Tuberculosis: A Moving Target. *The Journal of Immunology*. 2010;185(1):15-22.
44. Fogel N. Tuberculosis: a disease without boundaries. *Tuberculosis (Edinb)*. 2015;95(5):527-31.
45. WHO. TB/HIV. A clinical manual, 2004. World Health Organization, Geneva WHO/TB/2004..
46. Lyon SM, Rossman MD. Pulmonary Tuberculosis. *Microbiol Spectr*. 2017 Feb 24;5(1).
47. Özkara Ş, Aktaş Z, Özkan S, Ecevit H. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı. Türkiye’de Tüberkülozun Kontrolü İçin Başvuru Kitabı. Ankara, 2003.
48. T.C. Sağlık Bakanlığı. Tüberküloz tanı ve tedavi rehberi. 2019.
49. Karayiannis P. Hepatitis B virus: virology, molecular biology, life cycle and intrahepatic spread. *Hepatol Int*. 2017 Nov 2;11(6):500-8.
50. Hepatit B [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
51. VHSD / Türkiye Hepatit B Yol Haritası 2009 [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.vhsd.org.tr/turkiye-hepatit-b-yol-haritasi-2-9-a>
52. T.C. Sağlık Bakanlığı. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi. 2014.

53. Lampertico P, Agarwal K, Berg T, Buti M, Janssen HLA, Papatheodoridis G, et al. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2017 Aug;67(2):370–98.
54. Aspinall EJ, Hawkins G, Fraser A, Hutchinson SJ, Goldberg D. Hepatitis B prevention, diagnosis, treatment and care: a review. *Occup Med (Chic Ill)*. 2011 Dec 1;61(8):531–40.
55. Liang TJ. Hepatitis B: The virus and disease. *Hepatology*. 2009 May;49(S5):S13–21.
56. Berk PD, Popper H. Fulminant hepatic failure. *Am J Gastroenterol*. 1978 Mar;69(3 Pt 2):349–400.
57. Coffin CS, Lee SS. Chronic hepatitis B--who should be treated? *MedGenMed*. 2006 Mar 21;8(1):75.
58. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Viral hepatitler rehberi. 2020.
59. VHSD / Türkiye Viral Hepatitler Tanı ve Tedavi Kılavuzu 2017 [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.vhsd.org/tr/tu-rkiye-viral-hepatitler-tani-ve-tedavi-kilavuzu-2-7-a>
60. Preciado MV, Valva P, Escobar-Gutierrez A, Rahal P, Ruiz-Tovar K, Yamasaki L, et al. Hepatitis C virus molecular evolution: transmission, disease progression and antiviral therapy. *World J Gastroenterol*. 2014 Nov 21;20(43):15992–6013.
61. Chen SL, Morgan TR. The Natural History of Hepatitis C Virus (HCV) Infection. *Int J Med Sci*. 2006;47–52.
62. Wilkins T, Akhtar M, Gititu E, Jalluri C, Ramirez J. Diagnosis and Management of Hepatitis C. *Am Fam Physician*. 2015 Jun 15;91(12):835–42.
63. Chen SL, Morgan TR. The natural history of hepatitis C virus (HCV) infection. *Int J Med Sci*. 2006;3(2):47–52.
64. Sebastiani G, Gkouvatsos K, Pantopoulos K. Chronic hepatitis C and liver fibrosis. *World J Gastroenterol*. 2014 Aug 28;20(32):11033–53.
65. Üçbilek, E., & Kaymakoglu, S. Hepatit C Enfeksiyonu [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.tkad.org.tr/wp-content/uploads/2021/09/hepatit-c-enfeksiyonu.pdf>
66. Brandow AM, Liem RI. Advances in the diagnosis and treatment of sickle cell disease. *J Hematol Oncol*. 2022 Mar 3;15(1):20.
67. Zúñiga C. P, Martínez G. C, González R. LM, Rendón C. DS, Rojas R. N, Barriga C. F, et al. Enfermedad de células falciformes: Un diagnóstico para tener presente. *Rev Chil Pediatr*. 2018;(ahead):0–0.
68. Rees DC, Brousse VAM, Brewin JN. Determinants of severity in sickle cell disease. *Blood Rev*. 2022 Nov;56:100983.
69. Aderotoye-Oni S, Diaku-Akinwumi IN, Adeniran Y, Falase B. Unprepared and Misinformed Parents of Children with Sickle Cell Disease: Time to Rethink Awareness Campaigns. *Cureus*. 2018 Dec 31;
70. Hemoglobinopati Kontrol Programı [Internet]. [cited 2023 Feb 20]. Available from: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-tp-liste/hemoglobinopati-kontrol-program%C4%B1.html>

71. Cao A, Kan YW. The prevention of thalassemia. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2013 Feb 1;3(2):a011775.
72. Eritrosit Hastalıkları ve Hemoglobin Bozuklukları Tanı ve Tedavi Kılavuzu [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://thd.org.tr/thdData/userfiles/file/Eritrosit-Tani-ve-tedavi-Kilavuzu-2019.pdf>
73. Danjou F, Anni F, Galanello R. Beta-thalassemia: from genotype to phenotype. *Haematologica*. 2011 Nov 1;96(11):1573–5.
74. Bajwa H, Basit H. Thalassemia. 2022.
75. Muncie HL, Campbell J. Alpha and beta thalassemia. *Am Fam Physician*. 2009 Aug 15;80(4):339–44.
76. Tamary H, Dgany O. Alpha-Thalassemia. 1993.
77. Hartevelde CL, Higgs DR. α -thalassaemia. *Orphanet J Rare Dis*. 2010 Dec 28;5(1):13.
78. Motiani A, Sonagra AD. Laboratory Evaluation Of Alpha Thalassemia. 2022.
79. Vichinsky EP. Clinical Manifestations of α -Thalassemia. *Cold Spring Harb Perspect Med*. 2013 May 1;3(5):a011742–a011742.
80. Prior TW, Leach ME, Finanger E. Spinal Muscular Atrophy. 1993.
81. Keinath MC, Prior DE, Prior TW. Spinal Muscular Atrophy: Mutations, Testing, and Clinical Relevance. *Appl Clin Genet*. 2021 Jan;Volume 14:11–25.
82. Spinal Muskuler Atrofi Taşıyıcı Tarama Programı Saha Rehberi ,2021 [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk_ergen_db/dokumanlar/SMA_Tasiyici_Tarama_Saha_Rehberi.pdf
83. Mental Disorders and Disabilities Among Low-Income Children. Washington, D.C.: National Academies Press; 2015.
84. Butler R, Radhakrishnan R. Dementia. *Am Fam Physician*. 2014 Jan 15;89(2):117–9.
85. Simmons BB, Hartmann B, DeJoseph D. Evaluation of suspected dementia. *Am Fam Physician*. 2011 Oct 15;84(8):895-902. PMID: 22010769.
86. Hugo J, Ganguli M. Dementia and Cognitive Impairment. *Clin Geriatr Med*. 2014 Aug;30(3):421–42.
87. Galasko D. The Diagnostic Evaluation of a Patient With Dementia. *CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology*. 2013 Apr;19(2):397–410.
88. Gaebel W, Zielasek J. Focus on psychosis. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015 Mar 31;17(1):9–18.
89. Goel R, Bloch EM, Pirenne F, Al-Riyami AZ, Crowe E, Dau L, et al. ABO blood group and COVID-19: a review on behalf of the ISBT COVID-19 Working Group. *Vox Sang*. 2021 Sep 12;116(8):849–61.
90. Franchini M, Liumbruno GM. ABO blood group: old dogma, new perspectives. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*. 2013 Aug 1;51(8):1545–53.
91. Schwarz HP, Dorner F. Karl landsteiner and his major contributions to haematology. *Br J Haematol*. 2003 May;121(4):556–65.

92. Sarwar A, Citla Sridhar D. Rh-Hemolytic Disease. 2023.
93. ANGASTINIOTIS M, MODELL B. Global Epidemiology of Hemoglobin Disorders. *Ann N Y Acad Sci.* 1998 Jun;850(1 COOLEY'S ANEM):251–69.
94. Alswaidi FM, O'Brien SJ. Premarital screening programmes for haemoglobinopathies, HIV and hepatitis viruses: review and factors affecting their success. *J Med Screen.* 2009 Mar 1;16(1):22–8.
95. Samavat A, Modell B. Iranian national thalassaemia screening programme. *BMJ.* 2004 Nov 13;329(7475):1134–7.
96. Hamamy HA, Al-Allawi NAS. Epidemiological profile of common haemoglobinopathies in Arab countries. *J Community Genet.* 2013 Apr 8;4(2):147–67.
97. Premarital Health Research Team from Ministry of Health of the People's Republic of China: Current status and strategy of premarital health care services. *Chin J Reprod Health* 2003, 14(2):81–5.
98. Lili S, Yanbin Z, Shiyu C, Lihong S: Analysis on the condition of premarital screening by 26376 examples. *Hainan Medicine.* 2005, 16: 161-162.
99. Chern JPS, Lin KH, Lu MY, Lin DT, Jou ST, Yang YL, et al. β -Thalassemia major births after National Screening Program in Taiwan. *Pediatr Blood Cancer.* 2008 Jan;50(1):58–61.
100. Hesketh T. Getting married in China: pass the medical first. *BMJ.* 2003 Feb 1;326(7383):277–9.
101. WHO Secretariat Report. Thalassaemia and other hemoglobinopathies. Provisional agenda item 5.2, EB 118(5). Geneva: World Health Organization 2006.
102. WHO Secretariat Report. Thalassaemia and other hemoglobinopathies. Provisional agenda item 5.2, EB 118(5). Geneva: World Health Organization 2006.
103. Yuvarlak Masa Toplantısı: Evlilik Raporları. STED, İstanbul, 2002; 11 (6): 210-4.
104. Al-Shafai M, Al-Romaihi A, Al-Hajri N, Islam N, Adawi K. Knowledge and Perception of and Attitude toward a Premarital Screening Program in Qatar: A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 Apr 6;19(7):4418.
105. Nohutçu NZ. Birinci basamakta önleme çalışmaları: Başarılarımız ve yetersizliklerimiz, *Türk HIV (AIDS) Dergisi* 2006;9(3):173-8.
106. TÜİK Kurumsal [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2021-45568>
107. Alkhaldi SM, Khatatbeh MM, Berggren VEM, Taha HA. Knowledge and Attitudes Toward Mandatory Premarital Screening Among University Students in North Jordan. *Hemoglobin.* 2016 Mar 3;40(2):118–24.
108. Altaany Z, Khabour OF, Alzoubi KH, Alkaraki AK, Al-Taani G. The Perception of Premarital Genetic Screening within Young Jordanian Individuals. *Public Health Genomics.* 2021;24(3–4):182–8.
109. al Kindi R, al Rujaibi S, al Kendi M. Knowledge and Attitude of University Students Towards Premarital Screening Program. *Oman Med J.* 2012 Jul 16;27(4):291–6.

110. Zedan Zaien S, Abdallah El-Houfey A, Alqahtani H, Abd Elwahab El Sayed H, Taha Elgzar W, Mohamed Essa R, et al. Predictors of premarital screening and genetic counseling knowledge and attitude among deaf and hard hearing females in Tabuk, Saudi Arabia. *J Med Life*. 2022 Mar;15(3):379–86.
111. al Arrayed S, al Hajeri A. Public awareness of sickle cell disease in Bahrain. *Ann Saudi Med*. 2010 Jul;30(4):284–8.
112. Al-Enezi K, Mitra AK. Knowledge, Attitude, and Satisfaction of University Students Regarding Premarital Screening Programs in Kuwait. *Eur J Environ Public Health*. 2017 Dec 28;1(2).
113. Hejri Y, Moussa M, Bushran S, Al-Mutairi K, Al-Harbi A. Evaluating premarital screening knowledge in Saudi students. *Int J Community Med Public Health*. 2015;540–51.
114. Mohammed AM, Al-Hilli F, Nadkarni K v., Bhagwat GP, Bapat JP. Hemoglobinopathies and Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency in Hospital Births in Bahrain. *Ann Saudi Med*. 1992 Nov;12(6):536–9.
115. Al-Qahtani F, Alfahad M, Alshahrani AM, Almalih H, Al-Malki AQ, Alshehri T, et al. Perception of premarital counseling among King Khalid University students. *J Family Med Prim Care*. 2019;8(8):2607.
116. al Sulaiman A, Suliman A, al Mishari M, al Sawadi A, Owaidah TM. Knowledge and Attitude Toward the Hemoglobinopathies Premarital Screening Program in Saudi Arabia: Population-Based Survey. *Hemoglobin*. 2008 Jan 7;32(6):531–8.
117. Alam AA. Perception of female students of king saud university towards premarital screening. *J Family Community Med*. 2006 May;13(2):83–8.
118. Anayasa | Anayasa Mahkemesi [Internet]. [cited 2023 Feb 21]. Available from: <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/anayasa/>
119. Türk Ceza Kanunu.12.10.2004/25611 Sayılı Resmi Gazete. 2004 .<https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>.
120. Etchegary H, Cappelli M, Potter B, Vloet M, Graham I, Walker M, et al. Attitude and Knowledge about Genetics and Genetic Testing. *Public Health Genomics*. 2010;13(2):80–8.
121. Saylor KW, Ekunwe L, Antoine-LaVigne D, Sellers DE, McGraw S, Levy D, et al. Attitudes Toward Genetics and Genetic Testing Among Participants in the Jackson and Framingham Heart Studies. *Journal of Empirical Research on Human Research Ethics*. 2019 Jul 8;14(3):262–73.
122. Balck F, Berth H, Meyer W. Attitudes Toward Genetic Testing in a German Population. *Genet Test Mol Biomarkers*. 2009 Dec;13(6):743–50.

8. EKLER

Ek 1: Bolu İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni



T.C.
BOLU VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Bolu İzzet Baysal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi



Sayı : E-33443051-903.99
Konu : Etik Kurul Onayı
(Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ)

Sayın Doç. Dr. Nurcan AKBAŞ GÜNEŞ
Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

İlgi : 17/08/2022 tarih ve 0171705665 barkod sayılı dilekçe.

İlgili, tarihli ve sayılı dilekçeniz incelenmiş olup, "Genç Bireylerin Evlilik Öncesi Tarama Programları Hakkındaki Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi" adlı çalışma ile ilgili, Hastanemiz verilerini kullanmanız Etik Kurul Onayı sonrası Başhekimliğimizce uygundur.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Muhammed Nur ÖGÜN
Başhekim

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 17cc4ede-c623-4f99-bedd-ade64b80f1b6 — Belge Doğrulama Adresi: <https://gizli-bilgi.gov.tr/saglik-bakanligi-cbys>
Gölköy 14280 BOLU

Telefon: 0374 270 45 75 / 1203 İfa No: 03742534615

e-Posta: b.sozgen@saglik.gov.tr İnternet Adresi: b.sozgen@saglik.gov.tr

Bilgi için: **BÜŞRA ŞİDDİKA**
SÖZGEN
TIBBİ SEKRETER
Telefon No: (0 374) 253 46 56



Ek 2: Anket Formu

Sosyodemografik Veriler

Sosyodemografik Veriler

1) Cinsiyetiniz:

Kadın ()

Erkek ()

2) Yaşınız :

3) Eğitim seviyesi:

İlkokul ()

Ortaokul ()

Lise ()

Üniversite ()

4) Aylık gelir:

6000 tı <()

6000-10000 tı ()

10000 tı> ()

5) Mesleğiniz nedir?

Öğrenci ()

Çalışmıyor ()

İşçi ()

Memur ()

Diğer ()

6) Nerede yaşıyorsunuz?

Köy ()

Kasaba ()

İlçe ()

İl ()

7) Herhangi bir kronik rahatsızlığınız var mı?

() Hipertansiyon

() Diyabet

() Kalp hastalığı

() Astım

() Epilepsi

() Diğer

8) Sürekli kullanmanız gereken bir ilaç var mı?

() Tansiyon /ritim ilacı

() Diyabet ilacı

() Epilepsi ilacı

() Psikiyatrik ilaçlar

() Diğer

9)Herhangi bir psikolojik rahatsızlığınız var mı?

- ☐ Depresyon
- ☐ Şizofreni
- ☐ Obsesif Kompulsif Bozukluk
- ☐ Bipolar Bozukluk
- ☐ Yaygın Anksiyete Bozukluğu
- ☐ Diğer

10)Ebeveynleriniz arasında akrabalık var mı?

Evet ☐ Hayır ☐

11)Akrabalık var ise türü nedir?

Anne tarafı ☐ Baba tarafı ☐

12)Ailede genetik geçişli bir hastalık öyküsü var mı?

Evet ☐ (belirtiniz:.....) Hayır ☐

13)Daha önce evlilik öncesi tarama programını duydunuz mu?

Evet ☐ Hayır ☐

14)Evlilik Öncesi Tarama Programlarını (EÖTP) nereden duydunuz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz.)

- ☐ Televizyon
- ☐ İnternet
- ☐ Kitap / broşür / dergi
- ☐ Aile Hekim / sağlık çalışanları
- ☐ Arkadaş
- ☐ Evlilik öncesi tarama yaptıran bireyler
- ☐ Okul /üniversite çalışmaları sırasında

Evlilik Öncesi Tarama Programlarına yönelik bilgi düzeyleri

	Doğru	Yanlış	Bilmiyorum
Orak hücreli anemi cinsel yolla bulaşan bir hastalıktır.			
Hepatit B ve Hepatit C, karaciğerde enfeksiyona neden olup siroza ilerleyebilir.			
AIDS, HIV (Human Immunodeficiency Virus) 'ın neden olduğu yaşamı tehdit eden bir hastalıktır.			
Sifiliz, gonore ,yumuşak şankr ,tüberküloz ,lepra ve psikiyatrik hastalıklar nikaha engel olabilecek durumlardır.			
Akraba evlilikleri genetik geçişli hastalık sıklığını arttırmaz.			
Hemoglobinopati testlerinin taşıyıcı olarak sonuçlanması evlenmeye kanuni bir engeldir.			
Spinal muskuler atrofi (SMA), kalıtsal bir hastalıktır.			
Talasemi hastalığının diğer adı Akdeniz Anemisi'dir.			
Evlilik öncesi sağlık raporu almak zorunludur.			
Evlilik öncesi taramalar isteğe bağlı yapılmaktadır, zorunluluk yoktur.			
Evlilik öncesi kişiler psikiyatrik rahatsızlıklar açısından da değerlendirilir.			
Eş adaylarında hepatit B ,heptit C ve AİDS varlığı evlenmeye engel olmaktadır.			
Spinal muskuler atrofi taraması 81 ilde ücretsiz olarak yapılmaktadır.			
Evlilik öncesi taramada eş adayları kan uyuşmazlığı açısından da değerlendirilir.			

Katılımcıların Evlilik Öncesi Tarama Programlarına Yönelik Tutumları

	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
Evlilik öncesi tarama önemlidir.					
Evlilik öncesi taramanın geleneklere aykırı olduğunu düşünüyorum.					
Evlilik öncesi tarama yaptırmam istenirse evlenmemeyi düşünüyorum.					
Genetik ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sıklığının azaltılmasına yardımcı olacağını düşünüyorum.					
Evlilik öncesi taramanın dini değerlerime aykırı olabileceğini düşünüyorum.					
Akraba evliliğinin, doğacak bebeklerde kalıtsal hastalıklara yol açabileceğini düşünüyorum.					

Cinsel yolla bulaşan hastalıkların bulunması veya taşınması durumunda evlilik kararı çiftlerin özgürlüğüne bırakılmalıdır.					
Kalıtsal bir hastalığın bulunması veya taşınması durumunda evlilik kararı çiftlerin özgürlüğüne bırakılmalıdır.					
Evlilik öncesi taramanın kişisel mahremiyeti ihlal ettiğini düşünüyorum.					
Genetik hastalık varlığını gösteren pozitif test sonuçları evlilik kararını etkilemeli ve değiştirmelidir .					
Okul döneminde evlilik öncesi tarama hakkında bilgilendirilmenin faydalı olacağını düşünüyorum.					
Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun eş					

adayımla paylaşılmasının uygun olacağını düşünüyorum.					
Evlilik öncesi tarama testlerinin evlilik kararını etkileyeceğine inanıyorum.					
Evlilik öncesi taramanın gelecekteki psikososyal sorunları azaltabileceğini düşünüyorum.					
Evlilik öncesi taramanın zorunlu olmaması gerektiğini düşünüyorum.					
Eş adaylarının ailelerinde tarama dışındaki genetik hastalıklar var ise onları da kapsayacak şekilde taranması gerektiğini düşünüyorum.					
Evlenmek istediğim kişinin sağlıklı olduğundan emin olmak için evlilik öncesi taramaları yaptırmayı düşünüyorum.					

Evlilik öncesi tarama programları hakkında daha fazla basın ve yayın yolu kullanılarak halkın bilgilendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.					
--	--	--	--	--	--

