

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **27** | Sayı
Issue **3** | Eylül
September **2023**

Dergisi



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



ISSN 1308-531X

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Turkish Journal of Family Practice

Yıl / Year 2023

Cilt / Volume 27

Sayı / Issue 3

İmtiyaz Sahibi / Owner

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

Baş Editör / Editor in Chief

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

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

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

Yayının Türü / Publication Type

Yaygın Süreli Yayın /
International peer-reviewed journal

Yayıncı / Publisher

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /
Turkish Association of Family Physicians

Yayıncı Adres / Publisher Address

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

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

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

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

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

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

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

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

Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services

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



Baş Editör / Editor in Chief

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

Editörler / Editors

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

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

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

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

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

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board

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

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / Ankara

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

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

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board

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

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

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

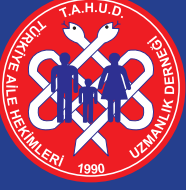
Prof. Dr. Waris Qidwadi
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

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

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

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

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



İçindekiler / Contents

Orijinal Araştırmalar / Original Research

Aile Hekimlerinin HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları

Family Physicians' Knowledge, Attitudes, and Behaviors Regarding the HPV Vaccine

Pelin Mersin, Özge Tuncer 45

COVID-19 Döneminde Araştırma Görevlilerinin Uyku Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sleep Quality and Burnout Levels of Research Assistants During COVID-19 Period

Zehra Çetin, Kamile Marakoğlu, Muslu Kazım Körez 53

Sosyodemografik Özelliklerin ve İçme Suyu Tercihinin Renal Sistemde Taş Oluşumuna Etkisi

The Effect of Sociodemographic Characteristics and Drinking Water Preference on Stone Formation in The Renal System

Gül Kaya, Habibe İnci, Ahmet Kaya, Burcu Korkut 63

Editöre Mektup / Letter to Editor

Kızamık Salgınına Dair Endişeler: Ulusal Aşı Takvimi Değişikliği ve Risk Altındaki Eksik Aşılı Çocuklar

Concerns over the Measles Outbreak: Change in the National Immunization Program and Children at Risk due to Missing Vaccines

Şenay Koçakoğlu, Harun Mesut Atmacaoğlu 69

Haberler / News

2022'ye Genç Bir Bakış

A Young Look at 2022

Demet Yılmaz, Ali Öztürk, Halil Volkan Tekayak, Süheyla Atalay Kahraman, Rabia Eroğlu Kılaç, İkbâl Hümay Arman 71



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

AMAÇ KAPSAM

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

YAZILARIN HAZIRLANMASI

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

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

ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

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

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

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

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

YAZI ÇEŞİTLERİ

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

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

Gereç ve Yöntem bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

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

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

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

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

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

YAZI KURALLARI

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

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

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Örnek:

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

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

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Başka bir örnek verelim.

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Şekil, Tablo ve Resimler

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

KONTROL LİSTESİ

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

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

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

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

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

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

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

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

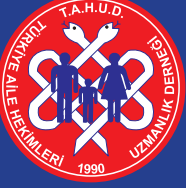
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

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

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

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

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



Editörden / Editorial

Değerli Okurlarımız,

Yaz mevsiminin bittiği ve havaların soğumaya başladığı sonbahar döneminin gelmesi ile birlikte mevsimsel olarak sağlık hizmeti sunumunda bir taraftan her geçen gün hasta sayılarımız artarken bir taraftan da yeni bir akademik yıla başlamanın heyecanı ve mutluluğu içindeyiz. Dergimizin her bir sayısının ortaya çıkmasında dergide görev alan kurullar (Editör, Teknik, İstatistik ve Danışma kurulu) kadar kıymetli hakemlerimizin de katkıları çok değerlidir. Editör kurulunun üyeleri olarak hakemlerimize göndermiş olduğumuz hakem davetlerine zamanında gereken hassasiyetin gösterilmesi hem dergimizin sayılarının zamanında okuyuculara ulaşabilmesi hem de dergimize değerlendirilmesi amacıyla makalelerini göndermiş olan yazarlarımızın geri bildirimlere istinaden akademik gelişimi açısından oldukça önem arz etmektedir. Hakem değerlendirmelerinin, disiplinimiz için çok önemli bir hizmet olduğu hiçbir zaman unutulmamalı ve her geçen gün disiplinimizde sayısının arttığı akademisyenlerimizin bu konuda gerekli hassasiyeti göstermesi temennimizdir. Bu arada, şu ana kadar dergimize değerlendirilmesi için makale gönderen kıymetli yazarlarımıza, makalelerin değerlendirilmesine katkı veren tüm saygıdeğer hakemlerimize ve değerli okurlarımıza dergimiz adına teşekkür etmek istiyorum.

2023 yılının 3'üncü sayısında; "Aile Hekimlerinin HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları", "COVID-19 Döneminde Araştırma Görevlilerinin Uyku Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi" ve "Sosyodemografik Özelliklerin ve İçme Suyu Tercihinin Renal Sistemde Taş Oluşumuna Etkisi" başlıklı orijinal araştırma makaleleri yer almaktadır.

2023 yılının son sayısında buluşuncaya kadar sağlıklı, mutlu ve huzurlu günler geçirmenizi dileriz.

Saygılarımla,

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN
Editörler Kurulu Üyesi

Aile Hekimlerinin HPV Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışları

Family Physicians' Knowledge, Attitudes, and Behaviors Regarding the HPV Vaccine

Pelin Mersin¹, Özge Tuncer²

Afif/Cite as: Mersin P, Tuncer Ö. Aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışları. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(3):45-52.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin HPV aşısı bilgi düzeyinin belirlenmesi ve sahada aşı uygulama sıklıklarının saptanmasıdır.

Yöntem: Çalışmamız Nisan-Eylül 2022 tarihleri arasında İzmir'de, Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan 336 aile hekimleri ile yapıldı. Çalışmamızda, aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri, HPV aşısı hakkındaki tutum, davranışları ve bilgi düzeylerini ölçmek için 23 soruluk anket oluşturuldu. Bu anket Google form aracılığıyla Whatsapp üzerinden tek tek ve gruplar üzerinden aile hekimlerine ulaştırıldı.

Bulgular: Araştırmaya katılan aile hekimlerinin %50,9'u kadın %49,1'i erkekti. Hekimlerin %7,7 kadarı kendine aşı yaptırmış, %72,9'u çocuğuna aşı yaptırmayı düşünen ve yaptırılardan oluşmaktaydı. HPV aşısının pahalı olması nedeniyle yaptırılmadığı ve önerilmediği belirlenmiştir. Kırk beş yaş ve üzerindeki hekimlerin HPV aşısı olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük olarak saptanmıştır. Araştırmaya katılan hekimlerin HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerini ölçen sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde, yedi sorudan üç soruya daha yüksek oranda doğru yanıt verildiği gözlemlendi. Aile hekimlerinin HPV aşısı çeşitlerini (%70), aşı uygulama yollarını (%87,5) ve kimlere uygulandığını (%76,5) daha iyi bildikleri ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Çalışmamız aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgilerinin beklenen düzeyde olmadığını ortaya koymuştur. Özellikle genç kadın hekimlerin sorulara daha doğru yanıt verdiği gözlemlenmiştir. Ulusal aşılama programında olmayan aşılarından en düşük oranda önerilen aşının HPV aşısı olduğu saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, bilgi, tutum, HPV

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the knowledge level of family physicians regarding HPV vaccination and to identify the frequency of vaccine administration in the field.

Methods: The study was conducted with 336 family physicians working in Family Health Centers in İzmir between April and September 2022. A 23-item questionnaire was developed to assess the sociodemographic characteristics, attitudes, behaviors, and knowledge levels of family physicians regarding HPV vaccination. This questionnaire was delivered to family physicians individually and in groups via WhatsApp through Google Forms.

Results: Among the participating family physicians, 50.9% were female. Only 7.7% of the physicians had received the vaccine themselves, while 72.9% were considering or had already vaccinated their children. It was determined that HPV vaccination was not performed or recommended due to its high cost. The vaccination rate for physicians aged 45 and above was significantly lower. When examining the answers to the questions assessing the knowledge level of family physicians about HPV vaccination, it was observed that a higher proportion of correct answers were given to three out of seven questions.

Conclusion: Our study revealed that the knowledge level of family physicians regarding HPV vaccination is not at the expected level. Particularly, young female physicians provided more accurate answers to the questions. It was determined that HPV vaccination was the least recommended among vaccines not included in the national vaccination program.

Keywords: Family practice, knowledge, attitudes, HPV

Received/Geliş: 17.05.2023

Accepted/Kabul: 17.09.2023

Publication date: 30.09.2023

Corresponding Author:

Ö. Tuncer

ORCID: 0000-0002-0683-1695

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, İzmir

Bozyaka Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

İzmir, Türkiye

✉ dr.ozgeucman@gmail.com

P. Mersin

ORCID: 0000-0001-5693-9488

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, İzmir

Bozyaka Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

İzmir, Türkiye

GİRİŞ

Human papilloma virüsü (HPV), cinsel yolla bulaşan yaygın bir virüsdür. HPV serviks kanserinin gelişimindeki en önemli faktördür ve HPV'ye bağlı gelişen kanserlerin %84'ünü serviks kanseri oluşturmaktadır. Bunun yanında, HPV ile penis, vulva, vajen, anüs ve orofarinks kanseri arasında da direkt nedensellik ilişkisi gösterilmiştir.^[1]

Human papilloma virus aşısı, serviks kanseri ve HPV ile ilgili diğer hastalıkların primer korunmasında önemlidir. Rahim ağzı kanseri etiyolojisinde yer alan HPV 16 ve 18 subtipleri ve bunların enfeksiyonlarını önleyen HPV aşıları mevcuttur.^[2] Profilaktik HPV aşıları yeni bir enfeksiyon gelişimini önler fakat vücutta var olan enfeksiyonu tedavi etmez.^[3] HPV enfeksiyonu geçiren kişilerde doğal bağışıklık sağlayacak düzeyde antikor oluşmadığı için gerekli miktarda immün yanıt meydana getirebilecek düzeyde antikora yalnızca aşı yoluyla ulaşılır.^[1] Mart 2022 itibarıyla 194 DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)'ye üye devletlerden yalnızca 117 ülke (%60) ulusal aşılama programlarında kızlar için HPV aşısı uygulamıştır ve 2013'ten bu yana yalnızca 38 ülke erkekleri (%20) dâhil etmiştir.^[4] Cinsel yönelimi ne olursa olsun tüm erkeklerin HPV ile ilişkili önemli bir hastalık yükü vardır ve aşı ile bu yük azaltılabilir. Bu durumda HPV aşısı ile popülasyondaki viral yükte hızlı düşüş meydana gelerek sürü bağışıklığı oluşturulacaktır.^[5]

Serviks kanseri, Uluslararası GLOBOCAN 2020 verilerine göre dünya genelinde kadınlarda en sık görülen 4. kanserdir. Her yıl serviks kanserli 604.127 yeni tanı ve 341.831 ölüm vakası söz konusu olmaktadır.^[6] Serviks kanseri Türkiye Halk Sağlığı Kanser İstatistikleri son güncellemelerine göre kadınlarda tüm yaş gruplarında 9. sırada bulunmaktadır. Uluslararası Kanser Araştırma Ajansı tarafından yapılmış olan analizlerde HPV'ye bağlı kanserlerin erkek kanserlerinin %1'inden, kadın kanserlerinin ise %5-10'undan sorumlu olduğu bildirilmektedir.^[7]

Önlenebilir bir hastalık olan serviks kanserinin Türkiye'de her ilde bulunan Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Merkezi (KETEM) birimlerinde taramaları ücretsiz olarak yapılarak erken tanı koyma fırsatı oluşmaktadır. HPV aşıları ile hastalık oluşumu kontrol altına alınarak serviks kanseri açısından etkili koruma sağlanmış olacaktır.^[4] Ancak Türkiye'de HPV aşılması henüz

ulusal aşı programına dâhil edilmemiştir. HPV aşısına erişim eşitsizliğinin olması ve aşıyla serviks kanserinin neredeyse tamamen önlenibilir olması HPV aşısının ulusal aşılama programına dâhil edilmesi konusunu gündemde tutmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetlerinde önemli bir yere sahip birinci basamak hizmeti sunan aile hekimlerinin HPV aşısını özel aşı olarak önermeleri çok değerlidir. Bu nedenle çalışmamızda birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi, tutum, davranışlarını belirlemek ve bu konudaki farkındalıklarını artırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Gözlemsel, tanımlayıcı anket çalışmasıdır. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü'nden edinilen bilgiye göre İzmir iline bağlı Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan yaklaşık 1.300 aile hekimi bulunmaktadır. Evreni belli olan örneklem hesabı ile %95 güven düzeyi, 0,05 hata payı, olayın görülüş sıklığı %50 alınarak en az 300 kişiye ulaşılması hedeflenmiştir. Toplamda 336 kişiye anket uygulanmıştır. Araştırmaya dâhil edilme kriterlerinde, İzmir iline bağlı Aile Sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimi olmak ve hazırlanan anket sorularına yanıt vermeyi kabul etmek yer almaktadır. Çalışma öncesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 23.02.2022 tarihinde 2022/41 karar No. ile izin alınmıştır. Çalışmamızda, aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerini, HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerini, tutum ve davranışlarını ölçmek için 23 soruluk anket çoktan seçmeli şıklarla literatür taranarak araştırmacı tarafından oluşturulmuştur.^[1,3] HPV aşısı ile ilgili bilgi soruları arasında HPV aşı çeşitleri, uygulama dozu, uygulama şekli, uygulanabileceği yaş aralığı çoktan seçmeli şıklarla sorulmuştur. HPV aşı çeşitlerini sordüğümüz soruda şıklarda aşılardan içerikleri verilmiştir. HPV aşı çeşitlerinin hepsini bilenler doğru yanıt vermiş olarak kabul edilmiştir. Bu anket Google form aracılığıyla Whatsapp üzerinden tek tek ve gruplar üzerinden aile hekimlerine ulaştırılmıştır. İstatistiksel analizler IBM SPSS 19,0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı ölçütler; sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma olarak sunulmuştur. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. İki gruplar arasındaki dağılımın incelenmesi için ki-kare analizi uygulanmıştır ve anlamlılık düzeyi için p<0,05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 336 kişinin %50,9'u (n=171) kadındır. Katılanların yaş ortalaması 46,4±9,0'dur. Çalışmaya katılan hekimlerin yalnızca %7,7'sine aşı uygulanmıştır. Yaklaşık %70'i yakınlarına ve hastalarına HPV aşısı önerdiğini belirtmektedir (Tablo 1).

Tablo 2'de görüldüğü gibi kadınların erkeklere göre HPV aşısı uygulanma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksektir (p=0,001). Aşı olanların %42,31'i (n=11) 25-34 yaş aralığında olduğu saptandı. Kırk beş yaş ve üzerinde HPV aşısı olma oranı diğer

yaş gruplarındakilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşüktür (p=0,001).

Uygulanan ankette yer alan ve HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen yedi sorudan üç soruya daha yüksek oranda doğru yanıt verildiği gözlemlendi. Bunlar; aşının uygulama yolu (%87,5, n=294), aşının kimlere yapıldığı (%76,5, n=257) ve Türkiye'de satışta olan aşı çeşitleridir (%70, n=231) (Tablo 3).

Çalışmamıza katılan aile hekimleri, ulusal aşı programında olmayan aşılarından birinci sırada influenza aşısını ikinci sırada pnömokok aşısını üçüncü sırada

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri.

Özellik	Kategori	n	%
Cinsiyet	Erkek	165	49,1
	Kadın	171	50,9
Yaş grupları (yıl)	25-34	51	15,2
	35-44	68	20,2
	45 ve üstü	217	64,6
Çalışma yılı grupları	10 ve altı	106	31,5
	11-19 yıl	219	65,2
	20 yıl ve üstü	11	3,3
Medeni durum	Bekar	38	11,3
	Boşanmış/Dul	40	11,9
Çocuk varlığı	Evli	258	76,8
	Var	272	81,0
Çocuğunuza HPV aşısı yaptırmayı düşünme durumu	Yok	64	19,0
	Evet	198	72,9
Kanser öyküsü	Hayır	74	27,1
	Var	16	4,8
HPV aşısı olma durumu	Yok	320	95,2
	Hayır	310	92,3
Uygulanan HPV aşı dozu	Evet	26	7,7
	1	4	15,3
	2	7	26,9
HPV aşı fiyatlarını bilme durumu	3	15	56,8
	Evet	153	45,5
HPV aşısını hastalarınıza ve yakınlarınıza önerme durumu	Hayır	183	54,5
	Evet	244	72,6
	Hayır	92	27,4

Tablo 2. HPV aşısı olma durumu ile yaş, cinsiyet ve çalışma yılı grupları arasındaki ilişkinin incelenmesi.

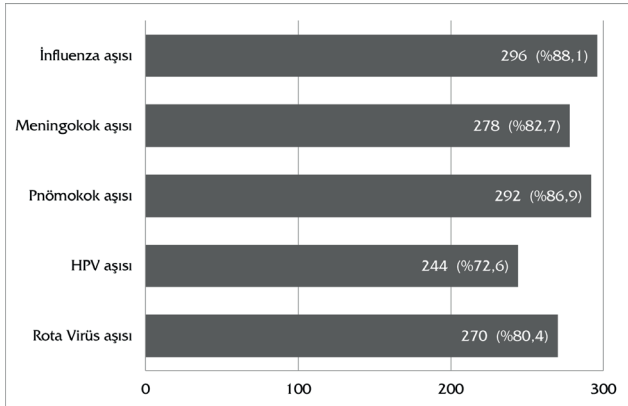
		HPV aşısı olma durumu				P*
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	147	47,4	24	92,3	0,001
	Erkek	163	52,6	2	7,7	
Yaş grupları (yıl)	25-34	40	12,9	11	42,3	0,001
	35-44	58	1,7	10	38,5	
	45 ve üstü	212	68,4	5	19,2	
Çalışma yılı grup	10 ve altı	92	29,7	14	53,8	0,010
	11-19	209	67,4	10	38,5	
	20 yıl ve üstü	9	2,9	2	7,7	

*Ki-kare

Tablo 3. Araştırmaya katılanların HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorulara verdikleri doğru yanıtların dağılımları.
HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen cevaplar

		n	%
HPV aşısı intramüsküler yolla uygulandığını bilme	Doğru	294	87,5
	Yanlış	42	12,5
HPV'nin rahim ağzı kanseri, anorektal kanserleri, baş ve boyun kanserleri, penis kanserlerine neden olduğunu bilme	Doğru	52	15,5
	Yanlış	284	84,5
*HPV aşısı çeşitlerinin bivalent (hpv 16-18 tiplerine karşı), kuadrivalent (hpv 6-11-16-18 tiplerine karşı), nonavalanli aşı (hpv 6-11-16-18-31-33-45-52-58) olduğunu bilme	Doğru	231	70,0
	Yanlış	99	30,0
*Türkiye'deki satışta olan HPV aşısı çeşitlerinin bivalent (hpv 16-18 tiplerine karşı), kuadrivalent (hpv 6-11-16-18 tiplerine karşı) olduğunu bilme	Doğru	145	43,2
	Yanlış	191	56,8
*HPV aşısının uygulama doz aralıklarının 2 valanlıda 15 yaş altı, 4 valanlıda 14 yaş altı: 0-6 ay 2 doz şeklinde, 2 valanlıda 15 yaş üstü 4 valanlıda 14 yaş üstü: 0-2 -6 ay 3 doz şeklinde olduğunu bilme	Doğru	40	11,9
	Yanlış	296	88,1
*Aşının uygulanabileceği yaş aralıkları 9-26 yaş arasında yapılabildiği ve 27-45 yaş arası bireysel düzeyde önerildiğini bilme	Doğru	71	21,1
	Yanlış	265	78,9
HPV aşısının her iki cinsiyete yapıldığını bilme	Doğru	257	76,5
	Yanlış	79	23,5

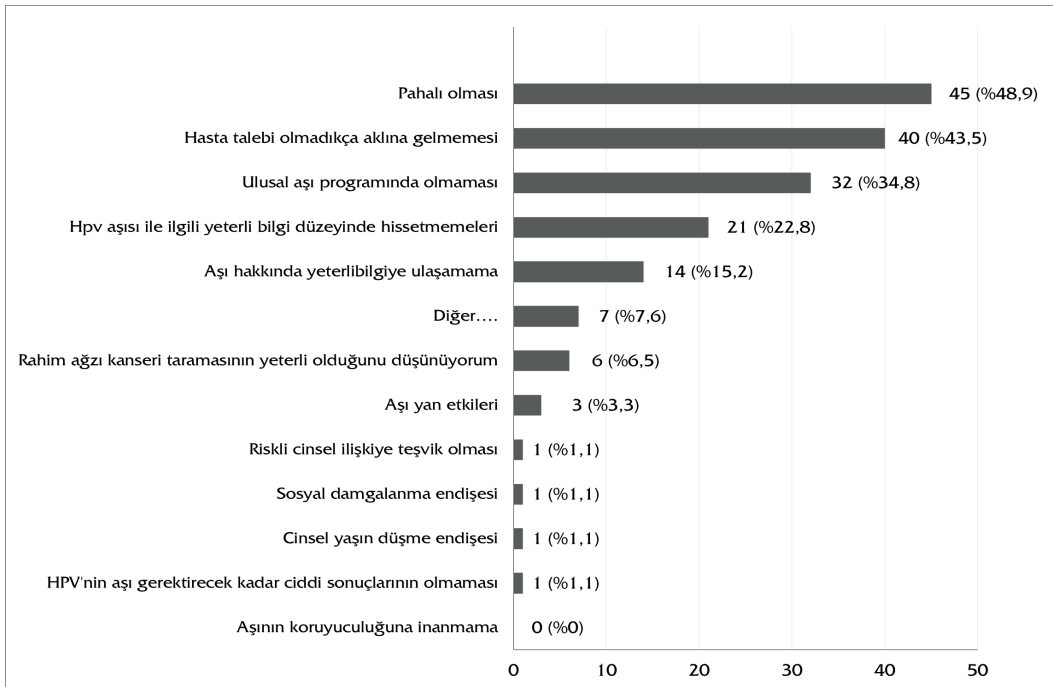
*Verilen farklı ifadelerin hepsini doğru bilmesi doğru cevap olarak kabul edilmiştir.



Şekil 1. Ulusal aşı programında olmayan özel aşılarından önerilenlerin grafisi.

meningokok aşısını kendilerine yaptırdıkları ve hastaları ile yakınlarına önerdikleri ortaya çıkmıştır. Ayrıca Aile hekimleri HPV aşısı hakkındaki bilgileri, en sık tıp ile ilgili internet sitelerinden, ikinci sıklıkta tıp eğitimi veya uzmanlık eğitimi sırasında, üçüncü sıklıkta meslektaşlarından edinmişlerdir (Şekil 1).

HPV aşısını önermeyen doktorlar; birinci sırada pahalı olması, ikinci sırada hasta talebi olmadıkça aklına gelmemesi, üçüncü sırada ulusal aşı programında olmaması nedenlerinden dolayı önermedikleri görülmüştür. Aşının koruyuculuğuna inanmama şikâyeti hiç işaretlenmemiştir (Şekil 2).



Şekil 2. HPV aşısının önerilmeme sebepleri.

Tablo 4. HPV aşısı olma durumu ile bilgi sorularına verilen yanıtların ilişkisinin incelenmesi.

HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen cevaplar	HPV aşısı olma durumu				P*	
	Hayır		Evet			
	n	%	n	%		
HPV aşısı intramüsküler yolla uygulandığını bilme	Yanlış	41	13,2	1	3,8	0,165
	Doğru	269	86,8	25	96,2	
HPV'nin rahim ağzı kanseri, anorektal kanserleri, baş ve boyun kanserleri, penis kanserlerine neden olduğunu bilme	Yanlış	268	86,5	16	61,5	0,001
	Doğru	42	13,5	10	38,5	
**HPV aşısı çeşitlerinin bivalan (hpv 16-18 tiplerine karşı), kuadrivalan (hpv 6-11-16-18 tiplerine karşı), nonavalanlı aşı (hpv 6-11-16-18-31-33-45-52-58) olduğunu bilme	Yanlış	227	73,2	10	38,5	0,001
	Doğru	83	26,8	16	61,5	
**Türkiye'deki satışta olan HPV aşısı çeşitlerinin bivalan (hpv 16-18 tiplerine karşı), kuadrivalan (hpv 6-11-16-18 tiplerine karşı) olduğunu bilme	Yanlış	182	58,7	9	34,6	0,017
	Doğru	128	41,3	17	65,4	
**HPV aşısının uygulama doz aralıklarının 2 valanlıda 15 yaş altı, 4 valanlıda 14 yaş altı: 0-6 ay 2 doz şeklinde, 2 valanlıda 15 yaş üstü 4 valanlıda 14 yaş üstü: 0-2 -6 ay 3 doz şeklinde olduğunu bilme	Yanlış	277	89,4	19	73,1	0,014
	Doğru	33	10,6	7	26,9	
**Aşının uygulanabileceği yaş aralıkları 9-26 yaş arasında yapılabildiği ve 27-45 yaş arası bireysel düzeyde önerildiğini bilme	Yanlış	247	79,7	18	69,2	0,210
	Doğru	63	20,3	8	30,8	
HPV aşısının her iki cinsiyete yapıldığını bilme	Yanlış	78	25,2	1	3,8	0,014
	Doğru	232	74,8	25	96,2	

*Ki-kare

**Verilen farklı ifadelerin hepsini doğru bilmesi doğru cevap olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışmada, çocuğu olanların HPV aşısı uygulama yolu ve aşının kimlere yapıldığına dair sorulara doğru yanıt verme oranı daha yüksektir (sırasıyla %87,9, %75,7). Geri kalan diğer bilgi sorularında ise çocuğu olmayanların doğru yanıt verme oranı daha yüksek olarak belirlendi. Ayrıca çocuğu olmayan gönüllülerin aşı çeşitlerini bilme oranı (%42,2) çocuğu olanlara (%26,5) göre anlamlı oranda yüksek olduğu saptandı (p=0,013).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda, HPV aşısı uygulananların; HPV aşısının çeşitleri (p=0,001),

uygulama doz aralıkları (p=0,014), kimlere uygulandığı (p=0,014) ve hangi kanser türlerinden koruma sağladığı (p=0,001) ile ilgili bilgilere istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri saptanmıştır (Tablo 4).

Yapılan istatistiksel analiz sonucunda HPV aşısını hastalarına ve yakınlarına önerenler ise; HPV aşısı çeşitleri (p=0,021) ve kimlere uygulandığı (p=0,034) sorularına istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda doğru yanıt verdikleri saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. HPV aşısını önerme durumu ile bilgi sorularına verilen yanıtlar arasındaki ilişkinin incelenmesi.

HPV aşısı ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorulara verilen cevaplar	HPV aşısını hastalarına önerme durumu				P*	
	Hayır		Evet			
	n	%	n	%		
HPV aşısı intramüsküler yolla uygulandığını bilme	Yanlış	33	13,5	9	9,8	0,355
	Doğru	211	86,5	83	90,2	
**HPV'nin rahim ağzı kanseri, anorektal kanserleri, baş ve boyun kanserleri, penis kanserlerine neden olduğunu bilme	Yanlış	201	82,4	83	90,2	0,076
	Doğru	43	17,6	9	9,8	
**HPV aşısı çeşitlerinin bivalan (hpv 16-18 tiplerine karşı), kuadrivalan (hpv 6-11-16-18 tiplerine karşı), nonavalanlı aşı (hpv 6-11-16-18-31-33-45-52-58) olduğunu bilme	Yanlış	164	67,2	73	79,3	0,021
	Doğru	80	32,8	19	20,7	
**Türkiye'deki satışta olan HPV aşısı çeşitlerinin bivalan (hpv 16-18 tiplerine karşı), kuadrivalan (hpv 6-11-16-18 tiplerine karşı) olduğunu bilme	Yanlış	136	55,7	55	59,8	0,504
	Doğru	108	44,3	37	40,2	
**HPV aşısının uygulama doz aralıklarının 2 valanlıda 15 yaş altı, 4 valanlıda 14 yaş altı: 0-6 ay 2 doz şeklinde, 2 valanlıda 15 yaş üstü 4 valanlıda 14 yaş üstü: 0-2 -6 ay 3 doz şeklinde olduğunu bilme	Yanlış	217	88,9	79	85,9	0,439
	Doğru	27	11,1	13	14,1	
**Aşının uygulanabileceği yaş aralıkları 9-26 yaş arasında yapılabildiği ve 27-45 yaş arası bireysel düzeyde önerildiğini bilme	Yanlış	189	77,5	76	82,6	0,303
	Doğru	55	22,5	16	17,4	
HPV aşısının her iki cinsiyete yapıldığını bilme	Yanlış	50	20,5	29	31,5	0,034
	Doğru	194	79,5	63	68,5	

*Ki-kare

**Verilen farklı ifadelerin hepsini doğru bilmesi doğru cevap olarak kabul edilmiştir.

TARTIŞMA

Türkiye’de koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemli adımı olan bağışıklama, birinci basamakta aile hekimleri tarafından verilmektedir. Bu nedenle aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışı önem taşımaktadır. HPV aşısına karşı farkındalığını araştırdığımız bu anket çalışmasında birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin bilgi düzeylerinin beklenen seviyede olmadığı belirlenmiş ve özellikle kadın hekimlerin sorulara daha doğru yanıt verdiği gözlenmiştir. Hekimlerin HPV aşısı olma oranı ise %7,7 çıkmıştır. Yapılan başka bir çalışmada, kadın hastalıkları ve doğum asistanlarının aşılama oranı %16,1, çocuk sağlığı ve hastalıkları asistanlarının ise %8,4 ile aile hekimlerinden daha yüksek oranda aşılandığı saptanmıştır.^[8] Türkiye’de toplumda HPV aşılama oranları %0,9 ile %3,9 arasında değişmektedir. Bu oranlar uluslararası çalışmalardaki HPV aşılama oranları (% 40,5- % 92,4) ile karşılaştırıldığında, Türkiye’de bu oranların oldukça düşük olduğu görülmektedir.^[4,6,7,9] Çalışmaya katılan hekimlerin Türkiye ortalamasından yüksek aşılama oranına sahip olmalarına rağmen, yurt dışı ortalamasına göre ne yazık ki düşük çıkmıştır.

Çalışmamızda, HPV aşısı olanların yarıya yakını (%42,3) 25-34 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir. Kırk beş yaş ve üstü olan katılımcıların ise HPV aşısı olma oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede daha düşük saptanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde, (ABD) 2019 yılında yapılan kanser istatistiklerinde, yaş grubuna göre kadınlarda serviks kanseri olma oranlarına bakıldığında en çok 40-44 yaş arası kadınlarda olduğu gözlenmiştir. Yani 45 yaştan sonra serviks kanseri görülme sıklığı azalmaktadır.^[10] Bu nedenle 45 yaş üstünde hastalık görülme riskinin azalması da bu yaş grubundaki katılımcıların HPV aşısı olma oranını düşürmektedir.

Araştırmaya katılan hekimlerin HPV aşısı hakkında bilgi düzeylerini ölçen sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde, yedi sorudan üç soruya daha yüksek oranda doğru yanıt verildiği gözlenmiştir. Aile hekimlerinin HPV aşı çeşitlerini (%70), aşı uygulama yollarını (%87,5) ve kimlere uygulandığını (%76,5) daha iyi bildikleri ortaya çıkmıştır. Kadın hekimlerin bilgileri erkek hekimlere göre anlamlı derecede daha iyi olduğu belirlenmiştir. Kartal ve ark. 2011 yılında, aile hekimlerine yaptıkları bir çalışmada, hekimlerin HPV aşılara ilişkin bilgi düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Ayrıca kadın hekimlerin bilgi düzeyinin

erkek hekimlere göre anlamlı olarak yüksek olduğu da belirlenmiştir.^[11] Bu çalışma ile karşılaştırıldığında, yıl ilerledikçe hekimlerin bilgi düzeylerinde değişiklik olmadığı gözlenmiştir. Bu durum HPV aşısı hakkında yeterli bilgi güncellemeleri yapılmamasına bağlı olabilir. Ayrıca kadın hekimlerin daha fazla bilgi sahibi olması serviks kanseri açısından kadınların farkındalığının daha iyi olmasından kaynaklanmaktadır.

Aile hekimlerinin ulusal aşı programında olmayan aşılarından en çok influenza aşısını en az HPV aşısını hem önerdikleri hem de kendilerine uyguladıklarını açıklamışlardır. Katılımcıların %18,8’i ulusal aşı programında olmayan özel aşılarından hiçbir aşıyı yaptırmadığı saptanmıştır. Gilkey ve ark. ABD’de, çocuk ve aile hekimlerinden oluşan 776 doktor ile yapılan ergen aşılama ile ilgili çalışmalarında, hekimlerin HPV aşısı önerilme oranı Tdap ve meningokok aşılarının gerisinde kalmıştır.^[12] Aydın ve ark.’nın çalışmalarında, ise aile hekimlerinin herhangi bir özel aşıyı hastalarına önerme oranı %83,8 olmasına karşın, HPV aşısını önerme oranı %35,2’dir.^[13] Çalışmamızda, aile hekimlerinin özel aşıları önerme oranları kendilerine uygulama oranlarına göre yüksektir. HPV aşısını diğer özel aşılarından daha az önerilmesinin nedenleri bilgi düzeyi ve farkındalığın düşüklüğü olabilir. Ayrıca HPV dışındaki özel aşılar çocuk yaş gruplarına uygulandığı için daha çok tercih edilmektedir. Beş yaş altı çocuklarda aileler aşılama konusunda, yaşlı nüfus ve kronik hastalığı olanlar da aile hekimlerinden bilgi ve öneri alma konusunda daha hassas olmaktadır. HPV aşısı ergen yaş aralığında önerildiği için de atlanabilmektedir.

Çalışmamızda, aile hekimleri HPV aşısı hakkındaki bilgileri; en sık tıp ile ilgili internet sitelerinden, ikinci sıklıkta tıp eğitimi veya uzmanlık eğitimi sırasında, üçüncü sıklıkta meslektaşlarından edinmişlerdir. Aile hekimlerinin yaklaşık %5’i ise hiçbir yerden bilgi almamışlardır. Türkiye’de yapılan diğer bir çalışmada, dâhil edilen uzmanlık öğrencilerinden kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık dalında eğitim alan hekimler bilgi kaynağı olarak doktorları, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık dalında eğitim alan hekimler ise arkadaş-çevre ve interneti daha sık kullandıklarını açıklamışlardır.^[8] Aile hekimlerinin HPV aşısı hakkında bilgi eksikliğinin kapatılmasının gerekliliği bu çalışmada fark edilmiştir. Kapsamlı hizmet içi eğitim ve güncel rehberlerle bilgi ve farkındalık düzeyi artırılırsa önerme oranı da yükselecektir. Ayrıca Sağlık Bakanlığı’nın internet sitelerinin verilerinin güncel ve etkin olması da bilgi kaynağı açısından önemlidir.

Araştırmamızda, HPV aşısını önermeyen (%27,4) aile hekimlerinin nedenlerini çoklu yanıt ile belirtilmesi istendiğinde; birinci sırada pahalı olması (%48,9), ikinci sırada hasta talebi olmadıkça aklına gelmemesi (%43,5), üçüncü sırada ulusal aşı programında olmaması (%34,8) şeklinde belirtilmiştir. Yüz güldüren bir sonuç olarak aşının koruyuculuğuna inanmama şıklı hiç işaretlenmemiştir. Ulusal bağışıklama takviminde yer almayan aşılarla ilişkin hekimlerin tutumlarını inceleyen Çataklı ve ark.'nın çalışmalarında, HPV aşısını önermeyen hekimlerin (%32,4) önermeme nedenleri sırasıyla aşının pahalı olması (%96,7), HPV enfeksiyonları Türkiye için öncelikli bir konu olmaması (%58,7) ve Türkiye'de HPV aşısının gerekli olduğuna dair yeterli verinin bulunmaması (%45,3) olarak açıklamışlardır.^[14] Adıgüzel ve ark.'nın çalışmalarında, en önemli faktör olarak %53,3 oranında kendilerini aşıyla ilgili yeterli bilgi düzeyinde hissetmemeleri gelirken diğer nedenler %17,8 oranında HPV aşısının çok pahalı olması ve %5,6 oranla HPV aşısının sosyal damgalanmaya neden olması düşüncesi olarak belirtilmiştir.^[15] Yaptığımız sosyal damgalanma endişesinin (%1,1) daha düşük çıkması sevindiricidir. Aydın ve ark.'nın çalışmalarında, ise aile hekimlerinin HPV aşısını önermeme nedenleri sorgulandığında, %40,9'u aşı hakkında kendilerini yeterli bilgi ve tecrübeye sahip görmemeleri yer alırken, %24,7'si aşının pahalı olmasını %16,6'sı Sağlık Bakanlığı ulusal aşı programında olmamasını neden göstermiştir.^[13] Çalışmamızda, HPV aşısını önermeyen aile hekimlerinin %32,6'sı HPV aşısının fiyatını bildiğini açıklamıştır. Fiyatını bilmeden aşığı pahalı olmasından dolayı önermediklerini belirten aile hekimlerinin ön yargıları olabilir. Aşının pahalı olmasının aşının yaygınlaşmasındaki en önemli engellerden biri olduğu görülmektedir. Hekimler aşı maliyetini düşünerek sosyoekonomik açıdan düşük bölgelerde hizmet veriyorlarsa aşığı daha düşük oranda önermektedirler. En etkili çözüm HPV aşısının ulusal bağışıklama programına alınması ve böylece ülkede HPV aşısının yaygınlaştırılmasıdır.

Aile hekimlerinin kendi çocuğuna ve kendisine aşı yaptırmama konusundaki tutumu, aşıya olan inancını gösterir ve aşının yaygınlaşmasında önem kazanır. Çalışmamızda, çocuğu olan hekimlerin %72'si çocuğuna aşı yaptırmayı düşünmektedir. Tüm bilgi sorularında çocuğuna aşı yaptırmayı düşünenlerin doğru yanıt oranları daha fazla olduğu saptanmıştır. Çocuğuna aşı yaptırmayı düşünen hekimler HPV aşısı hakkında araştırma yaptıkları için bilgi düzeyleri yaptırmayanlara

göre daha yüksek çıktığı düşünülmektedir. Çalışmamızın sonucunda, HPV aşısı olanlar ile hasta ve yakınlarına önerenlerin bilgi sorularına daha doğru yanıt verdikleri görülmüştür. HPV aşısı olan hekimlerin çoğunluğu kadındır (%92,3). Kadın hekimlerin serviks kanserinden korunmak için aşı yaptırdığı düşünülmektedir. Türkiye'de erkeklerin aşılmasının gerekli olduğu düşünülmeyişinden hekim dahi olsa bu oran düşük çıkmıştır.

SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin HPV aşısıyla ilgili bilgi düzeylerinin beklenen düzeyde olmadığı ve HPV aşısına erişimin düşük olduğu saptanmıştır. Özellikle genç kadın hekimler, sorulara daha doğru yanıtlar vermektedir. HPV aşısı, ulusal aşılama programında önerilen aşılar arasında en düşük oranda önerilen aşıdır. Bunun en önemli nedeninin HPV aşısının maliyetinin yüksek olmasıdır. Aşının koruyuculuğunun yüksek olmasına rağmen, yüksek maliyeti ve ulusal aşı takviminde yer almaması nedeniyle aşının yaygın olarak önerilmediği görülmüştür. Bu sonuçlar, aile hekimlerinin HPV aşısı konusunda daha fazla eğitim almalarının ve aşıya erişimin kolaylaştırılmasının önemini vurgulamaktadır. Sağlık politikalarında ve programlarında gerekli düzenlemelerin yapılması, aile hekimlerinin HPV aşısıyla ilgili bilgi ve önerilerini artırmak için önemli bir adımdır.

KISITLILIK

Aile hekimlerinin aşı önerme durumları kendi açıklamaları esas alınarak ölçülmüştür. Özel aşıların medikal kayıtlarına ulaşılammıştır. Aynı zamanda katılanların yaş ortalaması 46,4±9,0'dur. İleri yaşta katılımcıların olmaması toplumu temsil etme gücünü düşürmektedir. Hekimlerle yapılan bu çalışmada topluma göre HPV aşılama oranının yüksek çıkması beklenen bir sonuçtur. Başka branş hekimlerinin aşılama oranı ile ilgili çalışma yapmaya gereksinim vardır. İleriki zamanlarda bu konu ile ilgili çalışmalar planlanmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (23.02.2022 - 2022/41).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the University of Health Sciences, İzmir Bozyaka Training and Research Hospital, Clinical Research Ethics Committee (23.02.2022 - 2022/41).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

- Üreyen I. Human papillomavirus aşılarda son gelişmeler. Sancı M, editör. Jinekolojik Onkolojide Tartışmalı Konular. Birinci Baskı. Ankara, Türkiye Klinikleri, 2021;166-9.
- Human Papillomavirus and Related Diseases Report. <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XWX.pdf> adresinden 10.03.2023 tarihinde indirilmiştir.
- Aydoğdu M S, Özsoy U. Serviks kanseri ve HPV. Androl Bul 2018;20:25-9.
- Shapiro GK. HPV Vaccine: An Underused Strategy for the Prevention of Cancer. Current Oncology 2022;29(5):3780-93.
- Stanley M. HPV vaccine in boys and men. Human vaccines and immunotherapeutics.2014;10(7):2109-11.
- Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı Global Kanser Gözlemevi. <https://gco.iarc.fr/> adresinden 14 Temmuz 2022 tarihinde indirilmiştir.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Türkiye Kanser İstatistikleri. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kanser-db/Dokumanlar/Istatistikler/Turkiye_Kanser_Istatistikleri_2016.pdf adresinden 14 Temmuz 2022 tarihinde indirilmiştir.
- Ermış N. İzmir ili çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanlık öğrencileri ile kadın hastalıkları ve doğum uzmanlık öğrencilerinin HPV aşısı hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Araştırma Hastanesi. İzmir, 2020.
- Akalın A. Human Papillomavirus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel yaklaşımlar. Androl Bul 2022;24:133-9.
- Cancer Statistics at a Glance. <https://gis.cdc.gov/Cancer/USCS/#/Demographics/> adresinden 16.01.2023 tarihinde indirilmiştir.
- Kartal M, Günvar T, Limnili G, Hatipoğlu Ş, Güldal D. Birinci basamak hekimleri serviks kanseri ve HPV aşısı ile ilgili ne biliyorlar? Türk Aile Hek Derg 2011;15(1):1-6.
- Gilkey MB, Moss JL, Coyne-Beasley T, Hall ME, Shah PD, Brewer NT. Physician communication about adolescent vaccine : How is human papillomavirus Vaccine different? Prev Med 2015;77:181-5.
- Aydın B. HPV Aşısı hakkında aile hekimlerinin bilgi düzeyleri, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi [Uzmanlık Tezi]. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, 2019.
- Çataklı T, Duyan Camurdan A, Aksakal Baran FN, Güven AE, Beyazova U. Attitudes of physicians concerning vaccines not included in the national immunization schedule. Turk J Pediatr 2018;60(3):290-7.
- Adıgüzel A, Akgül S, Düzçeker Y, Derman O, Kanbur N. Çocuk hekimlerinin human papilloma virus aşıları hakkındaki bilgi ve eğilimleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2018;61:53-8.

COVID-19 Döneminde Araştırma Görevlilerinin Uyku Kalitesi ve Tükenmişlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Evaluation of Sleep Quality and Burnout Levels of Research Assistants During COVID-19 Period

Zehra Çetin^{OR}, Kamile Marakoğlu^{OR}, Muslu Kazım Körez^{OR}

Atf/Cite as: Çetin Z, Marakoğlu K, Körez MK. COVID-19 döneminde araştırma görevlilerinin uyku kalitesi ve tükenmişlik düzeylerinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(3):53-62.

ÖZ

Amaç: Nüfusun büyük bölümünü etkileyen pandemi dönemlerinde, en ön safta yer alan kişiler sağlık çalışanlarıdır ve bu nedenle fiziksel ve ruhsal açıdan etkilenme riskleri normal popülasyona oranla çok fazladır. Bu çalışmada, COVID-19 döneminde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan araştırma görevlilerinde uyku kalitesi ve tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde 15.02.2021 ile 14.06.2021 tarihleri arasında, pandemide aktif olarak görev yapan 337 ve görev almayan 41 kişi olmak üzere 378 araştırma görevlisi dâhil edildi, doğum izninde olanlar, uzman olanlar, üniversiteden ayrılanlar çalışmaya alınmadı. Yüz yüze görüşme veya online yöntemle uygulanan ankette 57 sorudan oluşan Sosyodemografik Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Pittsburgh Uyku Kalitesi Ölçeği uygulandı.

Bulgular: Çalışmada yer alan 378 araştırma görevlisinin %49,7'si kadın, %50,3'ü erkekti. Yaş ortalaması 28'di ve %5'i Temel Tıp Bilimleri, %60,9'u Dâhili Tıp Bilimleri, %34,1'i Cerrahi Tıp Bilimlerinde görev yapıyordu. Araştırma görevlilerinin günlük ortalama çalışma süresi ortalama 9 saat, haftalık çalışma süresi ortalama 75 saattir. Araştırma görevlilerinin geceleri ortalama uyku süreleri 6,5 saattir ve %54'ü 7 saatten az uyuyordu. Günlük çalışma süresi 8 saatin üzerinde olanların, haftalık çalışma süresi 45 saatin üzerinde olanların uyku kalitesi daha kötüydü ve tükenmişlik puanları daha yüksekti ($p<0,001$). Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları arttıkça uyku kalitesinin kötüleştiği görüldü ($p<0,001$). Pandemi görev almanın uyku kalitesini etkilemediği görülürken, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını arttırdığı belirlendi ($p=0,686$, $p=0,038$, $p<0,001$).

Sonuç: Bu çalışmada, pandemide görev almanın tükenmişlik alt boyut puanlarını arttırdığı saptanmıştır. Günlük ve haftalık çalışma süresi arttıkça araştırma görevlilerinin uyku kalitelerinin kötüleştiği ve tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırma görevlilerinin uyku kalitesi kötüleştikçe tükenmişlik alt boyut puanlarının arttığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Pandemi, sağlık personeli, sağlık hizmet sunumu, uyku kalitesi, tükenmişlik

ABSTRACT

Objective: During pandemic periods that affect most of the population, the people on the front lines are healthcare workers and therefore their risk of being physically and psychologically affected is much higher than the normal population. This study aimed to evaluate the sleep quality and burnout level of research assistants working at Selçuk University Faculty of Medicine during the COVID-19 period.

Methods: The study included 378 research assistants at Selçuk University Faculty of Medicine between 15.02.2021 and 14.06.2021, including 337 people who actively worked in the pandemic and 41 people who did not take part in the pandemic. Those who were on maternity leave, those who were specialists, those who left the university, those who did not volunteer were not included in the study. The Sociodemographic Information Form consisting of 57 questions, the Maslach Burnout Scale and the Pittsburgh Sleep Quality Scale were applied in the survey, which was applied via face-to-face interview or online method.

Results: Of the 378 research assistants in the study, 49.7% were women and 50.3% were men, the median age was 28, and 5% worked in Basic Medical Sciences, 60.9% in Internal Medicine Sciences, 34% in Internal Medicine. 1 of them was working in Surgical Medical Sciences. The median daily working time of research assistants was 9 hours, and the median weekly working time was 75 hours. The median nightly sleep duration of research assistants was 6.5 hours, and 54% slept less than 7 hours. Those whose daily working hours were over 8 hours and those whose weekly working hours were over 45 hours had worse sleep quality and higher burnout scores ($p<0,001$). As emotional exhaustion and depersonalization scores increased, sleep quality worsened ($p<0,001$). While working in the pandemic did not affect sleep quality, it was found to increase emotional exhaustion and depersonalization scores ($p=0,686$, $p=0,038$, $p<0,001$).

Conclusion: In this study, it was determined that taking part in the pandemic increased burnout subscale scores. It was found that as daily and weekly working hours increased, research assistants' sleep quality worsened and their burnout scores were higher. It was determined that as research assistants' sleep quality worsened, their burnout subscale scores increased.

Keywords: Pandemic, healthcare personnel, healthcare service delivery, sleep quality, burnout

Received/Geliş: 23.05.2023

Accepted/Kabul: 25.09.2023

Publication date: 30.09.2023

Corresponding Author:

Z. Çetin

ORCID: 0009-0005-3351-1039

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Konya, Türkiye

✉ dr.zehrabulur@gmail.com

K. Marakoğlu

ORCID: 0000-0001-6510-8010

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Konya, Türkiye

M. K. Körez

ORCID: 0000-0001-9524-6115

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Biyoistatistik Anabilim Dalı,

Konya, Türkiye

GİRİŞ

Hekim tükenmişliği, tıbbi bakım kalitesini azaltan ve sağlık hizmet sunumunda insan kaynakları politikasının verimliliğini düşüren yaygın küresel bir sorundur. Çözümdeki ilk adım tükenmişliğe neden olan başlıca faktörleri belirlemektir. Çalışma saatlerinin uzun, iş yükünün fazla olması, kronik hastalarla ilgilenmek, iş yerindeki ilişkiler ve görev paylaşım sorunlarının yaşanması “tükenmişlik”te rol oynayan faktörlerdendir, özellikle fazla çalışma ve kronik iş stresi, tükenmişliğin başlıca nedenidir.^[1]Hekim tükenmişliği için bazı risk faktörleri erkekler ve kadınlar arasında farklılık gösterebilir de kronik yetersiz uyku, tükenmişlik için büyük ölçüde göz ardı edilen kritik bir risk faktörüdür.^[2] Uzun çalışma saatleri, sirkadiyen ritimde düzensizlik ve diğer tanımlanmayan uyku bozuklukları yetersiz uykuya neden olmaktadır. Sağlıklı uykuyu özendirmeye yönelik müdahaleler, hem akademik ortamda çalışan doktorlar hem de pratisyen hekimler gibi akademik ortamda çalışmayan doktorlar arasında tükenmişliğe duyarlılığı azaltabilir.^[3]

Tükenmişlik kavramını ilk kez 1974'te Herbert Freudenberger gönüllü sağlık çalışanlarında görülen hayal kırıklığı, yorgunluk hatta iş bırakma ile kendini gösteren bir durumu tanımlamak için kullanmıştır.^[4] Hekimler arasında duygusal tükenme, bir iş gününün sonunda “bitmiş” hissetmeyi ve hastalara duygusal açıdan sunacak hiçbir şeyinin kalmamasını içerir. Duyarsızlaşma, hastalara insan yerine nesne gibi davranma ve hastalara karşı daha duygusuz olma duygularını içerir. Azalmış kişisel başarı duygusu, hastalara sorunları konusunda yardım etmede yetersizlik duygularını ve hasta bakımı veya mesleki başarılar gibi işle ilgili faaliyetlerin sonuçlarının değersizliğini kapsar.^[5]

Bu çalışmada, COVID-19 döneminde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan araştırma görevlilerinde uyku kalitesi ve tükenmişlik düzeyinin değerlendirilmesi, uyku kalitesi ve tükenmişlik düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma kesitsel tipte tanımlayıcı bir araştırmadır. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 15.02.2021 ile 14.06.2021 tarihleri arasında görev yapan 412 araştırma görevlisinden; pandemide aktif olarak görev yapan 337 ve pandemide görev almayan 41 kişi olmak üzere 378 araştırma görevlisi dâhil edildi, doğum izninde olanlar, uzman olanlar, üniversiteden ayrılanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmada doğum izninde olanlar, uzman olanlar, üniversiteden ayrılanlar dışlandığında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden çalışmaya katılma yüzdesi %96,4 (378/392) idi.

Çalışmanın Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi etik komisyonu tarafından 27.01.2021 tarihli 2021/26 sayılı karar ile yapılması onaylandı. Çalışmanın verileri 1. Bölümde 57 sorudan oluşan Sosyodemografik veri formu, 2. Bölümde 22 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Formu ve 3. Bölümde 24 sorudan oluşan Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi'ni (PUKİ) içeren anket formuyla yüz yüze veya online (çevrim içi) olarak tamamlandı.

1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ); duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı hissi alt boyutları olarak üç alt boyutta değerlendirilmektedir. Ölçek toplamda 22 maddeden meydana gelmektedir. Ölçekteki 9 madde (1., 2., 3., 6., 8., 13., 14., 16., 20. madde) “Duygusal Tükenme” 5 madde (5., 10., 11., 15., 22. madde) “duyarsızlaşma” ve 8 madde (4., 7., 9., 12., 17., 18., 19., 21. madde) “kişisel başarı” alt ölçeğine ait puanlar hesaplanırken kullanılır. Dokuz maddeden meydana gelen duygusal tükenme alt ölçeğinde kişinin aşırı yüklenilmiş ve işi yüzünden tüketilmiş olma duyguları tanımlanır. Beş maddeden meydana gelen duyarsızlaşma alt ölçeğinde, kişinin hizmet sunduğu insanlara karşı duygusuz bir şekilde davranması tanımlanır. Sekiz maddeden meydana gelen kişisel başarı alt ölçeğinde, insanlarla iç içe çalışan bir kimsedeki başarıyla üstesinden gelme ve yeterlilik duyguları tanımlanır. 1993 yılında Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçeye uyarlama çalışması Ergin tarafından yapılmıştır.^[6]

Buyse ve ark.'nın 1989 yılında geliştirdiği Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi (PUKİ)'nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını 1996 yılında Ağargün ve ark. yapmıştır. Son bir aylık sürede uyku kalitesini değerlendiren bir ölçek olan PUKİ toplam 24 sorudan oluşmaktadır. On dokuz soru kendi uykusunu değerlendirme sorusu olup, bu soruları birey yanıtlarken beş soruyu eşi veya oda arkadaşı yanıtlar fakat bu sorular puanlamada kullanılmaz. PUKİ; (bileşen 1), uyku latansı (gecikmesi) (bileşen 2), uyku süresi (bileşen 3), alışılmış uyku etkinliği (bileşen 4), uyku bozukluğu (bileşen 5), uyku ilacı kullanımı (bileşen 6) ve gündüz uyku işlev bozukluğu (bileşen 7) olarak yedi bileşenden meydana gelmektedir. Bileşenler 0-3 puan arasında puanlanır. Toplam PUKİ puanı yedi bileşenin puanının toplanmasıyla ortaya çıkan puandır. PUKİ ölçeğinin toplam puanı 0-21 arasında değişmektedir. PUKİ toplam puanının beş ve beşin üzerinde olması kötü uyku kalitesini gösterirken beşin altında olması iyi uyku kalitesini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,80 olarak belirlenmiştir.^[7,8]

İstatistiksel Analiz

Tüm istatistiksel analizler R Version 4.2.1(R Core Team, www.r-project.org) programı yardımıyla gerçekleştirildi. Analizlerin öncesinde değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro-Wilk'in normallik testi ve Q-Q plot grafikleri kullanılarak, grup varyanslarının homojenliği ise Levene testi ile kontrol edildi. Sayısal değişkenlere ilişkin bulgular ortalama±standart sapma veya medyan (çeyreklikler) olarak sunuldu ve iki grup arasında Student-t testi, ikiden çok grup arasında ise tek yönlü varyans analizi (One-way ANOVA) sonrasında Tukey HSD çoklu karşılaştırmaları ile normal dağılım göstermeyen gruplarda Kruskal Wallis testleri sonrasında anlamlı bulunan parametreler için Bonferroni düzeltilmiş Dunn testi ile çoklu karşılaştırmalar yapıldı. Kategorik değişkenler sıklık (n) ve yüzdelik (%) olarak sunuldu. İki sayısal değişken arasındaki ilişki ise Pearson Korelasyon Analizi ile incelendi ve istatistiksel anlamlılık $p<0,05$ olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmada yer alan 378 araştırma görevlisinin %49,7'si (n=188) kadın, %50,3'ü (n=190) erkekti ve ortalama yaşları 28'di. Nöbet-mesai ve nöbet şeklinde çalışan araştırma görevlilerinin uyku kalitesi mesai şeklinde

çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha kötüydü ($p<0,001$), duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$). Pandemi görev alan araştırma görevlilerinin görev almayanlara göre duygusal tükenme ($p=0,038$) ve duyarsızlaşma ($p<0,001$) düzeyleri anlamlı derecede daha yüksekti (Tablo 1).

Günlük ortalama 8 saatten, haftalık ortalama 45 saatten fazla çalışan araştırma görevlilerinin uyku kalitesi anlamlı derecede daha kötüydü ($p<0,001$) ve duygusal tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri anlamlı derecede daha yüksekti ($p<0,001$). Nöbet tutma süresi bakımından araştırma görevlileri değerlendirildiğinde, nöbet tutmayan araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları 1 yıl, 2 yıl, 3 yıl ve üzeri nöbet tutanlara göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü ($p<0,001$) (Tablo 2).

Araştırma görevlilerinin günlük çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, aylık nöbet süresi ve PUKİ total puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($p<0,001$). Araştırma görevlilerinin vücut kitle indeksiyle duygusal tükenme ve kişisel başarı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak korelasyon saptanmazken ($p>0,05$), vücut kitle indeksiyle duyarsızlaşma puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon belirlenmiştir ($r=0,109$, $p=0,034$). Araştırma görevlilerinin günlük çalışma süresi, haftalık çalışma süresi, aylık nöbet süresi ile duygusal tükenme puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır (sırayla $r=0,215$, $p<0,001$; $r=0,275$, $p<0,001$; $r=0,267$, $p<0,001$) (Tablo 3).

Duygusal tükenme ile PUKİ total puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon belirlenmiştir ($r=0,354$, $p<0,001$). Duyarsızlaşma ile PUKİ total puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı korelasyon saptanmıştır ($r=0,264$, $p<0,001$). Kişisel başarı ile PUKİ total puanı arasında istatistiksel olarak korelasyon belirlenmiştir ($r= -0,063$, $p=0,220$) (Tablo 4).

Meslek seçimini isteyerek yapan araştırma görevlilerinin yakınların etkisiyle ve rastlantısal olarak meslek seçimini yapanlara göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması istatistiksel olarak anlamlı derecede düşük bulunurken, kişisel başarı puan ortalaması

Tablo 1. Araştırma Görevlilerinin PUKİ Total Puanı ve MTÖ Alt Boyutları ile Bazı Sosyodemografik Özellikleri Arasındaki İlişki.

Sosyodemografik Özellikler	n (%)	PUKİ Ort±SS	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Cinsiyet					
Kadın	188 (49,7)	7,01±2,99	19,02±6,98	7,28±3,75	18,40±3,90
Erkek	190 (50,3)	6,77±3,08	18,72±7,97	8,07±4,23	18,79±4,78
p		0,449 ¹	0,697 ¹	0,57 ¹	0,392 ¹
Yaş (yıl)					
24-27 yaş	125 (33,1)	6,65±2,83	18,76±7,57	8,00±4,15	18,64±4,06
28-30 yaş	188 (49,7)	7,04±3,10	18,81±7,25	7,56±3,74	18,44±4,64
31 yaş ve üzeri	65 (17,2)	6,89±3,22	19,24±8,08	7,41±4,51	19,00±4,10
p		0,537 ²	0,905 ²	0,542 ²	0,67 ²
Medeni Durum					
Evli	205 (54,2)	6,65±2,95	18,49±7,13	7,26±3,79	18,54±4,52
Bekar	173 (45,8)	7,16±3,12	19,31±7,88	8,17±4,22	18,67±4,18
p		0,105 ¹	0,287 ¹	0,029¹	0,783 ¹
Çocuk Durumu					
Var	95 (25,1)	6,91±2,98	18,10±7,20	6,95±3,81	19,12±3,73
Yok	283 (74,9)	6,82±3,21	19,13±7,58	7,93±4,06	18,42±4,55
p		0,806	0,239 ¹	0,038¹	0,172 ¹
Kronik Hastalık Varlığı					
Var	64 (16,9)	7,35±3,19	20,34±6,66	8,01±4,19	18,23±4,70
Yok	314 (83,1)	6,79±3,00	18,57±7,62	7,61±3,98	18,67±4,29
p		0,177 ¹	0,084 ¹	0,468 ¹	0,459 ¹
Bölümü					
Temel Tıp Bilimleri	19 (5,0)	7,15±3,23	17,05±7,55	6,68±3,23	16,10±4,80 ^a
Dahili Tıp Bilimleri	230 (60,9)	6,82±3,06	18,73±7,40	7,54±3,93	18,81±4,05 ^b
Cerrahi Tıp Bilimleri	129 (34,1)	6,97±2,99	19,37±7,64	8,06±4,24	18,59±4,74
p		0,883 ²	0,414 ²	0,269 ²	0,034²
Çalışma düzeni					
Mesai şeklinde	71 (18,8)	5,61±3,01a	14,60±6,84a	5,56±2,87a	18,54±3,85
Nöbet-mesai şeklinde	283 (74,9)	7,15±2,94b	19,72±7,26b	8,08±4,06b	18,47±4,44
Nöbet şeklinde	24 (6,3)	7,50±3,34b	21,41±7,63b	9,20±4,29b	20,33±4,67
p		<0,001²	<0,001²	<0,001²	0,132 ²
Pandemide görev alma durumu					
Evet	337 (89,2)	6,86±2,93	19,14±7,47	7,94±3,96	18,63±4,39
Hayır	41 (10,8)	7,07±3,84	16,58±7,28	5,56±3,89	18,34±4,13
p		0,686 ¹	0,038¹	<0,001¹	0,685 ¹
Pandemide eğitim, rotasyon ve tatil programlarında aksaklık olduğunu düşünme					
Evet	363 (96,0)	6,92±3,01	18,98±7,50	7,74±4,01	18,57±4,40
Hayır	15 (4,0)	6,20±3,56	16,06±6,87	6,26±3,86	19,26±3,28
p		0,369 ¹	0,139 ¹	0,164 ¹	0,549 ¹
COVID-19 geçirme durumu					
Hayır	233 (61,6)	6,73±3,18	18,18±7,41	7,33±4,01	18,53±4,22
Evet	145 (38,4)	7,13±2,79	19,97±7,50	8,24±3,98	18,71±4,59
p		0,214 ¹	0,023¹	0,031¹	0,707 ¹
Toplam	378 (100)				

¹Student-t testi²Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Satırlardaki farklı harfler (a,b) gruplar arası anlamlı farklılığı göstermektedir.

PUKİ: Pittsburgh Uykü Kalitesi İndeksi; Ort: Ortalama; SS: standart sapma.

istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti (sırayla $p<0,001$, $p=0,002$, $p<0,001$). Meslektaşlarından yeterince destek gördüğüne inmayan araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması yeterince destek gördüğüne inanan

araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekken, kişisel başarı puan ortalaması da istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü (sırayla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$) (Tablo 5).

Tablo 2. Araştırma Görevlilerinin PUKİ Total Puanı ile Çalışma Süreleri Arasındaki İlişki.

	n	PUKİ Ort±SS	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Pratisyen Hekim Olarak Geçen Çalışma Süresi					
Hiç çalışmamış	84	6,09±2,77 ^a	17,22±8,19	7,25±4,42	18,53±4,61
1 yıldan daha az	128	6,85±2,91	19,14±7,49	8,40±3,96	18,60±4,14
1-2 yıl	119	7,46±3,27 ^b	19,93±6,64	7,53±3,66	18,26±4,65
2 yıldan daha fazla	47	6,95±2,97	18,38±7,86	6,85±4,09	19,59±3,67
p		0,018²	0,078 ¹	0,063 ¹	0,365 ²
Meslek Yılı					
Mesleğinin ilk yılının içinde	48	6,47±2,77	15,91±7,28 ^a	6,68±4,25 ^a	18,93±4,39
1-3 yıl	132	7,02±3,00	19,75±7,77 ^b	8,42±4,19 ^b	18,32±4,67
3-5 yıl	133	7,03±3,10	18,57±7,05	7,44±3,47	18,67±4,22
5 yıldan fazla	65	6,64±3,18	19,84±7,48 ^b	7,40±4,35	18,76±4,01
p		0,610 ²	0,013²	0,041²	0,815 ²
Günlük Ortalama Çalışma Süresi					
8 saat ve altı	160	6,09±3,06	16,38±7,31	6,73±3,72	18,78±4,13
8 saatten fazla	218	7,47±2,89	20,69±7,09	8,38±4,09	18,47±4,53
p		<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	0,498 ¹
Haftalık Ortalama Çalışma Saati					
45 saat ve altı	73	5,58±2,99	14,41±6,77	5,57±2,88	18,56±3,81
45 saatten fazla	305	7,20±2,97	19,93±7,26	8,18±4,09	18,61±4,49
p		<0,001¹	<0,001¹	<0,001¹	0,928 ¹
Aylık Ortalama Nöbet Tutma Süreleri					
Nöbet tutmuyor	71	5,61±3,01 ^a	14,60±6,84 ^a	5,56±2,87 ^a	18,54±3,85
1-5 gün	105	6,89±2,88 ^b	18,56±6,83 ^b	7,76±3,91 ^b	17,63±4,35 ^a
6 gün ve üzeri	202	7,33±3,01 ^b	20,52±7,44 ^b	8,38±4,17 ^b	19,12±4,47 ^b
p		<0,001²	<0,001²	<0,001²	0,018 ²
Nöbet Tutma Yılı					
Nöbet tutmuyor	71	5,61±3,01 ^a	14,60±6,84 ^a	5,56±2,87 ^a	18,54±3,85
1 yıl	127	7,09±2,99 ^b	19,34±7,62 ^b	7,58±4,34 ^b	18,34±4,67
2 yıl	53	7,24±2,98 ^b	21,16±7,53 ^b	8,56±3,91 ^b	18,45±4,57
3 yıl ve üzeri	127	7,25±2,97 ^b	19,81±6,83 ^b	8,59±3,84 ^b	18,95±4,24
p		0,001²	<0,001²	<0,001²	0,835 ²
Pandemide Görev Alma Süresi					
Görev almadım	41	7,07±3,84	16,58±7,28	5,56±3,89 ^a	18,34±4,13
3 aydan az	123	6,90±2,97	19,01±7,41	7,90±3,84 ^b	18,92±4,21
3 aydan fazla	214	6,85±2,91	19,22±7,53	7,96±4,03 ^b	18,46±4,49
p		0,911 ²	0,114 ²	0,002²	0,673 ²
Toplam	378				

¹Student-t testi²Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Satırlardaki farklı harfler (a,b,c,d) gruplar arası anlamlı farklılığı göstermektedir.

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi; Ort: Ortalama; SS: standart sapma.

Tablo 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları ve PUKİ Total Puanı ile Sayısal Parametreler Arasındaki Korelasyon.

	PUKİ total puanı		Duygusal Tükenme		Duyarsızlaşma		Kişisel Başarı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Yaş (yıl)	0,018	0,732	0,039	0,448	-0,060	0,247	0,007	0,886
VKİ (kg/m ²)	0,006	0,911	0,065	0,206	0,109 [*]	0,034	0,005	0,921
Meslek Süresi (yıl)	-0,025	0,621	0,051	0,324	-0,042	0,411	0,015	0,768
Pratisyenlik Süresi (yıl)	0,039	0,454	0,020	0,692	-0,072	0,163	0,066	0,199
Günlük Çalışma Süresi (saat)	0,189 ^{**}	<0,001	0,215 ^{**}	<0,001	0,201 ^{**}	<0,001	0,027	0,603
Haftalık Çalışma Süresi (saat)	0,251 ^{**}	<0,001	0,275 ^{**}	<0,001	0,253 ^{**}	<0,001	0,023	0,662
Aylık Nöbet Süresi (gün)	0,246 ^{**}	<0,001	0,267 ^{**}	<0,001	0,255 ^{**}	<0,001	0,066	0,203
Nöbet Tutma Süresi (yıl)	0,061	0,234	0,167 ^{**}	0,001	0,234 ^{**}	<0,001	0,030	0,559
Pandemide Çalışma Süresi (ay)	0,036	0,487	0,065	0,206	0,065	0,205	-0,038	0,456

^{*} Önemlilik derecesi 0,05.^{**} Önemlilik derecesi 0,01.

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi; VKİ: Vücut Kitle İndeksi.

Çalıştığı üniversiteyi değiştirmeyi düşünenlerin çalıştığı üniversiteyi değiştirmeyi düşünmeyenlere göre uyku kalitesi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha

kötüydü, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksekti (sırayla $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$). Yapabileceğinden daha fazla iş yaptığını düşünenlerde duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması yapabileceğinden daha fazla iş yaptığını düşünmeyen araştırma görevlilerine göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ve bu grubun uyku kalitesi daha kötüydü (sırayla $p<0,001$, $p<0,001$, $p=0,004$) (Tablo 6).

Tablo 4. Araştırma Görevlilerinin MTÖ Alt Boyutları ile PUKİ Total Puanı Arasındaki Korelasyonu.

MTÖ Alt Boyutları	PUKİ Total Puanı	
	Pearson r	p
Duygusal Tükenme	0,354	<0,001
Duyarsızlaşma	0,264	<0,001
Kişisel Başarı	-0,063	<0,220

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi; MTÖ: Maslach Tükenmişlik Ölçeği.

Tablo 5. Araştırma Görevlilerinin PUKİ Total Puanı ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Meslekleri Hakkındaki Görüşleri ile İlişkisi.

	n	PUKİ Total Puanı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Çalıştığı branş dışında yapmak istediği ihtisas varlığı					
Evet	117	7,38±2,94	20,75±7,19	8,61±3,96	17,98±3,85
Hayır	261	6,67±3,06	18,02±7,47	7,26±3,98	18,88±4,55
p		0,035 ¹	0,001 ¹	0,002 ¹	0,064 ¹
Meslek seçimi					
İsteyerek	273	6,72±2,92	17,67±7,17 ^a	7,23±4,01 ^a	19,17±4,14 ^a
Rastlantısal	46	7,15±3,35	20,78±7,84 ^b	8,73±3,86 ^b	16,32±5,00 ^b
Yakınların etkisiyle	59	7,47±3,27	22,93±7,01 ^b	8,93±3,80 ^b	17,72±4,17 ^b
p		0,187 ²	<0,001 ²	0,002 ²	<0,001 ²
Meslektaşlarından destek gördüğünüze inanma durumu					
Evet	166	6,22±2,78	15,75±6,81	6,41±3,67	19,63±4,01
Hayır	212	7,41±3,13	21,31±7,09	8,67±4,00	17,79±4,46
p		<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹
Bölüm değiştirmeyi düşünme					
Evet	38	8,55±2,78 ^a	25,94±6,06 ^a	10,86±4,28 ^a	18,21±4,30
Kararsızım	51	8,05±3,20 ^a	21,58±7,05 ^b	8,45±3,26 ^b	17,37±4,43
Hayır	289	6,46±2,92 ^b	17,46±7,08 ^c	7,12±3,89 ^b	18,87±4,33
p		<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	0,065 ²
Hekimliği bırakmayı düşünme					
Evet	39	8,23±3,03 ^a	27,33±5,89 ^a	10,79±4,86 ^a	18,02±4,58
Kararsızım	62	7,51±3,39	22,72±6,55 ^b	8,79±3,52 ^b	17,12±4,77 ^a
Hayır	277	6,56±2,89 ^b	16,81±6,68 ^c	6,99±3,73 ^c	19,01±4,16 ^b
p		0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	0,006 ²
Hekimliğin kendisine uygun bir meslek olduğunu düşünme					
Uygun	146	6,50±2,78 ^a	15,67±7,28 ^a	6,75±3,93 ^a	20,61±3,53 ^a
Kısmen uygun	201	7,00±3,13	20,42±6,87 ^b	8,03±3,92 ^b	17,49±4,37 ^b
Uygun değil	31	8,00±3,36 ^b	23,83±6,52 ^c	9,77±3,98 ^c	16,29±4,24 ^b
p		0,034 ²	<0,001 ²	<0,001 ²	<0,001 ²
Mesleğin toplumda hak ettiği yeri bulduğuna inanma durumu					
Evet	12	6,16±2,79	12,33±6,16 ^a	4,83±3,45 ^a	20,58±3,75
Kararsızım	30	5,90±2,75	13,63±7,53 ^a	6,23±3,93	19,76±4,01
Hayır	336	7,00±3,06	19,57±7,24 ^b	7,91±3,98 ^b	18,42±4,39
p		0,114 ²	<0,001 ²	0,004 ²	0,076 ²
Aldığınız ücret veya diğer gelirleri yeterli bulma durumu					
Evet	16	6,12±2,91	13,18±7,93 ^a	6,18±3,03	18,06±5,34
Kısmen	94	6,35±2,84	16,32±7,16 ^a	6,91±3,97 ^a	18,69±4,43
Hayır	268	7,12±3,09	20,10±7,21 ^b	8,04±4,03 ^b	18,60±4,29
p		0,061 ²	<0,001 ²	0,02 ²	0,868 ²

¹Student-t testi

²Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Satırlardaki farklı harfler (a,b,c) gruplar arası anlamlı farklılığı göstermektedir.

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.

Tablo 6. Araştırma Görevlilerinin PUKİ Total Puanı ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Çalışma Yaşamına Ait Özellikler Arasındaki İlişki

	n	PUKİ Total Puanı	Duygusal Tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel Başarı
Çalıştığı üniversiteyi değiştirme durumu					
Evet	81	7,95±2,71 ^a	23,38±6,02 ^a	9,60±3,87 ^a	18,07±4,29
Kararsızım	77	7,46±3,34 ^a	20,22±8,04 ^b	7,93±3,98 ^b	18,10±4,74
Hayır	220	6,30±2,90 ^b	16,73±6,93 ^c	6,88±3,84 ^b	18,97±4,23
p		<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,152 ¹
Amirleriyle sorun yaşama durumu					
Evet	49	8,02±2,66 ^a	22,93±6,37 ^a	10,04±3,66 ^a	18,20±4,26
Bazen	201	7,26±3,15 ^a	20,31±7,02 ^b	8,11±4,20 ^b	18,26±4,42
Hayır	128	5,87±2,71 ^b	15,03±6,99 ^c	6,09±3,16 ^c	19,28±4,25
p		<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,091 ¹
Çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşama durumu					
Evet	29	8,62±2,90 ^a	23,55±8,54 ^a	11,10±4,23 ^a	17,65±4,76
Bazen	165	7,31±2,83 ^a	20,39±6,49 ^a	8,21±3,61 ^b	18,67±3,95
Hayır	184	6,23±3,07 ^b	16,76±7,52 ^b	6,66±3,96 ^c	18,68±4,64
p		<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,478 ¹
İş yerinden memnuniyet durumu					
Evet	100	5,67±2,62 ^a	13,39±6,01 ^a	5,72±3,48 ^a	19,68±3,92 ^a
Kısmen	156	6,91±3,02 ^b	18,22±6,44 ^b	7,48±3,50 ^b	18,39±4,25
Hayır	122	7,86±3,04 ^c	24,18±6,17 ^c	9,54±4,22 ^c	17,99±4,70 ^b
p		<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,012 ¹
İş yerinin fiziki koşullarını yeterli bulma durumu					
Evet	34	5,14±2,87 ^a	15,14±7,66 ^a	6,05±4,66 ^a	18,64±4,40
Kısmen	161	6,58±2,94 ^b	16,93±7,30 ^a	7,03±3,72 ^a	18,30±4,76
Hayır	183	7,48±3,00 ^c	21,26±6,85 ^b	8,55±3,95 ^b	18,85±3,97
p		<0,001 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,502 ¹
Yapabileceğinden daha fazla iş yaptığınızı düşünme durumu					
Evet	214	7,30±3,01 ^a	21,50±7,00 ^a	8,67±4,02 ^a	18,75±4,62
Bazen	118	6,55±2,84	16,91±6,04 ^b	7,06±3,52 ^b	18,38±4,16
Hayır	46	5,84±3,31 ^b	11,60±6,76 ^c	4,63±3,34 ^c	18,43±3,60
p		0,004 ¹	<0,001 ¹	<0,001 ¹	0,736 ¹
Amirlerinden yeterli takdir aldığını düşünme durumu					
Evet	38	5,63±2,67 ^a	15,18±6,71 ^a	6,05±2,94 ^a	20,42±3,61 ^a
Bazen	151	6,72±3,03	17,19±6,63 ^a	7,31±3,86	18,61±4,11
Hayır	189	7,27±3,04 ^b	20,95±7,68 ^b	8,30±4,20 ^b	18,22±4,61 ^b
p		0,007 ¹	<0,001 ¹	0,002 ¹	0,018 ¹

¹Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA)

Satırlardaki farklı harfler (a,b,c) gruplar arası anlamlı farklılığı göstermektedir.

PUKİ: Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi.

TARTIŞMA

COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana dünya çapında sağlık çalışanları ağır iş yükü koşulları altındadır. Sınırlı kaynaklar, daha uzun vardiyalar, uyku ve iş-yaşam dengesindeki bozulmalar ve COVID-19'lu hastalara maruz kalmayla ilişkili mesleki tehlikeler, sağlık çalışanları arasında travma sonrası stres, uykusuzluk, anksiyete, depresyon ve tükenmişlik açısından olumsuz psikolojik sonuçlara katkıda bulunmuştur. [9] Asistan hekimler, pandemi sırasında ön saflardaki sağlık personelini temsil eden gece nöbetleriyle uzun çalışma saatlerine sahip olmaları nedeniyle tükenmişlik sendromu insidansının daha yüksek olması için

savunmasız bir nüfus olabilir.[1] Hekim tükenmişliği için bazı risk faktörleri erkekler ve kadınlar arasında farklılık gösterebilse de kronik yetersiz uyku, tükenmişlik için büyük ölçüde göz ardı edilen kritik bir risk faktörüdür. [2] Bu çalışmada, COVID-19 döneminde Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan araştırma görevlilerinde uyku kalitesi ve tükenmişlik düzeyi ve etkileyen faktörler değerlendirilmiştir.

Uzun çalışma saatleri, sirkadiyen uyumsuzluk veya tanınmayan uyku bozuklukları nedeniyle kronik yetersiz uyku, gözden kaçan ve yeterince çalışılmayan, kritik derecede önemli bir tükenmişlik risk faktörüdür ve sağlıklı uykuyu özendirmeye yönelik müdahaleler,

doktorlar arasında tükenmişlik duyarlılığını azaltabilir.^[3] Sunulan bu çalışmada araştırma görevlilerinin Maslach Tükenmişlik Ölçeği alt boyutları ile PUKİ total puanı arasındaki korelasyonuna bakıldığında, uyku kalitesinin kötüleştikçe duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının arttığı görülmüştür. Beyhan ve ark. 2013 yılında yaptıkları çalışmada, benzer şekilde uyku düzensizliği olduğunu dile getiren hekimlerin duygusal tükenme puanının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^[11] Trockel ve ark. 2016-2018 yılları arasında 11 tıp merkezinden 11.395 doktorun katılımıyla yaptığı bir çalışmada, uyku kalitesinin kötüleştikçe tükenmişliğin arttığını saptamışlardır.^[12]

Doktorlarda tükenmişlik, tıbbi bakım kalitesini azaltan ve sağlık hizmetlerinde insan kaynakları politikasının etkinliğini düşüren yaygın küresel bir sorundur. Çözüm içinse ilk adım tükenmişliğe neden olan başlıca faktörleri belirlemektir.^[1] Çalışmamızda, nöbet ve nöbet-mesai usulü çalışan araştırma görevlilerinin yalnızca mesai usulü çalışanlara göre tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Aylık tutulan nöbet sayısının artmasının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının arttırdığı belirlenmiştir. Turalde ve ark. 86 nöroloji asistanıyla yaptıkları çalışmada, aylık 5-7 nöbeti olan asistanların 3-4 nöbeti olan gruba göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının arttığını saptamışlardır.^[13] Beyhan ve ark. 2013 yılında Adana ve çevresinde görev yapan 88 anestezi uzmanı ve asistanıyla yaptıkları çalışmada, aylık nöbet sayısı 6-10 olanların duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı puanlarını aylık 0-5, 11-15 ve 16 üzeri nöbet tutanlara göre anlamlı derecede daha yüksek olarak belirlenmiştir.^[11] Çalışmamıza göre nöbet tutmak tükenmişliğin bağımsız bir risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır.

Asistanların haftalık çalışma saati ABD'de 80 saatle sınırlandırılmışken, Avrupa'da 48 saattir.^[14] Ülkemizde 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu'nun 63. maddesine göre "Genel bakımdan çalışma süresi haftada en çok kırk beş saattir." Çalışmamızda, günde 8 saatten fazla çalışan araştırma görevlilerinin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması 8 saat ve altında çalışanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Yine çalışmamızda, araştırma görevlilerinin haftalık çalışma saati ortancası 75 saat olarak saptanmıştır. Haftalık 45 saat üzerinde çalışan araştırma görevlilerinin 45 saat ve altı çalışanlara göre duygusal tükenme ve

duyarsızlaşma puanının arttığı belirlenmiştir. Shanefelt ve ark.' 3.971 ABD'li doktor ve 5.198 ABD çalışan nüfusunun olasılığa dayalı bir örneklemeyle yaptıkları bir çalışmada, haftada daha fazla saat çalışmak hekimler için bağımsız olarak daha yüksek düzey tükenmişlikle ilişkili olarak saptanmıştır. Genel nüfusa göre doktorlarda duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğunu belirlenmiştir.^[15] Turalde ve ark. da çalışmamıza benzer şekilde haftalık görevde geçirilen gün sayısının artmasının duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanlarını arttırdığını saptamışlardır.^[11] Treluyer ve Tourneux, Fransa'da pediatri asistanlarıyla yaptıkları bir çalışmada, hafta bazında çalışılan saat arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığını belirlemişlerdir.^[16]

Çalışmamızda çalıştığı branş dışında yapmak istediği ihtisas dalı olanlarda olmayanlara göre ve bölüm değiştirmeyi düşünen grubun bölüm değiştirmek istemeyen gruba göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Khalafallah ve ark. 2020 yılında, Amerika'da 1.374 beyin ve sinir cerrahi asistanıyla yaptıkları bir çalışmada, beyin cerrahiyi tekrar seçmek istemeyen asistanlarda daha yüksek düzey tükenmişlik saptamışlardır.^[17] Barreto ve ark.'nın 2020 yılında, Brezilya'da COVID-19 pandemisi öncesinde elli iki, pandemi döneminde ise 19 asistan ve tıp öğrencisiyle yaptıkları bir çalışmada, asistanlar arasında ciddi tükenmişliğin gelişmesi kariyer değiştirmeyi düşünmüş olmak ile istatistiksel olarak anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur.^[18]

İşle birey arasındaki ödüller bakımından uyum, bireyin örgüt için sağladığı yararların karşılığında, tatmin olduğu, takdir edildiği ve ödüllendirildiğini düşündüğü çalışma ortamını tanımlamaktadır. Beklentileriyle uyumlu ödüllerin sonucunda bireyler, örgüt için önemli ve anlamlı olduklarını düşünürler.^[19] Sunulan bu çalışmada, amirlerinden yeterli takdir aldığını düşünmeyenlerde duygusal tükenme puan ortalaması bazen yeterli takdir aldığını düşünenler ve yeterli takdir aldığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksek olarak belirlenmiştir. Amirlerinden yeterli takdir aldığını düşünmeyenlerde duyarsızlaşma puan ortalaması yeterli takdir aldığını düşünenlere göre anlamlı derecede yüksek saptanırken, kişisel başarı puan ortalaması anlamlı derecede düşük belirlenmiştir. Bu çalışmada, hekimliği bırakmayı düşünen ve kararsız olan araştırma görevlilerinin hekimliği

bırakmayı düşünmeyenlere göre duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları daha yüksek saptanmıştır. Aldığı ücreti yeterli bulmayanların duygusal tükenme puan ortalaması, kısmen yeterli veya yeterli bulanlara göre anlamlı derecede yüksek belirlenirken, aldığı ücreti yeterli bulmayanların duyarsızlaşma puan ortalaması, kısmen yeterli bulanlara göre anlamlı derecede yüksek saptanmıştır. Turgut ve ark.'nın 2015 yılında, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde çalışan 127 araştırma görevlisiyle yaptıkları bir çalışmada, aylık gelir ve tükenmişlik arasında anlamlı derecede bir farklılık belirlenmemiştir.^[20] Blanchard ve ark.'nın Fransa'da, 204 hematoloji ve onkoloji uzmanıyla yaptıkları bir çalışmada, çalışmalarını için yeterince ödüllendirilmediğini düşünen ve tıptan ayrılmayı düşünen hekimlerde tükenmişlik daha yüksek olarak saptanmıştır.^[21] Yirmi dokuz uzmanlık dalında 15.000 doktorla yapılan ABD merkezli bir ankette, tükenmişlik bildiren doktorların %24'ü aldıkları ücretin yetersiz olmasının tükenmişliğe katkı sunduğunu belirtmişlerdir.^[22]

Çalışma saatlerinin belli saatler içinde bir düzende olmaması sirkadiyen ritimde belirsizlik ve uyku sorunlarının nedeni olarak görülmektedir.^[23] Çalışmamızda, mesai şeklinde çalışan araştırma görevlilerinin uyku kalitesi nöbet-mesai ve nöbet şeklinde çalışanlara göre anlamlı derecede daha iyi belirlendi. Günlük çalışma süresi 8 saatten fazla olan araştırma görevlilerinin 8 saat ve altı mesai yapanlara göre, haftada 45 saatten fazla çalışan araştırma görevlilerinin 45 saatten az çalışanlara göre ve nöbet tutanların nöbet tutmayanlara göre uyku kalitesi kötü olarak saptanmıştır. Aylık nöbet sayısı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Çalışmamıza benzer şekilde Eyüpoğlu ve ark.'nın Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde görev yapan 283 araştırma görevlisiyle yaptıkları bir çalışmada, nöbet tutan hekimlerin nöbet tutmayan hekimlere göre, hastaneden 17:00'dan sonra ayrılan hekimlerin 17:00 ve öncesinde ayrılanlara göre uyku kalitesi daha kötü olarak belirlenmiştir.^[24] Valente ve ark.'nın Portekiz'de çalışan 256 anestezi hekimiyile yaptığı çalışmada, haftalık çalışma saati kötü uykunun bağımsız bir risk faktörü olarak saptanırken, gece nöbetleri ve 24 saatlik nöbetlerin sayısı ile uyku kalitesi arasında anlamlı bir fark tespit belirlenmemiştir.^[25] Benzer şekilde Costa ve ark.'nın İtalya'da, 80 asistan hekimden oluşan bir örnekleme yaptıkları çalışmada da gece nöbetleriyle uyku kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum İtalya'da, hekimlerin haftada 38 saat

çalışmayı ve yeterli bir telafi edici dinlenme olanağı sağlayan sözleşmeleri olmasıyla açıklanabilir.^[26] Sunulan bu çalışmada, nöbet tutan hekimlerin uyku kalitesinin daha kötü olmasının nedeninin ülkemizde çalışmayı yaptığımız dönemde nöbet sonrası mesaiye devam etmekle bir ilişkisi olduğunu (neredeyse 32 saat kesintisiz mesai) ve bu durumun araştırma görevlilerinin uyku kalitesini kötü yönde etkilediğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda, hekimliği bırakmayı düşünenlerde, branşından memnun olmayanlarda, hekimliğin kendisine uygun olmadığını düşünenlerde uyku kalitesinin kötü olduğu belirlendi. Çalışmamıza benzer şekilde Eyüpoğlu ve ark.'nın 283 araştırma görevlisiyle yaptıkları bir çalışmada mesleğinden ve branşından memnun olmayanlarda uyku kalitesinin kötü olduğu tespit saptanmıştır.^[24]

Uyumak, başkalarıyla düzgün ilişkiler sürdürmek, uyanık kalmak ve sorumlulukları yerine getirmek ve diğer birçok işlev için çok önemlidir.^[25] Çalışmamızda, çalıştığı üniversiteden ve iş yerinden memnun olmayanların memnun olanlara göre, amirleri ve çalışma arkadaşlarıyla sorun yaşayanların yaşamayanlara göre ve yapabileceğinden daha fazla iş yaptığını düşünenlerin düşünmeyenlere göre uyku kalitesi daha kötü olarak belirlenmiştir. Linton, 816 çalışanla yaptığı çalışmada, zayıf bir psikososyal çalışma ortamı stresinde bile uyku sorunu geliştirme riskinin iki katına çıktığını bildirmiştir.^[27] Çalışmamızdaki araştırma görevlilerinin çalışma yaşamına ait sosyal ve fiziksel koşulların uyku kalitesi üzerinde çok önemli etkilerinin olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmanın tek hastanede yapılmış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Bu çalışmada, pandemide görev almanın tükenmişlik alt boyut puanlarını arttırdığı saptanmıştır. Salgınların en ön safında yer alan araştırma görevlilerine hastalık ve salgınla baş etme yöntemleri ile ilgili bilgilendirici eğitimler verilmesi önerilmektedir. Araştırma görevlilerinin uyku kalitesi kötüleştikçe tükenmişlik puanlarının arttığı görülmüştür ve günlük çalışma süresi 8 saatin, haftalık çalışma süresi 45 saatin üzerinde olanların uyku kalitesi daha kötü ve tükenmişlik puanları daha yüksek olarak belirlenmiştir. Hastaların sağlığından sorumlu geleceğin uzman doktoru olacak araştırma görevlilerinin tükenmişlik ve uyku kalitesi yönüyle yakından takip edilmesi, profesyonel destek ihtiyacı olan araştırma görevlilerine zamanında gereken desteğin verilmesi sağlanmalı, çalışma saatleri ve nöbetler araştırma görevlilerinin ruh ve beden sağlığını etkilemeyecek bir şekilde planlanmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Selçuk Üniversitesi Yerel Etik Kurulu'ndan onay alındı (27.01.2021 - 2021/26).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Selçuk University Local Ethics Committee (27.01.2021 - 2021/26).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Unger JP. Physicians' burnout (and that of psychologists, nurses, magistrates, researchers, and professors)for a control program. *Int J Health Serv* 2020;50;73-81.
2. Stewart NH, Arora VM. The impact of sleep and circadian disorders on physician burnout. *Chest* 2019;156;1022-30.
3. Kancherla BS, Upender R, Collen JF, et al. What is the role of sleep in physician burnout? *J Clin Sleep Med* 2020;16;807-10.
4. Freudenberg HJ. Staff burn-out. *J Social Issues* 1974;30;159-65.
5. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: Contributors, consequences and solutions. *J Intern Med* 2018;283;516-29.
6. Ergin C. 1992. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. VII. Ulusal Psikoloji Kongresi, Ankara, Türkiye.
7. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res* 1989;28;193-213.
8. Ağargün M, Kara H, Anlar O. Pittsburgh uyku kalitesi indeksinin geçerliği ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Derg* 1996;7;107-15.
9. Lasalvia A, Amaddeo F, Porru S, et al. Levels of burnout among healthcare workers during the COVID-19 pandemic and their associated factors: a cross-sectional study in a tertiary hospital of a highly burdened area of north-east Italy. *BMJ Open* 2021;11;e045127.
10. Kılıç OHT, Anıl M, Varol U, et al. Factors affecting burnout in physicians during COVID-19 pandemic. *Ege J Med* 2021;60;136-44.
11. Beyhan S, Güneş Y, Türktan M, Özcengiz D. Doğu Akdeniz bölgesindeki anestezi hekimlerinde tükenmişlik sendromunun araştırılması. *Türk J Anaesth Reanim* 2013;41;7-13.
12. Trockel MT, Menon NK, Rowe SG, et al. Assessment of physician sleep and wellness, burnout, and clinically significant medical errors. *JAMA Netw Open* 2020;3;e2028111.
13. Turalde CWR, Espiritu AI, Macinas IDN, Jamora RDG. Burnout among neurology residents during the COVID-19 pandemic: a national cross-sectional study. *Neurol Sci* 2022;43;1503-11.
14. Mendelsohn D, Despot I, Gooderham PA, Singhal A, Redekop GJ, Toyota BD. Impact of work hours and sleep on well-being and burnout for physicians-in-training: the resident activity tracker evaluation study. *Med Educ* 2019;53;306-15.
15. Shanafelt TD, West CP, Sinsky C, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general US working population between 2011 and 2017. *Mayo Clin Proc* 2019;94;1681-94.
16. Treluyer L, Tourneux P. Burnout among paediatric residents during the COVID-19 outbreak in France. *Eur J Pediatr* 2021;180;627-33.
17. Khalafallah AM, Lam S, Gami A, et al. A national survey on the impact of the COVID-19 pandemic upon burnout and career satisfaction among neurosurgery residents. *J Clin Neurosci* 2020;80;137-42.
18. Barreto TM, Tavares MR, Azi ML, Azi LM, Sadgursky D, Alencar D. Impact of the COVID-19 Pandemic in the prevalence of burnout among residents in orthopedics. *Rev Bras Ortop* 2021;57;159-66.
19. Ardic K, Polatçı S. Tükenmişlik sendromu ve madalyonun öbür yüzü: İşle bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 2009;0;21-46.
20. Turgut N, Karacalar S, Polat C, ve ark. Uzmanlık eğitimindeki doktorlarda tükenmişlik sendromu. *Türk J Anaesthesiol Reanim* 2016;44;258-64.
21. Blanchard P, Truchot D, Albiges-Sauvin L, et al. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: a comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur J Cancer* 2010;46;2708-15.
22. Nicholls M. Cardiologists and the burnout scenario. *Eur Heart J* 2019;40;5-6.
23. Boivin DB, Boudreau P. Impacts of shift work on sleep and circadian rhythms. *Pathol Biol* 2014;62;292-301.
24. Eyüpoğlu A, Ünlüoğlu İ, Bilgin M, Bilge U. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi araştırma görevlisi hekimlerin uyku kalitelerinin ve uyku kalitelerine etki edebilecek faktörlerin değerlendirilmesi. *OTD* 2019;41;304-14.
25. Valente F, Batista C, Simões V, Tomé I, Carrilho A. Quality of sleep among Portuguese anaesthesiologists: A cross-sectional study. *Acta Med Port* 2019;32;641-6.
26. Costa C, Mondello S, Micali E, et al. Night shift work in resident physicians: does it affect mood states and cognitive levels? *J Affect Disord* 2020;272;289-94.
27. Linton SJ. Does work stress predict insomnia? A prospective study. *Br J Health Psychol* 2004;9;127-36.

Sosyodemografik Özelliklerin ve İçme Suyu Tercihinin Renal Sistemde Taş Oluşumuna Etkisi*

The Effect of Sociodemographic Characteristics and Drinking Water Preference on Stone Formation in The Renal System

Gül Kaya[®], Habibe İnci[®], Ahmet Kaya[®], Burcu Korkut[®]

Atf/Cite as: Kaya G, İnci H, Kaya A, Korkut B. Sosyodemografik özelliklerin ve içme suyu tercihinin renal sistemde taş oluşumuna etkisi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(3):63-68.

ÖZ

Amaç: İnsani tüketim amaçlı su, orijinal hâliyle ya da işlendikten sonra insanların her türlü gereksinimleri için kullanıma sunulan sulardır. Bu çalışmada, bireylerin sosyodemografik özelliklerinin ve içme suyu tercihlerinin böbrek taşı oluşumuna etkisinin incelenmesi planlandı.

Yöntem: Kesitsel özellikteki bu çalışmaya 2020 yılında, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18-55 yaş arasındaki 237 hasta dâhil edildi. Çalışmaya, son altı ay içinde herhangi bir nedenle böbrek ultrasonografisi (USG) yaptırmış olan bireyler dâhil edildi. Diabetes mellitus (DM), hipertansiyon (HT), akut ve kronik böbrek yetmezliği (ABY ve KBY) hastaları çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek gibi sosyodemografik özellikleri, kullandıkları içme suyu çeşidi, günlük tüketilen ortalama su miktarı, hazır su kullananların su tercihine etki eden kriterler ve ultrasonografi sonuçları kaydedildi. Elde edilen verilerin normallik testlerinde iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişki ki-kare analizi ile incelendi.

Bulgular: Katılımcıların %51,1'i erkek, %38,8'i ilkököl mezunu, %38,8'i işsiz, %67,5'i evliydi. Yüzde 79,2'si apartmanda oturuyor, %55,5'i 3-4 kişiden oluşan aile yapısına sahipti. İçme suyu olarak %40,1'inin hazır su tercih ettiği saptandı. Katılımcıların ultrasonografisinde, %14,8 oranında böbrektaş saptandı. Taş saptanan bireylerin %17,2'si kadın, %19,6'sı ilkököl mezunu, %18,8'i serbest meslek çalışanı, %33,3'ü dul/boşanmıştı. Taş belirlenen bireylerin %26'sı içme suyu olarak çeşme suyu kullanıyordu. Yaş arttıkça böbrek ultrasonografisinde taş olma olasılığı anlamlı derecede artıyordu.

Sonuç: Renal sistemde taş saptanan bireylerin daha yüksek oranda kadın cinsiyette, ilkököl mezunu, dul/boşanmış olup, içme suyu olarak çeşme suyu tükettiği saptandı. İçme suyu tüketimi açısından çeşme suyunun analizinin yapılmış olmasına dikkat edilmelidir. Güvenilirlik şartlarını sağlamayan kaynaklardan su tüketimi yapılmamalı ve uygunluğu en yüksek olan su kaynağına yönelmelidir.

Anahtar kelimeler: içme suyu kaynakları, böbrek taşı, böbrek USG, sosyodemografik özellikler

ABSTRACT

Objective: Water for human consumption is water that is used for all kinds of human needs in its original form or after processing. In this study, it was planned to examine the effect of sociodemographic characteristics and drinking water preferences of individuals on kidney stone formation.

Methods: In this cross-sectional study, 237 patients aged 18-55 years who applied to Karabük Training and Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinic in 2020 were included. Individuals who had undergone renal ultrasonography (USG) for any reason in the last six months were included in the study. Patients with diabetes mellitus (DM), hypertension (HT), acute and chronic renal failure (AKI and CRF) were excluded. Sociodemographic characteristics of the participants such as age, gender, occupation, the type of drinking water they used, the average amount of water consumed per day, the criteria affecting the water preference of those using ready-to-drink water and ultrasonography results were recorded. Mann-Whitney U test was used for two-group comparisons and Kruskal-Wallis H test was used for comparisons with three or more groups. The relationship between categorical variables was analyzed by Chi-Square analysis.

Results: 51.1% of the participants were male, 38.8% were primary school graduates, 38.8% were unemployed, 67.5% were married, 79.2% lived in an apartment building, 55.5% had a family structure consisting of 3-4 people. 40.1% of the participants preferred ready-to-drink water. Ultrasonography of the participants revealed that 14.8% had urinary calculi. Of the individuals with stones, 17.2% were female, 19.6% were primary school graduates, 18.8% were self-employed, and 33.3% were widowed/divorced. Among the individuals with stones, 26% used tap water as drinking water. The likelihood of stones in renal ultrasonography increased significantly with increasing age.

Conclusion: It was found that the individuals with stones in the renal system were more likely to be female, primary school graduates, widowed/divorced and consumed tap water as drinking water. In terms of drinking water consumption, it should be paid attention that tap water has been analyzed. Water should not be consumed from sources that do not meet the reliability conditions and the water source with the highest suitability should be preferred.

Keywords: Drinking water sources, kidney stone, kidney USG, sociodemographic characteristics

Telif hakkı © 2023 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

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

Copyright © 2023 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 21.06.2023

Accepted/Kabul: 03.09.2023

Publication date: 30.09.2023

Corresponding Author:

B. Korkut

ORCID: 0000-0002-0296-9144

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile

Hekimliği Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

✉ burcukorkut@karabuk.edu.tr

G. Kaya

ORCID: 0000-0001-7493-9932

Marmaris Devlet Hastanesi,

Muğla, Türkiye

H. İnci

ORCID: 0000-0003-2883-259X

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Dahili Tıp Bilimleri Bölümü, Aile

Hekimliği Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

A. Kaya

ORCID: 0000-0003-1391-7769

Marmaris Devlet Hastanesi,

Muğla, Türkiye

Bu makale 4. Uluslararası Karadeniz Modern Bilimsel Araştırmalar Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulmuştur. Bu makale bir uzmanlık tezinden üretilmiştir.

GİRİŞ

Böbreklerin görevi vücuttaki elektrolitlerin, suyun ve solitlerin selektif tutulumu ve atılımı ile idrar oluşturarak vücuttaki fizyolojik dengeyi sağlamaktır.^[1] Nefrolitiazis böbrekte, üreterolitiazis üreterde, sistolitiazis mesanede taş oluşumudur.^[1] Son yıllardaki rafine gıda ve modern diyet nedeniyle toplumda taş görülme sıklığı yaklaşık %10-15'e yükselmiştir. Yaş, cinsiyet, beden kitle indeksi, fiziksel aktivite, ırk, iklim ve günlük su alımı gibi faktörler taş oluşumunu etkilemektedir.^[2] Atılan idrar hacmi 1L/g'ün altına indiğinde taş riski önemli derecede artar.^[1] Görüntüleme yöntemlerinin kullanımının artması ile asemptomatik taş hastalığı tanısı artmıştır. Erkeklerde kadınlara göre dört kat daha sık görülmektedir. Erkeklerin %10'ununda, kadınların %3'ünde yaşamlarının bir döneminde böbrek taşı oluşmaktadır.^[3] Taş hastalığı %80 oranında yineler ve ne kadar genç yaşta görülürse o kişide yineleme riski daha da artar. Sağlıklı bireylerde %90-95 oranında taş kendiliğinden düşer.^[4]

Su vücutta; sindirim, dolaşım, metabolizma ve hücre içi-dışı konsantrasyonun dengelenmesinde görevlidir.^[5,6] Yetişkin bir insan günde ortalama 2,5 litre su tüketmelidir. İçme suyu magnezyum, demir, çinko, kalsiyum, bakır, lityum ve flor gereksiniminin %10 kadarını karşılar.^[7,8] Sağlıklı su; insan sağlığına zararlı kimyasal madde ve hastalık yapan mikroorganizmaların olmadığı ve sağlık için gereken mineralleri içeren sudur.^[8] Sanayileşme ve nüfus artışı ile içilebilir ve kullanılabilir su kaynakları azalmıştır.^[9] Bu nedenler insanların içme suyu tercihlerini değiştirmesiyle sonuçlanmıştır ve insanlar içmek için artezyen su, kaynak suyu, şebeke suyu, hazır su ve arıtılmış su tercih etmektedir.^[10] Sağlık Bakanlığı tarafından sağlıklı su parametreleri; renk, bulanıklık, tat, koku, demir, manganez, bakır, çinko, kalsiyum, magnezyum, sülfatlar, klorürler, pH, fenolik gruplar, magnezyum-sodyum sülfat olarak belirtilmiştir.^[11]

Bu çalışmada, Karabük'te yaşayan bireylerin sosyodemografik özellikleri ve içme suyu tercihinin böbrek taşı oluşumuna etkisini incelemek amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Ketistel özellikteki bu araştırma, 01.01.2020-31.12.2020 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve

Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 18-55 yaş arasındaki 237 bireyin sosyodemografik özellikleri ve içme suyu tercihinin böbrek taşı oluşumuna etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır. Karabük Üniversitesi, Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne 2020 yılında başvuran ve herhangi bir nedenle böbrek USG yapılmış olan hastalar çalışmaya dâhil edildi. Hipertansiyon, diabetes mellitus, akut veya kronik böbrek yetmezliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek gibi sosyodemografik özellikleri, kullandıkları içme suyu çeşidi, günlük tüketilen ortalama su miktarı, hazır su kullananların su tercihine etki eden kriterler ve ultrasonografi sonuçları kaydedildi.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22 paket programı aracılığı ile analiz edildi. Elde edilen verilerin normallik testleri sonuçlarına göre iki gruplu karşılaştırmalarda Mann-Whitney U testi, üç ve daha fazla gruplu karşılaştırmalarda ise Kruskal-Wallis H testi kullanıldı. Kategorik değişkenler arasındaki ilişkiye ise ki-kare analizi ile test edildi. Risk katsayısı olarak OR(Odds-Ratio) değerleri hesaplandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Araştırma, Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 27.08.2020 tarihli toplantısında onaylanmıştır (Karar No. 2020/311). Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü.

BULGULAR

Çalışmaya 2020 yılında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran 237 kişi dâhil edildi. Katılımcıların %51,1'i erkek, %67,5'i evli, %34,6'sı üniversite mezunu, %70,9'u şehir merkezinde oturur, %79,2'si apartmanda yaşar durumdaydı (Tablo 1).

Çalışmaya dâhil edilen bireylerin içme suyu olarak en fazla tükettikleri su çeşitlerinin ilk üçü sırasıyla; %40,1 oranı ile hazır su, %19,4 oranıyla çeşme suyu ve %16,0 oranıyla arıtma suyuydu (Tablo 2).

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile içme suyu tercihlerinin böbrek taşı oluşumuna etkisi gösterilmiştir. Cinsiyet, eğitim durumu, meslek, medeni hâl, yaşanan

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.

		n	%
Cinsiyet	Erkek	121	51,1
	Kadın	116	48,9
	Toplam	237	100,0
Eğitim	Üniversite	82	34,6
	Lise	63	26,6
	İlkokul	92	38,8
	Toplam	237	100,0
	Meslek	Ev Hanımı	4
Memur		36	15,2
İşçi		54	22,8
Serbest		32	13,5
Emekli		11	4,6
İşsiz		92	38,8
Öğrenci		8	3,4
Toplam		237	100,0
Medeni durum	Evli	160	67,5
	Bekar	69	29,1
	Boşanmış	8	3,3
	Total	237	100,0
Yaşanan yer	İl	168	70,9
	İlçe	49	20,7
	Köy	20	8,4
	Toplam	237	100,0
Ev tipi	Apartman	187	79,2
	Müstakil	49	20,8
	Toplam	236	100,0
Evde yaşayan kişi sayısı	1-2 Kişi	62	26,2
	3-4 Kişi	131	55,5
	≥5 Kişi	43	18,2
	Toplam	236	100,0

yer, içme suyu tercihi, evde yaşayan kişi sayısı ve aylık gelir düzeyleri ile böbrekte taş olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (sırasıyla $p=0,386$, $p=0,184$, p yok, p yok, $p=0,364$, $p=0,098$, $p=0,976$, $p=0,463$ ve $p=0,442$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışma sonucunda saptanan böbrek taşı görülme oranı ile ülkemizde renal taş görülme oranı benzerlik göstermektedir.^[12] Zeng ve ark.'nın Çin'de 9.310 gönüllüde yapılan tanısal ultrasonografi (USG) sonucunda böbrek taşı görülme oranı daha düşük saptanmıştır.^[13] Çalışma sonuçları arasındaki farklılık katılımcıların sayısından ya da sosyodemografik özellikleri ile beslenme alışkanlıklarının değişikliğinden kaynaklanmış olabilir.

Zeng ve ark. çalışmalarında, böbrek taşı görülme oranını erkeklerde daha yüksek bulmuşlardır.^[13] Çalışmamızda

Tablo 2. Katılımcıların Tercih Ettikleri İçme Suyu Çeşidi.

		n	%
İçme Suyu Çeşidi	Kaynak suyu	24	10,1
	Karışık	34	14,3
	Hazır su	95	40,1
	Çeşme Suyu	46	19,4
	Aritma suyu	38	16,0
	Toplam	237	100,0

ise kadınlarda böbrek taşı görülme oranı daha yüksekti. Bu durum farklı demografik ve kültürel etkilerin böbrekte taş oluşumuna etki ettiğini düşündürmektedir.

Zeng ve ark. böbrek taşı prevalansını yaş ile doğru orantılı olarak arttığını saptamışlardır.^[13] Almanya'da yapılan iki ayrı çalışmada, yaş arttıkça böbrek taşı görülme oranının arttığı saptanmıştır.^[14,15] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde böbrek ultrasonografisinde taş saptanma oranının yaş ile anlamlı şekilde arttığı görülmüştür. Bunun nedeni, yaş arttıkça böbrek fonksiyonlarındaki azalma olabilir.

Zeng ve ark. araştırmalarında, eğitim süresi ve gelir düzeyi ile böbrek taşı prevalansı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını, ancak gelir düzeyi arttıkça böbrek taşı oluşum oranının düştüğünü bildirmişlerdir.^[13] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim seviyesi ve gelir düzeyi ile böbrek taşı görülme oranı arasında anlamlı bir ilişki olmamakla birlikte, üniversite mezunlarında ve gelir düzeyi yüksek olanlarda böbrek taşı daha düşük oranda saptanmıştır. Gelir düzeyi ve eğitim seviyesi arttıkça hazır su kullanım oranının da artması bu duruma neden olmuş olabilir.

Bal ve ark.'nın yaptığı çalışmada, kadın cinsiyette hazır su kullanımının daha fazla olduğu saptanmıştır.^[16] Ener ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da hazır su tercihinde kadın ve erkek cinsiyet arasında fark bulunmuş ve kadınların daha fazla hazır su tükettiği belirlenmiştir.^[17] Çalışmamızda ise iki cinsiyetin hazır su tercihi arasında fark saptanmamıştır. Çalışma sonuçları arasındaki farklılıkların sosyoekonomik ve sosyokültürel faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bal ve ark. ile Til ve ark.'nın ayrı ayrı yaptıkları çalışmalarda, eğitim düzeyi arttıkça hazır su tercihinin arttığı saptanmıştır.^[16,18] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde eğitim seviyesi ile hazır su kullanımı arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur. Eğitim seviyesi arttıkça güvenli ve bilinçli su tüketiminin bu duruma neden olduğu düşünülebilir.

Tablo 3. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve İçme Suyu Tercihlerine Göre Renal Sistemde Taş Saptanması Durumu.

		Böbrek USG						Ki-Kare Analizi	
		Taş yok		Taş var		Toplam		Ki-Kare	p
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Erkek	106	87,6	15	12,4	121	100,0	0,78	0,386
	Kadın	96	82,8	20	17,2	116	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		
Eğitim	Üniversite	74	90,2	8	9,8	82	100,0	3,3	0,184
	Lise	54	85,7	9	14,3	63	100,0		
	İlkokul	74	80,4	18	19,6	92	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		
Meslek	Ev Hanımı	4	100,0	0	0,0	4	100,0	-	-
	Memur	31	86,1	5	13,9	36	100,0		
	İşçi	46	85,2	8	14,8	54	100,0		
	Serbest	26	81,3	6	18,8	32	100,0		
	Emekli	9	81,8	2	18,2	11	100,0		
	İşsiz	78	84,8	14	15,2	92	100,0		
	Öğrenci	8	100,0	0	0,0	8	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		
Medeni hal	Evli	134	83,8	26	16,3	160	100,0	-	-
	Bekar	62	89,9	7	10,1	69	100,0		
	Boşanmış	2	66,7	1	33,3	3	100,0		
	Dul	4	80,0	1	20,0	5	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		
Yaşanan yer	İl	143	85,1	25	14,9	168	100,0	2,02	0,364
	İlçe	40	81,6	9	18,4	49	100,0		
	Köy	19	95,0	1	5,0	20	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		
İçme Suyu Çeşidi	Kaynak suyu	20	83,3	4	16,7	24	100,0	7,8	0,098
	Karışık	29	85,3	5	14,7	34	100,0		
	Hazır su	87	91,6	8	8,4	95	100,0		
	Çeşme Suyu	34	73,9	12	26,1	46	100,0		
	Aritma suyu	32	84,2	6	15,8	38	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		
Evde yaşayan kişi sayısı	1 Kişi	18	94,7	1	5,3	19	100,0	3,7	0,436
	2 Kişi	38	88,4	5	11,6	43	100,0		
	3 Kişi	44	81,5	10	18,5	54	100,0		
	4 Kişi	67	87,0	10	13,0	77	100,0		
	5+ Kişi	34	79,1	9	20,9	43	100,0		
	Toplam	201	85,2	35	14,8	236	100,0		
Aylık Gelir	Gelir gıderden az	15	83,3	3	16,7	18	100,0	-	0,442
	Gelir gıdere eşit	179	75,5	32	13,5	211	100,0		
	Gelir gıderden fazla	8	100,0	0	0,0	8	100,0		
	Toplam	202	85,2	35	14,8	237	100,0		

İçme suyu tercihlerinin araştırıldığı çalışmalardan biri Uzundumlu ve ark.'ı tarafından Erzurum'da yapılmış olup, içme suyu olarak en fazla şebeke suyunun tüketildiği saptanmıştır.^[19] Boyraz Konya'da yaptığı bir çalışmada, katılımcıların içme suyu tercihlerini karşılaştırmış ve en fazla tatlı çeşme suyunun kullanıldığını belirlenmiştir.^[20] Til ve ark.'ı Denizli ilinde 656 gönüllü ile yaptıkları çalışmada, içme suyu olarak ilk sırada hazır su tüketiminin olduğunu saptamışlardır.^[18]

Karakuş ve ark.'nın 472 katılımcı ile yaptıkları çalışmada, gönüllülerin $\frac{3}{4}$ 'ünün içme suyu olarak hazır suyu tercih ettiği belirlenmiştir.^[21] Bal ve ark.'nın Tokat'ta yaptığı çalışmada ise hazır su kullanım oranı yine içme suyu olarak birinci sırada yer almıştır.^[16] Benzer şekilde bizim çalışmamızda da katılımcıların içme suyu tercihlerinde hazır su kullanım oranı ilk sırada yer almıştır. Bu durum bölgesel farklılıkların tüketilen su tercihinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Bal ve ark.'nın çalışmasında, hane halkının 4 kişi ve daha az olanlarda daha yüksek oranda hazır su kullanıldığı saptanmıştır^[16] Boyraz'ın yaptığı çalışmada, hanede yaşayan kişi sayısı 3 veya daha fazla olanlarda hazır su tüketiminin anlamlı olarak azaldığı bildirilmiştir.^[20] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde hazır su kullanım oranının hane halkı 2 kişi ve daha az olanlarda anlamlı düzeyde yüksek, hane halkı 5 kişi ve daha fazla olan grupta ise belirgin oranda düşüp olduğu saptanmıştır. Bu durum, kişi başına düşen gelir miktarının içme suyu tercihinin etki ettiğini düşündürmektedir.

Bal ve ark. yaptıkları çalışmada, şehir merkezinde yaşayanların hazır suyu içme suyu olarak daha fazla tercih ettiklerini belirlemişlerdir.^[16] Benzer şekilde çalışmamızda da şehir merkezinde yaşayanların hazır su tüketimi daha yüksek düzeyde saptanmıştır. Bunun nedeni, şehir merkezinde yaşayanların hazır su seçeneğine daha kolay ulaşması olabilir.

Çalışmanın kısıtlılıkları; araştırmaya katılan hasta sayısının pandemi dönemi olması nedeniyle düşük olması ve USG tetkikinde 4 mm'den küçük taşların belirlenememesi olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan, böbrek taşı oluşumuna neden olabilecek genetik yatkınlık, ilaç kullanım öyküsü ve içme suyu dışında kalan beslenme alışkanlıkları gibi önemli faktörler sorgulanamamıştır ve çalışmanın kısıtlılıkları içinde sayılabilir. Ancak; içme suyu çeşidi ile böbrek ultrasonografisi sonuçlarını ve böbrek taşı varlığını bir arada değerlendiren ender özgün çalışmalardan birisi olması çalışmayı değerli kılmaktadır.

SONUÇ

Çalışmamızda, hem hastaların su tercihinin etkileyen faktörler hem de içtikleri suyun ve sosyodemografik özelliklerin böbrek taşı oluşumu üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Yaşın artması ve çeşme suyu kullanımının varlığında böbrek taşı oluşumu daha yüksek oranlarda saptanmış olup, istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşmak için çok merkezli, prospektif ve kohort özellikte daha fazla sayıda çalışmaya gereksinim vardır.

Etik Kurul Onayı: Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (27.08.2020 - 2020/311).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Karabük University, Faculty of Medicine, Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (27.08.2020 - 2020/311).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Arınsoy T, Güngör Ö, İ. Koçyiğit. Böbrek Fizyopatolojisi. Türk Nefroloji Derneği, İstanbul, 2017.
2. Wald R. Urinalysis in the diagnosis of kidney disease. 2023.
3. Hill DR, Stickell HN. Brandon/Hill selected list of print books and journals for the small medical library. Bulletin of the Medical Library Association 2001;89(2):131.
4. Bridgen ML, Edgell D, McPherson M, Leadbeater A, Hoag G. High incidence of significant urinary ascorbic acid concentrations in a west coast population-implications for routine urinalysis. Clinical Chemistry 1992;38(3):426-31.
5. Armstrong LE, Muñoz CX, Armstrong EM. Distinguishing low and high water consumers-A paradigm of disease risk. Nutrients 2020;12(3):858.
6. Yılmaz M, Kara İ, Poyraz B, Mayda AS. Konuralp beldesinde içme sularının elementer analizi ve içerdiği ağır metaller: şebeke suyu, doğal kaynak suyu ve zembem suyunun karşılaştırılması. Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(3):54-8.
7. Güler Ç, Çobanoğlu Z. Su kalitesi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 1997.
8. Yaşayanca Ö, Zülfüoğulları C, Ser Demir E, Özelce S. Köy sağlık evlerinde çalışan sağlık personelinin ambalajlanmış su hakkında bilgi tutum ve davranışları. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2017;157.
9. Çeber K, Aslan G, Otağ F, vd. Mersin ilinde içme suyu, kullanma suyu, atık su ve deniz sularında Cryptosporidium spp. oöhistlerinin araştırılması. Türkiye Parazitolojisi Dergisi 2005;29:224-8.
10. Durduran Y, Uyar M, Boyraz YK, Demir LS, Özlen T, Şahin TK. Drinking Water Usage Preferences of Women Who Apply to Family Health Centers in Meram District of Konya City Center. Turkish Bulletin of Hygiene and Experimental Biology 74(Suppl.: Su Kongresi):125-30.
11. Begum A, Ramaiah M, Khan I, Veena K. Analysis of heavy metals concentration in soil and lichens from various localities of Hosur road, Bangalore, India. E-journal of Chemistry 2009;6(1):13-22.
12. Türker PF. Nefrolitiazis ve Beslenme. Kronik Böbrek Yetmezliği ve Beslenme Özel Sayısı, 2017.
13. Zeng G, Mai Z, Xia S, et al. Prevalence of kidney stones in China: an ultrasonography based cross-sectional study. BJU International 2017;120(1):109-16.
14. Sorokin I, Mamoulakis C, Miyazawa K, Rodgers A, Talati J, Lotan Y. Epidemiology of stone disease across the world. World J Urol 2017;35(9):1301-20.
15. Adayener C, Akyol I, Sen B, Ates F, Baykal K, Iseri C. The evaluation of biochemical risk factors for recurrent urinary stone disease. Turkish Journal of Urology 2007;33:205-12.
16. Bal ZE, Sayılı M, Gözener, B. Tokat İli Merkez İlçede Ailelerin Ekmek Tüketimleri Üzerine Bir Araştırma. JAFAG 2013;30(1):61-9.

17. Ener D, Sıpçık S, Işık K, Gün İ. Tıp fakültesi öğrencilerinin hazır su kullanma durumlarının değerlendirilmesi. Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi 2017;74(Ek sayı: Su Kongresi):119-24.
18. Til A, Topaloğlu S, Zencir M. Denizli ili çalışan nüfusun içme suyu tercihleri ve etkileyen faktörler. Uluslararası Katılımlı Ulusal Su ve Sağlık Kongresi. 26-30 Ekim 2015, Antalya, Türkiye.
19. Uzundumlu AS, Fakıoğlu Ö, Köktürk M, Temel T. Erzurum İlinde En Uygun İçme Suyu Tercihinin Belirlenmesi. Alınları Zirai Bilimler Dergisi 2016;30(1):1-7.
20. Boyraz YK. Meram ilçesinde ev tipi su arıtma cihazlarının içme suyu kalitesine etkisi. 2017.
21. Karakuş E, Lorcü F, Demiralay T. Ambalajlı Su Sektöründe Tüketici Tercihleri Ülkelerin Yakınlıklarının Değerlendirilmesi. Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi 2016;(17):103-28.

Kızamık Salgınına Dair Endişeler: Ulusal Aşı Takvimi Değişikliği ve Risk Altındaki Eksik Aşılı Çocuklar

Concerns over the Measles Outbreak: Change in the National Immunization Program and Children at Risk due to Missing Vaccines

Şenay Koçakoğlu¹, Harun Mesut Atmacaoğlu²

Atf/Cite as: Koçakoğlu Ş, Atmacaoğlu HM. Kızamık salgınına dair endişeler: Ulusal aşı takvimi değişikliği ve risk altındaki eksik aşılı çocuklar. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(3):69-70.

Sayın Editör,

Türkiye’de ve dünyada hızla artan kızamık vakaları nedeniyle bu konudaki bazı endişelerimizi dile getirmek isteriz.^[1] Aşılama hizmetlerinde, bireyleri korumanın yanı sıra hastalığı kontrol altına alarak yayılmasının önüne geçmek ve mümkünse de ortadan kaldırmak temel hedeflerdendir. Aşıların, bireylerin korunmaya ihtiyaç duyduğu ve yeterli immün yanıtı geliştirebileceği dönemde uygulanması esastır.^[2] Bilindiği üzere daha önceleri kızamık, kızamıkçık, kabakulak (KKK) ve difteri, aselüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio (DaBT-İPA) aşıları, ilköğretim birinci sınıf öğrencilerine okullarda İlçe Sağlık Müdürlükleri tarafından görevlendirilen aşı ekiplerince yapılmaktaydı. 2019 yılında ortaya çıkan yeni koronavirüs hastalığı (Covid-19) pandemisi nedeniyle Türkiye’de rutin aşı uygulamalarında bazı değişiklik ve düzenlemelere gidilmiştir. Bu bağlamda 6 Haziran 2020’de yayınlanan ‘Aşı Takvimi Değişikliği’ne dair kararlar ile okullarda aşı uygulaması sonlandırılmıştır. Güncel uygulamaya göre bahsi geçen aşılar hedef yaş grubu “48 ayına girmiş çocuklar”, aşıların uygulanacağı mekan ise “aile hekimliği birimleri” şeklinde yeniden tanımlanmıştır. Aynı kararlarda 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş olan ve halen ilköğretime başlamayanlardan oluşan, bu aşıların uygulanmadığı bir ara kohortun oluşacağı da öngörülmüştür. Bu gerekçeyle, takip eden üç eğitim ve öğretim dönemi boyunca (2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023) aşıların, birinci sınıfa yeni başlayan çocuklara yine okulda yapılması gerekliliği vurgulanmıştır.^[3] Oysa tanımlanan aralıktaki ilköğretim çocuklarına okullarda aşılanma yapılmadığı görülmektedir. Bu koşullar altında Türkiye’de yaşları 66 aydan başlamak üzere 72 ay ve üzerinde olan ve ilköğretime başlama yaşında olanlar arasında aşılan(a) mamış çocukların olması ihtimali oldukça yüksek olup 2014-2016 yılları doğan ve aşılarının 3 yıla yayılarak okullarda yapılması planlanan 4 milyon kadar çocuğun gerçek aşılanma oranlarının bilinmediği söylenebilir.^[4-7] Bu durum aile hekimliğini doğrudan ilgilendiren bir sorun teşkil etmektedir zira koruyucu sağlık hizmetlerini temel alan birinci basamakta, öncelikle bireylerin hastalık riskinden korunması ve tüm topluma yönelik olarak hastalık riskinin düşürülmesi hedeflenmektedir.^[8] Aşılama oranlarının yüksek tutulması ise bu hedefe ulaşmada en güvenli, etkili ve ucuz yöntem olarak kabul görmüştür.^[9]

Sonuç olarak koşullar gereği de olsa ani bir kararla KKK ve DaBT-İPA aşılarının yapılacağı kurum ve hedef yaş grubunun değiştirilmiş olması aşı uygulamalarında aksamalara neden olmuştur. Covid-19 pandemisi, savaşlar, doğal afetler ve göçler

Received/Geliş: 27.08.2023

Accepted/Kabul: 12.09.2023

Publication date: 30.09.2023

Corresponding Author:

Ş. Koçakoğlu

ORCID: 0000-0002-4155-3109

Harran Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Şanlıurfa, Türkiye

✉ senaykocakoglu@yahoo.com

H. M. Atmacaoğlu

ORCID: 0009-0006-0303-2835

Akabe Aile Sağlığı Merkezi,

Şanlıurfa, Türkiye

nedeniyle kızamık vakalarının hızla arttığı bu ortamda eksik aşılı çocukların risk altında olduğu aşıkardır. Aşı takvimi değişikliği nedeniyle hala aşılanamayan çocuklar henüz ilkokulu bitirmediklerinden dolayı, eksik aşılı çocukların aşılarının okullarda yapılmasına yönelik tarama ve aşılama uygulaması bu yıl yapılırsa sadece ilkokullarda, sonraki yıllara bırakılırsa ilkokulların yanısıra ortaokullarda da yapılması gerekecektir. Konuyla ilgili planlanmaların ivedilikle yapılarak hayata geçirilmesinin birey ve toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi noktasında kritik bir müdahale olduğu kanaatindeyiz.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization. Measles. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/measles> adresinden 26/08/2023 tarihinde indirilmiştir.
2. Vitrinel A, Erdağ GÇ. Aşı Uygulama İlkeleri. Türk Aile Hek Derg 2008;11(4):149-53.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aşı Takvimi Değişikliği. 2020. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/106649/0/asilama-takvimi-bakanlik-yazisipdf.pdf> adresinden 25/08/2023 tarihinde indirilmiştir.
4. Millî Eğitim Bakanlığı Okul Öncesi Eğitim ve İlköğretim Kurumları Yönetmeliği Madde:11/6. https://kumlu.meb.gov.tr/meb_iys_dosyalar/2019_09/03151303_meb-okul-oncesi-egitim-ve-ilkogretim-kurumlari-yonetmeligi.pdf adresinden 25/08/2023 tarihinde indirilmiştir.
5. Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri, 2015. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2015-21514> adresinden 25/08/2023 tarihinde indirilmiştir.
6. Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri, 2016. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dogum-Istatistikleri-2016-24647> adresinden 25/08/2023 tarihinde indirilmiştir.
7. Türkiye İstatistik Kurumu Doğum İstatistikleri, 2017. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Birth-Statistics-2017-27588> adresinden 25/08/2023 tarihinde indirilmiştir.
8. Ersoy E, Saatçı E. Periyodik sağlık muayenelerine genel bakış. Türk Aile Hek Derg 2017;21(2):82-9.
9. Toprak D, Köksal İ, Sargın M, Akan H. Erişkin aşılması, uygulamadaki sorunlar ve çözüm önerileri, aile hekimlerinin erişkin aşılamaındaki rolü. Türk Aile Hek Derg 2018;22(3):166-74.

2022'ye Genç Bir Bakış

A Young Look at 2022

Demet Yılmaz[®], Ali Öztürk[®], Halil Volkan Tekayak[®], Süheyla Atalay Kahraman[®], Rabia Eroğlu Kılaç[®], İkbal Hümay Arman[®]

Atıf/Cite as: Yılmaz D, Öztürk A, Tekayak HV, Atalay Kahraman S, Eroğlu Kılaç R, Arman İH. 2022'ye genç bir bakış. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(3):71-75.

European Young Family Doctors Movement (EYFDM); Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi, 2004 yılında Amsterdam'daki Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Avrupa Konferansı'ndan önce, genç doktorlar için düzenlenen Prekonferans Toplantısı'nda, benzer bir keşif yolculuğuna çıktığı için, ilk olarak Portekizli kâşif Vasco Da Gama adı ile başlatıldı. Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi, tam zamanlı aile hekimliği asistanları ve ilk beş yılındaki aile hekimliği uzmanları için oluşturulmuş ve Eylül 2005'te Kos'da düzenlenen WONCA Avrupa Konferansı'nda resmen başlatılmıştır. EYFDM etkinlikleri kapsamında 2006 yılından beri WONCA konferanslarının öncesinde yıllık prekonferanslar düzenlenmektedir. 2014 yılından itibaren ise her yıl EYFDM Forumları düzenlenmektedir. İlk EYFDM Forum 2014 yılında Barselona'da yapılmıştır. Ayrıca EYFDM, yıl içinde birkaç ayda bir Değişim Programları (Exchanges) düzenlemektedir. Katılımcılar; evrensel bağlamda bir aile hekimi olma, tüm dünyadan meslektaşlarıyla deneyimlerini ve vizyonlarını paylaşma, bakış açısını ve ufkunu genişleten; küresel düşünmesine ve bölgesel harekete geçmesine yardımcı olan bir anlayışla tanışma fırsatına sahip olmaktadır.

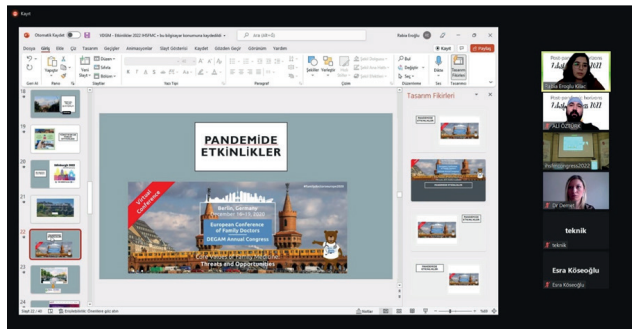
2022 yılında ülkemizde düzenlenen EYFDM etkinlikleri:

7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Aile Hekimliği Kongresi- 12 Şubat 2022

Uz. Dr. Demet Yılmaz- Küresel Düşün Bölgesel Harekete Geç! Vasco da Gama Hareketi Nedir?

Uz. Dr. Ali Öztürk- Farklı Ülkelerdeki Aile Hekimliği Sistemlerini Merak mı Ediyorsunuz? VdGM Değişim Programları

Uz. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç- Yılın Her Dönemi VdGM Etkinliklerine Katılmaya Ne Dersiniz?



Received/Geliş: 28.03.2023
Accepted/Kabul: 01.09.2023
Publication date: 30.09.2023

Corresponding Author:
D. Yılmaz

ORCID: 0000-0001-6119-1734
İstanbul Şişli 16 Nolu Aile Sağlığı
Merkezi, İstanbul, Türkiye
✉ demet-yilmaz@hotmail.com

A. Öztürk

ORCID: 0000-0003-4043-7840
İstanbul Kağıthane Şirintepe Aile
Sağlığı Merkezi, İstanbul, Türkiye

H. V. Tekayak

ORCID: 0000-0003-0022-3186
Adana Çukurova Kurttepe Aile
Sağlığı Merkezi, Adana, Türkiye

S. Atalay Kahraman

ORCID: 0000-0002-6847-7783
Denizli Merkezefendi Saraylar Aile
Sağlığı Merkezi, Denizli, Türkiye

R. Eroğlu Kılaç

ORCID: 0000-0002-7043-1530
Adana Aslan Ali Şenöz Aile Sağlığı
Merkezi, Adana, Türkiye

İ. H. Arman

ORCID: 0000-0003-1492-6763
Şanlıurfa Birecik İlçe Sağlık
Müdürlüğü, Şanlıurfa, Türkiye

11. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi- 26 Mart 2022

Oturum Başkanı: Uz. Dr. Hilal Toplu

Uz. Dr. Demet Yılmaz- Life After Pandemic: Adaption of Children and Adolescents Uz. Dr. Ali Öztürk-Patient Care Support by Traditional and Complementary Medicine During and After Pandemic

Oturum Başkanı: Uz. Dr. Alexandra Tsipou

Uz. Dr. Hilal Toplu-Uptrend in Family Medicine: Wellness

Uz. Dr. Marina Jotic Ivanovic-To Accelerate Cancer Screening After Extinction of Pandemic

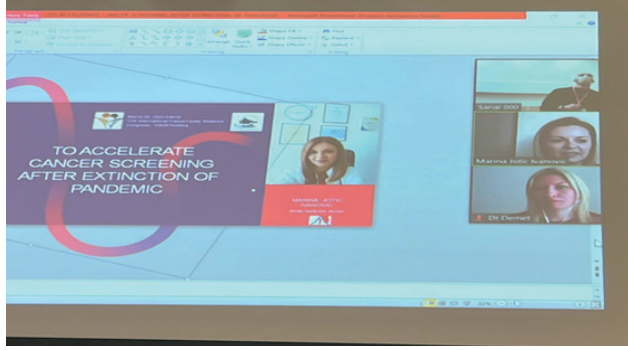
Oturum Başkanı: Uz. Dr. Ali Öztürk

Uz. Dr. Alexandra Tsipou- Revival of Palliative Care

Uz. Dr. Dimitrios Alepidis- The Last Days of Home Care Patients

Uz. Dr. Demet Yılmaz-Social Intelligence in Family Practice

Uz. Dr. Süheyla Atalay Kahraman-What Kind of Intelligence Does Young Family Doctors Have?



21. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi- 13 Mayıs 2022

Oturum Başkanı: Uz. Dr. Demet Yılmaz

Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak-What Awaits Young Family Doctors in The Digital Age?

Dr. Volkan Sönmez-Sustainability in Family Health Centers: Continuous Improvement Perspective

Oturum Başkanı: Uz. Dr. Süheyla Atalay Kahraman

Uz. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç-Artificial Intelligence in Family Practice

Dr. Sumia Fatima-Emotional Intelligence in Family Practice





16. Aile Hekimliği Güz Okulu- 14 Ekim 2022

EYFDM Etkinlik Koordinatörü Uz. Dr. Demet Yılmaz ve EYFDM Türkiye Başkanı Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak, WONCA ve EYFDM'yi, aile hekimliğine yeni başlayanlar için ayrıntılarıyla anlattı. EYFDM Değişim Programlarını, Ulusal Değişim Koordinatörü Uz. Dr. Ali Öztürk tüm detaylarıyla sundu. Exchange duyurusu başlığıyla bunların güncel olarak tüm detaylarıyla hem Facebook hem de Instagram sayfasından takip edilebileceğini ifade etti. Burslar ve Ödüller Koordinatörü Uz. Dr. Süheyla Atalay Kahraman ise exchanger ve host olarak yaşadığı "Hippokrates Değişimi" deneyimlerini anlattı.



21. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi- 27 Ekim 2022

Uz. Dr. Demet Yılmaz-Sağlıklı Aile Kavramının Önündeki En Önemli Engellerden Biri: Ebeveyn ve Eş Rollerini Karmaşası

Uz. Dr. Demet Yılmaz-Sağlıklı Aile İçin Sağlıklı Cinsel Yaşam

Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak-Değişen Dünyanın Mihenk Taşı: Seyahat Sağlığı

Uz. Dr. Ali Öztürk-Fonksiyonel Tıbbın Bütüncül Sağlığımızdaki Rolünün Ne Kadar Farkındayız?



2022 yılında Avrupa'da düzenlenen EYFDM etkinlikleri:

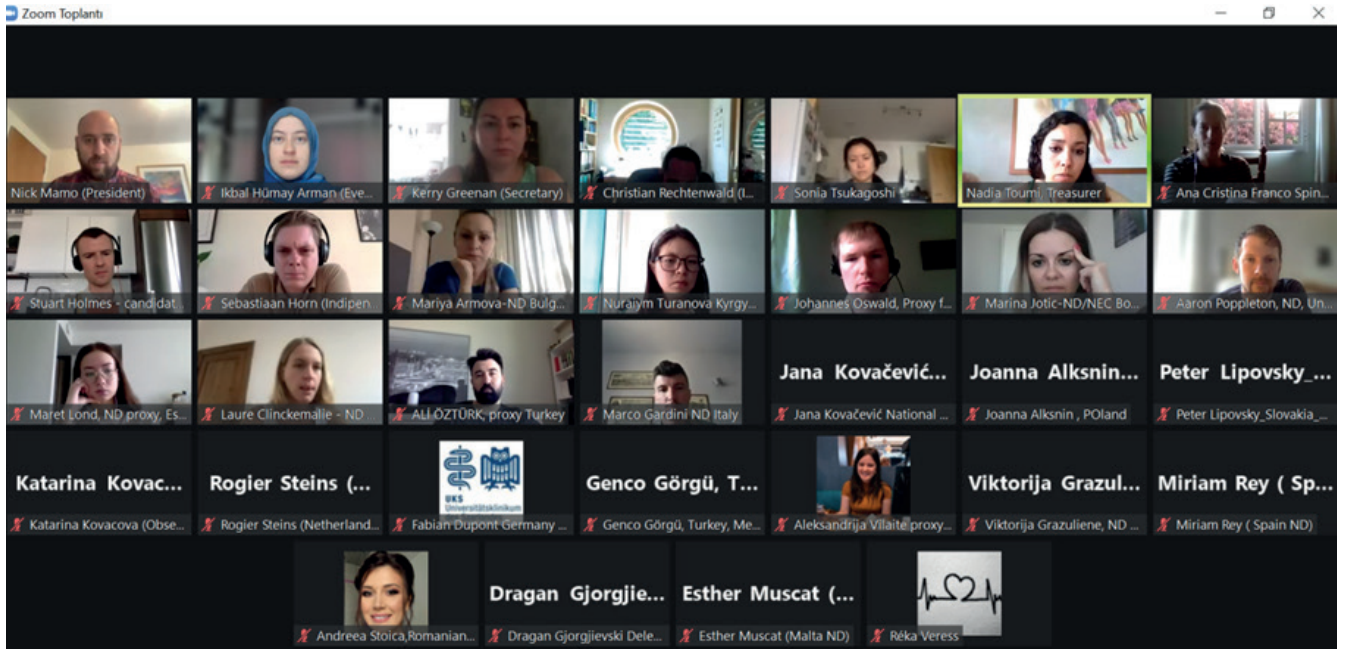
- Spice Route Değişim Hareketi Family Medicine 360 Degrees Değişimi-19 Mart 2022
- Paris-Fransa Konferans Değişim Programı- 21-26 Mart 2022
- Stavanger- Norveç Prekonferans Değişim Programı-20 Haziran 2022
- Bridge Project online- Kasım 2021- Haziran 2022

- Londra-UK Prekonferans Değişim Programı- 22-28 Haziran 2022
- Sevilla- İspanya Konferans Değişim Programı- 27 Haziran-2 Temmuz 2022
- Doboj- Bosna Hersek Konferans Değişim Programı- 8-11 Eylül 2022
- Balearic Palma de Mallorca- İspanya Konferans Değişim Programı-24-27 Ekim 2022

WONCA Avrupa bölgesine üye 45 ülkeden temsilcilerin katılımı ile gerçekleşen Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi'nin Avrupa Konseyi her yıl iki kere düzenlenmektedir. Olağan takvimde ocak ayında çevrimiçi bir toplantı ve WONCA Avrupa Konferansı öncesinde, pre-konferans sırasında, haziran ayında yüz yüze bir toplantı yapılmaktadır. European Young Family Doctors Movement, organizasyon iç tüzüğü uyarınca yönetim kurulu üyelerini üç yılda bir seçmektedir. Başkanlık için ise yeni dönem için seçilmiş başkanının ve geçen dönem başkanının görev periyotları da mevcuttur. Ocak 2022 yılında Forum kapsamında yapılan toplantıda, Etkinlikler Koordinatörü rolü için çıkılan çağrıya, ülkemizden Uz. Dr. İkbal Hümay Arman başvurmuş ve EYFDM yönetim kuruluna seçilmiştir. Haziran ayında yapılan toplantıda ise yeni başkan çağrısına adaylığını koyan, İngiltere'den Stuart Holmes seçilmiş ve başkan olmuştur. 2023 Haziran ayında, yönetim kurulundaki beş üye, görevini yeni üyelere devredeceği için, EYFDM'nin internet sitesi ve sosyal medya hesapları üzerinden yapacağı adaylık başvurusu çağrılarına kulak vermenizi öneriyoruz.

2022 yılına geniş ölçekte, WONCA Avrupa Konseyi ve Yönetim Kurulu perspektifinden baktığımızda, ülkemiz adına konseyde söz hakkı olan ülke temsilcimiz Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak'ı temsilen Ulusal Değişim Koordinatörümüz Uz. Dr. Ali Öztürk ve EYFDM yönetim kurulunda Etkinlikler Koordinatörü olarak görev yapan Uz. Dr. İkbal Hümay Arman'ın katılımları ile yapılan toplantılarda pek çok değişiklik ve yenilik olduğunu görmek mümkündür. Pandemi sürecinde yaşanan zorluklar nedeniyle bağımsız bir organizasyon olma gerekliliği konseyde tartışılmış ve onaylanmıştır. Kendi sponsorluk anlaşmalarını yapabilmesi ve böylece ekonomik özgürlük kazanılması için, bir ülkenin yasalarının bağladığı, kâr amacı gütmeyen kuruluş olma yolunda ilk adımlar atılmıştır. Yönetim kurulunun önerdiği ülkeler arasından, oy çokluğu ile Hollanda, hareketin tanınacağı ülke olarak seçilmiştir. 8. EYFDM Forum için teklifler alınmış ve Avusturya ekibinin teklifi konsey tarafından oylanarak 2024 yılında EYFDM Forumu'nun Viyana'da yapılmasına karar verilmiştir. Yönetim kurulundaki temsilcimiz Etkinlikler Koordinatörü Uz. Dr. İkbal Hümay Arman'ın iş birliği ile ev sahibi Avusturya organizasyon ekibi Forum için çalışmalara başlamıştır.

2024 WONCA Avrupa çalışmaları Dublin, İrlanda'da yavaş yavaş başlarken, 2023 WONCA Avrupa Konferansı Brüksel için tüm hazırlıklar yapılmıştır.



Bu yıl 28. WONCA Avrupa Konferansı 7-10 Haziran 2023 tarihleri arasında Belçika'nın başkenti Brüksel'de düzenlenmiştir. Her WONCA Avrupa Konferansı öncesinde olduğu gibi bu yıl da 6-7 Haziran 2023 tarihlerinde EYFDM Prekonferansı organize edilmiştir.

2022 yılı geride kalırken bir süredir üzerinde çalışılan ve online konseyde yapılan oylama ve tartışmalar neticesinde yapılan köklü değişikliklerle Vasco da Gama Movement ismi yerini European Young Family Doctors Movement'a; hepimizin artık aşına olduğu VdGM kısaltması da yerini EYFDM kısaltmasına bırakmıştır. Bu değişiklikler sonrası Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketinin logosu da aşağıdaki şekilde güncellenmiştir.



İsim, kısaltma ve logo değişimine hızla uyum sağlayan ekibimiz son güncellemeleri, 29 Temmuz 2022 tarihinde önce TAHUD Merkez Yönetim Kurulu'na, hemen ardından da ülkemizdeki aile hekimliği akademisyenlerine, uzmanlarına ve asistanlarına bilgi notu şeklinde iletmiş; kongrelerde yoğun ilgi gören EYFDM oturumlarında katılımcılara aktarmıştır.

EYFDM Türkiye ekibi olarak ülkemizde aile hekimliği ile ilgili düzenlenen her etkinlikte genç meslektaşlarımıza ulaşabilme çabası içerisindeyiz. EYFDM hakkında daha detaylı bilgi için lütfen eyfdm.eu ve tahud.org.tr internet adreslerini veya EYFDM Türkiye ekibine ait Facebook, Instagram (@eyfdmturkiye) ya da TAHUD Facebook grubu ile kurumsal e-posta gruplarını takip ediniz.

Berber uzak ufuklara açılmak dileğiyle,
EYFDM Türkiye Ekibi