

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **27** | Sayı
Issue **4** | Aralık
December **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 4

İmtiyaz Sahibi / Owner

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

Baş Editör / Editor in Chief

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

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

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

Yayının Türü / Publication Type

Yaygın Süreli Yayın /
International peer-reviewed journal

Yayıncı / Publisher

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /
Turkish Association of Family Physicians

Yayıncı Adres / Publisher Address

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

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

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

Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus, EBSCOHost,
TÜBİTAK 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

Menopozal Dönemdeki Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Arasında İlişki *The Correlation Between Symptoms In The Menopausal Period And Life Quality*

Güner Kurt, Güzin Zeren Öztürk, Gürsoy Burak Kurt 77

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Human Papillomavirüs ve Human Papillomavirüs Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Medical Faculty Students about HPV and HPV Vaccine

Rahime Yılmaz Özdemir, Kamile Marakoğlu, Muslu Kazım Körez 88

Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerde Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Sağlık Algısı ile İlişkisi

The Frequency of Eating Disorders in Individuals Applying to Family Medicine and its Relationship with Health Perception

Nur Demirbaş, Derya Işıklar Özberk, Ayşe Özlem Kılıçaslan 95

Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarda Üriner Sistem Enfeksiyon Etkenlerinin ve Antibiyotik Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Urinary Tract Infection Agents and Antibiotic Susceptibility in Patients Receiving Home Care

Nur Şimşek Yurt, Esra Böcek Aker, Erdiñç Yavuz 102

Sanal Aile Sağlığı Merkezi Kurma Deneyimi: Nitel Bir Araştırma

The Experience of Establishing a Family Health Center without Population and Service Building: A Qualitative Study

Bahadır Yazıcıoğlu, Tümay Kırıçoğlu, Hatice Öz, Muhammet Ali Oruç 109

Evlilik Uyumuna Bilişsel Esnekliğin Etkisi

The Effect of Cognitive Flexibility on Marital Adjustment

Gamze İmamoğlu, Ayşe Pınar Balakbabalar, Onur Öztürk 118

Haberler / News

Belçika Değişim Programı, European Young Family Doctors Movement (EYFDM) Prekonferansı ve WONCA Avrupa 2023 Konferansı Deneyimlerimiz

Our Experiences in Belgium Exchange Programme, European Young Family Doctors Movement (EYFDM) Preconference and WONCA Europe 2023 Conference

Gülşah Onur, Mehmet Ali Aslan 125

2023 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Doboş, Bosna Hersek Değişim Programı'ndan Arda Kalanlar

2023 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Doboş-Bosnia and Herzegovina Exchange Program Observations

Şeyma Handan Akyön 128



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

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

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

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

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

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

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

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

Örnek:

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

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

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Başka bir örnek verelim.

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Şekil, Tablo ve Resimler

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

KONTROL LİSTESİ

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

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

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

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

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

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

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

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

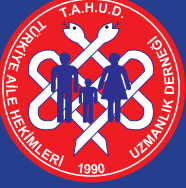
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

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

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

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

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



Editörden / Editorial

Savaş ve Aile Hekimliği

Değerli Okurlarımız,

7 Ekim 2023 tarihinden beri İsrail'in Gazze Şeridi'ne saldırılarında en az 8 bini çocuk, 6 bin 200'ü kadın olmak üzere, 20 binden fazla Filistinli öldürüldü, 52 bin 600'den fazla kişi de yaralandı. Gazze'deki 3412 yatak kapasitesine sahip 36 hastanenin 22'si işlemez durumda, hastanelerin, ambulansların bombalanması ve United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East (UNRWA) binaları dahil eğitim kurumlarının %51'den fazlasının bombalanması, sağlık çalışanlarının (300'den fazla) ve basın mensuplarının öldürülmesi, hastane, su depoları, oksijen dolmuş tesisleri, güneş enerjisi panelleri, jeneratörlerin hedef alınması, temel tıbbi malzeme, gıda, su, yakıt yokluğu, sağlık hizmetleri sunum sisteminin tam çöküşüne neden oldu. Ampütasyonların ve yanık debridmanlarının anestezi olmadan yapılmak zorunda kalınması, cep telefonlarının ışıkları ile ameliyat yapılması, kanserli hastalar için tedavi ve ağrı kontrolünün sağlanamaması, böbrek yetmezliği olan hastalar için diyaliz imkânı olmaması, diyabet ve diğer kronik hastalığı olanlar için tedavi imkânı olmaması gibi kabul edilemez durumlar yaşandı. Gazze Sağlık Bakanlığı, *Staph* enfeksiyonları, suçiçeği, döküntülü hastalıklar, üriner sistem enfeksiyonları, menenjit, kabakulak, uyuz, kızamık, gıda zehirlenmesinde artış görüldüğünü bildirdi. WHO, özellikle kanlı ishal, sarılık ve respiratuvar enfeksiyonlar konusunda kaygılı olduğunu dile getirdi. Gazze'de acil servislerin önceliğinin savaş yaralıları olması nedeniyle kronik hastalıklar ve acil olmayan vakalar vital tıbbi bakımdan mahrum kaldı. Bu durumun önlenemez fatalitelerde artış nedeniyle halk sağlığı üzerine ağır etkileri olacağı aşikâr.

TTB Dünya Tabipler Birliği Başkanı Dr. Margaret Mungherera'ya bir mektup yazarak İsrail'in saldırıları nedeniyle Gazze'de yaşanan insanlık trajedisine dikkat çekti. Mektupta Gazze Şifa Hastanesi'nde çalışan Norveçli doktor Mads Frederick Gilbert'in mektubuna değinildi. Filistin Halkı'nın yaşam hakkına ve sağlık hizmetlerine erişim hakkına yönelik çok ciddi kaygılarımızın olduğu, hastanelere ve diğer sağlık tesislerine, ambulanslara yönelik saldırıların uluslararası belgelere ve "çatışma durumunda sağlık hizmetlerinin korunması" prensiplerine aykırı olduğuna değinildi. Mektupta Dünya Tabipler Birliği'nden uluslararası kamuoyuna Gazze'deki sivil halka yönelik saldırıların durdurulması, sağlık hizmetlerinin korunması çağrısı yapıldı talebinde bulunuldu.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Gazze'ye yardım ve tıbbi destek malzemeleri göndermeye devam etmektedir.

WONCA Avrupa Yönetim Kurulu 27 Şubat 2022 tarihinde Ukrayna-Rusya savaşı konusunda bildirge yayınladı ancak Filistin-İsrail savaşı için henüz bir bildirge yayınlamadı. ABD, Norveç ve MSF (Médecins Sans Frontières) tarafından yapılan açıklamalar var.

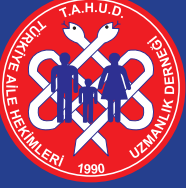
Tıpkı 1992-1995 yılları arasında yaşanan Bosna Savaşı'nda olduğu gibi savaş suçları işlenmesine ve uluslararası insani kuralların hiçe sayılmasına dünya seyirci kalmaya devam ediyor. Hekimler olarak bizler ilk görevimizin yaşam kurtarmak olduğunun bilinci ile en azından bu insanlık dışı olaylara sesimizi yükseltmemiz gerektiğine inancımızla acil ateşkes çağrısında bulunulmasına ve dünyanın hiçbir yerinde savaş suçlarının işlenmesine seyirci kalmamalıyız.

Kaynaklar

- 1-Hussam M, Samer A. State of the health care system in Gaza during the Israel-Hamas war. Lancet 16 Dec 2023 Vol 402 page: 2294.
- 2-Musa A, Crawley J, Haj-Hassan T, Inglis R, Maynard N. Gaza, 9 years on: a humanitarian catastrophe. Lancet 16 Dec 2023 Vol 402 page: 2293.
- 3- https://www.ttb.org.tr/haberarsiv_goster.php?Guid=674d76ea-9232-11e7-b66d-1540034f819c
- 4- <https://www.saglik.gov.tr/TR-100110/turkiye-gazzeye-yardim-ve-tibbi-destek-malzemeleri-gondermeye-devam-ediyor.html>
- 5-European Family Physicians appeal to STOP WAR. Published on 27 February 2022. <https://www.woncaeuropa.org/news/view/european-family-physicians-appeal-to-stop-war>

Bu sayının yayına hazırlanmasındaki katkıları için hakemlerimize ve editörlerimize çok teşekkür ederim. Yazarlarımızın ve okurlarımızın dergimize göstermiş oldukları ilgilerinin devam etmesi dileğiyle.

Prof. Dr. Esra Saatçı



Hakem Listesi / Reviewers List

Bu sayıda yer alan ve hala değerlendirme sürecinde olan makalelerin hazırlanmasında emeği bulunan hakemlerimize teşekkürlerimizi sunuyoruz*:

Erol Aktunç
Çiğdem Apaydın Kara
İsmail Arslan
Ali Timuçin Atayoğlu
Duygu Ayhan Başer
Ali Ramazan Benli
Fatma Gökşin Cihan
Şevin Demir
Mustafa Fevzi Dikici
Yusuf Adnan Güçlü
Raziye Şule Gümüştakım
Memet Taşkın Egici

Gökçe İşcan
Esra Meltem Koç
Giray Kolcu
Selçuk Mıstık
Özlem Polat
Engin Burak Selçuk
Nil Tekin
Berrin Telatar
Arzu Uzuner
Burkay Yakar
Bahadır Yazıcıoğlu
Güzin Zeren Öztürk

*Soyadına göre alfabetik

Menopozal Dönemdeki Semptomlar ve Yaşam Kalitesi Arasında İlişki

The Correlation Between Symptoms In The Menopausal Period And Life Quality

Güner Kurt[✉], Güzin Zeren Öztürk[✉], Gürsoy Burak Kurt[✉]

Atıf/Cite as: Kurt G, Zeren Öztürk G, Kurt GB. Menopozal dönemdeki semptomlar ve yaşam kalitesi arasında ilişki. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):77-87.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, menopozal dönemdeki kadınların hangi semptomları yaşadıklarını menopoz semptomları değerlendirme ile ölçeği belirlemek ve bunun yaşam kalitesine olan etkisini menopoz özgü yaşam kalitesi ölçeği ile belirlemektir.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı nitelikteki araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran menopozal dönemdeki kadınlarla yürütüldü. Araştırmaya 314 kadın katılımcı katıldı ve bu katılımcılara yüz yüze anket yapıldı.

Bulgular: Çalışma sonuçlarına göre medeni durum, evlenme yaşı, yaşadığı aile tipi, kronik hastalık varlığı, kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına gitme durumu, menopoz algılama şekli, evliliğini nasıl değerlendirdiği, menopoz yakınmaları nedeniyle doktora gitme durumu, menopozla ilgili bilgilerini nerden edindiği, menopoz için tedavi alma durumu, menopozdan sonra eşiyile ilişkisinin etkilenmesi, menopozun kendini etkilemesi ve menopozdan sonra vücudunda ağrı hissetme istatistiksel açıdan anlamlı faktörler olarak saptandı.

Sonuç: Çalışma sonuçlarımıza göre, menopozal süreçte gözlenen semptomlar kadınların yaşam kalitesini etkilemektedir. Hekimler menopozal dönemdeki semptomlar üzerinde etkili olduğu bilinen faktörleri değerlendirmeli ve kişiye özgü tedavi programları üretmelidir.

Anahtar kelimeler: Menopoz, menopozal semptom, yaşam kalitesi, menopoz özgü yaşam kalitesi, risk faktörü

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to determine the symptoms experienced by women in the menopausal period with the menopausal symptoms assessment scale and to determine its effect on the quality of life with the menopause-specific quality of life scale.

Methods: This cross-sectional descriptive study was conducted with menopausal women who applied to the Health Sciences University Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinic. 314 female participants participated in the study and a face-to-face survey was conducted with these participants.

Results: Type of family, presence of chronic diseases, the status of going to a gynecologist for control purposes, the way of perceiving menopause, how she evaluated her marriage, going to the doctor for menopausal complaints, where they got their relevant information, the state of getting treatment for menopause, their relationship with their partner after menopause, the menopause itself affecting and feeling pain in the body after menopause effect of all these parameters

Conclusion: According to our study results, the symptoms observed during the menopausal period affect the quality of life of women. Physicians should evaluate the factors known to be effective on symptoms in the menopausal period and produce personalized treatment programs.

Keywords: Menopause, Menopausal Symptoms, Quality of Life, Menopause-Specific Quality of Life, Risk Factor

Received/Geliş: 04.01.2022

Accepted/Kabul: 29.11.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

G. Kurt

ORCID: 0000-0002-8472-1635

Şebinkarahisar Devlet Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Giresun, Türkiye

✉ gunerdede@gmail.com

G. Zeren Öztürk

ORCID: 0000-0001-7730-2929

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli

Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

İstanbul, Türkiye

G. B. Kurt

ORCID: 0000-0002-1654-063X

Şebinkarahisar Devlet Hastanesi,

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği,

Giresun, Türkiye

GİRİŞ

Menopoz kadınlarda östrojen azalması, overlerin fonksiyon kaybına bağlı olarak overial yetmezlik, menstrüasyonun sona ermesi ve üreme fonksiyonlarının kalıcı olarak sonlanmasına neden olmaktadır. Menopoz kadınlarda üreme yaşamının sona erdiğini gösteren “yaşam değişikliği” olarak da belirtilmektedir.^[1]

Menopoz kadın yaşamında iş ve aile yaşamında değişikliklerle beraber hormonal değişimlerinde görüldüğü bir dönemdir. Menopozal süreçte yaşanan fizyolojik ve psikososyal değişimler kadınların sağlığını olumsuz olarak etkilemektedir. Menopozal süreçte sıcak basması, terleme gibi sağlık sorunları erken dönemde gözlenirken, kardiyovasküler semptomlar, osteoporoz, ürogenital yakınmalar daha geç dönemde görülebilmektedir.^[2]

Menopoz döneminde kadınların doğurganlık özelliklerinin sona ermesi, yaşlanma korkuları, beden görünümündeki değişimler yaşanan sağlık sorunları beraberinde yaşam kalitelerinde olumsuz etkiye neden olmaktadır.^[3] Menopozal dönemle ilgili yapılan çalışmalarda, menopozun kadınların yaşam kalitesi üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir.^[4,5] Yaşam kalitesi; bireylerin fiziksel, sosyal, psikolojik açıdan iyilik hali ve günlük yaşamdaki fonksiyonlarını devam ettirmesine dayanan bir tanımlamadır. DSÖ yaşam kalitesini; kişilerin yaşadıkları toplum içerisinde hedefleri, ilgi duydukları alanları ve yaşam standartları beraberinde yaşamdaki pozisyonlarını algılama durumu olarak belirtilmektedir. Sağlık bireyler için yaşam kalitesinin önemli belirleyicilerindendir.^[6] Sağlık alanında önemli hedeflerden biri menopozal süreçte kadınların yaşam kalitesini korumaktır.

Aile hekimlerinin önemli görevlerinden biri de kadınların menopozal dönemde yaşadıkları semptomların yaşam kalitelerine olan etkisini belirlemek ve sonuçları kadın sağlığını geliştirmek için kullanmaktır. Menopozal dönemdeki kadınlar için koruyucu ve tedavi edici hizmetleri aile hekimleri planlayabilmelidir. Aile hekimlerinin bu süreçteki kadınların yaşam kalitesi hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen faktörlerin farkında olmalarına, kadınların menopoz yakınmalarının üstesinden gelmeleri konusunda daha fazla yardımcı olmalarını sağlayacaktır.

Çalışmamızın amacı menopoz dönemindeki kadınların yaşadıkları semptomların saptanması ve bunun yaşam kalitesine olan etkisinin belirlenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın evreni ve örneklem

Çalışma, Sağlık Bakanlığı Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği'ne herhangi bir nedenle başvuruda bulunan 40 yaş üstü menopozal dönemde olduğu belirlenmiş kadınlarla yapılmış tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır. Bir yıl ve üstünde adet görmeyen ve menopoz tanısı almış kadınlar menopoz döneminde olarak kabul edilmiştir. Kırk yaş altındaki menopoz erken menopoz olarak adlandırıldığından 40 yaş üstü kadınlar çalışmaya dâhil edilmiştir.^[7]

Çalışma, 15.10.2019 ve 15.04.2020 tarihleri arasında çalışmaya katılmayı kabul eden ve iletişimi engeli olmayan menopoz dönemindeki 314 kadın ile yapılmıştır. Örneklem büyüklüğü önceki tarihlerde 6 aylık süre boyunca polikliniğe gelen 40 yaş üstü kadın sayısının 1.700 olduğu saptanarak, %95 güvenirlilikle saptanmıştır. Parametrelerin ortalamalarında orta düzeyde etki büyüklüğünün (effect size) 0,25 fark kabul edilmesi öngörülerek alfa anlamlılık seviyesi 0,05 %95 güvenirlilikle Power analizinde örneklem büyüklüğü 314 hasta olarak kabul edilmiştir.

Kadınların yazılı onamları alındıktan sonra literatür taraması sonrası araştırmacılar tarafından hazırlanmış bilgi formu ile Menopoz Semptomlarını Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ) ve “Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ) hekim tarafından yüz yüze uygulandı.

Bu araştırma, Şişli Hamidiye Etfal EAH'nin 01.10.2019 tarih ve 1359 sayılı etik kurul onayı ile Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yapıldı.

Veri Toplama Araçları

Bilgi formunda sosyodemografik veriler; kadın hastalıkları, doğum öyküsü ve menopoz ile ilgili durumunun sorgulandığı sorular vardı.

Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeği (MÖYKÖ)

1996 yılında Hilditch ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Kharbouch ve Şahin tarafından 2005 yılında Türkçe geçerliliği ve güvenirliliği yapılmıştır. Ölçekte

vazomotor, fiziksel, cinsel ve psikososyal sorunları içeren dört alan vardır. Ölçek likert tiptedir ve 29 sorudan oluşmaktadır. Ölçekten alınan puanın artması yakınmanın şiddetinin arttığını göstermekte ve yaşam kalitesi azalmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 6'dır. Sıfır puan, sorun yaşanmadığını gösterir, 1 puan var olan sorunun rahatsız edici olmadığını, 2 ve 6 arasındaki puan düzeyleri sorunun artan miktarını ve şiddetini gösterir.

Menopoz Semptomları Değerlendirme Ölçeği (MSDÖ)

Schneider ve ark. tarafından geliştirilmiş ve 1996 yılında İngilizceye uyarlanmıştır. On bir maddeden oluşan menopozal yakınmaları içeren likert tip ölçektir. Her madde için minimum puan 0, maksimum puan 4'tür. Sıfır puan yakınmanın yaşanmadığını, 1-4 arasındaki puan düzeyleri yakınmanın artan şiddetini gösterir. Her maddeye verilen puanlar esas alınarak ölçeğin toplam puanı hesaplanır. MSDÖ'den alınabilecek en düşük puan 0 iken, en yüksek puan 44'dür. Ölçeğin menopozal dönemdeki yakınmaları içeren 3 alt grubu vardır. Bu gruplar, 1- Somatik yakınmalar (1,2,3,11. maddeler), 2-Psikolojik yakınmalar (4, 5, 6, 7. maddeler), 3- Ürogenital yakınmalar (8, 9, 10. maddeler). Yaşanan yakınmaların şiddetindeki artış ölçekten alınan toplam puanı artırmaktadır ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Verilerin Analizi

İstatistiksel analizler için SPSS versiyon 23.0 paket program kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, interval değerlerden parametrik dağılımlar ortalama ve standart sapma ile non-parametrik dağılımlar ortanca ve minimum-maksimum olarak belirtildi. İnterval değerlerin parametrik dağılıma uyumu Kolmogrov-Smirnov Testi ile değerlendirildi. Parametrik dağılıma uyan testlerde student t-testi, non-parametrik dağılım gösteren testlerde ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki deneme arasında Oneway ANOVA testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Kruskal Wallis testlerine başvuruldu. Veriler arasındaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analizleri uygulandı. $p < 0,05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

BULGULAR

Menopoz tanısı konulan 314 kadın çalışmaya dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması 53,99 (min=40, maks=78) yıl ve menopoza girme ortalama yaşları

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Verilerinin İncelenmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Medeni durum	Evli	285	90,8
	Bekar boşanmış dul	29	9,2
Öğrenim durumu	Okur yazar değil	78	24,8
	Lise altı	216	68,8
	Lise ve üzeri	20	6,4
Aile yapısı	Çekirdek aile	233	74,2
	Geniş aile	81	25,8
Sigara kullanımı	Evet	117	37,3
	Hayır	197	62,7
Kronik hastalığınız var	Evet	204	65,0
	Hayır	110	35,0
Gelir düzeyi	2000 TL altı	119	37,9
	2000 TL ve üzeri	195	62,1
		Ort±ss	Min-Maks
Yaş (yıl)		53,99±5,39	40-78
Menopoza girme yaşı		47,96±3,96	40-55

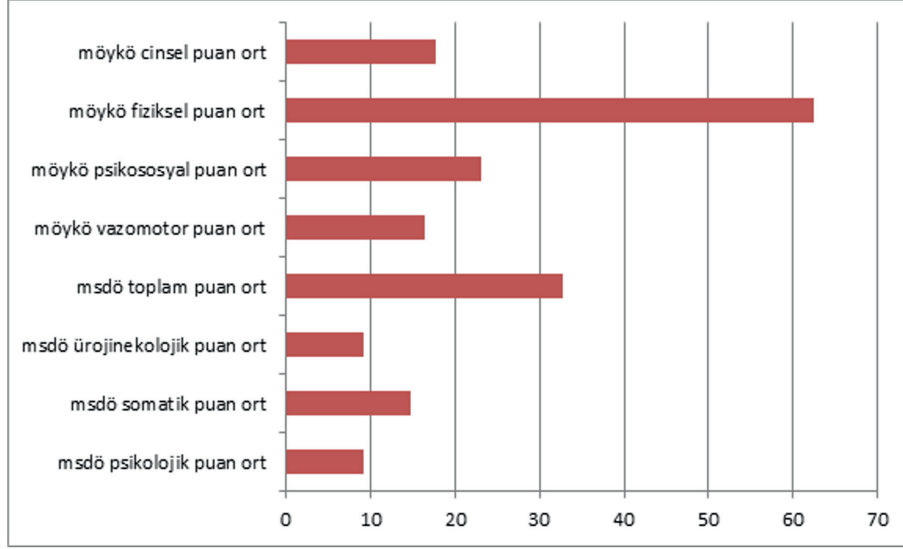
ise 47,96 (min=40, maks=55) şeklinde bulundu. Katılımcıların diğer sosyodemografik verileri Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların %85,4'ü (n=268) kontrol amaçlı kadın doğum uzmanına başvurdukları gözlenirken, %43,3'ünün (n=136) bir yıldan kısa sürede kadın doğum uzmanına başvurdukları belirtti. Katılımcılardan %65'inin (n=204) kronik hastalığı olduğu belirlendi, kadınların menopoza girme süreleri ortalama 1,41 (min=0, maks=5) yıl şeklinde bulundu. Katılımcıların %92,7'sinin (n=291) menopoza doğal olarak girdikleri gözlenirken, %53,2'sinin (n=167) menopozla ilgili doktora başvurdukları saptandı. Katılımcıların menopozla ilgili düşünceleri incelendiğinde; %48,7'si (n=153) doğal normal bir süreç, %19,1'inin (n=60) kadınlık özelliğinin yok olması, %32,2'i (n=101) de yaşlandıklarını hissettikleri şeklinde görüş bildirdikleri belirlendi (Tablo 2).

Katılımcıların her iki ölçek ve alt gruplarından (MÖYKÖ, MSDÖ) aldığı puan ortalamaları Grafik 1'de gösterilmiştir.

Katılımcıların menopoza girme yaşı, medeni durum, evlenme yaşı, öğrenim durumu ile ölçekler arasındaki farklılıklar Tablo 3'te gösterilmiştir.

Çalışmada, çekirdek aile grubunda olan katılımcıların MSDÖ ürojinekolojik ($p=0,025$), MÖYKÖ vazomotor ($p=0,045$) ve MÖYKÖ cinsel ($p=0,009$) ölçek puan ortalamalarının geniş aile grubunda yer alan katılımcılara göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu saptandı (Tablo 4).



Grafik 1. Katılımcıların MSDÖ ve MÖYKÖ alt gruplarının puan ortalamaları

Tablo 2. Katılımcıların kadın hastalıkları, doğum öyküsü ve menopoz ilgili durumunun değerlendirilmesi

		Sayı (n)	Yüzde (%)
Kontrol amaçlı kadın doğum doktoruna gitme durumu	Evet	268	85,4
	Hayır	46	14,6
En son kadın doğum uzmanına başvurma süresi	1 yıl altı	136	43,3
	1-5 yıl	116	36,9
	5 yıl ve üstü	62	19,7
Menopozla giriş şekli	Doğal (tah dahil)	291	92,7
	Cerrahi	23	7,3
Menopoz semptomları nedeniyle doktora gitme durumu	Evet	167	53,2
	Hayır	147	46,8
Menopozla ilgili düşünce	Doğal, normal bir süreç	153	48,7
	Kadınlık özelliğinin yoklaması	60	19,1
	Yaşlandığını hissetme	101	32,2
Menopoz hakkındaki bilgi edinme yerleri	Çevre	137	43,6
	Sağlık personeli	106	33,8
	Tv	49	15,6
	İnternet	22	7,0
Menopoz için tedavi alma durumu	Evet	74	23,6
	Hayır	240	76,4
Menopoz için tedavi alanlar (n: 74)	İlaç	61	82,4
	Alternatif tedaviler	13	17,6
Menopoz sizi nasıl etkiledi	Fiziksel	89	28,3
	Psikolojik	63	20,1
	Fiziksel ve psikolojik	145	46,2
	Hiçbiri	17	5,4
Menopozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrı varlığı	Evet	230	73,2
	Hayır	84	26,8
		Ort±ss	Min-Maks
Menopozla girme süresi (yıl)		1,41±1,08	0-5
Menopozdan sonra vücudunuzda sebebini bilmediğiniz ağrı varlığına evet diyenlerin algıladıkları ağrı skorları		6,20±2,42	2-10

Katılımcılardan kronik hastalıkları olanların MSDÖ psikolojik ($p=0,028$), MSDÖ somatik ($p=0,024$), MSDÖ toplam puan ($p=0,007$) ve MÖYKÖ fiziksel ($p=0,002$) ölçek puanlarının ortalamalarının kronik hastalığı olmayan katılımcılardan istatistiksel açıdan anlamlı

yüksek bulundu. Katılımcıların gelir düzeyi, eğitim durumu ve sigara kullanımı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$).

Tablo 3. Katılımcıların menopoza girme yaşı, medeni durum, evlenme yaşı, öğrenim durumu ile ölççekler arasındaki farklılıklar

	Menopoza girme yaşı		Medeni durum		Evlenme yaşı		Öğrenim durumu	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikolojik puan (msdö)	-0,056	0,581	0,159	0,005**	-0,065	0,251	-0,003	0,964
Somatik puan (msdö)	-0,129	0,200	0,186	0,001**	-0,130	0,022*	-0,037	0,514
Ürojenekolojik puan (msdö)	-0,174	0,082	0,020	0,720	0,016	0,775	-0,080	0,157
Toplam puan (msdö)	-0,127	0,206	0,132	0,019*	-0,114	0,044*	-0,053	0,353
Vazomotor puan (möykö)	-0,094	0,351	0,097	0,088	-0,156	0,006**	-0,045	0,429
Psikososyal puan (möykö)	-0,081	0,423	0,266	p<0,001	-0,129	0,023*	0,109	0,053
Fiziksel puan (möykö)	-0,031	0,761	0,201	p<0,001	-0,142	0,012*	-0,009	0,871
Cinsel puan (möykö)	-0,212	0,033*	-0,129	0,022*	0,104	0,067	-0,016	0,772

* p<0,05, ** p<0,01 * p<0,05, ** p<0,01, r: Spearman's rho

Tablo 4. Yaşadığı aile tipi ile çalışmada kullanılan ölççekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Çekirdek Aile (n=233)	Geniş aile (n=81)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Psikolojik puan (u)(msdö)	9,27±3,05	8,66±3,42	0,139
Somatik puan (u)(msdö)	14,84±5,37	14,13±5,84	0,318
Ürojenekolojik puan (u)(msdö)	9,42±3,58	8,33±4,15	0,025*
Toplam puan (t)(msdö)	33,36±9,33	31,01±10,39	0,059
Vazomotor puan (u)(möykö)	16,93±6,63	15,17±7,27	0,045*
Psikososyal puan (u)(möykö)	23,29±14,14	22,25±15,31	0,579
Fiziksel puan(t)(möykö)	63,78±20,86	58,90±23,24	0,079
Cinsel puan (u)(möykö)	18,49±7,85	15,80±8,02	0,009*

* p<0,05, (u): Mann Whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Menopoz yakınması ile doktora başvuran katılımcıların MSDÖ ürojenekolojik (p=0,049) ve MÖYKÖ cinsel ölççek boyutları puan ortalamalarının doktora menopoz yakınması için başvurmeyen hastalardan anlamlı derecede yüksek olduğu (p<0,001) tespit edildi.

Katılımcıların menopozun etkileme durumları ile MSDÖ ürojenekolojik (p=0,022) ve MÖYKÖ cinsel (p<0,001) ölççek boyutları ile aralarındaki gözlenen farklılıklar istatistiksel açıdan anlamlı bulundu. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Post Hoc analizi sonucunda; kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olan kadınların ürojenekolojik ölççek boyutunda yaşlandığını hisseden kadınlardan daha yüksek puan aldıkları belirlendi (p=0,016). Kadınlık özelliğinin yok olması görüşünde olan kadınlar menopozu doğal bir süreç (p=0,007) ve yaşlandığını hissetme (p<0,001) olarak algılayan kadınlardan cinsel ölççek boyutunda anlamlı yüksek puan almıştır. Ayrıca menopozu doğal bir süreç olarak değerlendiren kadınların, yaşlandığını hisseden kadınlara göre cinsel ölççek boyutu puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,044).

Katılımcıların menopozla ilgili bilgileri nereden edindiği ve kullanılan ölççekler arası farklılıklar Tablo 5'te gösterilmiştir.

Katılımcıların menopozdan etkileme durumunun MSDÖ toplam puanı açısından her bir alt grupta karşılaştırıldığında, "Menopozdan hiç etkilenmedim." diyenlerin toplam puanı, "Menopozdan fiziksel, psikolojik, fiziksel ve psikolojik olarak etkilendim." diyenlerden anlamlı derecede düşük saptandı (p<0,001). Katılımcıların menopozdan etkilenme durumu MÖYKÖ alt kategorilere göre incelendiğinde, "Menopozdan hiçbir şekilde etkilenmedim." diyen katılımcıların vazomotor, fiziksel ve cinsel puan açısından, "Menopozdan fiziksel, psikolojik, fiziksel ve psikolojik olarak etkilendim." diyenlere göre anlamlı derecede düşük saptandı (p<0,001) (Tablo 6).

Menopoz sonrası vücudunda ağrı hisseden kadınların MSDÖ ve MÖYKÖ tüm ölççek ve alt gruplarında puan ortalamalarının menopoz sonrası ağrı hissetmeyen hastaların ortalamalarından yüksek olması istatistiksel açıdan anlamlı bulundu (p<0,001) (Tablo 7).

Menopoza daha uzun sürede giren kadınların MSDÖ psikolojik (p<0,001), MSDÖ somatik (p=0,018) ve MSDÖ toplam (p=0,005) puan açısından daha yüksek puan aldıkları saptandı (Tablo 8).

Tablo 5. Menopoz hakkındaki bilgilerini nereden aldığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	Menopoz hakkındaki bilgilerini nereden aldığı	n	Ort	Ss	x ² / F	p	Post Hoc Analiz Anlamlı Fark
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	8,88	2,81	x ² : 16,212	0,001*	4-1; p=0,002* 4-2; p=0,002*
	Sağlık personeli (2)	106	8,77	3,54			
	Tv (3)	49	9,44	2,95			
	İnternet (4)	22	11,45	2,87			
Somatik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	13,81	4,86	x ² : 6,245	0,100	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	15,25	5,93			
	Tv (3)	49	15,18	5,59			
	İnternet (4)	22	15,95	6,44			
Ürojenekolojik puan (x2) (msdö)	Çevre (1)	137	9,62	3,37	x ² : 9,530	0,023*	1-4; p=0,032*
	Sağlık personeli (2)	106	8,74	4,35			
	Tv (3)	49	9,46	3,16			
	İnternet (4)	22	7,27	3,73			
Toplam puan (F) (msdö)	Çevre (1)	137	32,13	8,19	F: 1,108	0,346	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	32,43	11,19			
	Tv (3)	49	33,93	9,34			
	İnternet (4)	22	35,59	10,73			
Vazomotor puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	15,40	6,56	x ² : 19,311	p<0,001	4-1; p=0,008*
	Sağlık personeli (2)	106	16,36	6,87			
	Tv (3)	49	18,02	7,00			
	İnternet (4)	22	20,36	6,39			
Psikososyal puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	20,99	14,36	x ² : 6,505	0,089	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	25,17	14,84			
	Tv (3)	49	25,75	13,84			
	İnternet (4)	22	19,27	12,26			
Fiziksel puan (F) (möykö)	Çevre (1)	137	59,96	18,82	F: 1,239	0,296	Anlamlı farklılık yok
	Sağlık personeli (2)	106	63,93	26,12			
	Tv (3)	49	64,79	19,83			
	İnternet (4)	22	66,59	15,76			
Cinsel puan (x2) (möykö)	Çevre (1)	137	19,72	7,02	x ² : 26,159	p<0,001	1-2; p<0,001 1-4; p=0,002*
	Sağlık personeli (2)	106	15,70	8,01			
	Tv (3)	49	18,20	8,81			
	İnternet (4)	22	14,95	8,58			

* p<0,05, x²: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Fiziksel, (2): Psikolojik, (3): Fiziksel ve psikolojik, (4) Hiçbiri

TARTIŞMA

Menopoz kadın yaşamında en önemli dönemlerden birisidir. Menopozal dönemde yaşanan semptomlar ve yaşam kalitesi birçok değişkenden etkilenmektedir. Menopozal dönemdeki semptomların şiddetini yaş, menopoza girme biçimi, eğitim seviyesi, gelir durumu, kronik hastalık, çalışma durumu gibi faktörlerin etkilediği belirlenmiştir.^[8,9] Çalışmamızda, menopoz semptomları şiddetinin medeni durum, aile yapısı, kronik hastalık varlığı, menopoz için tedavi alma durumu, menopozla ilgili tutumu, evlenme yaşı, menopoza girme süresinden etkilendiği gösterilmiştir.

Menopoza özgü yaşam kalitesi, kadınların bu dönemde yaşadıkları yakınmaların yaşam standartları, insanlar arası iletişim, kendini iyi hissetme ile ilgili yaşam kalitesini nasıl etkilediği ile ilgili kapsamlı bir tanımdır.

Çalışmalarda, yaşam kalitesinin menopozal dönemden etkilendiği belirtilmektedir.^[5,10]

Menopoz semptomları ve yaşam kalitesi üzerine olan etkisini inceleyen araştırmalarda menopoz semptomlarındaki şiddet artışının, kadınların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği saptanmıştır.^[1,4] Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak katılımcıların menopoz semptomları artıkça kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği gösterilmiştir.

Menopozdan sonra yaşanan kas-eklem yakınmaları, hafızada zayıflama, vücut ağrısı, çabuk yorulma kadınların yaşam kalitesini etkilenmektedir.^[11] Postmenopozal dönemdeki kadınların aktif iş yaşamında yer alması, yaş, öğrenim ve menopoz sonrası ilaç tedavisi kullanma durumuyla yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır.^[12] Bizim çalışmamızda da kadınların

Tablo 6. Menopozun etkileme durumu ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

Ölçek boyutları	Menopozun etkileme durumu	n	Ort	Ss	x ² / F	p	Post Hoc Analiz Anlamlı Fark
Psikolojik puan (x2) (msdö)	Fiziksel (1)	89	8,78	3,04	x ² : 52,894	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	9,33	2,99			2-4; p<0,001
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	9,88	2,75			3-1; p=0,021*
	Hiçbiri (4)	17	3,41	0,71			3-4; p<0,001
Somatik puan (x2)(msdö)	Fiziksel (1)	89	13,89	5,29	x ² : 46,892	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	16,26	5,40			2-1; p=0,024*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	15,44	4,97			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	6,05	2,10			3-4; p<0,001
Ürojenekolojik puan(x2) (msdö)	Fiziksel (1)	89	8,50	3,64	x ² : 20,365	p<0,001	1-4; p=0,025*
	Psikolojik (2)	63	10,14	4,30			2-1; p=0,034*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	9,48	3,38			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	5,76	3,21			3-4; p<0,001
Toplam puan (F)(msdö)	Fiziksel (1)	89	31,16	9,46	F: 28,840	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	34,79	9,58			2-4; p<0,001
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	34,90	7,91			3-1; p=0,007*
	Hiçbiri (4)	17	15,23	3,86			3-4; p<0,001
Vazomotor puan(x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	15,21	6,65	x ² : 49,770	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	18,17	7,19			2-1; p=0,018*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	17,94	5,38			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	4,41	3,98			3-1; p=0,005*
Psikososyal puan(x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	20,29	14,26	x ² : 40,028	p<0,001	1-4; p=0,018*
	Psikolojik (2)	63	28,52	15,01			2-1; p=0,002*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	23,91	13,64			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	9,47	6,97			3-4; p<0,001
Fiziksel puan(F) (möykö)	Fiziksel (1)	89	59,05	22,41	F: 22,715	p<0,001	1-4; p<0,001
	Psikolojik (2)	63	68,39	21,65			2-1; p=0,021*
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	66,22	17,65			2-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	27,35	8,97			3-4; p<0,001
Cinsel puan (x2) (möykö)	Fiziksel (1)	89	16,65	8,26	x ² : 27,801	p<0,001	1-4; p=0,004*
	Psikolojik (2)	63	18,20	6,40			2-4; p<0,001
	Fiziksel ve psikolojik (3)	145	19,27	7,96			3-4; p<0,001
	Hiçbiri (4)	17	9,70	6,41			

* p<0,05, x²: Kruskal Wallis testi, F: One-way ANOVA, (1) Fiziksel, (2): Psikolojik, (3): Fiziksel ve psikolojik, (4) Hiçbiri

yaş, evlenme yaşı, medeni durum, çalışma, aile yapısı, menopoz için tedavi alma durumunun yaşam kalitesi üzerinde etkili faktörler olduğu bulunmuştur.

Menopoz yaşı dünyada ortalama 51 olarak kabul edilmektedir, ancak bu durum ülkeler arası farklılıklar göstermektedir. Asya ve Afrika ülkelerinde ise 43,0-50,7 aralığında, Avrupa ve Amerika'da 48,6-51,7 aralığında değişmektedir.^[13] Ülkemizde kadınlar yaklaşık olarak 47-49 yaş arasında menopoza girmektedirler.^[14] Çalışmamızda, kadınların menopoz yaş ortalaması 47,96±3,96 olarak saptandı. Katılımcılarımızın menopoz giriş yaşı, ülkemizdeki benzer çalışmalarla uyumludur, ancak gelişmiş ülkelerle karşılaştığımızda daha düşüktür. Çalışmamızda, yaş ile menopozal semptom şiddeti arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Yaş ile vazomotor puan arasında ise negatif bir ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni olarak ileri yaşta menopoza giren kadınlarda erken dönem semptomların az görülmesi gösterilebilir.

Tablo 7. Menopoz sonrası ağrı varlığı ile çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Evet (n: 230)	Hayır (n: 84)	p
	Ort±ss	Ort±ss	
Psikolojik puan (u) (msdö)	9,93±2,79	6,86±3,03	p<0,001
Somatik puan (u) (msdö)	16,13±5,03	10,64±4,66	p<0,001
Ürojenekolojik puan (u) (msdö)	9,81±3,67	7,28±3,38	p<0,001
Toplam puan (t) (msdö)	35,67±8,30	24,77±8,58	p<0,001
Vazomotor puan (u) (möykö)	18,22±5,90	11,71±6,98	p<0,001
Psikososyal puan (u) (möykö)	25,44±15,11	16,40±9,77	p<0,001
Fiziksel puan (t) (möykö)	69,63±18,17	43,05±17,91	p<0,001
Cinsel puan (u) (möykö)	18,74±7,68	15,20±8,21	p<0,001

* p<0,05, (u): Mann whitney u testi, (t): Bağımsız student t-testi

Tablo 8. Hastaların menopoza girme süresi, menopoz için tedavi alma, menopoz sizi nasıl etkiledi ve menopoza girme şekli ile ölçekler arasındaki farklılıklar

	Menopoza girme süresi		Menopoz için tedavi alma		Menopoz sizin nasıl etkiledi		Menopoza girme şekli	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikolojik puan (msdö)	0,213	p<0,001	-0,170	0,003**	-0,056	0,320	0,013	0,818
Somatik puan (msdö)	0,133	0,018*	-0,202	p<0,001	-0,069	0,223	0,055	0,330
Ürojinekolojik puan (msdö)	0,019	0,742	-0,091	0,107	-0,007	0,903	0,032	0,575
Toplam puan (msdö)	0,159	0,005**	-0,214	p<0,001	-0,050	0,373	0,054	0,341
Vazomotor puan (möykö)	0,099	0,080	-0,086	0,129	-0,043	0,453	0,034	0,551
Psikososyal puan (möykö)	-0,072	0,201	-0,159	0,005**	-0,021	0,710	0,045	0,425
Fiziksel puan (möykö)	0,091	0,108	-0,188	0,001**	-0,055	0,328	0,024	0,667
Cinsel puan (möykö)	0,098	0,083	-0,076	0,178	-0,018	0,757	0,006	0,922

* p<0,05, ** p<0,01 r: Spearman's rho korelasyon

Tablo 9. Çalışmada kullanılan ölçekler arasındaki farklılıkların incelenmesi

	Vazomotor puan (möykö)		Psikososyal puan (möykö)		Fiziksel puan (möykö)		Cinsel puan (möykö)	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Psikolojik puan (msdö)	0,667	p<0,001	0,496	p<0,001	0,672	p<0,001	0,301	p<0,001
Somatik puan (msdö)	0,531	p<0,001	0,519	p<0,001	0,688	p<0,001	0,186	0,001**
Ürojinekolojik puan (msdö)	0,255	p<0,001	0,270	p<0,001	0,355	p<0,001	0,708	p<0,001
Toplam puan (msdö)	0,635	p<0,001	0,551	p<0,001	0,753	p<0,001	0,476	p<0,001

* p<0,05, ** p<0,01 r: Spearman's rho korelasyon

Menopoza yönelik yapılan araştırmalarda, katılımcıların sıcak basması, uyku sorunları, uygudurum değişiklikleri, yaygın vücut ağrısı, kilo artışı gibi sorunları sık yaşadıkları saptanmıştır.^[15] Çalışmamızda, en sık görülen menopozal semptom somatik yakınmalardır, ardından ürogenital ve psikolojik yakınmalar gelmektedir. Tümer ve ark.^[16] tarafından yapılan çalışmada, kadınların çoğunlukla psikolojik semptomlardan yakındıkları saptanmıştır. Ghazanfarpour ve ark.^[17] çalışmalarında, kadınların sırasıyla en çok vazomotor yakınmalar, psikososyal, fiziksel yakınmalar, cinsel yakınmalar yaşadıkları saptanmıştır. Kadınların menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği değerlendirildiğinde, en fazla fiziksel yakınmalar, ardından psikososyal, seksüel ve vazomotor yakınmaları yaşadıkları belirlenmiştir. Gümüşay ve ark. çalışmalarında, ise kadınların en fazla fiziksel yakınmalar, ardından cinsel, vazomotor, psikososyal yakınmalar yaşadıkları bulunmuştur.^[18] Farklı çalışmalarda belirlenen farklı semptomların daha şiddetli görülme nedeni olarak kültürel özellikler, gelenekler, sosyo-demografik durum ve diğer yaşam tarzı farklılıklarının menopoz yakınmalarının sıklığını ve şiddetini etkilemesidir.

Evlilikteki uyum durumu ve menopoz semptomları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda, kadınların bu süreçteki yakınmaları ile baş etmelerinde eşleriyle olan ilişkilerinin önemli olduğu gösterilmiştir.^[19,20] Kadınlar menopoz döneminde yardıma gereksinim duyar. Eş desteği gören kadınların menopoz semptomları daha

az görülmesi beklenir.^[21] Çalışmamızda, evli olmayan kadınlarda menopoz semptomları toplam, somatik ve psikolojik alt boyut puanları ayrıca menopoza özgü yaşam kalitesinin psikososyal ve fiziksel alt boyutta puanları evli kadınlardan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Evli olan kadınlarda Menopoza Özgü Yaşam Kalitesi Ölçeğinin cinsel ölçek alt boyutunun daha fazla etkilendiği saptanmıştır. Bunu evli kadınların aktif cinsel yaşama sahip olmalarından dolayı genital semptomları daha sık yaşamaları ve cinsel yaşam kalitesini daha sık etkilemesine bağlamaktayız.

Literatüre baktığımızda kadınların eğitim düzeyinin, menopoz semptom şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi benzerdir. Kesitsel bir çalışmada, eğitim düzeyi düşük olan kadınların daha yüksek menopozal semptom somatik ve psikolojik belirtiler gösterdiği saptanmıştır.^[17] Yapılan bir regresyon analizinde, alınan eğitim süresi arttıkça menopozal semptomlar daha düşük belirlenmiştir.^[22] Santoro ve ark.^[23] tarafından yapılan çalışmada, eğitim düzeyinin artışı daha iyi yaşam kalitesi ile ilişkilendirilmiştir. Bunun nedeni olarak da daha iyi eğitim düzeyine sahip kadınların bilgiye kolay ulaşabilmesi görüşü gösterilmiştir. Çalışmamızda, ölçekler ile eğitim düzeyi arasında ilişki saptanmamıştır. İlişki saptanmamasının nedeni katılımcılarımızın az bir oranını (%6,4) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip kadınlar olması olabilir. Ayrıca katılımcılarımızın büyük çoğunluğu kırsal kesimden gelmekteydi ve araştırma sırasındaki gözlemimiz bu kadınların yaşam

beklentilerinin düşük düzeyde olması, menopoza özgü yaşam kalitesi ile eğitim düzeyi arasındaki ilişkiyi olumsuz etkilemiş olabilir.

Menopozayönelik tutumlarla ilgili yapılan araştırmalarda, pozitif ve negatif tutumların olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda da katılımcılar menopozla ilgili farklı tutumlar belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük bir kısmı %48,7 menopozu doğal normal bir süreç olarak algıladıklarını, %32,2 yaşlandığını hissetme, %19,1 kadınlık özelliğinin yok olması şeklinde algıladıklarını belirtti. Erbaş ve Demirel'in^[20] menopozal süreçteki kadınlara yönelik çalışmasında, kadınların menopozla yönelik negatif tutumda olduklarını saptamıştır.

İranlı kadınlar arasında Ghorbani ve ark.'nın^[24] menopozla yönelik yaptığı çalışmada, kadınların büyük bir kısmının tarafsız, en az da negatif tutum içinde oldukları belirlenmiştir. Kadınların menopozla yönelik tutumları yaşadıkları toplumun özellikleri ve yaşlanmaya yükledikleri anlama bağlı olarak değişmektedir.^[25] Toplumumuzda annelik yetisinin kaybı, cinsel ilişkinin kesintiye uğraması, fiziksel güç kaybı, dış görünüşteki bozukluklar menopozla yönelik olumsuz algıların ortaya çıkmasına neden olan faktörler arasında sayılabilir. Yanikkerem ve ark.'nın^[26] araştırmasında, menopozla yönelik negatif tutumu olan katılımcılar daha sık menopozal yakınma bildirmişlerdir. Menopozla yönelik tutumu pozitifleştirmeye yönelik çalışmalar sayesinde menopoz semptomlarının azaltılmak olasıdır.^[27] Gümüşay ve ark.^[18] çalışmalarında, menopozla yönelik tutumu negatif olan kadınların yaşam kalitesinin daha düşük olduğu, menopozla özgü yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanların yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalara benzer olarak menopozla karşı olumsuz tutumda olanların daha fazla ürojinekolojik semptom belirttikleri, yaşam kalitesinin cinsel ölçek alt boyutunda daha fazla etkilendiği belirlenmiştir.

Çalışmalarda, kronik hastalık olması ve sürekli ilaç kullanımının yaşam kalitesini olumsuz etkilediği gösterilmiştir.^[28] 2018'de Tümer ve ark.^[16] tarafından yapılan regresyon analizinde, kronik hastalık varlığının menopozal semptom şiddetini belirleyen ikinci en önemli risk faktörü olduğu saptanmıştır. Kadınların yaşadıkları menopozal semptomları kronik hastalığın neden olduğu semptomlar ve komplikasyonların şiddetlendirebileceği görüşü savunulmaktadır. Kadınların aktif iş kapasitesi azalmakta, yaşam kalitesi de olumsuz olarak etkilenebilmektedir.^[29] Çalışmamızda, kadınların %65'inde kronik bir hastalık mevcuttu.

Somatik ve psikososyal açıdan kronik hastalığı olan kadınlar daha fazla semptomatik olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesinin fiziksel puan alt boyutu kronik hastalığı olanlarda daha fazla etkilenebilir.

Klimakterik süreçte hobi edinen kadınlar sosyal yaşamda daha aktiftir ve ilgilerini yaşadıkları menopozal semptomlardan uzaklaştırırlar. Böylece daha az semptom belirtmektedirler. Kadınların aktif iş yaşamı içinde yer alması menopozla yönelik semptomlarının azalmasına neden olur ve ayrıca kadınların yaşam kalitesini de pozitif yönde etkiler.^[23] Çalışmamızda da buna benzer olarak çalışmayan kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin vazomotor ölçek puanları çalışan kadınlardan daha yüksekti.

Kaur ve ark.^[30] tarafından yapılan kesitsel bir çalışmada, sıcak basması ve ruh hali değişiklikleri gibi yakınmaların cerrahi yoldan menopozla giren kadınlarda doğal yoldan menopozla girenlere göre daha yüksek bulunmuştur. Menopozla cerrahi olarak giren kadınlar östrojen düzeyindeki ani düşüşe bağlı menopozal semptomları daha şiddetli yaşamaktadırlar. Varma'nın^[31] cinsel yaşamla ilgili araştırmasında, cerrahi olarak menopozla giren kadınların, doğal yoldan girenlere kıyasla sık sorun yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda, menopozla giriş şekliyle ölçekler arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışma sonucumuzun literatürle uyumlu olmamasının nedeni katılımcılarımızın çok az bir kısmının cerrahi yolla menopozla girmesine (%7,3) bağlı olabilir.

Kadınların menopoz hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, menopoz ile ilgili korku ve yanlış inanışlar nedeniyle gelişen sorunların önlenmesini zorlaştırmaktadır.^[32] Yapılan çalışmalarda, kadınların menopoz hakkında bilgi alma oranı %35,0-%54,2 aralığında belirlenmiştir. Ayrıca kadınların menopozal süreçle ilgili yeterli bilgileri olmadığı saptanmıştır.^[33,34] Menopozal dönem kadın yaşamının fizyolojik bir parçası ve geçiş sürecidir. Kadınların bu döneme karşı hazırlıklı olmaları gereklidir. Katılımcılarımızın yaklaşık yarısının sağlık personelinde menopoz hakkında bilgi aldığı, yarısından fazlasının menopoz nedeniyle doktora gittiği belirlendi. Noroozi ve ark.^[35] tarafından yapılan çalışmada, kadınların büyük bir kısmının menopoz hakkında orta ve üzeri bilgi düzeyi olduğu gösterilmiş fakat bilgi düzeyi ve tutum arasında istatistiksel ilişki olmadığı ortaya konmuştur. Bizim çalışmamızda ise menopozdan sonra kontrol için doktora başvuran kadınlarda menopoz semptomlarının daha az görüldüğü ve yaşam kalitelerinin yüksek olduğu

saptanmıştır. Bunun nedeni olarak menopoza hakkında doğru bilgiye sahip olan kadının bu süreci doğal bir dönem olarak kabul etmesi ve menopoza yönelik daha pozitif tutumlarda bulunması gösterilebilir.

Amerika genelinde yapılan bir kohort çalışmasında, menopozal geçiş dönemlerinde ağrı semptomlarının daha sık şiddetlendiği saptanmıştır.^[36] Ashrafi ve ark.^[37] tarafından İranlı kadınlarda yapılan bir çalışmada, menopoza yönelik en fazla görülen semptomların kemik ve kas ağrıları olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda, yaşam kalitesinin ağrı alt boyutuyla her iki ölçekle de anlamlı ilişki saptanmıştır. Bunun nedeni çalışmamızda menopoza özgü yaşam kalitesi ölçeği ile varlığı ve yaşama etkisi sorgulanan semptomlardan birinin de ağrı semptomu olması olabilir. Yaşam kalitesinin sosyal alt düzeyini incelersek, menopozal süreçteki vazomotor semptomlar iş ve sosyal yaşamda bozulmaya ve sosyal yaşamdan izolasyona neden olabilir. Kadınların buna bağlı olarak yaşam kalitesi düşmektedir.^[38] Çalışmamızda, buna benzer olarak menopozal dönemdeki semptomların şiddeti ve yaşam kalitesine olan etkisi arttıkça, yaşam kalitesinin sosyal alt boyutunun olumsuz etkilendiği saptanmıştır.

Literatüre baktığımızda, menopozal süreçteki kadınların hormonal değişikliklerden dolayı kaygı bozuklukları, depresyon, psikotizm gibi sorunları sık olarak yaşadığı belirlenmiştir.^[39] Buna benzer olarak depresyon şiddeti arttıkça kadınların yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarda anlamlı olarak etkilendiği saptanmıştır.^[40] Bizim çalışmamızda da buna benzer olarak psikolojik menopoz semptomları arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarında anlamlı olarak etkilenim saptanmıştır.

Kısıtlılık

Çalışmaya tek bir merkezden hastaların katılması kısıtlılığı olup, topluma genellenemez.

SONUÇ

Çalışmamızda, menopoz döneminde görülen semptomlar ve yaşam kalitesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Bu da göstermektedir ki menopoz semptomları birbirinden bağımsız değildir, semptomlar yeni semptomların ortaya çıkmasını tetikleyebilir veya kişilerin semptomlara olan duyarlılıklarını artırabilir. Sonuçta, bu da kişilerin yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebilir. Menopoza özgü yaşam kalitesi ve menopozal semptom şiddeti üzerinde etkili olduğu belirlenen risk faktörlerinden menopozu algılama şekli, sigara kullanımı değiştirilebilir risk faktörleri;

kronik hastalık mevcudiyeti, gebelik sayısı, medeni ve psikolojik durumun göreceli değiştirilebilir risk faktörü olduğu belirtilebilir. Aile hekimleri bu risk faktörlerini içeren menopoza özgü bilgilendirme ve eğitim programlarını kadınlara tedavinin ilk basamağında sunmalıdır. Aile hekimleri bütüncül bir şekilde bu risk faktörlerine yönelik yaklaşımda bulunmalı ve her kadına özel bir program oluşturmalıdır.

Etik Kurul Onayı: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (01.10.2019 - 1359).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital Ethics Committee (01.10.2019 - 1359).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Ak Sözer G, Ege E. Menopoz Semptomlarını Yönetmek ve Yaşam Kalitesini Artırmak: İlerleyici Kas Gevşeme Egzersizleri . Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;3(2):179-88.
2. Depmann M, Eijkemans MJ, Broer SL, Scheffer GJ ,et al. Does anti-Müllerian hormone predict menopause in the general population? Results of a prospective ongoing cohort study. Hum Reprod. 2016 ;31(7):1579-87.
3. Bener A, Falah A. A measurement-specific quality-of-life satisfaction during premenopause, perimenopause and postmenopause in Arabian Qatari women. J Midlife Health. 2014;5(3):126-34.
4. Erkin Ö, Ardahan M, Kert A. Menopoz Döneminin Kadınların Yaşam Kalitesine Etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;3(4):1095-1113.
5. Chen PL, Chao HT, Chou KR, et al. The Chinese Utian Quality of Life Scale for women around menopause: translation and psychometric testing. Menopause. 2012;19(4):438-47.
6. World Health Organization(1997).WHOOQL measuring quality of life. (07/08/2020 tarihinde http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf adresinden ulaşılmıştır).
7. Akdöner A, Öztürk D, Celiloğlu M, Çağlıyan E, Demir S, Yavuz O. Premature ovarian failure definition, etiology and approach to the patient. Turkish Journal Of Reproductive Medicine And Surgery.2021;5(1):23-31.
8. İkişik H , Turan G , Kutay F, et al. Awareness of menopause and strategies to cope with menopausal symptoms of the women aged between 40 and 65 who consulted to a tertiary care hospital. Estüdam Halk Sağlığı Dergisi. 2020;5(1): 10-21.
9. Mahmoud SF, Mohamed NS. Effect of menopausal symptoms on psychological problems among middle-aged women. Egyptian Nursing Journal.2018;15(3):292.
10. Ertem G. Kadınların menopoz sonrası yaşam kalitelerinin incelenmesi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi 2010;7(1):469-83.

11. Bairy L, Adiga S, Bhat P, Bhat R. Prevalence of menopausal symptoms and quality of life after menopause in women from South India. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2009;49(1):106-9.
12. Wieder-Huszla S, Szkup M, Jurczak A, et al. Effects of socio-demographic, personality and medical factors on quality of life of postmenopausal women. *Int J Environ Res Public Health* 2014;11(7):6692-708.
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. 10.06.2021 tarihinde <https://www.acog.org/womenshealth/faqs/perimenopausal-bleeding-and-bleeding-after-menopause> adresinden ulaşılmıştır
14. Kurt G, Arslan H. Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal*.2020;45(3):910-20.
15. Abay H, Kaplan S. Menopozal dönem yaşam kalitesini nasıl etkiliyor? *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015;4(1):1-24.
16. Tümer A, Kartal A. Kadınların menopoza ilişkin tutumları ile menopozal yakınmaları arasındaki ilişki. *Pamukkale Tıp Dergisi* 2018;11(3):337-46.
17. Ghazanfarpour M, Kaviani M, Abdolahian S, et al. The relationship between women's attitude towards menopause and menopausal symptoms among postmenopausal women. *Gynecol Endocrinol* 2015;31(11):860-5.
18. Gümüşay M, Erbil N. The Effect of Attitudes towards Menopause on Menopause Specific Quality of Life of Women. *Ordu University J Nurs Stud* 2019;2(2):96-109.
19. Koster A, Davidsen M. Climacteric complaints and their relation to menopausal development: A retrospective analysis. *Maturitas* 1993;17:155-66.
20. Bayraktar R, Uçanok Z. Menopoza ilişkin yaklaşımların ve kültürlerarası çalışmaların gözden geçirilmesi. *Aile ve Toplum Dergisi* 2002; 5:5-12.
21. Green SM, McCabe RE, Soares CN. *The Cognitive Behavioral Workbook for Menopause: A Step-by-Step Program for Overcoming Hot Flashes, Mood Swings, Insomnia, Anxiety, Depression, and Other Symptoms*: New Harbinger Publications. 2012.
22. Lee MS, Kim JH, Park MS, et al. Factors influencing the severity of menopause symptoms in Korean postmenopausal women. *J Korean Med Sci* 2010;25(5):758-65.
23. Santoro N, Epperson CN, Mathews SB. Menopausal Symptoms and their management. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2015;44(3):497-515.
24. Ghorbani R, Nassaji M, Shahbazi A, Tabard SB, Rahaeie F. Attitudes toward menopause among middle-aged women in Semnan, Iran. *J Egypt Public Health Assoc* 2014;89:42-5.
25. Mujahid S, Siddiqui AA, Hussain R. Awareness of menopausal symptoms among young Pakistani women of different educational backgrounds. *South Asian Federation of Menopause Societies* 2013;1:18-20.
26. Yanikkerem E, Koltan SO, Tamay AG, Dikayak Ş. Relationship between women's attitude towards menopause and quality of life. *Climacteric* 2012;15(6):552-62.
27. Towey M, Bundy C, Cordingley L. Psychological and social interventions in the menopause. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2006;18(4):413-7.
28. Bal MD, Sahin NH. The effects of personality traits on quality of life. *Menopause* 2011;18(12):1309-16.
29. Karakoç Kumsar A, Taşkın Yılmaz, F. Kronik hastalıklarda yaşam kalitesine genel bakış. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2014;2:62-70.
30. Kaur N, Malla VG, Gupta S. Serum estradiol level and postmenopausal symptoms in surgical and natural menopause. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol* 2017;6(9):3920-3.
31. Varma GS, Oğuzhanoglu NK, Karadağ F, Özdel O, Amuk T. The relationship between depression and anxiety levels and sexual satisfaction for natural and surgical menopause. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2005;8(3):109-15.
32. Biri A, Bakar C, Maral I, Bumın M, Güner H. 40 yaş ve üzeri kadınların menopoz dönemi ile ilgili bilgileri, menopozla ilgili yakınmaları ve hormon replasman tedavisi kullanma durumları. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi* 2004;14(2):75-83.
33. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal dönemdeki kadınların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2007;21:187-93.
34. Tortumluoğlu G. Klimakterik dönemdeki kadınların temel gereksinimlerini gidermede hemşirenin rolü. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004;1:1-13.
35. Noroozi E, Dolatabadi NK, Eslami AA, Hassanzadeh A, Davari S. Knowledge and attitude toward menopause phenomenon among women aged 40-45 years. *J Educ Health Promot*. 2013;2:25.
36. Dugan SA, Powell LH, Kravitz HM, Everson Rose SA, Karavolos K, Luborsky J. Musculoskeletal pain and menopausal status. *The Clinical Journal of Pain*. 2006;22(4):325-31.
37. Ashrafi M, Ashtiani SK, Malekzadeh F. Symptoms of natural menopause among Iranian women living in Tehran, Iran. *Iran J Reprod Med* 2010;8:29-32.
38. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:47.
39. Tangen T, Mykletun A. Depression and anxiety through the climacteric period: an epidemiological study (HUNT-II). *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2008;29(2):125-31.
40. Birinci E. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi ve Depresyon Durumlarının İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi* 2021;0(17):119-29.

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Human Papillomavirüs ve Human Papillomavirüs Aşısı Hakkında Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Medical Faculty Students about HPV and HPV Vaccine

Rahime Yılmaz Özdemir¹, Kamile Marakoğlu², Muslu Kazım Körez³

Atıf/Cite as: Yılmaz Özdemir R, Marakoğlu K, Körez MK. Tıp fakültesi öğrencilerinin human papillomavirüs ve human papillomavirüs aşısı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):88-94.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, tıp fakültesi öğrencilerinin HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin, tutumlarının ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2021–2022 yıllarında eğitim görmekte olan 1.238 öğrenci dâhil edildi. Yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan ankette, Sosyodemografik Bilgi Formu, Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği ve Bilgi Düzeyleri ve Tutumların Değerlendirilmesi için anket uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 1238 öğrencinin %53,2'si kadın (n=659), %46,8'i erkekti (n=579). Çalışmamıza dönem 1, 2, 3, 4, 5 ve 6'ların katılım sıklıkları sırasıyla %93,0, %87,4, %85,2, %85,1, %90,4 ve %86,2 olup, toplam katılım sıklığı %87,8'dir. Öğrencilerin %81'i HPV'yi, %60,7'si HPV testini, %68,2'si HPV aşısını daha önceden duydıklarını belirtirken, kadınlarda bu sıklık daha yüksekti (p<0.05). HPV Bilgi Ölçeği ve alt ölçek puanları 1. ve 2. sınıflarda diğer sınıflara göre anlamlı düzeyde düşük olarak bulundu (p<0,001). Eğitim görülen sınıf düzeyi arttıkça ortalama bilgi puanında artış görülmekteydi.

Sonuç: Geleceğin doktorları olan tıp fakültesi öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin klinik yıllarında olan öğrencilerde klinik öncesi dönem öğrencilerine göre daha yüksek olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: HPV, HPV aşısı, öğrenci, tutum

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the level of knowledge, attitudes and behaviors of medical school students about HPV and HPV vaccine.

Methods: This study comprised of 1238 Selçuk University Faculty of Medicine students who were enrolled in 2021–2022. Sociodemographic Information Form, Human Papilloma Virus (HPV) Knowledge Scale and Questionnaire for Evaluation of Knowledge Levels and Attitudes were applied by face-to-face interview method

Results: This study was prepared with 1238 students, 53.2% of whom were women (n=659) and 46.8% were men (n=579). The participation rates of the 1, 2, 3, 4, 5 and 6th year students in our study were 93.0%, 87.4%, 85.2%, 85.1%, 90.4% and 86.2%, respectively, and the total participation rates were 87.8%. While 81% of the students stated that they had heard of HPV before, 60.7% of them about the HPV test and 68.2% of them about the HPV vaccine, this frequency was higher in women (p<0.05). HPV Knowledge Scale and subscale scores were found to be significantly lower in the 1st and 2nd grades compared to other grades (p<0.001). As the level of education increased, the average knowledge score increased.

Conclusion: It was observed that the level of knowledge about HPV infection and vaccine of medical school students, who are doctors of the future, was higher in students who were in their clinical years compared to preclinical students.

Keywords: HPV, HPV Vaccine, Student, Attitude

Received/Geliş: 12.12.2022

Accepted/Kabul: 01.12.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

R. Yılmaz Özdemir

ORCID: 0000-0001-5068-340X

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Konya, Türkiye

✉ yilmazdoktor@hotmail.com

K. Marakoğlu

ORCID: 0000-0002-6585-7019

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

Human Papilloma Virus (HPV) zarfsız çift sarmallı DNA virüsüdür. İnsandan insana çoğunlukla cinsel yol ile bulaş görülse de kontamine yüzeylerden, deriden deriye bulaş ve ender de olsa anneden bebeğine doğum kanalı ile bulaş olabilmektedir. HPV mukozal tutulum ile deri ve anogenital bölgeyi enfekte eder. HPV'nin 200'ün üzerinde tipleri vardır. HPV 6, 11 düşük riskli; HPV 16, 18, 45, 31, 33, 52, 58, 35, 59, 56, 51, 39, 68, 73 ve 82 ise yüksek riskli olarak sınıflandırılmaktadır. Düşük riskliler anogenital siğil ve papillomatozis gibi genital bölge enfeksiyonlarına yol açar. Yüksek riskli HPV tipleri ise erkek ve kadında serviks, anal, penil, vajinal, vulvar ve orofaringeal kanserlere neden olmaktadır.^[1]

HPV yıllarca belirti vermeden kalabilir. HPV vücuda alındıktan sonra 3 aşamadan geçer. Bu aşamalar latent, subklinik ve klinik dönem olarak değerlendirilir. Latent dönemde HPV yalnızca PCR ile belirlenebilirken, subklinik dönemde kolposkopi ile sitolojik ve mikroskopik değişimler saptanabilmektedir. Klinik evrede ise genital kondilom ve invaziv kansere yol açarak semptomlar ortaya çıkmaktadır.^[2] Rahim ağzı kanseri, 2020'de dünya çapında tahmini 604.000 yeni olgu ve 342.000 ölümlerle kadınlarda en sık teşhis edilen dördüncü kanser ve kansere bağlı ölümlerin dördüncü önde gelen nedenidir.^[3] 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. Benzer şekilde, ülkemiz verileri incelendiğinde, HPV ile ilişkili kanserlerin kadınları daha çok etkilediği, kadınlarda erkeklerin yaklaşık 5 katı HPV ile ilişkili kanser olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye Kanser İstatistikleri verilerine göre serviks kanseri kadınlarda tüm yaş gruplarında görülen kanserler sıralamasında %2,3 oranıyla dokuzuncu sırada yer alırken, 25-49 yaş aralığındaki kadınlarda %3,5 oranıyla dördüncü sıradadır.^[4]

Rahim ağzı kanseri, erken teşhis edildiği ve etkin bir şekilde yönetildiği sürece en başarılı tedavi edilebilen kanser türlerinden biridir. Geç evrelerde teşhis edilen kanserler de uygun tedavi ve palyatif bakım ile kontrol altına alınabilir.^[5]

Görevi ne olursa olsun sağlık çalışanlarının temel amacı birincil korunmayı sağlamaktır. Bu nedenle tıp öğrencilerinin topluma rehberlik edebilmesi için

öncelikle kendilerinin bu konuda farkındalıklarının ve bilgilerinin yüksek olması önem arz etmektedir. Çalışmamızda bu konuda farkındalığı artırmayı amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, tıp fakültesi öğrencilerinin HPV ve HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeyleri, tutumları ve davranışlarını değerlendirmek; farkındalığı artırmak amacıyla yapılan kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir çalışma olup, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'nun 23.11.2021 tarihli toplantısında 2021/21 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Araştırmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 2021-2022 eğitim-öğretim yılında öğrenim görmekte olan 1.410 öğrenci oluşturmaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden 1.238 (%87,8) öğrenciye yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanmıştır. Sosyodemografik özellikleri sorgulayan 13 soruluk Sosyodemografik Bilgi Formu, 33 sorudan oluşan Human Papilloma Virüsü (HPV) Bilgi Ölçeği ve bilgi düzeyi- tutumları belirlemeye yönelik konu ile ilgili literatürler incelenerek hazırlanmış 10 soruluk HPV hakkında bilgi edinme, bulaş yolları, aşılama durumu ve aşılama programı hakkında bilgi düzeyini değerlendiren anket uygulanmıştır. Waller ve ark.^[6] tarafından 2013 yılında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2019 yılında Feyza Demir ve ark.^[7] tarafından yapılmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Her bir doğru yanıt, "1" ile, yanlış ve bilmiyorum yanıtları "0" ile puanlanmaktadır.

Ölçek 1. alt boyutta öğrencilerin HPV hakkında bilgi düzeyini değerlendiren 16 soru, 2.alt boyutta HPV testi bilgi düzeyini değerlendiren 6 soru ve 3. alt boyutta HPV aşısı ilgili 5 soru bulunmakta olup, 4. alt boyutta aşılama programına yönelik bilgi düzeyini ölçen 6 soruya yer vermektedir.

İstatistiksel analiz

Tüm istatistiksel analizler R versiyon 3.6.0 (The R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria; <https://www.r-project.org>) programı ile gerçekleştirildi. Analizler öncesinde verilerin normalliği Shapiro-Wilk'in normallik testi ve Q-Q grafikleri yardımıyla, grup varyanslarının homojenliği ise Levene testi ile kontrol edildi. Eksik gözlem durumunda ilgili veri analize dâhil edilmedi. Çalışmada yer alan sayısal

değişkenler ortalama±standart sapma, kategorik değişkenler ise sıklık (n) ve yüzdelik (%) olarak sunuldu. Verilerin analizi için Bağımsız örneklem t-testi, Welch'in t-testi, Tek yönlü varyans analizi devamında Tukey HSD çoklu karşılaştırma testi, Kruskal Wallis testi devamında Bonferroni düzeltmeli Dunn testi ve Pearson ki-kare testi devamında iki oran Z-testi kullanılmıştır. HPV Bilgi Ölçeği için Cronbach alfa katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur. İstatistiksel hipotezlerde anlam düzeyi %5 alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde eğitim gören 17-41 yaş aralığında (21,26±2,32 yıl), 659'u (%53,2) kadın ve 579'u (%46,8) erkek olmak üzere 1.238 öğrenci katıldı. Öğrencilerin %17,3'ü birinci sınıf (n=214), %18,6'sı ikinci sınıf (n=230), %15,9'u üçüncü sınıf (n=197), %17,6'sı dördüncü sınıf (n=218), %14,5'i beşinci sınıf (n=179), %16,2'si altıncı sınıfta (n=200) öğrenim görmekteydi. Öğrencilere HPV, HPV testi ve HPV aşı duyma durumları sorulduğunda %81'i (n=1003) HPV'yi, %60,7'si (n=751) HPV testini, %68,2'si (n=844) HPV aşısını daha önceden duyduklarını belirtti.

Kadın öğrencilerin HPV'yi (%83,5'e karşı %78,2, p=0,019), HPV testini (%64,2'ye karşı %56,6, p=0,007) ve HPV aşısını (%74,1'e karşı %61,5, p<0,001) duyma oranının erkeklere kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlendi. Öte yandan, birinci ve ikinci sınıfta öğrenim gören öğrencilerin HPV'yi, HPV testini ve HPV aşısını duyma sıklıkları diğer sınıflarda öğrenim gören öğrencilerden anlamlı şekilde daha düşükken, genel anlamda eğitim görülen sınıf düzeyi arttıkça bu sıklıkların istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde arttığı da belirlendi.

Öğrencilerin HPV Bilgi Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin toplam puanlara ilişkin dağılımlar Tablo 1'de verilmiştir. Kadın öğrencilerin genel HPV bilgisini içeren 1. alt boyut (9,20±4,90'a karşı 8,14±5,16, p<0,001), HPV testi bilgisini içeren 2. alt boyut (2,24±1,95'e karşı 2,00±1,91, p=0,029), HPV aşı bilgisini içeren 3. alt boyut (2,75±1,94'e karşı 2,27±1,99, p<0,001), aşılama programı bilgisini içeren 4. alt boyut (1,29±1,37'e karşı 1,04±1,36, p<0,001) puanlarının erkek öğrencilere kıyasla anlamlı şekilde yüksek olduğu saptandı. Ayrıca kadın öğrencilerin HPV Bilgi Ölçeği toplam puanlarının da erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu da

belirlendi (15,50±8,84'e karşı 13,47±9,03, p=0,001). Öte yandan, hem HPV Bilgi Ölçeği toplam puanı hem de alt boyutları açısından birinci ve ikinci sınıfta öğrenim görenlerin bilgi düzeylerinin diğer sınıflarda öğrenim görenlerden anlamlı şekilde düşük olduğu ayrıca, öğrenim görülen sınıf düzeyi arttıkça da HPV bilgi düzeyinin genel anlamda arttığı saptandı (Tablo 1).

Sigara içme durumuna göre HPV Bilgi Ölçeği toplam puanı ve alt boyutları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (Tablo 1). Alkol kullananlarda HPV testi bilgi düzeyini içeren 2. alt boyut puanı (2,44±1,89'a karşı 2,08±1,94, p=0,029), aşılama programına yönelik bilgi düzeyini içeren 4. alt boyut (1,40±1,35'e karşı 1,14±1,37, p=0,029) ve HPV Bilgi Ölçeği toplam puanı (15,96±8,67'e karşı 14,34±9,01, p=0,033) anlamlı derecede yüksekti. Aşılama programına yönelik bilgi düzeyini içeren 4. alt boyut puanı ekonomik durumu iyi olanlarda kötü olanlara göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu (1,35±1,52'e karşı 0,91±1,22, Tukey HSD p=0,017). Kronik hastalığı olanların tüm alt ölçek ve toplam puanları anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo1). HPV, HPV testi ve HPV aşısını duyanların ölçek alt boyut puanları anlamlı düzeyde yüksekti (Tablo 1).

"HPV aşısı ulusal aşı programında yer alıyor mu?" sorusuna öğrencilerin %46,8'i "Hayır" olarak doğru yanıt verirken, yalnızca %2,2 öğrencinin aşı olduğu bulundu. Öğrencilerin %60,3'ü aşı yaptırmak istemekteydi. Anket sayesinde öğrencilerin %75,6'sı fikir sahibi olduklarını belirtti.

Kadınların erkeklere (%73,6'ya karşı %45,3, p=0,001), son sınıfta öğrenim görenlerin birinci sınıflara (%69'a karşı %56,1, p<0,001), ekonomik durumu iyi olanların kötü olanlara (%64,6'ya karşı %49,6, p=0,026) ve anne öğrenim düzeyi yüksek okul veya üniversite olanların okuyamaz olmayanlara (%65,8'e karşı %41, p=0,008) göre aşı olma isteği anlamlı şekilde daha yüksekti.

Tıp fakültesi öğrencileri HPV enfeksiyonu hakkındaki bilgilere en çok dersler (%37) ve internet (%24,6) aracılığıyla ulaşırken; sağlık çalışanları (%11,2), arkadaşlar (%9) ve televizyon/gazete/dergi (%6,3) vasıtasıyla ulaşım da diğer bilgi edinme kaynaklarıken, öğrencilerin %11,9'u fikrim yok yanıtını vermişlerdir. Her iki cinsiyette de en çok bilginin dersler ve internet aracılığıyla edinildiği belirlenmiştir. Kadın öğrenciler en çok %37,5 sıklık ile derslerden, %25,7 sıklık ile internette, %12,3 sıklık ile sağlık çalışanları aracılığıyla

öğrenirken; erkekler %36,2 sıklık ile derslerden, %23,2 sıklık ile internetten öğrendiğini belirtmiştir. Sınıflara göre HPV bilgi edinme yolları değerlendirildiğinde; tıp fakültesi 1. sınıf öğrencilerinin en çok %48,3'ü

'fikrim yok' derken öğrencilerin %25,3'ü internet kullanımıyla bilgi edindiği belirlendi. İkinci sınıf öğrencilerinin %30,9'u internet kullanımıyla bilgi edinirken, %24,4'ünün fikrinin olmadığı belirlendi.

Tablo 1. Katılımcıların sınıflarına göre HPV Bilgi Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Puanlar

	1.Alt Boyut (AÖ1)	2.Alt Boyut (AÖ2)	3.Alt Boyut (AÖ3)	4.Alt Boyut (AÖ4)	HPV Bilgi Ölçeği
Cinsiyet					
Kadın	9,20±4,90	2,24±1,95	2,75±1,94	1,29±1,37	15,50±8,84
Erkek	8,14±5,16	2,00±1,91	2,27±1,99	1,04±1,36	13,47±9,03
p-değeri	<0,001 ¹	0,029 ²	<0,001 ¹	<0,001 ²	0,001 ²
Sigara içme					
İçen	9,23±4,85	2,30±1,93	2,63±1,96	1,32±1,51	15,50±8,84
Hiç içmeyen	8,55±5,09	2,07±1,84	2,50±1,98	1,15±1,34	14,28±9,00
Bırakan	8,80±5,21	2,21±1,93	2,54±2,15	0,97±1,27	14,52±9,19
p-değeri	0,156 ³	0,237 ³	0,624 ³	0,087 ³	0,156 ³
Alkol kullanma					
Evet	9,39±4,71	2,44±1,89	2,73±1,95	1,40±1,35	15,96±8,67
Hayır	8,61±5,09	2,08±1,94	2,50±1,99	1,14±1,37	14,34±9,01
p-değeri	0,054 ²	0,029 ²	0,176 ²	0,029 ²	0,033 ²
Ekonomik durumu					
İyi	8,84±4,82	2,33±1,91	2,75±1,98	1,35±1,52 ^a	15,28±8,92
Orta	8,77±5,02	2,10±1,92	2,52±1,98	1,17±1,35	14,58±8,91
Kötü	7,99±5,62	2,01±2,06	2,23±1,94	0,91±1,22 ^b	13,15±9,52
p-değeri	0,258 ³	0,258 ³	0,073 ³	0,023 ³	0,124 ³
Kronik hastalık					
Var	10,09±4,52	2,56±1,90	2,99±1,91	1,36±1,35	17,01±8,41
Yok	8,56±5,08	2,08±1,93	2,48±1,98	1,15±1,37	14,20±9,01
p-değeri	0,001 ²	0,009 ²	0,006 ²	0,106 ²	0,001 ²
HPV'yi duyma					
Evet	10,45±3,62	2,54±1,86	3,01±1,82	1,38±1,39	17,39±7,09
Hayır	1,35±3,40	0,45±1,18	0,57±1,32	0,33±0,89	2,72±5,91
Bilmiyorum	1,04±2,45	0,20±0,68	0,27±0,90	0,17±0,73	1,70±3,97
p-değeri	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³	0,001 ³
HPV testini duyma					
Evet	11,10±3,21	3,08±1,69	3,38±1,65	1,62±1,42	19,27±6,28
Hayır	4,90±5,06	0,67±1,26	1,19±1,70	0,49±0,98	7,26±7,61
Bilmiyorum	4,85±4,84	0,62±1,23	1,31±1,78	0,49±0,92	7,28±7,36
p-değeri	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³
HPV aşısını duyma					
Evet	10,90±3,42	2,77±1,82	3,39±1,59	1,57±1,38	18,64±6,50
Hayır	3,78±4,72	0,77±1,41	0,73±1,43	0,36±0,94	5,66±7,26
Bilmiyorum	4,61±4,91	0,71±1,28	0,57±1,27	0,22±0,63	6,14±6,79
p-değeri	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³	<0,001 ³	0,001 ³
Sınıflar					
1.Sınıf	3,23±4,41 ^a	0,69±1,26 ^a	0,79±1,46 ^a	0,31±0,77 ^a	5,03±6,79 ^a
2.Sınıf	5,34±4,73 ^b	0,93±1,35 ^a	1,47±1,83 ^b	0,60±1,08 ^a	8,34±7,63 ^b
3.Sınıf	10,66±2,96 ^c	2,09±1,58 ^b	3,29±1,65 ^{bc}	1,50±1,34 ^{bc}	17,54±5,58 ^c
4.Sınıf	9,73±3,61 ^c	2,28±1,58 ^b	2,76±1,85 ^c	1,43±1,39 ^c	16,20±7,04 ^c
5.Sınıf	11,69±3,45 ^d	3,20±1,80 ^c	3,29±1,77 ^b	1,53±1,48 ^{bc}	19,70±6,71 ^d
6.Sınıf	12,76±1,99 ^d	3,97±1,53 ^d	3,96±1,19 ^d	1,87±1,43 ^b	22,55±4,29 ^e
p-değeri	<0,001 ⁴	<0,001 ⁴	<0,001 ⁴	<0,001 ⁴	<0,001 ⁴

¹ Welch'in t-testi

² Student'in t-testi

³ Tek yönlü varyans analizi

⁴ Kruskal-Wallis testi

Sütunlardaki farklı harfler gruplar arası anlamlı farklılığı göstermektedir.

Genel HPV bilgisini içeren sorular 1. alt boyutu, HPV testi bilgisini içeren sorular 2. alt boyutu, HPV aşı bilgisini içeren sorular 3. alt boyutu ve aşılama programına yönelik sorular 4. alt boyutu oluşturmaktadır.

Üçüncü ve üzeri klinik sınıflarda en çok dersler, internet kullanımı ve sağlık çalışanları aracılığıyla bilgi edinildiği bulunmuştur.

İlk dört yılda eğitim gören öğrenciler en çok HPV hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları için (sırasıyla, %76,7, %66,1, %43,9 ve %52,7), son iki yılda eğitim gören öğrenciler ise en çok cinsel aktif olmadıkları için HPV aşısını yaptırmak istemediklerini belirtmişlerdir (%41,3 ve %46,6).

TARTIŞMA

Serviks kanseri, kadın genital kanserleri arasında tarama programı ve aşısı olan bu nedenle önlenabilir bir kanser olmasına rağmen, özellikle gelişmekte ve geri kalmış olan ülkelerde önemli bir ölüm nedenidir. Karsinojenik sürecin uzun olması, preinvaziv evre varlığı erken tanı ve tedaviye olanak vermektedir. Bugün serviks kanseri gelişimi için HPV'nin kesinlikle var olması gerektiği, diğer risk faktörlerinin ya virüsle karşılaşma oranlarını arttırdığı ya da viral persistansı, karsinojenik süreci hızlandırdığı için önemli olduğu üzerinde durulmaktadır.^[8]

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, HPV aşılama oranları %0,9 ile %3,9 arasında değişmektedir.^[9-11] Bu oranlar uluslararası çalışmalardaki HPV aşılama oranları (%40,5-92,4) ile karşılaştırıldığında, HPV aşılama oranlarının ülkemizde oldukça düşük olduğu görülmektedir.^[12-14] Bilgi düzeyini etkileyen faktörler bilinirse bunlara yönelik toplum bilgilendirilip tarama ve aşı programları daha etkin olarak yürütülebilir. Hekim veya hemşire tarafından aşının tavsiye edilmesi hedef kitlenin karar aşamasında çok etkili olmaktadır.

Çalışmamızda öğrencilerin %81'i HPV'yi, %60,7'si HPV testini ve %68,2'si HPV aşısını daha önceden duydıklarını belirttiler. Emre ve ark.'nın tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %91'i HPV'yi ve %85,6'sı HPV aşısını duymuşlardı.^[15] Shetty ve ark.'nın 2019 yılında Hindistan'daki tıp, diş hekimliği ve hemşirelik öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, %89,3'ü HPV ve %59,7'si HPV aşısını duymuşlardı. Tıp öğrencilerinin bilgi puanı diğerlerinden yüksek bulunmuştur.^[16] Marlow ve ark.'nın 2013 yılında İngiltere, ABD ve Avustralya'daki 18-70 yaş aralığındaki 2.409 kişiyle yaptıkları çalışmada, katılımcıların %61,1'i HPV'yi %79,1'i de HPV aşısını da duymuştu.^[17] Farsi ve ark.'nın 2020 yılında Suudi Arabistan'daki 3. ve 4. sınıf 500 diş hekimliği öğrencisiyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %62'si HPV'yi, %57'si HPV aşısını duymuştu.^[18]

İliyasa ve ark.'nın Nijerya'da tıp fakültesi 2. ve 6. sınıf öğrencileri, diş hekimliği ve sağlık yüksekokulundan 410 öğrenciyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %52,0'ı HPV aşısını daha önceden duymuşlardı.^[19] Çalışmalarda, HPV enfeksiyonunu duyma sıklığının ve bilgi düzeyinin HPV aşısına göre yüksek olması HPV aşısının henüz yeni bir aşı olmasından ve ulusal aşı programında yer almamasından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda HPV, HPV testi ve HPV aşısını duyma dönem 1 ve 2 öğrencilerinde düşük olarak bulundu. Sınıf düzeyi arttıkça özellikle klinik yıllarındakilerin HPV, HPV testi ve HPV aşı duyma sıklıklarının ve bilgi puanlarının arttığı bulunmuştur. Emre ve ark.'nın tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada da sınıf derecesi arttıkça HPV aşısını bilme durumunun arttığı ve %74,7'sinin derslerden duyduğu görülmüştür.^[15] Costa ve ark.'nın tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, klinik yıllarında olanların bilgi düzeylerinin yüksek bulunduğu görülmüştür.^[20] Literatürdeki verilerinde çalışmamızla benzer olduğu ve bunun nedeni olarak 4. sınıfta kadın hastalıkları ve doğum stajını almaları olabilir. 2. ve 3. sınıf öğrencilerinin 1. sınıflardan daha yüksek bilgi sahibi olmaları ise mikrobiyoloji dersi almalarından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir. İnternet kaynakların doğru kullanılması ve koruyucu hekimlik uygulamalarının gereği olarak tıp eğitimi öncesi genel sağlık eğitimi verilmesiyle tıp fakültesinin başlangıç yıllarındaki farkındalık artırılabilir.

Sunulan çalışmada kadınlarda HPV, HPV testi ve HPV aşı duyma sıklıkları, toplam ve alt ölçek puanları ve aşı olma isteği kadınlarda anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çınar ve ark.'nın sağlıkla ilgili olmayan öğrencilerle yaptıkları çalışmada, kadınların HPV ve HPV aşı duymaları yüksek bulunmuştur.^[21] Costa ve ark.'nın Brezilya'da tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, kadınların bilgi düzeyleri yüksek bulunmuştur.^[20] Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak kadınların daha yüksek farkındalık ve bilgi düzeyine sahip oldukları görülmüştür. HPV'nin neden olduğu kanserler arasında en çok bilinenin kadınlarda görülen serviks kanserinin olmasının neden olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda, ekonomik durumu kötü olanların aşı olma isteği anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Çeşmeci ve ark.'nın intörn doktorlarla yaptıkları çalışmada, ekonomik durumu iyi ve üzeri olanlarda aşı pahalı olduğu için yaptırmayanlar düşük olarak bulunmuştur.^[22] İliyasa ve ark.'nın Nijerya'da tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, ekonomik

durumu iyi olanların aşı olma konusunda daha istekli oldukları görülmüştür.^[19] Çalışmamız diğer çalışmalarla benzer olup, ekonomik durumun kötü olması aşı olmaya engel olabilir. HPV'nin neden olduğu serviks kanserinin kişide oluşturduğu duygusal yük, iş gücü kaybının yanı sıra medikal ve cerrahi tedavi maliyeti, hastanede yatış süresinin uzaması gibi durumlar düşünülürken aşı olmak aslında çok maliyet etkindir. Ancak, öğrenciler henüz bu durumun farkında olamadıkları için aşı olma istekleri düşüktür.

Çalışmamızda, öğrencilerin %46,8'i HPV aşısının ulusal aşı programında yer almadığını bilirken 1. ve 2. sınıflarda bu sıklık daha düşük bulundu. Özşaran ve ark.'nın tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, aşının devlet ödemesi kapsamında olmadığını bilenler %75,3 olarak bulunmuştur.^[23] Başlı ve ark.'nın yaptıkları çalışmada, üniversite öğrencilerinin %18,1'i aşığı devletin karşılamadığını bilmekteydi.^[24] Ülkemiz aşı programında olmadığı bilgisi literatürdeki tıp dışı öğrencilerle yapılan çalışmalardan yüksek olması aşı farkındalığının tıp öğrencilerinde daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda, öğrenciler HPV hakkında bilgiyi en çok dersler ve internetten edinirken, yalnızca %11,2'si sağlık çalışanları aracılığıyla bilgi edinmişlerdir. Aslan ve ark.'nın sağlık eğitimi alan üniversite öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, çoğu okul derslerinden aldığını belirtmişlerdir.^[25] İlyasu ve ark.'nın Nijerya'da tıp, diş hekimliği ve sağlık bilimleri öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, en çok bilgi dersler ve sağlık çalışanları aracılığıyla edinilmişti.^[19] Çalışmamız Türkiye ve dünyada yapılmış çoğu araştırmaya benzer şekilde bilgiyi daha çok dersler ve internetten edindiğimizi ortaya koymuştur. Bunun nedeni araştırmanın yapıldığı popülasyonun tıp ve sağlıkla ilgili fakültelerden olması ve bilgiye erişimin en kısa ve kolay yolunun internet olması olabilir. Çalışmamız ve literatür sağlık çalışanları aracılığıyla çok fazla bilgilendirilmediğimizi göstermiştir. Özellikle birinci basamak sağlık hizmetinde görev alan sağlık çalışanlarına daha çok görev düştüğü görülmektedir.

CDC verilerine göre Portekiz'de 2007 yılında uygulanmaya başlanan ulusal aşılama programı sonucunda ulaşılan %84 oranı Portekiz'in Avrupa Birliği'ne üye ülkeler arasında en fazla aşılama başarısına ulaşabilen ülke olduğunu göstermektedir. Bu oran Danimarka ve İtalya'da %50-60 iken, Fransa ve Lüksemburg'da %30'un altındadır. Ulusal aşılama

programlarına bakıldığında, finansmanı devlet tarafından karşılanan programlarda aşılama başarısının daha yüksek olduğu görülmüştür.^[26] Çalışmamızda ise öğrencilerin %2,2'si aşıydı. Sınıf düzeyi ile aşı olma arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların %60,3'ü aşı olmak istiyordu. Kadın öğrenciler aşılama konusunda istekliydi. Aşı olma isteği 6. sınıflarda, 1. sınıflardan yüksek bulunmuştur. Çınar ve ark.'nın sağlıkla ilgili olmayan bölümlerle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %1,5'i aşıydı.^[21] Costa ve ark.'nın Brezilya'da tıp öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrencilerin %18,5'i aşıydı.^[20] Literatürdeki çalışmalara bakıldığında HPV aşısının ülkemizde ve dünyada çok fazla yapılmadığı görülmüştür. Ülkemizdeki çalışmalarda, aşılama sıklıkları benzerlik gösterse de diğer ülkelere göre düşük olması aşının ulusal aşı programımızda olmamasından ve katılımcıların sosyoekonomik değişkenlerinin farklılığından kaynaklı olabileceğini düşündürmektedir.

Sunulan çalışmada, öğrencilerin aşı olmak istememe nedenleri en çok yeterince bilgi sahibi olmamak ve cinsel aktif olmamaktı. Şahin ve ark.'nın hukuk, diş hekimliği ve tıp fakültelerinde yaptıkları çalışmada, %57,4'ü aşı olmak istememekteydi. Gerekçe olarak da en çok gereksiz olarak görülmesi ve pahalı bulunmasıydı.^[27] Farsi ve ark.'nın Suudi Arabistan'daki diş hekimliği öğrencileriyle yaptıkları çalışmada, öğrenciler aşı hakkında bilgi sahibi olmadığı ve cinsel aktif olmadığı gerekçesiyle aşı olmak istemediğini belirtmiştir.^[18] Çalışmamız geleceğin hekimlerinin bilgi eksikliğinin giderilmesiyle birlikte toplumdaki aşılama oranlarının artacağını ve dolaylı olarak serviks kanserinin görülme sıklığının azalacağını düşündürmektedir.

Çalışmanın sınırlılıkları; yalnızca bir üniversitede yürütülmesi ve tüm ülkeye genellenememesidir.

SONUÇ

HPV'nin neden olduğu servikal kanser risk faktörlerinin bilinmesi, tarama programları ve kolay uygulanabilir maliyet etkin aşısı olması nedeniyle önlenemeyen bir kanser türüdür. Geleceğin doktorları olan tıp fakültesi öğrencilerinin HPV enfeksiyonu ve aşısı hakkındaki bilgi düzeylerini artırmak için eğitim süreci sadece tıp fakültesi ile sınırlı kalmamalı, ilköğretim ve lise müfredatına da eklenerek daha erken yaşta toplumun bilgi sahibi olması sağlanmalı ve bu durum yazılı/görsel basın, sosyal medya ve kamu spotları ile desteklenmelidir. Görevi ne olursa olsun sağlık çalışanlarının temel amacı birincil

korunmayı sağlamaktır. Geleceğin sağlık sunucuları olan tıp öğrencilerinin topluma rehberlik edebilmesi için öncelikle kendilerinin bu konuda farkındalıklarının ve bilgilerinin tam olması gerekmektedir.

Etik Kurul Onayı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (23.11.2021 - 2021/21).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Selçuk University Faculty of Medicine Ethics Committee (23.11.2021 - 2021/21).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Alp Avcı G, Bozdayı G. İnsan papilloma virüsü. *Kafkas J Med Sci* 2013;3:136-44.
2. Sarier M, Ceyhan AM, Sepin N, et al. HPV infection in urology practice. *Int Urol Nephrol* 2020;52:1-8.
3. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021;71:209-49.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Kanser İstatistikleri. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. 2017.
5. World Health Organization. Cervical cancer. <https://www.who.int/health-topics/cervical-cancer> adresinden 18/02/2022 tarihinde indirilmiştir.
6. Waller J, Ostini R, Marlow LA, Mccaffery K, Zimet G. Validation of a measure of knowledge about human papillomavirus (HPV) using item response theory and classical test theory. *Prev Med* 2013;56:35-40.
7. Demir F. Human papilloma virüsü (HPV) bilgi ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 2019.
8. Güner H, Taşkıran Ç. Serviks kanseri epidemiyolojisi ve human papilloma virüs. *Uzmanlık Sonrası Eğitim ve Güncel Gelişmeler Dergisi* 2007;4:11-9.
9. Donmez S, Ozturk R, Kısa S, Weller BK, Zeyneloglu S. Knowledge and perception of female nursing students about human papillomavirus (HPV), cervical cancer, and attitudes toward HPV vaccination. *J Am Coll Health*. 2019;67(5):410-7.
10. Guvenc G, Seven M, Akyuz A. Health belief model scale for human papilloma virus and its vaccination: adaptation and psychometric testing. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(3):252-8.
11. Yoruk S, Açıkgoz A, Ergor G. Determination of knowledge levels, attitude and behaviors of female university students concerning cervical cancer. *Human Papiloma Virus and its vaccine*. *BMC Womens Health*. 2016;16:51.
12. Falik RB, Albrecht SA, Cassidy BL. Policy support for expanding the adolescent vaccine school mandate in Pennsylvania to include the human papillomavirus (HPV) vaccine. *J Am Assoc Nurse*. 2019;31(4):263-8.
13. Mascaro V, Pileggi C, Currà A, Bianco A, Pavia M. HPV vaccination coverage and willingness to be vaccinated among 18-30 year-old students in Italy. *Vaccine*. 2019;37(25):3310-6.
14. Natipagon-Shah B, Lee E, Lee S. Knowledge, beliefs, and practices among U. S. college students concerning papillomavirus vaccination. *J. Community Health*. 2021;46(2):380-8.
15. Emre N, Özşahin A, Edirne T. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin human papilloma virüs enfeksiyonu ve aşısı hakkında bilgi düzeyleri. *Euras J Fam Med* 2020;9:42-50.
16. Shetty S, Prabhu S, Shetty V, Shetty AK. Knowledge, attitudes and factors associated with acceptability of human papillomavirus vaccination among undergraduate medical, dental and nursing students in South India. *Hum Vaccin Immunother* 2019;15:1656-65.
17. Marlow LA, Zimet GD, Mccaffery KJ, Ostini R, Waller J. 2013. Knowledge of human papillomavirus (HPV) and HPV vaccination: an international comparison. *Vaccine*, 31;763-9.
18. Farsi NJ, Al Sharif S, Al Qathmi M, Merdad M, Marzouki H, Merdad L. Knowledge of human papillomavirus (HPV) and oropharyngeal cancer and acceptability of the HPV vaccine among dental students. *Asian Pac J Cancer Prev* 2020;21:3595.
19. İliyasu Z, Galadanci HS, Muhammad A, İliyasu BZ, Umar AA, Aliyu MH. Correlates of human papillomavirus vaccine knowledge and acceptability among medical and allied health students in northern Nigeria. *J Obstet Gynaecol* 2022;42:452-60.
20. Costa ADS, Gomes JM, Germani ACCG, et al. Knowledge gaps and acquisition about HPV and its vaccine among Brazilian medical students. *PloS One* 2020;15:e0230058.
21. Çınar İO, Özkan S, Aslan GK, Alataş E. Knowledge and behavior of university students toward human papillomavirus and vaccination. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019;6:300-7.
22. Çeşmeci Y, Köylü B, Sulaiman J, et al. İnternlerin gözünden HPV enfeksiyonları ve HPV aşısı. *TJGO* 2015;18:85-92.
23. Özşaran Z, Demirci S. Tıp fakültesi öğrencileri arasında HPV aşısı bilgi düzeyini değerlendiren anket çalışması. *TJGO* 2011;14:40-4.
24. Başlı M, Hilmiye A, Toptaş B. Bir üniversitede öğrenim gören sağlık yüksekokulu öğrencilerinin human papilloma virüs ve HPV aşısı ile ilgili bilgi ve görüşleri. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;8:1-17.
25. Aslan G, Bakan AB. Identification of the knowledge level of students receiving health education about the human papilloma virus, screening tests, and human papilloma virus vaccination. *J Community Health* 2021;46:428-33.
26. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human papillomavirus vaccination coverage among adolescent girls, 2007-2012, and postlicensure vaccine safety monitoring, 2006-2013 - United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2013;62(29):591-5.
27. Şahin MA, Şenel U, Şahin RA, Ömer A, Hayran O. Üniversite öğrencilerinin human papilloma virüsü ve aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2022;31:1-8.

Aile Hekimliğine Başvuran Bireylerde Yeme Bozukluğu Sıklığı ve Sağlık Algısı ile İlişkisi

The Frequency of Eating Disorders in Individuals Applying to Family Medicine and its Relationship with Health Perception

Nur Demirbaş[®], Derya Işıklar Özberk[®], Ayşe Özlem Kılıçaslan[®]

Atıf/Cite as: Demirbaş N, Işıklar Özberk D, Kılıçaslan AÖ. Aile hekimliğine başvuran bireylerde yeme bozukluğu sıklığı ve sağlık algısı ile ilişkisi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):95-101.

ÖZ

Amaç: Çalışmada, aile hekimliğine başvuran bireylerde hızlı ve güvenilir bir ölçek ile yeme bozukluklarını tanımlamak ve bireylerin sağlık algısı ile ilişkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olan bu çalışmaya il merkezinde seçilen aile sağlığı merkezlerine herhangi bir nedenle 01.12.2022-31.01.2023 tarihleri arasında başvuran bireyler dâhil edilmiştir. Onamları alınan hastalara "Kişisel Bilgi Formu", "SCOFF Yeme Bozukluğu Ölçeği" ve "Sağlık Algısı Ölçeği" uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 406 hastanın %66,7'si (n=271) kadın ve yaş ortalaması 40,00±13,28 (min=18, maks=63) yıldı. Katılımcıların %41,9'unda (n=170) depresyon şüphesi ve %13,1'inde (n=53) yeme bozukluğu riski vardı. Kadınların %14,8'inde (n=40), erkeklerin %9,6'sında (n=13) yeme bozukluğu riski bulundu. İdeal kilosunda olmadığını düşünenlerde yeme bozukluğu riski daha fazlaydı (p<0,001). Yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörler, sağlık algısı, yaş, çalışma durumu, depresif belirtiler ve ideal kilo isteği olarak bulundu. Özellikle bireyin çalışmıyor olması yeme bozukluğu riskini 13 kat ve depresif belirtilerinin olması 3 kat arttırmaktadır.

Sonuç: Yeme bozukluklarının sıklıklarını ve bunlarla ilişkili sorunları azaltmak için doğru yaklaşım kadar erken teşhis de çok önemlidir. Yeme bozuklukları her yaşta, her iki cinsiyette, her kiloda ve özellikle depresif belirtileri olanlarda mutlaka sorgulanmalıdır. Hastalarına sürekli, kapsamlı hizmet sunan ve bütüncül yaklaşan aile hekimlerinin bu konuda farkındalığı yüksek olmalıdır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, yeme bozukluğu, sağlık algısı, erken tanı

ABSTRACT

Objective: The aim of the study was to identify eating disorders in individuals who applied to Family Medicine with a fast and reliable scale and to evaluate the relationship of eating disorders with the health perception of individuals.

Methods: Individuals who applied to family health centers selected in the city center between 01.12.2022 and 31.01.2023 for any reason were included in this descriptive and cross-sectional study. "Personal Information Form", "SCOFF Eating Disorder Scale" and "Health Perception Scale" were applied to the patients whose consent was obtained.

Results: Of the 406 patients included in the study, 66.7% (n=271) were female and the mean age was 40.00±13.28 (min=18, max=63) years. 41.9% of the participants (n=170) had suspected depression and 13.1% (n=53) had an eating disorder risk. Eating disorder risk was found in 14.8% of women (n=40) and 9.6% of men (n=13). Eating disorder risk was higher in those who thought they were not at their ideal weight (p<0.001). The factors affecting the risk of eating disorders were found to be health perception, age, employment status, depressive symptoms and ideal weight desire. In particular, being unemployed increased the risk of eating disorders by 13 times and having depressive symptoms increased the risk of eating disorders by 3 times.

Conclusion: To reduce the frequency of eating disorders and the problems associated with them, early diagnosis is just as important as the right approach. Eating disorders should be questioned at any age, in both sexes, at any weight, and especially in those with depressive symptoms. Family physicians, who provide continuous, comprehensive service to their patients and approach them holistically, should be aware of this issue.

Keywords: Family medicine, eating disorders, health perception, early diagnosis

Received/Geliş: 22.02.2023

Accepted/Kabul: 01.12.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

N. Demirbaş

ORCID: 0000-0002-4038-9386

Necmettin Erbakan Üniversitesi,

Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, Konya, Türkiye

✉ ndemirbas76@hotmail.com

D. Işıklar Özberk

ORCID: 0000-0003-0984-8860

Meram 13 Nolu Gazialemşah Aile

Sağlığı Merkezi, Konya, Türkiye

A. Ö. Kılıçaslan

ORCID: 0000-0003-3491-9413

Meram 10 Nolu Aile Sağlığı Merkezi,

Konya, Türkiye

GİRİŞ

Yeme bozukluğu; ‘anormal yeme davranışı’ olarak tanımlanan ruhsal ve klinik bir durumdur.^[1,2] DSM-5’te (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) yeme bozuklukları; anoreksiya nervroza (AN), bulimia nervroza (BN), tıkanırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve tanımlanmamış diğer beslenme veya yeme bozuklukları şeklinde sınıflandırılmaktadır.^[1] Genel popülasyonda görülme sıklığı %1-14 arasında değişmektedir. Yaşam boyu prevalans, AN için %0,6, BN için %1,0 ve TYB için %2,8 olup, kadınlarda görülme sıklığı üç kat daha fazladır.^[3,4]

Dünya Sağlık Örgütü’nün “tıbbi dikkat gerektiren” ve “önemli tıbbi durum” olarak tanımladığı yeme bozuklukları bir halk sağlığı sorunu olarak ele alınmaktadır.^[2] Bireylerde yaşamı tehdit edici sorunlara neden olan bu durumların varlığını tüm hekimler akılda tutmalıdır. Yeme bozukluklarının yalnızca düşük kilolu kadınlarda değil aynı zamanda erkeklerde, etnik kökenden ve sosyoekonomik koşullardan bağımsız olarak farklı beden şekillerine sahip bütün kişilerde görülebileceğini bilmek önemlidir. Normal kilodaki insanlarda da yeme bozukluğu görülebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalar genellikle hekime yeme bozukluğu yakınması ile başvuramazlar. Özellikle halsizlik, sersemlik, enerjik olmama, âdet görememe, kilo alma ya da kilo verme, kabızlık, şişkinlik, karında hassasiyet, midede yanma, boğaz ağrısı, çarpıntı, poliüri, polidipsi ve uykusuzluk gibi yakınmalarla aile sağlığı merkezlerine başvuran hastalarda altta yatan bir yeme bozukluğu olabileceği göz önünde bulundurulacak bir tarama yapılmalıdır.^[5,6]

Bu amaçla kullanılan ölçekler, klinik kullanım için geliştirilmiş olup, oldukça uzun, çok maddeli (20-91 madde) ve ayrıntılı ölçeklerdir. Ayrıca, pek çoğunun risk gruplarını tanımlamak için net bir kesme noktası yoktur.^[7-9] Oysaki birinci basamakta zaman kısıtlılığı nedeniyle kullanımı ve yorumlanması kolay olan daha kısa tarama araçlarına gereksinim vardır. Morgan ve ark. (1999) tarafından geliştirilen beş maddelik SCOFF (Sick, Control, One, Fat and Food) ölçeği, yeme bozuklukları riskini belirlemek için kullanılmaktadır.^[10] SCOFF, anketteki anahtar kelimelerin kısaltmasıdır. AN ve BN’nin temel semptomlarını beş basit soruda sorgulamaktadır. İki veya daha fazla olumlu yanıt, yeme bozukluğu riskini gösterir. Yapılan çalışmalar, SCOFF ölçeği ile diğer yeme bozukluğu ölçekleri arasında anlamlı pozitif ilişki olduğuna işaret etmektedir.^[11-14] SCOFF testinin duyarlılığı %100 ve özgüllüğü %87,5

olarak bulunmuştur.^[13] Yirmi beş çalışmayı içeren bir meta-analiz, SCOFF’un AN ve BN riski taşıyan genç kadınlar için basit ve yararlı bir tarama aracı olduğunu göstermektedir.^[7]

Sağlık algısı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” olarak tanımlanabilir.^[15] Sağlık algısı, bireye sağlıklı yaşam davranışlarının kazandırılması ve sürdürülmesini amaçlayan sağlığın geliştirilmesi süreci ile doğrudan ilişkilidir. Bireyin sağlıklı olmaya bakışı, hastalık karşısında takındığı tutum sağlık davranışını ve sağlık konusunda aldığı sorumluluğu etkilemektedir. Sağlık algısı yeterli düzeyde olmayan bireylerde hastalık gelişim riski çok daha fazla olmakta ve tedavi süreçleri daha zorlu geçmektedir.^[16]

Yeme bozuklukları yüksek morbidite, ruhsal bozukluk ve yaşam kalitesinde önemli kayıplara neden olduğu için erken dönemde teşhis ve tedavi edilmelidir. Bireye kapsamlı, bütüncül ve sürekli bakım hizmeti veren aile hekimlerinin yeme bozukluklarını erken evrede tespit etmeleri, kanıta dayalı tedavilerini yönetmeleri ile hastalarının tıbbi bakımını devam ettirebilmeleri önemlidir. Çok açık fiziksel sorunlar ortaya çıkmadan önce ve henüz psikolojik semptomlar belirsiz iken, yeme bozukluklarını erken evrede belirlemek zor olabilir. Bu nedenle çalışmanın amacı aile hekimliğine başvuran bireylerde hızlı ve güvenilir bir ölçek ile yeme bozukluklarını tanımlamak ve bireylerin sağlık algısı ile ilişkilerini değerlendirmektir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olan bu çalışmaya tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine ve il merkezinden seçilen 2 aile sağlığı merkezine 01.12.2022-31.01.2023 tarihleri arasında başvuran bireyler dâhil edildi. Katılımcılara çalışma hakkında ön bilgi verilip, sözlü onamları alındı. On sekiz yaş altı kişiler, psikiyatrik tanısı olanlar, Türkçe iletişim kurulamayanlar, kanser tanısı olanlar, gastrointestinal sistem hastalığı tanısı olanlar çalışma dışı bırakıldı.

Araştırmada veri toplama aracı olarak “Kişisel Bilgi Formu”, “SCOFF Yeme Bozukluğu Ölçeği” ve “Sağlık Algısı Ölçeği” kullanıldı.

Kişisel Bilgi Formu: Bireyi tanıtıcı bilgilerin bulunduğu anket formu; yaş, boy, kilo, gelir ve eğitim düzeyi, çalışma durumu ile çökkün duygudurum ve anhedoniyi sorgulayan iki soru ile depresyon taramasını da içeren

10 sorudan oluşmaktadır. Katılımcıların beden kitle indeksleri (BKİ) kg/m^2 cinsinden hesaplandı. $\text{BKİ} < 25$ kg/m^2 olanlar normal kilolu, $\text{BKİ} = 25-30$ kg/m^2 olanlar fazla kilolu ve $\text{BKİ} \geq 30$ kg/m^2 olanlar obez olarak kabul edildi.

Yeme Bozuklukları Ölçeği (SCOFF): Yeme bozukluklarını taramak amacıyla Morgan ve ark.'nın (1999) geliştirdiği ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Aydemir ve ark. tarafından (2015) yapılmıştır. Ölçek beş maddeden oluşmaktadır. Maddelere “evet” veya “hayır” şeklinde yanıt verilmektedir. Her “evet” yanıtı bir puan olarak kabul edilmektedir. İki ve üzeri puan alanlar, yeme bozuklukları için risk grubu olarak değerlendirilmektedir. Cronbach alfa katsayısı 0,740 olarak bulunmuştur.^[17]

Özellikle birinci basamağa fiziksel yakınmalarla başvuran hastalarda hekimi erken tanıya götürebilecek basit, kolay anımsanabilecek, kısa ve geçerlik güvenilirliği gösterilmiş olan SCOFF testi tarama testi olarak kullanılabilir. Bu test tanı koymaktan öte hekimin olası klinik olgulardan şüphelenmesini sağlamaktadır.^[7,17]

Sağlık Algısı Ölçeği (SAÖ): Ölçek, Diamond ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiş, Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. On beş madde ve dört alt boyuttan (kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik, sağlığın önemi) oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir.^[15] Ölçekten en az 15 puan, en çok 75 puan alınabilmektedir.

Kontrol merkezi alt boyutu; bireyin sağlıklı olmak için kendine olan güvenini, öz-farkındalık alt boyutu; bireyin sağlıklı olmaya ilişkin egzersiz ve doğru beslenme konusunda farkındalık algısını belirlemeye yöneliktir. Kesinlik alt boyutu; bireyin daha sağlıklı olmaya yönelik yapması gerekenler konusunda kesin bir düşünceye sahip olması ve sağlığın önemi alt boyutu; bireyin sağlığına ne derece önem verdiğini belirlemeye yöneliktir.

İstatistiksel Analiz

Çalışmada yüz yüze görüşme ve online anket yöntemi ile doldurulan anketler aracılığıyla elde edilen tüm veriler değerlendirilirken, frekans, ortalama, standart sapma değerleri hesaplandı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi, kategorik ve numerik yapıdaki veriler ki-kare, student-t testi, One-way Anova gibi uygun olan istatistiksel analizler ile karşılaştırıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak

anlamli kabul edildi. Ölçeğin alt boyutlarının güvenilirlik puanları Cronbach alfa ile hesaplandı, değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Pearson korelasyon analizi kullanıldı.

BULGULAR

Katılımcılar tarafından eksiksiz olarak doldurulan 406 anket analiz edildi. Çalışmaya katılanların %66,7'si (n=271) kadındı. Katılımcıların yaş ortalaması $40,00 \pm 13,28$ yıl (min=18, maks=63), boy ortalaması $168,83 \pm 8,90$ cm (min=153, maks=191) ve kilo ortalaması $74,93 \pm 14,32$ kilogramdı (min=49, maks=120). BKİ'ne göre, %46,1'i (n=187) normal kilolu, %32,5'i (n=132) fazla kilolu ve %10,6'sı (n=43) obezdi. Katılımcıların %62,8'i (n=255) olmak istediği ideal kiloda değildi. Katılımcıların %69,0'ı (n=280) yükseköğül/üniversite mezunuydu ve %72,9'u (n=296) çalışmıyordu.

Depresyon tarama sorularının her ikisine de “evet” yanıtını verenlerde depresyon şüphesi olduğu kabul edildi. Buna göre katılımcıların %41,9'unda (n=170) depresyon şüphesi olduğu belirlendi.

Çalışmada kullanılan ölçeklerin ortalama puanları ve Cronbach Alpha değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

Katılımcıların %13,1'inde (n=53) yeme bozukluğu riski vardı. Kadınların %14,8'inde (n=40), erkeklerin %9,6'sında (n=13) yeme bozukluğu riski bulundu ($p=0,148$). Çalışan katılımcıların %7,3'ü yeme bozukluğu riski altındayken, çalışmayanların %15,2'si yeme bozukluğu açısından riskliydi ($p=0,035$). BKİ ile yeme bozukluğu riski arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadı ($p > 0,05$). Olmak istediği ideal kiloda olan katılımcıların %2,6'sında, ideal kilosunda olmayanların ise %19,2'sinde yeme bozukluğu riski vardı ($p < 0,001$). Depresif belirtileri olanların %21,2'sinde yeme bozukluğu riski de bulunuyordu ($p < 0,001$) (Tablo 2).

Tablo 1. Ölçeklerin ortalama puanları ve cronbach's alpha değerleri

	Madde sayısı	Min-Maks	ort±SS	Cronbach-α
SCOFF	5	0-4	1,04±1,0	0,612
Sağlık Algısı ölçeği	15	29-75	47,99±7,35	0,773
Kontrol merkezi	5	5-25	15,88±4,18	0,778
Öz farkındalık	3	3-15	10,05±2,28	0,810
Kesinlik	4	4-20	11,73±3,30	0,803
Sağlığın önemi	3	3-15	10,24±2,56	0,714

Tablo 2. Katılımcıların yeme bozukluğu risk durumu

	n (%)	Yeme bozukluğu				p*
		Riskli (n=53)		Risksiz (n=353)		
		n	%	n	%	
Cinsiyet						
Erkek	135 (33,3)	13	9,6	122	90,4	0,148
Kadın	271 (66,7)	40	14,8	231	85,2	
Eğitim durumu						
İlköğretim	39 (9,6)	6	15,4	33	84,6	0,901
Lise	87 (21,4)	11	12,6	76	87,4	
Yüksekokul/üniversite	280 (69,0)	36	12,9	244	87,1	
Çalışma durumu						
Çalışıyor	110 (27,1)	8	7,3	102	92,7	0,035
Çalışmıyor	296 (72,9)	45	15,2	251	84,8	
BKİ (kg/m²)						
Zayıf	44 (10,8)	8	15,1	36	10,2	0,056
Normal kilolu	187 (46,1)	24	45,3	163	46,2	
Fazla kilolu	132 (32,5)	11	20,8	121	34,3	
Obez	43 (10,6)	10	18,9	33	9,3	
Kilo memnuniyeti						
Olmak istediği kiloda	151 (37,2)	4	2,6	147	97,4	<0,001
Olmak istediği kiloda değil	255 (62,8)	206	19,2	49	80,8	
Depresyon şüphesi						
Depresif belirti var	170 (41,9)	36	21,2	134	78,8	<0,001
Depresif belirti yok	236 (58,1)	17	7,2	219	92,8	

*Ki-kare testi, BKİ: Beden Kitle İndeksi

Tablo 3. Katılımcıların sağlık algısı puanlarının sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması

	Kontrol merkezi	Öz-farkındalık	Kesinlik	Sağlığın önemi	Toplam
	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS	ort±SS
Cinsiyet					
Erkek	15,83±4,20	9,95±2,33	11,80±3,30	10,14±2,62	47,85±7,94
Kadın	15,90±4,18	10,10±2,26	11,70±3,30	10,28±2,54	48,06±7,05
p*	0,873	0,530	0,777	0,597	0,793
Eğitim durumu					
İlköğretim	16,51±3,50	9,69±2,45	12,03±3,26	9,77±2,75	48,41±8,33
Lise	15,93±3,98	10,01±2,03	11,80±3,06	10,01±2,54	47,98±8,51
Yüksekokul/üniversite	15,77±4,33	10,11±2,34	11,67±3,38	10,37±2,54	47,93±7,47
p**	0,580	0,557	0,801	0,256	0,930
Çalışma durumu					
Çalışıyor	15,94±4,23	10,00±2,52	12,27±3,20	10,18±2,69	48,56±7,25
Çalışmıyor	15,85±4,17	10,07±2,20	11,53±3,32	10,26±2,52	47,77±7,38
p*	0,862	0,792	0,045	0,794	0,337
BKİ***					
Zayıf	15,80±4,35	10,14±2,37	11,93±3,78	10,05±2,57	47,91±7,79
Normal kilolu	16,12±4,23	10,25±2,30	11,82±3,29	10,36±2,54	48,55±6,95
Fazla kilolu	15,58±4,08	9,99±2,15	11,56±3,24	10,34±2,68	47,75±7,82
Obez	15,84±4,19	9,28±2,43	11,67±3,06	9,56±2,26	46,35±7,04
p**	0,795	0,093	0,880	0,271	0,338
Depresyon şüphesi					
Depresif belirti var	15,94±4,398	10,15±2,24	11,54±3,24	10,21±2,64	47,83±7,31
Depresif belirti yok	15,83±4,037	9,98±2,32	11,87±3,33	10,26±2,51	48,10±7,39
p*	0,812	0,466	0,319	0,839	0,713

*Independent t testi **One-way ANOVA *** BKİ: Beden Kitle İndeksi

Bireylerin sağlık algısı ölçeği ve alt boyutlarından aldıkları puanların sosyodemografik özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 3'te gösterilmiştir.

Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve sağlık algısı ölçeği puanlarının dâhil edildiği lojistik regresyon modeli ile yeme bozukluğu riskini etkileyen değişkenler

Tablo 4. Yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörler

Faktörler	OR (%95 GA)	p
Sağlık algısı	0,931 (0,889-0,976)	0,003
Yaş	0,971 (0,947-0,996)	0,025
Çalışma durumu	13,420 (0,190-1,011)	0,038
Depresyon belirtisi	2,999 (1,553-5,793)	0,001
Olmak istenen kilo	0,112 (0,039-0,325)	<0,001
Constant	12027,279	0,002

Variable(s) entered on step 1: Yaş, Çalışma durumu, Olmak istediği kiloda, Depresyon, sağlık algısı, eğitim durumu, BKİ.

p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Cox&snellen R²=0,142, Nagelkerke R²=0,264 Doğruluk=252,185

belirlendi. (Tablo 4). Modele göre sağlık algısı, yaş, çalışma durumu, depresif belirtiler ve ideal kilo isteği yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörlerdir. Özellikle bireyin çalışmıyor olması yeme bozukluğu riskini 13 kat ve depresif belirtilerinin olması 3 kat arttırmaktadır (OR:13,420 %95 CI: 0,190-1,011, p=0,038; OR:2,999 %95 CI:1,553-5,793, p=0,001).

TARTIŞMA

Yeme bozuklukları, rahatsız edici yeme kalıpları ile psikososyal ve fiziksel durumu ciddi şekilde bozan olumsuz bir beden imajı ile karakterizedir.^[5] Dünya çapında 30 milyondan fazla insanı etkilemekte ve ne yazık ki erken teşhis ve tedavi edilememektedir.^[11] AN, kısıtlı gıda alımı, düşük kilo, kilo alma korkusu ve bozulmuş vücut imajı, BN, aşırı yeme, ardından kontrol eksikliği hissi ile kusma ve aşırı egzersiz gibi giderici eylemlerle kendini gösterir.^[6] Yapılan çalışmalar, yeme bozukluklarının erken tanımlanmasının ciddi hastalıkları önlediği ve iyileşme prognozunu olumlu etkilediğini göstermektedir.^[18,19] Erken belirtilerinin başarılı bir şekilde saptanması için güvenilir ve geçerli araçlar çok önemlidir.^[20]

Bu çalışmada aile hekimliği polikliniklerine başvuran bireylerde hızlı ve güvenilir bir ölçek ile yeme bozuklukları riski olanları belirlemek amaçlanarak yeme bozukluklarının sağlık algısı ile ilişkisi incelendi. Çalışmanın genellikle genç kadınlarda sıklığı araştırılan yeme bozukluğu riskini, her yaşta ve cinsiyette yetişkin bireyde birinci basamağa uygun bir ölçek aracılığıyla sağlık algıları ile birlikte çok yönlü olarak incelemesi nedeniyle alanında yapılmış nadir çalışmalardan biri olarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Yeme bozuklukları genel popülasyonda nispeten enderdir ve görülme sıklığı %1-14 arasında değişmektedir. Son yıllarda özellikle 15-19 yaş arasındaki kadınlarda AN riskinde bir artış saptanmıştır.^[1,2] Bunun, anoreksiya nervoza olgularının

daha erken belirlenmesi mi yoksa daha erken bir başlangıç yaşını mı yansıttığı ise açık değildir. Diğer yeme bozuklukları ile karşılaştırıldığında tıknırcasına yeme bozukluğu erkeklerde ve yaşlı bireylerde daha sık görülmektedir.^[3,21] Sunulan çalışmada, her 10 katılımcıdan birinde yeme bozukluğu riski olduğu belirlendi. İnternet ve özellikle görüntü paylaşımı yapılan sosyal medya araçları kullanımındaki artışın bireylerde olumsuz beden imajı gelişmesine ve yeme bozukluklarının her yaşta ve daha fazla kişide ortaya çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Klinik düzeydeki yeme bozuklukları kadınları erkeklerden daha yüksek oranlarda etkilemektedir.^[22] Bununla birlikte, yakın tarihli pek çok araştırma erkeklerde yeme bozukluğu görülme sıklığının kadınlara göre daha hızlı arttığını ve cinsiyetler arasında semptomların klinik şiddetinde hiçbir fark olmadığını göstermektedir.^[23] Yapılan bir çalışmada, yeme bozukluğunun erkeklerde kadınlara göre daha geç yaşlarda görüldüğü ve erkeklerde de kadınlara benzer düzeyde fonksiyonel bozulma, aşırı yeme ve katı diyet uygulamaları olduğu bulunmuştur.^[24] Bir diğer çalışmada, kadınların yaklaşık üçte biri ve erkeklerin beşte birinin, DSM-5 yeme bozukluğu teşhisiyle uyumlu belirtiler bildirdiği belirlenmiştir.^[25] Tavolacci (2021) üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmasında, yeme bozukluğu prevalansını kadınlarda %51,6 ve erkeklerde %31,9 olarak bulmuştur.^[26] Sunulan çalışmada, yeme bozukluğu riskinin her iki cinsiyette de benzer sıklıkta olduğu bulundu. Bu durum kadınlar kadar günümüzde erkeklerinde dış görünüşe önem vermesi ve olumsuz bir beden imajına sahip olmalarından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Sunulan çalışmada, çalışmayan katılımcılarda yeme bozukluğu olma riski çalışanlara göre yüksek bulundu. Bireyin çalışmıyor olması yeme bozukluğu olma riskini 13 kat arttırmaktaydı. Literatüre baktığımızda çalışmayanların sosyal görünüş kaygısının daha fazla ve beden saygısının daha düşük olduğu göze çarpmaktadır.^[27] Sosyal medyada çok sık “güzel ve ince” beden imajına maruz kalan ve dış dünyadan soyutlanan bireyler görünüşlerinden memnuniyetsizlik duymakta ve yeme bozukluğu riski taşımaktadırlar. Bir diğer çalışmada, yeme bozukluklarını öngörmede sosyal olarak belirlenmiş mükemmeliyetçiliğin ön planda olduğu bulunmuştur.^[12] Bunun yanı sıra artan duygusal ve zihinsel talepler nedeniyle hem teşhis edilmiş hem de teşhis edilmemiş yeme bozukluğu olanlarda üretkenlikte düşüşe yol açabileceği ve işsizliğe neden olabileceği belirtilmektedir.^[28] Çalışma durumu

ve yeme bozukluğu arasındaki ilişki henüz tam olarak anlaşılammıştır. Bu konuda daha ileri metodolojik çalışmalar yapmaya gereksinim vardır.

Beden memnuniyetsizliği, genellikle fazla kilolu ve obez bireylerde beden şekli ve/veya kilosu ile ilgili olumsuz değerlendirmeler olarak tanımlansa da normal kilolu ve zayıf bireylerde de görülmektedir. Kişinin beden saygısı ve beden algısındaki bu bozukluk yeme bozukluklarının temelindeki psikopatolojiyi oluşturmaktadır.^[29-31] Bu çalışmada, yeme bozukluğu riski ile BKİ arasında anlamlı ilişki bulunmasa bile olmak istediği ideal kiloda olmayanların yeme bozukluğu riski, ideal kilosunda olanlara göre daha yüksekti. Bunun bir nedeni de çalışanların sağlık algısı kesinlik alt boyutundan daha yüksek puan almaları, yani sağlıklı kalmak için yapılması gerekenler konusunda farkındalıkları olması olabilir.

Hem depresif bozukluklar hem de yeme bozuklukları çok boyutlu ve heterojen bozukluklardır. Çalışmalar, yeme bozukluklarında depresif belirtilerin önemini vurgulamaktadır.^[18] Depresif belirtileri olanlarda yeme bozukluğu riski 3 kat daha fazla görülmektedir. Depresyonda olan hastaların benlik saygısında azalma olabilir. Hastalar kendilerini değersiz ve yetersiz hissetmekte, olumsuz yorumlara daha duyarlı olup, başkalarını kendinden daha üstün görerek kaygı duymaktadırlar. Az sayıda çalışma, depresyon için teşhis olarak kabul edilen semptomları taklit eden açlığın neden olduğu fiziksel, endokrin veya psikolojik değişiklikleri kontrol ettiğinden, daha fazla araştırmaya gereksinim duyulacaktır.^[32]

Sunulan çalışmada, bireyin sağlık algısının yeme bozukluğu riskini etkilediği bulundu. "Sağlık algısı" kavramı, bireylerin sağlıklarıyla ilgili inançlarını araştırılan boyutsal bir yapı olarak tanımlanır.^[33] Birçok fiziksel hastalık ve bazı ruhsal bozuklukların klinik seyirinde hastalık ve sağlık algısının rolü iyi tanımlanmış olmasına rağmen, yeme bozukluğu olanların sağlık algısı hakkında çok az şey bilinmektedir. Agüera (2021) çalışmasında, uzun süreli yeme bozukluklarının düşük sağlık algısı ve artan hastalık algısı ile doğrudan ilişkili olduğu gösterilmiştir.^[33] Bu durum hastalardaki düşük motivasyon seviyelerini ve tedavinin erken evrelerinde yüksek bırakma oranlarını açıklayabilir. Yeme bozukluğu riskinin en aza indirilmesi, gelişmiş medya okuryazarlığı, kilo idealinin dengelenmesi, kilo ve yeme ile pozitif/sağlıklı bir ilişkinin teşvik edilmesiyle başarılabilir.^[29]

Sonuç olarak; Yeme bozuklukları her yaş, cinsiyet ve BKİ'ndeki bireylerde görülebilmekte ve birinci basamakta da belirlenebilmektedir. Sağlık algısı, yaş, çalışma durumu, depresif belirtiler ve ideal kilo isteği yeme bozukluğu riskini etkileyen faktörlerdir. Yeme bozuklukları ile ilişkili önemli tıbbi ve psikiyatrik morbidite göz önüne alındığında, sıklıklarının ve bunlarla ilişkili sorunları azaltmak için doğru yaklaşım kadar erken teşhis da çok önemlidir. Bu nedenle birinci basamak hekimleri kendisine başvuran tüm bireylere yeme bozukluğu semptomlarını sorgulama konusunda dikkatli olmalıdır.^[34,35] Aile hekimleri kendilerine herhangi bir nedenle başvuran hastalara hızlı ve güvenilir bir tarama aracı olan SCOFF ölçeğini uygulayarak yeme bozuklukları riskini erkenden tespit edebilir. Yeme bozukluklarının sıklıklarının ve ciddiyetlerini azaltmak için, erken teşhisi, tedavinin takibi ve hastanın izlemi multidisipliner bir ekip yaklaşımı gerektirmektedir. Bu ekip sorumlu diğer uzmanlar ile birlikte birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile hekimlerinin de dahil olması gereken bir alandır.

Etik Kurul Onayı: Necmettin Erbakan Üniversitesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (18.11.2022 - 2022/4051).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Necmettin Erbakan University Non-Pharmaceutical and Non-Medical Device Research Ethics Committee (18.11.2022 - 2022/4051).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Amerikan Psikiyatri Birliği Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Beşinci Baskı (DSM- 5), Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı (çeviri Köroğlu E). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2014.
2. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization; 1992 erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958>
3. Scherer FC, Martins CR, Pelegrini A, Matheus SC, Petroski EL. Body image among adolescents: association with sexual maturation and symptoms of eating disorders. Braz J Psychiatr. 2010; 59(3): 198–202.
4. Hoek HW, Hoeken DV. Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders, Int J Eat Disord 2003;34(4):383-96.

5. Sahin O. Eating Disorders in Primary Care. *J Fam Med-Special Topics* 2012;3(2):30-6.
6. Gustafsson SA, Stenström K, Olofsson H, Pettersson A, Wilbe Ramsay K. Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *J Eat Disord.* 2021;9(1):156.
7. Kutz AM, Marsh AG, Gunderson CG, Maguen S, Masheb RM. Eating Disorder Screening: a Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Test Characteristics of the SCOFF. *J Gen Intern Med.* 2020;35(3):885-893.
8. Maguen S, Hebenstreit C, Li Y, et al. Screen for Disordered Eating: Improving the accuracy of eating disorder screening in primary care. *Gen Hosp Psychiatry.* 2018 ;50:20-25.
9. Klein DA, Sylvester JE, Schvey NA. Eating Disorders in Primary Care: Diagnosis and Management. *Am Fam Physician.* 2021;103(1):22-32. Erratum in: *Am Fam Physician.* 2021;103(5):263.
10. Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assesment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467-8.
11. Mond JM, Myers TC, Crosby RD, et al. Screening for eating disorders in primary care: EDE-Q versus SCOFF. *Behav Res Ther.* 2008;46(5):612-22.
12. Petisco-Rodríguez C, Sánchez-Sánchez LC, Fernández-García R, Sánchez-Sánchez J, García-Montes JM. disordered eating attitudes, anxiety, self-esteem and perfectionism in young athletes and non-athletes. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6754.
13. Hosoda Y, Ohtani T, Hanazawa H, et al. Establishment of a Japanese version of the Sick, Control, One Stone, Fat, and Food (SCOFF) questionnaire for screening eating disorders in university students. *BMC Res Notes.* 2021;14(1):142.
14. Sanchez-Armass O, Raffaelli M, Andrade FCD, et al. Validation of the SCOFF questionnaire for screening of eating disorders among Mexican university students. *Eat Weight Disord.* 2017 Mar;22(1):153-160.
15. Kadioglu H, Yildiz A. The validity and reliability of the Turkish version of the health perception scale. *J Med Sci* 2012;32:47-53.
16. Brandon LJ, Proctor L. Comparison of health perceptions and health status in African Americans and Caucasians. *J Natl Med Assoc* 2010; 102: 590-97.
17. Aydemir O, Koksal B, Sapmaz S, Yuceyar H. Reliability and validity of Turkish form of SCOFF Eating Disorders Scale', *Anatolian Journal of Psychiatry* 2015;16:31-5.
18. Banas A, Januszkiwicz-Grabias A, Radziwiłłowicz P, Smoczynski S. Follow-up study of quality of life and treatment of eating disorder: dynamics of the depressive and anxiety symptoms. *Psychiatr Pol.* 2002;36(6 Suppl):323-9.
19. Hay P. Current approach to eating disorders: a clinical update. *Intern Med J.* 2020;50(1):24-29.
20. Lichtenstein MB, Hemmingsen SD, Støving RK. Identification of eating disorder symptoms in Danish adolescents with the SCOFF questionnaire. *Nord J Psychiatry.* 2017;71(5):340-347.
21. Smink FR, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep.* 2012 Aug;14(4):406-14.
22. Keel PK, Forney KJ. Psychosocial risk factors for eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2013;46:433-39.
23. Richson BN, Johnson SN, Swanson TJ, Christensen KA, Forbush KT, Wildes JE. Predicting probable eating disorder case-status in men using the Clinical Impairment Assessment: Evidence for a gender-specific threshold. *Eat Behav.* 2021;42:101541.
24. Thapliyal P, Mitchison D, Mond J, Hay P. Gender and help-seeking for an eating disorder: findings from a general population sample. *Eat Weight Disord.* 2020;25(1):215-220.
25. Masheb RM, Ramsey CM, Marsh AG, et al. DSM-5 eating disorder prevalence, gender differences, and mental health associations in United States military veterans. *Int J Eat Disord.* 2021;54(7):1171-1180.
26. Tavalacci MP, Ladner J, Dechelotte P. COVID-19 Pandemic and Eating Disorders among University Students. *Nutrients.* 2021 Nov 28;13(12):4294.
27. Vermeersch C. Occupational therapy and eating disorders, a care case study. *Soins Psychiatr.* 2018;39(316):31-33.
28. Safi F, Anisowicz AM, Colquhoun H, Stier J, Nowrouzi-Kia B. Impact of eating disorders on paid or unpaid work participation and performance: a systematic review and meta-analysis protocol. *J Eat Disord.* 2022;10(1):7.
29. Hay P, Mitchison D. Eating Disorders and Obesity: The Challenge for Our Times. *Nutrients.* 2019;11(5):1055.
30. Hayes JF, Fitzsimmons-Craft EE, Karam AM, Jakubiak J, Brown ML, Wilfley DE. Disordered eating attitudes and behaviors in youth with overweight and obesity: implications for treatment. *Curr Obes Rep.* 2018;7(3):235-246.
31. Sonnevile KR, Lipson SK. Disparities in eating disorder diagnosis and treatment according to weight status, race/ethnicity, socioeconomic background, and sex among college students. *Int J Eat Disord.* 2018;51(6):518-526.
32. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depress Anxiety.* 1998;8 Suppl 1:96-104.
33. Agüera Z, Riesco N, Valenciano-Mendoza E, et al. Illness perception in patients with eating disorders: clinical, personality, and food addiction correlates. *Eat Weight Disord.* 2021;26(7):2287-2300.
34. Sim LA, McAlpine DE, Grothe KB, Himes SM, Cockerill RG, Clark MM. Identification and treatment of eating disorders in the primary care setting. *Mayo Clin Proc.* 2010;85(8):746-51.
35. Hay PJ. Eating disorders from a primary care perspective. *Medical Journal of Australia,* 1998;169:342-3.

Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastalarda Üriner Sistem Enfeksiyon Etkenlerinin ve Antibiyotik Duyarlılıklarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Urinary Tract Infection Agents and Antibiotic Susceptibility in Patients Receiving Home Care

Nur Şimşek Yurt¹, Esra Böcek Aker², Erdinç Yavuz³

Arit/Cite as: Şimşek Yurt N, Böcek Aker E, Yavuz E. Evde sağlık hizmeti alan hastalarda üriner sistem enfeksiyon etkenlerinin ve antibiyotik duyarlılıklarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):102-108.

ÖZ

Amaç: Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan hastaların idrar kültürü sonuçlarının değerlendirilmesi ve izole edilen etkenlerin antibiyotik duyarlılıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmamız 01.02.2022 ile 01.02.2023 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı, üriner enfeksiyon bulguları gelişen hastalardan alınan idrar kültür sonuçlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi ile gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olarak hizmet alan, 18 yaş ve üzeri, üriner kateteri mevcut olan ve olmayan, demografik ve klinik verileri eksiksiz olan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik ve klinik verilerine ait değişkenleri ile etkenlere yönelik tanımlayıcı veriler frekans (n ve %) tabloları, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir. Veri analizi için SPSS 26.0 paket programı kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 162 kişi dahil edildi. %61,7'si (n=100) kadındı. Yaş ortalaması 75,49±15,95 yıl idi. Hastaların bir yıl içerisinde üriner enfeksiyon geçirme sıklığı incelendiğinde median değer 2 olarak saptandı (minimum: 1-maksimum: 10). Toplamda 224 idrar kültür sonucu değerlendirildi. Üriner etkenlerin görülme oranları değerlendirildiğinde en sık *Escherichia coli* (%32,6) olmak üzere, *Klebsiella pneumonia* (%23,2), *Pseudomonas aeruginosa* (%16,1), *Candida albicans* (%7,6), *Proteus mirabilis* (%5,8), *Enterobacter cloacae* (%4,5) olarak saptandı. İdrar kültürlerinden izole edilen etkenlerin antibiyotiklere duyarlılıkları *Escherichia coli* suşunda nitrofurantoin %84,9, *Klebsiella pneumonia* suşunda gentamisine %63,5 oranında saptandı. İzolatların antibiyotiklere genel duyarlılık oranları incelendiğinde gentamisin %66,5, ertapenem-imipenem-meropenem %54,5, piperasilin-tazobaktam %48,7, nitrofurantoin %46,0 olarak belirlendi.

Sonuç: Evde sağlık hizmeti alan hastalarda en sık üriner enfeksiyon etkeni *Escherichia coli* dir. Daha sonrasında *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* gelmektedir. İdrar kültürlerinden elde edilen etkenlerin antibiyotiklere duyarlılıkları düşük saptanmıştır. Hastanemizde evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastalarda verilebilecek ampirik tedavi açısından nitrofurantoin kullanımını önermekteyiz.

Anahtar kelimeler: Bakteriüri, evde sağlık hizmetleri, yaşlı, üriner kateter, üriner sistem enfeksiyonu

ABSTRACT

Objective: In our study, it was aimed to evaluate the urine culture results of patients receiving home care services and to examine the antibiotic susceptibility of isolated agents.

Methods: Our research was carried out in Samsun Training and Research Hospital Home Care Services between 01.02.2022 and 01.02.2023 by retrospectively evaluating the urine culture results obtained from patients with urinary infection symptoms. In this process, all patients who were registered to home care services, aged 18 and over, with or without a urinary catheter, and with complete demographic and clinical data were included in the study. Variables of the demographic and clinical data of the participants and descriptive data for the factors were given as frequency (n and %) tables, and continuous variables were given as mean±standard deviation. SPSS 26.0 package program was used for data analysis.

Results: A total of 162 people were included in the study. 61.7% (n=100) of them were female. The mean age was 75.49±15.95 years. The median value was found to be 2 (minimum: 1-maximum: 10) when the frequency of urinary infections in the patients within a year was examined. A total of 224 urine culture results were evaluated. When the incidence of urinary agents is evaluated, *Escherichia coli* (32.6%) being the most common, *Klebsiella pneumonia* (23.2%), *Pseudomonas aeruginosa* (16.1%), *Candida albicans* (7.6%), *Proteus mirabilis* (5%, 8), *Enterobacter cloacae* (4.5%). The antibiotic susceptibility of the agents isolated from urine cultures was 84.9% to nitrofurantoin in *Escherichia coli* strains and 63.5% to gentamicin in *Klebsiella pneumonia* strains. When the general susceptibility rates of the isolates to antibiotics were examined, it was determined that gentamicin was 66.5%, ertapenem-imipenem-meropenem 54.5%, piperacillin-tazobactam 48.7%, and nitrofurantoin 46.0%.

Conclusion: *Escherichia coli* is the most common urinary tract infection agent in home care patients. Next comes *Klebsiella pneumonia* and *Pseudomonas aeruginosa*. The susceptibility of agents obtained from urine cultures to antibiotics was found to be low. We recommend the use of nitrofurantoin in terms of empirical treatment that can be given to patients enrolled in home care services in our hospital.

Keywords: Aged, bacteriuria, home care services, urinary catheterization, urinary tract infection

Received/Geliş: 07.08.2023

Accepted/Kabul: 20.11.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

N. Şimşek Yurt

ORCID: 0000-0002-6585-9663

Samsun Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Samsun, Türkiye

✉ nursimsekyurt@gmail.com

E. Böcek Aker

ORCID: 0000-0002-2264-0792

Samsun Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Samsun, Türkiye

E. Yavuz

ORCID: 0000-0002-3275-8399

Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Samsun, Türkiye

GİRİŞ

Üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) ateş, suprapubik hassasiyet, kostovertebral açığı hassasiyeti, dizürü, pollaküri ve idrar kaçırma bulgularının eşlik ettiği klinik bir durumdur.^[1,2] Sıklıkla tedavi gerektirmeyen asemptomatik bakteriüriden yoğun bakım ünitesinde yatış gerektiren ürosepsise kadar farklı klinik tablolar ile seyrederek.^[3] ÜSE'nin görülme sıklığı ilerleyen yaş ile birlikte artar.^[4] Bakteriüri genç erkeklerde nadiren görülürken, toplumda yaşayan 65 yaş ve üzeri erkeklerde prevalansı \geq %5'e ulaşır. 65 yaş ve üzeri kadınların %5-10'unda, genç kadınların ise %2-5'inde bakteriüri görülür.^[5] Artan ek hastalıklarla birlikte prevalansın daha da arttığı bildirilmiştir. Bakımevlerinde yaşayan kadınlarda bakteriüri görülme oranı %25-50, erkeklerde ise %15-35'e yükselir.^[6]

Yaşlı nüfusun ve beklenen yaşam süresinin artması ile eve veya yatağa bağımlı hasta oranı da artmış olup, bu kişilere kendi alanlarında bakım ihtiyacı doğmuştur. Evde sağlık hizmetleri, kronik ya da malign hastalıklar nedeni ile yatağa ya da eve bağımlı hale gelmiş hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir.^[7] Evde sağlık hizmeti alan yaş grupları incelendiğinde büyük çoğunluğunu 65 yaş ve üzeri bireyler oluşturmakta olup bu kişilerde üriner inkontinans, hareketsizlik ve kognitif bozukluk varlığı ÜSE gelişimi için yüksek risk oluşturur.^[8] Ayrıca yaşlı kadınlarda östrojen eksikliği, mesane prolapsusu veya üriner sistem anormallikleri (rektosel, üretrosel, mesane divertikülü), yaşlı erkeklerde prostat hastalıkları, üretral striktürler, prostat sekresyonlarının azalması ÜSE gelişimini kolaylaştırır.^[4] Mental fonksiyonlarda bozulma, mesane atonisi, nörojen mesane ile birlikte mesanenin boşaltılması için kullanılan üriner kateterler rekürren ÜSE için önemli risk faktörleridir.^[3] Yaşlılarda semptomatik ÜSE gelişiminde en önemli risk faktörü üriner kateterizasyondur.^[9] ÜSE komplike risk faktörlerinin varlığında tedavi başarısızlığına, hastaneye yatışlara, ürosepsise, enfeksiyonların tekrarlamasına veya morbidite ve mortalitede artışa neden olur.^[3] ÜSE, yaşlılarda solunum sistemi enfeksiyonlarından sonra en sık görülen ikinci enfeksiyondur.^[10] 65 yaş üstünde sepsis gelişen hastaların %30'unda kaynak üriner sistemdir.^[11]

ÜSE'de en sık izole edilen etken *Escherichia coli* olup aynı zamanda toplum kökenli enfeksiyonlarda da sıklıkla saptanır. *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Proteus*

spp., *Enterobacter spp.*, *enterokoklar* ve *stafilokoklar* genellikle hastane kökenli üriner enfeksiyonlarda tanımlanan etkenlerdir.^[11] Etkenlerin tespit edilmesi ile uygun antibiyotik tedavi planı gerçekleştirilir, ancak antibiyogram test sonuçlarının zaman alması nedeni ile ampirik antibiyotik tedavisine de sıklıkla başvurulmaktadır. Tedavide uygun antibiyoterapi seçimi için çalışılan bölgenin ve hastanenin duyarlılık verilerinin belirli aralıklarla izlenmesi uygun bir yaklaşım olarak değerlendirilmektedir.^[11]

Evde sağlık hizmeti alan hastalarda inme, ağır kognitif bozukluklar, immobilité, nörojen mesane, yaygın bası yaralarının varlığında idrar kaçırma gibi nedenlerle üriner kateter kullanımı yaygındır. Bu durum da doğal olarak artan ÜSE sıklığına ve yaygın antibiyotik kullanımına yol açmaktadır. Kırılgan hasta profilinin yüksek olduğu evde sağlık hizmetlerinde üriner enfeksiyon etkenlerinin tanımlanmasının ve uygun antibiyotik tedavi yaklaşımının hastalık yönetimini olumlu yönde etkileyeceği ve ÜSE'nin yol açtığı morbidite ve mortalite oranlarını azaltacağı düşünülmektedir. Literatürde özellikle hastanelerde ve bakım evlerinde ÜSE'yi tanımlayan çalışmalar mevcut olup, evde sağlık hizmetlerini kapsayan çalışmalar son derece kısıtlıdır.^[12-14]

Araştırmamızda evde sağlık hizmeti alan, üriner enfeksiyon bulguları gelişmesi üzerine idrar kültürü tetkiki gerçekleştirilen hastaların kültür sonuçlarının değerlendirilmesi ve izole edilen etkenlerin antibiyotik duyarlılıklarının incelenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Etik Onay

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiş, GOKA/2020/16/11 sayılı karar ile etik açıdan uygun bulunmuştur. Araştırmamız Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak yapılmıştır.

Araştırma Türü

Çalışmamız tek merkezli ve retrospektif bir çalışmadır.

Hasta Popülasyonu ve Verilerin Toplanması

Araştırmanın evrenini Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetlerine kayıtlı hastalar oluşturmaktadır. 01.02.2022 ile 01.02.2023 tarihleri

arasında bir yıllık süreçte üriner enfeksiyon semptomları nedeni ile başvuran hastalardan alınan idrar kültür sonuçları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Araştırmamıza dahil edilen hastalarda ÜSE semptomları ateş, suprapubik hassasiyet, kostovertebral açığı hassasiyeti, dizüri, pollaküri, inkontinans olarak tanımlanmıştır.^[1,2] Bu semptomlara bulantı, kusma, karın ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, bilinç değişiklikleri gibi klinik belirtiler de eşlik edebilmektedir.^[10] Ek olarak üriner kateteri olan hastalar için idrarın bulanık veya pürülan görünümde olması, hematüri gelişmesi, kateteri olmayan hastalarda ise hasta veya bakım vereni tarafından fark edilen idrarda renk ve koku değişiklikleri hastaların ÜSE açısından tetkik edilmesine yol açmıştır.^[4] Araştırmanın gerçekleştirildiği zaman diliminde evde sağlık hizmetlerine kayıtlı olarak hizmet alan, 18 yaş ve üzeri, üriner kateteri mevcut olan ve olmayan, demografik ve klinik verileri eksiksiz olan, ÜSE semptomları açısından idrar kültür tetkiki alınan tüm hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu kriterlere uygun 162 hastanın idrar kültür tetkiki gerçekleştirilmiştir. Hastalara ait toplam 283 idrar kültürü sonucu değerlendirilmeye alınmıştır. 44 idrar kültüründe üreme olmamıştır. 15 idrar kültüründe kontaminasyon saptanmıştır. 224 idrar kültüründe üreyen mikroorganizmalar ve antibiyotik duyarlılık sonuçları incelenmiştir.

Tam otomatik idrar tetkikinde piyürisi olan, kültürde 10^5 kob/mL ve üzeri üreme olan ya da sondadan alınan idrar örneği kültüründe 10^3 kob/mL ve üzerinde üreme olan kültürler araştırmaya dahil edilmiştir.

İdrar kültürleri için üriner kateteri olmayan hastalarda orta akım idrarı alınırken, üriner kateteri olan hastalarda steril şartlarda enjektör ile idrar aspirasyonu yöntemi ile idrar kültürü alınmıştır. Üreyen etkenlerin tanımlanması ve antibiyotik duyarlılık sonuçlarının değerlendirilmesi disk difüzyon yöntemiyle Avrupa Antimikrobiyal Duyarlılık Testi Komitesi (EUCAST) önerilerine göre yapılmıştır.

İstatistiksel analiz

Çalışmada, veri analizi için SPSS 26.0 (SPSS Inc., Chicago, Illinois, ABD) paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların demografik ve klinik verilerine ait değişkenleri ile etkenlere yönelik tanımlayıcı veriler frekans (n ve %) tabloları, sürekli değişkenler ise ortalama±standart sapma şeklinde verilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 162 kişi dahil edildi. %61,7'si (n=100) kadındı. Hastalar yaş gruplarına göre 18-40 yaş (n=17), 41-64 yaş (n=11), 65-74 yaş (n=22), 75-84 yaş (n=60) ve ≥85 yaş (n=52) olarak saptandı. %82,7'si 65 yaş ve üzeriydi. Yaş ortalaması $75,49 \pm 15,95$ (min: 24 maks:101) yıl idi. Hastaların %67,9'unda (n=110) hipertansiyon, %35,8'inde (n=58) serebrovasküler hastalık, %34,6'sında (n=56) demans, %33,3'ünde (n=54) diyabet mevcuttu. %48,8'i (n=79) sürekli üriner kateter ile takip ediliyordu. Hastaların bir yıl içerisinde üriner enfeksiyon geçirme sıklığı incelendiğinde ortalama 2 olarak saptandı (minimum:1-maksimum:10). İdrar kültür sonucuna göre hastaların değerlendirilme süreçleri %74,1'inde (n=166) tedavi düzenlenmesi, %12,5'ünde (n=28) idrar kültürünün yeniden tekrarlanması, %9,8'inde enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edilmesi, %0,8'inde (n=2) üroloji bölümüne konsülte edilmesi şeklinde planlandı. Tüm bu değerlendirme sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi (n=162)

Değişkenler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	100	61,7
Erkek	62	38,3
Yaş ortalaması (min-maks)	$75,49 \pm 15,95$	(24-101)
Yaş grupları (yıl)		
18-40	17	10,5
41-64	11	6,8
65-74	22	13,6
75-84	60	37,0
85 ve üzeri	52	32,1
Kronik hastalıklar		
Hipertansiyon	110	67,9
Diyabet	54	33,3
Böbrek yetmezliği	24	14,8
Kardiyovasküler hastalık	34	21,0
Kronik akciğer hastalığı	25	15,4
Serebrovasküler hastalık	58	35,8
Demans	56	34,6
Parkinson hastalığı	13	8,0
Onkolojik hastalık	8	4,9
Diğer*	66	40,7
Üriner kateter varlığı	79	48,8
Üriner enfeksiyon geçirme sıklığı (Ortanca (min-maks))	2 (1-10)	
Kültür sonuçlarına göre yaklaşım		
Tedavi verildi	166	74,1
Kültür yeniden tekrarlandı	28	12,5
Enfeksiyon hastalıkları bölümüne konsülte edildi	22	9,8
Takipsiz	6	2,8
Üroloji bölümüne konsülte edildi	2	0,8

*Epilepsi, karaciğer hastalığı, benign prostat hiperplazisi, tiroid hastalığı, vertigo

Tablo 2. Üriner enfeksiyon etkenlerinin görülme oranları (n (%))

Değişkenler	İzole Edilen Etkenler (n=224)	Üriner Kateteri Olanlardan İzole Edilen Etkenler (n=127)	Üriner Kateteri Olmayanlardan İzole Edilen Etkenler (n=97)
<i>Acinetobacter baumannii complex</i>	2 (0,9)	2 (1,6)	-
<i>Candida</i>	17 (7,6)	9 (7,1)	8 (8,2)
<i>Enterobacter aerogenes</i>	6 (2,7)	4 (3,1)	2 (2,1)
<i>Escherichia coli</i>	73 (32,6)	38 (29,9)	35 (36,1)
<i>Klebsiella pneumonia</i>	52 (23,2)	29 (22,8)	23 (23,7)
<i>Morganella morgani</i>	4 (1,8)	4 (3,1)	-
<i>Proteus mirabilis</i>	13 (5,8)	9 (7,1)	4 (4,1)
<i>Providencia rettgeri</i>	2 (0,9)	2 (1,6)	-
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	36 (16,1)	19 (15,0)	17 (17,5)
<i>Salmonella group</i>	1 (0,4)	-	1 (1,0)
<i>Serratia liquefaciens</i>	1 (0,4)	1 (0,8)	-
<i>Serratia marcescens</i>	1 (0,4)	-	1 (1,0)
<i>Staphylococcus hominis</i>	1 (0,4)	1 (0,8)	-
<i>Enterobacter cloacae</i>	10 (4,5)	6 (4,7)	4 (4,1)
<i>Enterococcus faecalis</i>	5 (2,2)	3 (2,4)	2 (2,1)

Tablo 3. İdrar kültürlerinden en sık izole edilen etkenlerin antibiyotik duyarlılık oranları (%)

Değişkenler	<i>Escherichia coli</i>	<i>Klebsiella pneumonia</i>	<i>Proteus mirabilis</i>	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	<i>Enterobacter cloacae</i>
Amikasin	60,3	44,2	53,8	58,3	80,0
Amoksisilin-klavunat	34,2	40,4	69,2	2,8	-
Ampisilin	20,5	5,8	46,2	2,8	-
Aztreonam	15,1	19,2	-	25,0	-
Ertapenem	72,6	53,8	46,2	38,9	70,0
Fosfomisin	65,8	46,2	15,4	5,6	40,0
Gentamisin	76,7	63,5	61,5	-	80,0
İmipenem	72,6	53,8	46,2	38,9	70,0
Meropenem	72,6	53,8	46,2	38,9	70,0
Nitrofurantoin	84,9	51,9	7,7	5,6	60,0
Sefepim	26,0	25,0	15,4	44,4	20,0
Sefksim	13,7	15,4	23,1	-	10,0
Sefoksitin	45,2	34,6	69,2	5,6	10,0
Seftazidim	34,2	28,8	23,1	75,0	-
Seftriakson	5,5	3,8	-	-	30,0
Sefuroksim	30,1	34,6	30,8	5,6	-
Sefuroksim aksetil	38,4	38,5	46,2	5,6	-
Siprofloksasin	34,2	42,3	46,2	47,2	70,0
PIP-TAZ	58,9	32,7	61,5	69,4	40,0
Tobramisin	15,1	26,9	7,7	50,0	-
TMP-SMX	53,4	48,1	53,8	5,6	70,0

PIP-TAZ, piperasilin-tazobaktam; TMP-SMX, trimetoprim-sulfametoksazol.

Toplamda 224 idrar kültür sonucu değerlendirildi. Üriner etkenlerin görülme oranları değerlendirildiğinde en sık *Escherichia coli* (%32,6) olmak üzere, *Klebsiella pneumonia* (%23,2), *Pseudomonas aeruginosa* (%16,1), *Candida* (%7,6), *Proteus mirabilis* (%5,8), *Enterobacter cloacae* (%4,5) olarak saptandı. Üriner kateteri mevcut olan ve olmayanlar ayrı gruplar halinde değerlendirildiğinde en sık etken yine *Escherichia coli*'ydi. *Acinetobacter baumannii complex*, *Morganella morgani*, *Providencia rettgeri*, *Serratia liquefaciens* ve *Staphylococcus hominis* sadece üriner kateteri olan hastalarda üreyen etkenlerdi. Üriner etkenlerin değerlendirilmesi Tablo 2'de özetlenmiştir.

İdrar kültürlerinden izole edilen etkenlerin antibiyotiklere duyarlılık oranları değerlendirildiğinde *Escherichia coli* suşunda nitrofurantoin %84,9, gentamisine %76,7, ertapenem-imipenem-meropeneme %72,6, fosfomisine %65,8, amikasine %60,3, piperasilin-tazobaktama %58,9, trimetoprim-sulfametoksazole %53,4 oranında duyarlılık saptanmıştır. *Klebsiella pneumonia* suşunda gentamisine %63,5, ertapenem-imipenem-meropeneme %53,8, nitrofurantoin %51,9, trimetoprim-sulfametoksazole %48,1, siprofloksasine %42,3, fosfomisine %46,2, amikasine %44,2, amoksisilin-klavunata %40,4 oranında duyarlılık saptanmıştır. *Proteus mirabilis*'in en yüksek duyarlılığı amoksisilin-klavunat ve sefoksitine (%69,2),

Tablo 4. İdrar kültürlerinden izole edilen etkenlerin genel antibiyotik duyarlılık oranları

Antibiyotikler	Duyarlılık oranları (%)	Antibiyotikler	Duyarlılık oranları (%)
Amikasin	51,8	Sefepim	25,9
Amoksisilin-klavunat	25,9	Sefksim	9,8
Ampisilin	14,7	Sefoksitin	29,5
Aztreonam	15,2	Seftazidim	37,1
Ertapenem	54,5	Seftriakson	6,3
Fosfomisin	37,5	Sefuroksim	25,9
Gentamisin	66,5	Sefuroksim aksetil	27,2
İmipenem	54,5	Siprofloksasin	39,7
Meropenem	54,5	PIP-TAZ	48,7
Nitrofurantoin	46,0	TMP-SMX	43,3

PIP-TAZ, piperasilin-tazobaktam; TMP-SMX, trimetoprim-sulfametoksazol.

Pseudomonas aeruginosa'nın seftazidim (%75,0) ve piperasilin-tazobaktama (%69,4), *Enterobacter cloacae*'nin amikasin ve gentamisin (%80,0), ertapenem, imipenem, meropenem, siprofloksasin, trimetoprim-sulfametoksazole (tümü %70,0) olarak tespit edilmiştir (Tablo 3). İzolatların antibiyotiklere genel duyarlılık oranları incelendiğinde gentamisin %66,5, ertapenem-imipenem-meropenem %54,5, piperasilin-tazobaktam %48,7, nitrofurantoin %46,0, trimetoprim-sulfametoksazol %43,3 olarak saptandı (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan, yüksek komorbidite oranlarına sahip, çoğunluğunu 65 yaş ve üzeri bireylerin oluşturduğu hastaların idrar kültür sonuçları incelenmiştir. Toplamda 224 idrar kültürünün değerlendirildiği araştırmamızda en sık izole edilen etken *Escherichia coli* (%32,6) olup, daha sonra sırasıyla *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* tespit edilmiştir.

Toplumda üriner enfeksiyona en sık neden olan mikroorganizmalar başta *Escherichia coli* olmak üzere *Klebsiella pneumonia*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis* ve *Staphylococcus saprophyticus*'dur.^[15] Ayaktan ve yatan hasta servislerindeki hastaların kültür sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada en sık *Escherichia coli* (%71,3) olmak üzere *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* sırasıyla izole edilen etkenler olarak tanımlanmıştır.^[16] Komplike olmayan sistiti olan yaşlı bireylerin kültür sonuçlarının değerlendirildiği çalışmada en sık izole edilen etken *Escherichia coli* (%66) olup bunu *Klebsiella oxytoca* ve *Proteus mirabilis* takip etmiştir.^[17] Üriner kateter ilişkili ÜSE'nin mikrobiyolojisi çok daha çeşitli saptanabilmektedir. 2011-2014 yılları

arasında üriner kateter ilişkili enfeksiyon etkenlerinin değerlendirildiği çok merkezli çalışmada *Escherichia coli* hala en yaygın patojendi ancak görülme oranı yalnızca %23,9 iken, *Candida* türleri (%17,8), *Enterococcus spp* (%13,8) ve *Pseudomonas aeruginosa* (%10,3) saptanan diğer etkenlerdi.^[18] Kritik derecede hasta olan yaşlılarda, ÜSE genelde her zaman kalıcı bir üriner kateter ile ilişkilendirilmiştir. Bu hastalarda da *Escherichia coli* genellikle en yaygın enfeksiyöz ajan olarak tanımlanırken ardından *Candida* türleri, *Enterococcus* türleri ve *Pseudomonas aeruginosa* tespit edilmiştir.^[11] Araştırmamızda üriner kateteri olanlarda en sık izole edilen etken *Escherichia coli* (%29,9) olup *Klebsiella pneumonia* (%22,8), *Pseudomonas aeruginosa* (%15,0) tespit edilen diğer patojenlerdi. Üriner kateter ilişkili ÜSE daha sıklıkla otuz günün üstünde kalıcı kateteri bulunan yaşlı bakım hastalarında görülmektedir. Kateterde kolonize olan patojenler biyofilm tabaka oluşturarak enfeksiyon gelişmesine yol açar. Asemptomatik kolonizasyonun tedavi edilmesi veya profilaktik antibiyotik kullanımı önerilmemektedir.^[4] Kateter ile ilişkili ÜSE'yi engelleme en önemli maddeleri endikasyon durumlarında üriner kateter kullanılması, olabildiğince en küçük çaplı kateterin tercih edilmesi, kateterin sabitlenmesi ve kapalı steril drenaj sistemi oluşturulmasıdır.^[4,19] Aile hekimliğinde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında, geriatric popülasyonu takip eden hekimlerin endikasyon halinde üriner kateter kullanımına ilişkin hasta ve bakım verenleri bilgilendirmesi önemlidir. Sıklıkla hasta ve bakım verene kolaylık sağlanması, yatak veya kullanılan hasta alt bezinin temiz kalması, bakım verenin sağlık problemlerinden dolayı hastanın tuvalet ihtiyacına destek verilememesi gibi nedenler ile endikasyon dışı üriner kateter kullanım talepleri gelebilmektedir. ÜSE gelişme riski göz önünde bulundurularak kişilerin bu konuda aydınlatılması ve enfeksiyon gelişmeden hastayı koruyan önlemler sunulması önerilir.

İdrar kültürlerinden izole edilen etkenlerin antibiyotik duyarlılıkları değerlendirildiğinde *Escherichia coli* suşunda nitrofurantoin %84,9, gentamisine %76,7, ertapenem-imipenem-meropenem %72,6, fosfomisine %65,8, amikasine %60,3, piperasilin-tazobaktam %58,9, trimetoprim-sulfametoksazole %53,4 oranında duyarlılık saptanmıştır. *Klebsiella pneumonia* suşunda gentamisine %63,5, ertapenem-imipenem-meropenem %53,8, nitrofurantoin %51,9, trimetoprim-sulfametoksazole %48,1, siprofloksasine %42,3, fosfomisine %46,2 oranında duyarlılık tespit edilmiştir. İzolatların genel duyarlılığı incelendiğinde en yüksek oranda gentamisin (%66,5) olmak üzere sırasıyla ertapenem, imipenem, meropenem, amikasin, nitrofurantoin, trimetoprim-sulfametoksazole duyarlılık saptandı. Ayaktan ve serviste yatan hastaların kültür sonuçlarının değerlendirildiği bir çalışmada *Escherichia coli* suşunda imipenem, meropenem, sefoperazon-sulbaktam, piperasilin-tazobaktam, sefepim, siprofloksasin, amikasin, nitrofurantoin duyarlılığı %100, tobramisin duyarlılığı %92,31 olarak tespit edilmiştir.^[1] Üroloji polikliniğinde gerçekleştirilen bir çalışmada kültürlerden en sık saptanan etken *Escherichia coli* olup seftazidim, kinolonlar ve trimetoprim-sulfametoksazole karşı direnç varlığı bildirilmiştir. Elde edilen etkenler amikasin, imipenem, nitrofurantoin ve meropenem daha duyarlı saptanırken kinolonlar ve trimetoprim-sulfametoksazole karşı oldukça yüksek direnç tespit edilmiştir.^[20] Baenas ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada üriner enfeksiyonlarda en sık saptanan etkenler *Escherichia coli* (%85) ve *Klebsiella pneumonia* (%4) olup *Escherichia coli* için trimetoprim-sulfametoksazol, siprofloksasin ve nitrofurantoin karşı direnç geliştiği belirlenmiştir.^[21] Çad'da yapılan bir çalışmada üriner enfeksiyonlarda en sık izole edilen patojenin *Escherichia coli* (%59,3) daha sonra *Klebsiella pneumonia* (%13) olduğunu bildirmiş ve ampisilin, siprofloksasin ve sefalosporinlere oldukça yüksek (%60'ın üzerinde) direnç olduğunu göstermiştir. İmipenem karşı duyarlılık yüksek (%94,9) tespit edilmiştir.^[22] Çalışmamızın sonuçları literatür ile kıyaslandığında antibiyotik duyarlılık oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Çalışmamızda hastaların çoğunluğunu 75-84 yaş (%37,0) ile 85 yaş ve üzeri (%32,1) yaş grubu oluşturmaktaydı. Geriatrik popülasyonun değerlendirildiği çalışmalar ile sonuçlar benzerdi.^[10,23] Araştırmalar her iki cinsiyet için de yaş ilerledikçe ÜSE görülme sıklığının arttığını göstermiştir.^[4,10] Yaş ilerledikçe immün sistemin zayıflaması, diyabet, nörolojik hastalıklar, kognitif bozukluklar, dehidratasyon, aktivite kısıtlılığı, invazif işlemler, protez cihazlar ile kısa

ve uzun süreli üriner kateter kullanımı ÜSE'ye yatkınlığı artırır.^[8,10,23,24] Bu hastalarda sık ÜSE oranları ve yaygın antibiyotik kullanımının dirençli patojenlerin gelişimine yol açtığını düşünmekteyiz.

Üriner enfeksiyonların tedavi planında kılavuzlar kullanılmaktadır. Ancak kılavuz önerilerinin bölgesel epidemiyolojik verilerle entegre edilerek kullanılması önerilmektedir.^[1] ÜSE'ye neden olan mikroorganizmaların antibiyotik duyarlılıkları, hasta profilinin ve komorbid hastalıkların zamanla değişimi, uygunsuz ve yaygın antibiyotik kullanımı nedeni ile değişmektedir. Tedaviye dirençli ÜSE gelişiminde risk faktörleri bulunan hastalarda idrar kültürü ve antibiyotik duyarlılık testlerinin yapılması mutlaka önerilmektedir.^[1] Kalıcı üriner kateteri olan kritik derecede hasta yaşlılarda sürekli olarak steril bir idrar kültürü elde edilmeye çalışılmamalıdır. Çünkü tekrarlayan antibiyotik tedavisi daha dirençli bakterilerin üremesine yol açar.^[11] Dirençli bakterilerin neden olduğu enfeksiyonların sıklığının artması ile ampirik tedavinin güçleştiği bildirilmiştir.^[1] Çalışmamızda idrar kültürlerinden izole edilen etkenler arasında duyarlılığın düştüğü, direncin arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçlara göre hem en sık üreyen etken (*Escherichia coli*) hem de genel izolatların duyarlılığı göz önüne alındığında ilk seçenek olarak nitrofurantoin kullanımını önermekteyiz.

Kısıtlılıklar

Çalışmamız tek merkezli ve sınırlı örneklem sayısı ile kesitsel, retrospektif gerçekleştirilmiş olması açısından bazı kısıtlılıklara sahiptir. Sonuçlarımız kendi bölgemize ait verileri kapsamakta olup, tüm Türkiye'ye genellenemez. Buna rağmen evde sağlık hizmeti alan önemli bir hasta profilini tanımlaması açısından değerlidir. Verilerimizin daha kapsamlı örnekleme geniş çalışmalara ön ayak olabileceğini düşünmekteyiz.

SONUÇ

Evde sağlık hizmeti alan hastalarda en sık üriner enfeksiyon etkeni *Escherichia coli* dir. Daha sonrasında *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa* gelmektedir. Çalışmamızda idrar kültürlerinden izole edilen etkenler arasında genel olarak antibiyotik duyarlılığın düştüğü, direncin arttığı saptanmıştır. Hem en sık üreyen etken (*Escherichia coli*) hem de genel izolatların duyarlılığı göz önüne alındığında hastanemizde evde sağlık hizmetlerine kayıtlı hastalarda verilebilecek ampirik tedavi açısından nitrofurantoin kullanımını önermekteyiz.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (09.12.2020 - GOKA/2020/16/11).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the University of Health Sciences, Samsun Training and Research Hospital Non-invasive Clinical Research Ethics Committee (09.12.2020 - GOKA/2020/16/11).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

- Duygu M, Çeken S, Ertek M. İdrar yolu enfeksiyonlarında kültürden izole edilen bakteriler ve antibiyotik duyarlılıkları. *Türk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi* 2020;77(1):25-32.
- Chu CM, Lowder JL. Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups. *Am J Obstet Gynecol* 2018;219(1):40-51.
- Alkan Ceviker S, Gunal O, Kilic SS. Investigation of Risk Factors in Recurrent Urinary Tract Infections in Adults/Eriskinlerde Gelisen Rekuran Uriner Sistem Enfeksiyonlarında Risk Faktorlerinin Degerlendirilmesi. *KLİMİK* 2019;32(3):303-10.
- Demiray EKD, Alkan S, Önder T, Öntürk H, Önder A. Yaşlılıkta Kırılganlık ve Üriner Sistem Enfeksiyonları. *Black Sea J Health Sci* 2022;5(1):143-9.
- Yoshikawa TT, Norman DC. Geriatric Infectious Diseases: Current Concepts on Diagnosis and Management. *J Am Geriatr Soc* 2017;65(3):631-41.
- Özkök S, Karan MA. Yaşlıda ürogenital sistem enfeksiyonları In: Döventaş A, ed. Geriatrik Üroloji. *Türkiye Klinikleri*; 2020:37-42.
- Çayır Y. Home health care. *TJFMPC* 2020;14(1):147-52.
- Kim SJ, Ryu JH, Kim YB, Yang SO. Management of Candida urinary tract infection in the elderly. *Urogenital Tract Infection* 2019;14(2):33-41.
- Nicolle LE. Urinary Tract Infections in the Older Adult. *Clin Geriatr Med* 2016;32(3):523-38.
- Alpay Y, Aykin N, Korkmaz P, Gulduren HM, Çağlan FC. Urinary tract infections in the geriatric patients. *Pak J Med Sci* 2018;34(1):67-72.
- Esme M, Topeli A, Yavuz BB, Akova M. Infections in the Elderly Critically-Ill Patients. *Front Med (Lausanne)* 2019;6:118.
- Woo K, Adams V, Wilson P, et al. Identifying Urinary Tract Infection-Related Information in Home Care Nursing Notes. *J Am Med Dir Assoc* 2021;22(5):1015-21.e2.
- Laborde C, Bador J, Hacquin A, et al. Atypical Presentation of Bacteremic Urinary Tract Infection in Older Patients: Frequency and Prognostic Impact. *Diagnostics (Basel)* 2021;11(3):523.
- Latour K, Lepeleire J, Jans B, Buntinx F, Catry B. Diagnosis, prevention and control of urinary tract infections: a survey of routine practices in Belgian nursing homes. *J Infect Prev* 2020;21(5):182-8.
- Flores-Mireles AL, Walker JN, Caparon M, Hultgren SJ. Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options. *Nat Rev Microbiol* 2015;13(5):269-84.
- Saraçoğlu KT, Fidan V, Pekel Ö, et al. İdrar kültürlerinde izole edilen bakterilerin antibiyotik duyarlılıkları. *J Clin Exp Invest* 2013;4(3):356-9.
- Sanchez GV, Babiker A, Master RN, et al. Antibiotic resistance among urinary isolates from female outpatients in the United States in 2003 and 2012. *Antimicrob Agents Chemother* 2016;60(5):2680-3.
- Weiner LM, Webb AK, Limbago B, et al. Antimicrobial-resistant pathogens associated with healthcare-associated infections: summary of data reported to the National Healthcare Safety Network at the Centers for Disease Control and Prevention, 2011-2014. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2016;37(11):1288-301.
- Pepe DE, Maloney M, Leung V, et al. An evaluation of metrics for assessing catheter-associated urinary tract infections (CAUTIs): A statewide comparison. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2020;41(4):481-3.
- Garza-Montufar ME, Trevino-Valdez PD, De la Garza-Salinas LH. [Comorbidities and antimicrobial resistance in urological outpatients with positive urine culture]. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2018;56(4):347-53.
- Baenas DF, Palmieri HJ, Alomar Jm, et al. Infección urinaria no complicada en mujeres: etiología y resistencia a antimicrobianos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas* 2017;74(1):180-5.
- Kengne M, Dounia AT, Nwobegahay JM. Bacteriological profile and antimicrobial susceptibility patterns of urine culture isolates from patients in Ndjamena, Chad. *Pan Afr Med J* 2017;28:258.
- Nguyen HQ, Nguyen NTQ, Hughes CM, O'Neill C. Trends and impact of antimicrobial resistance on older inpatients with urinary tract infections (UTIs): A national retrospective observational study. *PLoS One* 2019;14(10):e0223409.
- Marques LP, Flores JT, Barros Junior Ode O, et al. Epidemiological and clinical aspects of urinary tract infection in community-dwelling elderly women. *Braz J Infect Dis* 2012;16(5):436-41.

Sanal Aile Sağlığı Merkezi Kurma Deneyimi: Nitel Bir Araştırma

The Experience of Establishing a Family Health Center without Population and Service Building: A Qualitative Study

Bahadır Yazıcıoğlu¹, Tümay Kırışoğlu², Hatice Öz³, Muhammet Ali Oruç⁴

Atf/Cite as: Yazıcıoğlu B, Kırışoğlu T, Öz H, Oruç MA. Sanal aile sağlığı merkezi kurma deneyimi: Nitel bir araştırma. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):109-117.

ÖZ

Amaç: Temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarının yerleşim yerlerinin seçiminde erişilebilirlik konusu daha çok önem arz etmektedir. Bu çalışmada, sıfır nüfuslu ve halihazırda hizmet binası olmayan aile sağlığı merkezlerinin kurulum sürecinde aile hekimlerinin yaşadıkları ve tecrübeleri hakkında bilgi edinebilmek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma fenomenolojik yaklaşımla kurgulanmış nitel (kalitatif) bir araştırmadır. Samsun ilinde 6 aylık sürede sıfır nüfus ile ve hazırda binası olmayan 5 aile sağlığı merkezinde toplam 16 aile hekimliği birimine yerleşen 12 aile hekimi ile yüz yüze görüşme yöntemi ile veriler toplanmıştır.

Bulgular: Görüşülen kişiler sanal aile sağlığı merkezi kurmak için verilen yaklaşık 1 aylık sürenin çok kısa olduğunu düşünmektedir. Aile hekimleri hizmet verilmesi istenen bölgede bulunan her binanın aile sağlığı merkezi olmaya uygun olmadığını belirtmişlerdir. Maddi harcamaların aile hekimlerini en çok zorlayan konuların başında geldiği görülmüştür. Görüşülen kişiler motive edici en önemli faktör olarak yeni bir başlangıç yapmanın verdiği heyecanı belirtmişlerdir. Yeni bir fiziki bina, yeni bir çalışma ortamı ve yeni insanlar tanımak motive edici diğer faktörler olarak belirtilmiştir.

Sonuç: Birinci basamak hizmetlere erişimi kolaylaştırması açısından Sanal Aile Sağlığı Merkezi (ASM) kurulumları önemlidir. Aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde hem bina yapımı masrafı hem de hizmet için gerekli olan sarf malzemelerin tamamının aile hekimince sağlanması gerekliliği aile hekimlerini maddi açıdan zorlamaktadır.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, sağlık tesisi planlaması, birinci basamak hekimleri, sağlık hizmeti ekonomisi ve organizasyonlar

ABSTRACT

Objective: The issue of accessibility is more important in the selection of the location of health institutions where primary health care services are provided. In this study, it was aimed to obtain information about the experiences and experiences of family physicians during the establishment process of family health centers with zero population and no service building.

Methods: The study is a qualitative research designed with a phenomenological approach. Data were collected through face-to-face interviews with 12 family physicians who settled in a total of 16 family medicine units in 5 family health centers with zero population and without a building within a 6-month period in Samsun province.

Results: Family physicians thought that the 1-month period given to establish a family health center was too short. Family physicians stated that not every building in the desired region was suitable for a family health center. Financial expenditures were found to be one of the most challenging issues for family physicians. The interviewees mentioned the excitement of making a new start as the most important motivating factor. Other motivating factors included a new physical building, a new working environment, and getting to know new people.

Conclusion: In terms of facilitating access to primary care services, it is important to establish FHCs without a population and service building. In the process of establishing a family health center, both the cost of building construction and the necessity of providing all the consumables required for the service by the family physician cause financial difficulties for family physicians.

Keywords: Family practice, Health Facility Planning, Primary Care Physicians, Healthcare Economics and Organizations

Received/Geliş: 28.08.2023

Accepted/Kabul: 15.11.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

B. Yazıcıoğlu

ORCID: 0000-0003-4397-2769

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,
Samsun, Türkiye

✉ bahadiryazicioglu@gmail.com

T. Kırışoğlu

ORCID: 0009-0000-3507-1827

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü,
Samsun, Türkiye

H. Öz

ORCID: 0000-0002-3256-3946

Samsun İl Sağlık Müdürlüğü,
Samsun, Türkiye

M. A. Oruç

ORCID: 0000-0002-4320-8579

Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Samsun, Türkiye

GİRİŞ

Aile Hekimliği Uygulaması ilk olarak 2005 yılında Düzce’de pilot uygulama olarak başlatılmış, 2010 yılı itibarıyla ülke çapında uygulamaya geçilmiştir. Aile hekimliği uygulaması ile kişi bazlı planlanan birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimi ve aile sağlığı çalışanı tarafından verilmektedir.^[1] Türkiye’de temel sağlık hizmeti Aile Sağlığı merkezlerinde sunulmaktadır. Aile Sağlığı merkezleri nüfus yoğunluğuna göre tekli hekim veya çoklu hekim tarafından hizmet verilen merkezler olabilmektedir.^[2]

Literatürde aşırı branşlaşma aileye ve bireye yönelik bütüncül yaklaşımı olumsuz etkilediği gösterilmiştir.^[3] Branş uzmanı sayısı artışının sağlık göstergelerini olumsuz etkilediği, aksine güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmetleri ve birinci basamak hekim sayısı artışı ile önlenebilir durumlara ait mortalitenin düşürüldüğü gösterilmiştir. Bu nedenle birinci basamak hekim sayısının artırılması ve hekim başına düşen nüfus sayısının düşürülmesi önerilmektedir.^[4] Benzer şekilde aile hekimliğinin ülke genelinde uygulanmaya başlanması ile Sağlık Bakanlığı 2012 yılında yaptığı değerlendirmede, aile hekimi başına düşen nüfus hedefini 2023 yılı için 2000 kişi olarak belirtmiştir.^[1] Bu hedefe yönelik olarak Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. maddesi birinci fıkrasında, “Aile hekimliği birimleri bölgede ortalama 2000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde tespit edilir.” şeklinde 2017 yılında güncellenmiştir.^[5] En son açıklanan sağlık istatistikleri yıllık 2021 yılına aittir. Türkiye geneli 2021 yılı aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3.306 kişidir.^[6]

Sağlık alanında hizmet verecek kuruluşların vereceği hizmet kadar hizmet vereceği yer seçimi de önemlidir. Her basamaktaki sağlık hizmetleri sağlık hizmetinden yararlanacak kişiler için en uygun yere konumlandırılmalıdır.^[7] Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği 20. Maddede, “Aile hekimlerinin çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak belirlenir.” olarak tanımlamıştır.^[5] Kentleşmenin artması nedeniyle şehir nüfusunun artması sağlık hizmetleri başvurularının artmasına neden olmuştur. Bu talep karşılanırken erişilebilirlik belirleyici bir faktör olabilmektedir. Özellikle temel sağlık hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşlarının yerleşim yerlerinin seçiminde erişilebilirlik konusu daha çok önem arz etmektedir.^[7] Çünkü temel sağlık hizmetleri teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri

ile beraber koruyucu sağlık uygulamaları, sağlığın özendirilmesi ve geliştirilmesi için hizmetlerin verildiği ve kolay ulaşılabilir kurumlar olmalıdır.^[8] Erişilebilirlik aynı zamanda hizmet sektöründen yararlananların hizmet yararlanma sürecindeki algıladıkları hizmet kalitesini etkileyen faktörlerden birisidir.^[9]

Günümüzde kamusal konularda şehirleşme politikaları çeşitli faktörlerden etkilenmektedir. Gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere geçiş konumunda olan çoğu ülkede, artan piyasa baskıları kamu yatırımlarının daha çok kısa vadeli yatırımlara dönüşmesine neden olmuştur. Kamusal alanların yokluğu veya yetersizliği, yapı inşaat planlamasının olmaması, kamusal ödenek eksikliği ve kötü idari yönetimler nedeniyle kamu yatırımlarına özel işbirliklerin desteğine gereksinim duyulmasına neden olmuştur.^[10]

Kayıtlı nüfusu ve halihazırda hizmet binası olmayan ve bu nedenle “sanal” olarak adlandırılan aile sağlığı merkezleri kısmen özel işbirlikle kurulmuş sağlık kuruluşlarıdır. Bu çalışmada, hem coğrafi anlamda hem de nüfus artışı nedeniyle daha erişilebilir birinci basamak sağlık hizmeti sunumu ve aynı zamanda aile hekimi başına düşen nüfusu azaltmak için; yeni, etkin ve erişilebilir aile sağlığı merkezleri kurulması süreçlerinin kamu dışı bir örneği olan sanal aile sağlığı merkezleri kurulum süreci incelenmiştir. Kurulum sürecinde aile hekimlerinin yaşadıkları ve deneyimleri hakkında bilgi edinebilmek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma modeli

Çalışma, fenomenolojik yaklaşımla kurgulanmış nitel (kalitatif) bir araştırmadır. Çalışma Samsun ilinde 2022 yılında hizmete alınmış, “0” nüfuslu ve hazırda binası olmayan (Sanal) beş aile sağlığı merkezinde yürütülmüştür.

Çalışma evreni, örneklem ve prosedür

Samsun ilinde 6 aylık sürede sıfır nüfus ile ve hazırda binası olmayan 5 aile sağlığı merkezinde toplam 16 aile hekimliği birimi açılmıştır. Bu 16 aile hekimliği birimine yerleşen 16 aile hekimi ile görüşme yapılması planlanmıştır. Samsun İl Sağlık Müdürlüğü’nden sözel olarak 2022 yılı içinde başka yeni birim açılması planlanmadığı öğrenildikten sonra çalışma evreni olarak 16 kişi ile çalışma yapılması planlanmıştır. Çalışmaya çalışma evreninin tamamının alınması planlanmıştır bu nedenle örneklem analizi yapılmamıştır. Görüşmeler öncesinde aile hekimlerine çalışma ile ilgili bilgi verilerek

sözel onamları alınmıştır. İki aile hekimi görüşmeye katılmak istemediğinden çalışma dışı bırakılmıştır. On ikinci görüşme sonunda tekrarlar oluşmaya başladığı gözlenmiş ve veri doygunluğuna erişildiğine karar verilmiştir. Toplam 12 aile hekimi ile yapılan görüşme yapılarak görüşme süreci tamamlanmıştır. Derinlemesine görüşmeler Aralık 2022 – Şubat 2023 tarihleri arasında, çözümleme ve analiz Mart 2023 – Mayıs 2023 tarihleri arasında yapılmıştır.

Etik kurul izni Samsun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 16.11.2022 tarih ve SÜKAEK-2022 12/17 sayılı etik kurul izni alınmıştır.

Katılımcılar

Toplam 12 aile hekimi ile derinlemesine görüşme yapılmıştır. On iki aile hekiminin 6'sı erkek, 6'sı kadındı. Bir hekim sözleşmeli aile hekimliği uzmanlık (SAHU) eğitimi kapsamında eğitiminin 4. yılında olan bir hekimdi. En genç hekim 31, en yaşlı hekim 50 yaşındaydı. Görüşülen aile hekimlerinin yaş ortalaması 40,17±6,29 yıldı. Ortalama hekimlik süresi 14,25±6,48, ortalama aile hekimliği süresi 7,83±5,39 yıldı. Görüşülen kişilere ait demografik veriler Tablo 1'de verilmiştir.

Veri toplama

Aile hekimleri ile yüz yüze görüşme metodu ile derinlemesine görüşülme yapılmıştır. Görüşmelerde standardizasyonu sağlayabilmek için görüşmelerin hepsi birinci yazar tarafından yapılmıştır. Görüşmeler hizmete yeni açılan aile sağlığı merkezlerinde aile hekimlerinin kendi odalarında yapılmıştır. Görüşme süresi yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Görüşme sürecinde uzun beklemeye neden olmayacak şekilde hasta beklemesine ve hasta mağduriyeti oluşmamasına dikkat edilmiştir. Görüşme yapılırken ses kayıt cihazı ile

kayıtlar alınmıştır. Derinlemesine görüşme yapılırken yarı yapılandırılmış sorular sorularak aile hekimlerinin süreçteki deneyimlerinin detaylı bir şekilde ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Yarı yapılandırılmış sorular konu hakkında birinci yazarın yapmış olduğu literatürdeki nitel araştırma örneklerinden yararlanılarak oluşturulmuştur.

Yarı yapılandırılmış 6 soru sorulmuştur. "1. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan zamansal durumlar nelerdir? 2. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan mekânsal durumlar nelerdir? 3. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan maddi durumlar nelerdir? 4. Sanal aile sağlığı merkezi kurulumunda yaşanan kişisel ve psikolojik durumlar nelerdir? 5. Sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde motive edici faktörler nelerdir? 6. Sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde motivasyon kırıcı faktörler nelerdir?" şeklindeki yarı yapılandırılmış sorular ile elde edilen içerik incelenmiştir. Yarı yapılandırılmış sorular birinci yazar tarafından kısa bir literatür taraması sonrası, görüşme yapılacak kişilerin yerine yazarın kendisini koyarak Sanal Aile Sağlığı Merkezi kurma sürecindeki deneyimler hakkındaki sorular kendisine sorulsaydı nasıl düşünüp hangi boyutlarda deneyimleri paylaşacağı değerlendirilerek hazırlanmıştır. Katılımcı sayısı azlığı dikkate alınarak, pilot görüşme yapılmamıştır.

Veri analizi

Deşifre sürecince elde edilen kayıtlar daha sonra dinlenilerek, harfiyen yazılı doküman hale getirilmiştir. Ses tonu vurgulamaları, verilen sesli mimikler ve konuşurken duraksama gibi anlatılanların önemli kısımlarının değerlendirilmesinde standardizasyon sağlanabilmesi için tüm ses kayıtları birinci yazar tarafından metne dönüştürülmüştür. Yapılan 12 görüşmeye ait ses kayıtları 12 sayfa tutmuştur.

Tablo 1. Yüz yüze görüşme yapılan aile hekimlerine ait demografik veriler

	Ünvan	Cinsiyet	Yaş (yıl)	Hekimlik süresi (yıl)	Aile hekimliği süresi (yıl)
Aile Hekimi 1	Aile Hekimliği Uzmanı	Erkek	50	24	11
Aile Hekimi 2	Aile Hekimi	Erkek	46	20	15
Aile Hekimi 3	Aile Hekimi	Erkek	35	10	9
Aile Hekimi 4	Aile Hekimi	Erkek	45	20	10
Aile Hekimi 5	Aile Hekimi	Kadın	45	22	15
Aile Hekimi 6	Aile Hekimi	Kadın	33	8	1
Aile Hekimi 7	Aile Hekimi	Kadın	37	10	4
Aile Hekimi 8	Aile Hekimi	Erkek	43	7	1
Aile Hekimi 9	Aile Hekimi	Kadın	31	7	1
Aile Hekimi 10	Aile Hekimi	Kadın	42	18	10
Aile Hekimi 11	Aile Hekimi (SAHU* Asistanı)	Kadın	32	8	4
Aile Hekimi 12	Aile Hekimi	Erkek	43	17	13

* Sözleşmeli Aile Hekimliği Uzmanlığı

Veriye dalma olarak da adlandırılan veri aşinalığı süreci yine standardizasyonu sağlayabilmek için ses kayıtlarını dinleyen birinci yazar tarafından yapılmıştır. Kodlama yapılmadan dikkat çekilen ifadeler tekrar tekrar dinlenerek bulgular oluşturulmuş ve anlamlandırılmaya çalışılmıştır.

Kodlama sürecinde elde edilen veriler bilgisayar programı kullanmadan birinci yazar tarafından konulara göre kategorileştirilerek anlam bütünlüğünü bozmadan anlamlı parçalara ayrılmıştır. Oluşturulan kodların tekrar sayısı katılımcıların konuya verdiği önemde dikkate alınsa da kodların yüzdesi gibi niceliksel verilere yer verilmemiştir.

Bulguların yorumlanması aşamasında deneyimlerden elde edilen verilerin kıyaslanması ile neden sonuç ilişkisi kurulmaya çalışılmıştır. Bu ilişki kurulurken beklentiler ile sonuçlar arasında örtüşme olup olmadığı da değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Bu çalışma 11-14 Mayıs 2023 tarihlerinde düzenlenen 22. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde sözel sunum olarak sunulmuştur.

BULGULAR

Aile hekimlerinin sıfır nüfuslu hazırda bir hizmete hazır binası olmayan "sanal" aile sağlığı merkezi kurulum aşamasında yaşadıkları deneyimler alt başlıklar halinde incelenmiştir.

Zamansal durumlara ait bulgular

Görüşülen kişiler sanal aile sağlığı merkezi kurmak için verilen yaklaşık 1 aylık sürenin çok kısa olduğunu düşünmektedir. Bu 1 aylık sürede hekimlik mesleği pratiği dışında kalan aile sağlığı merkezi olmaya uygun bir mekan bulma, inşaat için proje çizdirme, inşaat yaptırma ve tefrişat düzenlemesi gibi farklı işlemler yapılması gerekmektedir. Aile hekimleri bu işlemlerin yetiştirilmesinin zor olduğunu ve çoğu kurumsal organizasyonun bu işleri yetiştirmede zorlanacağı belirtmişlerdir.

"..Sağlık Müdürlüğü'nün verdiği süre kısıydı. Bir aylık süre bir ASM oluşturmak için çok kısa. Bir de ASM'yi kurarken o anda bulunduğunuz birimde çalışmaya devam etmeniz gerekiyor. .." (Aile Hekimi 1)

"..Bir ay gibi kısa bir sürede binayı bulup projesini çizdirmek ve müdürlüğe onaya sunup inşaaata başlamak

bizim için bayağı zordu. Zaten binayı bulup projeyi çizdirmek 10 günümüzü aldı. Kalan 20 gün de inşaatla geçti. 20 günde hiçbir devlet kurumunun böyle bir sağlık tesisi kurabileceğini sanmıyorum. İl müdürlüğü de kuramaz. .." (Aile Hekimi 2).

"..Bir ay içinde aynı anda çalışırken, bir mekân bulmak, kira sözleşmesi imzalamak, mekânı müdürlük ve yönetmeliğin istediği hale getirmek çok zor. Hasta bakarken yani kendi iş yoğunluğumuz içinde sokak sokak mekân gezmek ve anlaşma yapmak çok zaman alıyor. .." (Aile Hekimi 11).

Mekânsal durumlara ait bulgular

Aile hekimleri hizmet verilmesi istenen bölgede bulunan her binanın aile sağlığı merkezi olmaya uygun olmadığını belirtmişlerdir. Çoğu zaman bulunan mekânlar yalnızca dört duvardan ibaret olan yerlerdir. Aile sağlığı merkezi olabilmesi için verilecek hizmete ve yönetmeliklere uygun bir mekân bulunduğu anda ise yüksek kiralar ile karşılaşıldığı belirtilmiştir.

"..Bulduğumuz yerlerde ASM kurulacağı söylendiğinde çok aşırı kiralar istendi. Bir esnaf ya da kurumsal firmaların ödeyebileceği rakamlardı bunlar, bir aile hekiminin verebileceği paralar değil. .." (Aile Hekimi 3).

"..Dükkân sahibinden dört duvar halinde kiraladığımız bu yeri küçük bir hastane formatına çevirmemiz gerekiyordu. Bulmak yetmiyor, mimar – usta bulma, benim hiç bilmediğim alanlar. .." (Aile Hekimi 6).

"..Ya bulduğunuz bina hizmet verilmesi istenen adrese uymuyor ya da istenen adreste doğru bina olmuyor. Bulduğumuz bina asma katı olan bir dükkândı. Duvarlarda pencere yoktu, pencere açılması gerekiyordu. Bu noktada bina sakinleri ile problem yaşadık. A grubu gruplandırmaya uygun bir bina da yaptırmak istediğinizde bitmeyen inşaat sahibi gibi hissediyorsunuz. .." (Aile Hekimi 8).

Maddi durumlara ait bulgular

Maddi harcamaların aile hekimlerini en çok zorlayan konuların başında geldiği görülmüştür. Bu süreçte ülkenin içinden geçtiği ekonomik sıkıntılar da süreci zorlaştıran etmenlerden olmuştur. İdari makamlar ile görüşüldüğünde 10 ay tavadan cari ödeme yapılacağı geri bildirim yapılsa da yapılan harcamalar peşin ve çok daha yüksek, yapılan cari ödemeler ise 10 ay parça parça ve çok düşük miktarlarda olduğu belirtilmiştir. Aile hekimlerinin zorlandığı bir diğer konu da aile

sağlığı merkezi adına yapılan elektrik, su, internet ve doğalgaz abonelikleri olduğu gözlenmiştir. Neredeyse bütün abonelikler mesken yerine ticarethane sınıfında tanımlandığı belirtilmiştir.

“..Gruplandırma kriterlerine uygun ASM’de bulunması gereken sarf malzemeler kara borsaya düşmüş durumda. Döviz etkisiyle de fiyatlar aşırı yükseldi. ..” (Aile Hekimi 3).

“..Belirli bir birikiminiz yoksa çok ciddi bir borç altına girmeniz gerekiyor. Bir dükkân ya da daireyi ASM’ye çevirmek 10 aylık tavadan cari ödemesiyle filan karşılanabilecek gibi değil maalesef. ..” (Aile Hekimi 11).

“..Daha önce sanal ASM kuran arkadaşlar ile maliyet hesabı yapmıştık. Birim başına yaklaşık 30 bin lira maliyet deniyordu. Ancak sadece inşaat maliyeti birim başına 180 bin lirayı geçti. Mobilya ve sarf malzemeler için ailemden borç almak durumunda kaldım. ..” (Aile Hekimi 12).

Kişisel ve psikolojik durumlara ait veriler

Bu dönem görüşülen kişilerce aile hekimlerini etkileyen çok parametrenin olduğu bir dönem olarak tanımlanmıştır. Endişe, umut, heyecan ve mutluluk gibi duyguları bir arada yaşamanın mümkün olduğu belirtilmiştir. Bu duyguların yanında ise en yoğun yaşanan durumun insanı fizyolojik ve psikolojik yönden yıpratıcı bir stres olduğu belirtilmiştir.

“..Bu süreçte bütün dengeniz şaşıyor. Psikolojik olarak da zorluyor. Bu süreçte uyuz olduğumu zannederek Cildiye’ye muayeneye gittim. Lezyonlar uyuzla benzemiyordu, hekimsiniz ama kendinize tanı bile düşünemiyorsunuz. Cildiye doktoru ‘ürtiker’ olmuşsun dedi. Stresör fazla olunca stres kaynaklı muhtemelen dedi. ..” (Aile Hekimi 10).

“..Fiziksel olarak çok yoruldum. Bir daha böyle bir yer kurar mıyım? Bir daha sanal ASM seçer miyim? Asla! ..” (Aile Hekimi 4).

“..Çok zorlandım. Çok zorlayıcı bir dönemdi. Bir ay içerisinde 6 kilo verdiğimi söyleyebilirim. Özel zamanım çok azaldı. Aileme ve kendime ayırdığım zaman çok azaldı. Aklınızda hiç de aşına olmadığınız bir iş sürekli yer kaplıyor. En zoru da bu süreçte çocuklarımı çok az gördüm. Eşimi çok az gördüm. Bu durum beni psikolojik olarak çok etkiledi. ..” (Aile Hekimi 1).

Sanal Aile Sağlığı Merkezi kurulması sürecinde motive edici faktörler

Görüşülen kişiler motive edici en önemli faktör olarak yeni bir başlangıç yapmanın verdiği heyecanı belirtmişlerdir. Yeni bir fiziki bina, yeni bir çalışma ortamı ve yeni insanlar tanımak motive edici diğer faktörler olarak belirtilmiştir. Açılan sanal ASM’lerin hepsi il veya ilçe merkezinde olan yerler olduğu için aile hekimlerinin çoğunun ev ile iş yeri arasındaki mesafe kısalmıştı ve yolda geçen sürenin kısılması motive edici bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Kayıtlı hasta olmayan sıfır nüfuslu birimde göreve başlamak, birime kayıt alınan her hastayı bizzat tanımış olmayı sağlamaktadır. Başlangıçta kayıtlı nüfus az olduğundan günlük polikliniğe yapılan hasta başvurusu az, hasta başına ayrılan süre optimum seviyelere çıkıyor ve bu durumda mesleki motivasyon yüksek seviyelere çıktığı için hekimin de hastaların da memnun olduğu değerlendirilmiştir.

“..Acilde sürekli 24 saatlik nöbetler tutuyordum. Dolayısıyla çok yorucu oluyordu benim için. Şimdi bu yeni ASM’ye geçişimle birlikte yirmi dört saatlik nöbetler yok. Artık yeni başlangıçla mesai usulü çalışacağım demek çok motive etti açıkçası. En azından düzenli bir hayatım olacağını düşünüyorum. ..” (Aile Hekimi 9).

“..Her ne kadar zorlukları olsa da şu an çalışmayı istediğim ortamda ve istediğim yerdeyim. ASM’ye gelen hastaların da aile sağlığı merkezini beğenmeleri motive edici oluyor. ..” (Aile Hekimi 5).

Sanal Aile Sağlığı Merkezi kurulması sürecinde motivasyon kırıcı faktörler

Motivasyon kırıcı faktörlerin genellikle maddi konular ve bu konularla ilişkili durumlar kaynaklı olduğu görülmüştür. Günlük fiyat değişikliklerinin yanında ustaların zaman kaymaları aile hekimlerince tahammül sınırlarının çok üstünde bulunmuştur. Yönetmelikler yetersiz ve bilgi danışmak amacıyla başvuru yapıldığında idari makamlarca yorum farklılıklarının çok fazla olduğu belirtilmiştir. Sanal ASM kurma sürecinde hiç hesapta olmayan bir durum olarak, eve/işe daha yakın olan veya daha az yoğun diye yeni ASM’ye geçiş yapan hastaların eski aile hekimleri ile yeni ASM aile hekimleri arasında gerginliklerin olabildiği belirtilmiştir.

“..Motivasyon kırıcılığı daha fazlaydı işin aslı. Çünkü her tarafı memnun etmeye çalıştık elimizden geldiğince ve işleri bütçeli bir şekilde yapmaya çalıştık. Sanal

aile sağlığı merkezi kurulabilir ama diğer nüfus kaybı yaşayan hekimlerle de sıfır birime yerleşen hekimler arasında tabii ki bir soğukluk oluyor. Bence bu hoş değil. ..” (Aile Hekimi 7).

“..Motivasyon kırıcı faktörler o kadar fazla, o kadar fazla ki.. Yani on gündür sadece bir telefon firmasından internet bağlatmak telefon numarası almaya uğraşıyoruz. Çok fazla angarya iş çıktı. Yani hayatımda kırk iki yaşındayım ve itfaiyeye ilk defa gittim mesela. ..” (Aile Hekimi 10).

TARTIŞMA

Bu çalışmada, sıfır nüfuslu ve hazırda hizmete hazır bir binası olmayan “sanal” aile sağlığı merkezi kurulum aşamasında aile hekimlerinin yaşadıkları zamansal, mekânsal, maddi ve kişisel durumlar kendi başlıkları altında tartışılmıştır. Aynı zamanda sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde motive edici ve motivasyon kırıcı faktörler değerlendirilmiştir.

Aile hekimliği uygulama yönetmeliği 25. Madde Aile hekimleri, “Yönetmelikteki asgari fiziki şartları haiz, öncelikle bakanlık, kurum veya bağlı kuruluşlara ait sağlık hizmeti vermek amacıyla yapılan veya müdürlükçe bu amaçla kiralanan binalarda hizmet verirler. Bu imkânın sağlanamaması halinde müdürlüğün onayı ile uygun standartlara sahip bölgedeki diğer mekânlarda da hizmet verebilirler.” demektedir.^[5] Sanal aile sağlığı merkezleri bu kapsamda diğer mekanlar olarak adlandırılan yerler olarak değerlendirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin oluşturulma süreci ile ilgili literatürde yeterli yayın bulunamamıştır. Yapılan bu çalışma ile literatüre bu konuda katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Tüm dünyada toplam nüfusun artışı ve kentleşme oranlarındaki artış şehir merkezlerinde daha fazla kamu hizmetlerine gereksinim duyulmasına neden olan bir durumdur. Birinci basamak sağlık hizmetleri maliyet etkin ve erişilebilir sağlık hizmeti olması nedeniyle her yerleşim yerinde en önemli sağlık kurumlarıdır. Özellikle nüfusun artışı ve yaşlı nüfus oranının artması da birinci basamak sağlık hizmetlerine olan gereksinimi artırır. Bu durumlar Amerika için de sorun oluşturmuştur ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin her anlamda güçlendirilmesi önerilmiştir.^[11] Fransa’da tıbbi olarak yeterli hizmetin verilemediği alanları desteklemek amacıyla farklı politikalar denenmiştir. En etkin uygulama Birinci Basamak Ekibi olarak adlandırılan güçlendirilmiş birinci basamak sağlık hizmeti olmuştur.

Hekim sayısının artması sağlık bakımı açısından yeterli hizmet verilemeyen yerlerin tercih edilebilirliğini artırmamış, ancak devlet tarafından destekli birimler olumlu artış göstermiştir.^[12] Ülkemiz içinde bu gereksinimler geçerlidir. Bu nedenle yaşam kalitesi yüksek, sağlıklı ve güvenli çevreler oluşturmak üzere hazırlanan, arazi kullanım ve yapılaşma kararları getiren mekânsal planların yapımına ve uygulanmasına ilişkin usul ve esaslar Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Yönetmeliğin 12. madde fıkra (2)’de, “İmar planlarında; çocuk bahçesi, oyun alanı, açık semt spor alanı, aile sağlığı merkezi, kreş, anaokulu ve ilkökul fonksiyonları takriben 500 metre, ortaokullar takriben 1.000 metre, liseler ise takriben 2.500 metre mesafe dikkate alınarak yaya olarak ulaşılması gereken hizmet etki alanında planlanabilir.” denilmektedir.^[13] Bu kapsamda artan nüfus ve genişleyen şehir merkezleri gibi hizmet verilmesi planlanan yeni mekân lokalizasyonlarına karar verilirken bu yönetmelik kapsamında planlama yapılmasının uygun olacağı değerlendirilmiştir. Sanal ASM’ler merkezi yerlerde tercih edilebilir olsa da periferik yerlerde tercih edilmeme sorunları ile karşı karşıya kalınabilir.

Yeni bir aile sağlığı merkezi kurulması için gerekli asgari şartlar ve hizmet verilmesi planlanan hizmet gruplandırmasına uygun gereklilikler Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nde belirtilmiştir. Bu şartlar ve gerekliliklerin yerine getirilmesi, kira, inşaat, tadilat ve satın alma gibi süreçler maliyet analizi ve stok yönetimi gibi uzmanlık düzeyinde bilgi gerektiren yönetsel süreçlerdir.^[14] Bu süreç daha büyük kamu tesisleri için uygulanan yap-işlet-devret modeline benzerlik göstermektedir. Bu model özellikle gelişmekte olan ülkelerde farklı olanakların yokluğu durumunda kamu altyapı yatırımlarının gerçekleştirilmesini sağlayacak olan uygulamadır.^[15] Her ne kadar ülkemizde uygulanmasa da yurt dışında Kamu-Özel-İş Birliği ile özel hizmet sağlayıcılar üzerinden hizmet binası olmayan veya birinci basamak sağlık hizmetleri kullanımının düşük olduğu yerlere farklı modeller denenmiştir. Bu sayede bina olmayan yerlere kısa sürede bina yapılması sağlanmış, birinci basamak sağlık hizmetine erişim kolaylığı, esnek mesai saatleri ve kısa bekleme süreleri sağlanmıştır.^[16] Uygun kamu binası olan yerler kiralama yoluyla sağlık tesisine dönüştürülebilmektedir, ancak uygun kamu binası olmayan yerlerde aile hekimlerinin atanması ile bu binaların oluşturulması işleminin birinci basamak sağlık tesisleri altyapısına katkıda bulunduğu değerlendirilmiştir. Aynı zamanda yap-işlet-devret modelinde sözleşme dâhilinde inşaat ve işletme süresi net bir şekilde açıkça belirtilmektedir. Bu süreler

genellikle büyükler tesisler için ve tesis büyüklüğüne göre değişmekle birlikte genellikle 2-3 yıllık uzun sürelerdir. Bu yöntemler ile kamu kaynakları ile yapılan sağlık tesislerine göre çok daha hızlı şekilde hizmete hazır hale sağlık tesisleri kurulabilmektedir. Aile sağlığı merkezleri daha küçük sağlık tesisleri olsa da kurulum için verilen ortalama 1 aylık sürenin çok yetersiz olduğu değerlendirilmiştir.

Bir sağlık tesisi kurulumu için yer seçiminde en uygun konum için erişilebilirlik, ulaşım maliyeti, eşdeğer özellikteki diğer tesislerin konumları, hizmetten yararlanacak hedef nüfusun özellikleri, arazi ve inşaat maliyeti gibi çeşitli faktörler belirleyici olmaktadır.^[17] Sağlık tesislerinin sayıca çok olması ulaşılabilirliği artırır ve hizmetten yararlananların ulaşım maliyetlerini azaltır. Ancak bu durumda yüksek erişilebilirlikteki yerlerin kirası ve tesis yapım maliyetleri artmaktadır. Bu faktörler göz önüne alınarak toplam maliyet açısından optimum bir yer seçimi yapılmalıdır.^[18] Bu planlamalar genellikle illerdeki merkezi yönetimce yapılmaktadır. İl yöneticilerinin bu konuda yeterli eğitimi alıp almadıkları ve yerleşim yeri seçiminde etkili olacak faktörleri yeterince değerlendirip değerlendirmedikleri belirsizdir. Aile hekimlerinin yer bulma konusunda zorlanmaları ve yüksek yapım maliyetleri ile karşılaşmaları bu konuda yeterli ön çalışma yapılmadığını ve ekonomik parametrelerde sürekli değişikliklerin getirdiği olumsuzluklara bağlı olduğunu düşündürmüştür.

Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği, “Yeni açılan ve müdürlükçe hizmet verilecek aile sağlığı merkezi mekânı gösterilemeyen birimler için aile sağlığı merkezi giderleri, on ay boyunca yukarıdaki kriterlere bağlı olmaksızın tavan ücretin %100’ü olarak ödenir.” demektedir.^[19] Yeni kurulan aile sağlığı merkezi için yapılan hemen hemen bütün harcamalar peşin yapılmakta, ancak karşılığı 10 ay parça parça alınmaktadır. Ayrıca döviz hareketliliği inşaat maliyetleri çok artırdığı, ancak ihale üzerinden yapılan sağlık tesisleri gibi inşaat bitimi hak ediş hesaplaması yapılmadığından 10 ay boyunca verilecek tavan ücretin mevcut harcamaların çok altında kaldığı değerlendirilmiştir.

Çalışma ortamında önceden belirli olan rol ve görevlerin dışında kalan her tür iş ve görev örgütsel strese neden olur. Nitelendirilmiş iş harici işler, fiziksel koşullarda değişiklikler ve zaman baskısı işe ait durumlardır. Bu durumlar çalışanlar üzerinde baskı ve zorlama oluşturur.^[20] Kayseri’de aile hekimleri ile yapılan bir çalışmada, iş yükü ve iş stresinin arttığı durumlarda, tükenmişlik,

duygusal tükenme ve duyarsızlaşma durumlarının attığı gösterilmiştir.^[21] Çalışanların işleri ile uyumu ergonomi olarak adlandırılır. Daha çok çalışma ortamı, iş özellikleri, gürültü, ısı, nem gibi fiziksel özellikleri içerse de ayrıca psikolojik durum gibi özellikleri içerir.^[22] Aynı zamanda çalışma çevresi ve içerdiği tüm bileşenleri, insanın psikolojik, fizyolojik ve sosyokültürel tüm kapasite ve limitleriyle değerlendirerek, üretim açısından verimliliği artırır.^[23] Aile hekimlerinin aldıkları hekimlik mesleği eğitimi ile ilgisi olmayan, kiralama, projelendirme, inşaat, tefrişat alışverişi gibi işler ergonomiye uygun olmamaktadır. Bu durum aile hekimlerinde iş stresinde artışa, iş motivasyonunda ve iş verimliliğinde düşüşe neden olduğu gözlenmiştir.

Motivasyon kişileri harekete geçiren ve davranışta bulunmaya özendirilen bir güdü olarak tanımlanmıştır. İşin ya da hizmetin amaçları doğrultusunda insanları faaliyet göstermeye teşvik ederken aynı zamanda kişinin kendisi için de yarar sağlamaya aracı olur.^[24] Parasal iyileştirmeler ve yüksek ücret uygulaması kişilerin iş motivasyonunu kısa süreli ve geçici yükselttiği görülmüştür.^[25] Beklentiler, çalışanlarda performans ve performans da ödül beklentisine neden olur. Ödül beklentisi iş tatmini ile yakın ilişkilidir.^[26] Aile hekimleri yeni iş yerlerine kolay ve kısa sürede erişim, yeni ve temiz bir bina ve yeni bir başlangıcın verdiği hissi motivasyon verici faktörler olarak değerlendirmiştir. İş yerine ulaşma süresinin uzun olması, sürekli aynı yerde hizmet verme gibi durumların kişilerin iş motivasyonunu olumsuz etkilediği değerlendirilmiştir. Döviz kurundaki hareketliliğe bağlı inşaat maliyetlerinin çok artması olası harcama miktarlarının tahmin edilememesi, bina hazırlama sürecinde yasal mevzuata uygun davranma çabası içinde mevzuat yorumlama farkları ve yeni hasta kaydı nedeniyle hastaların eski hekimleriyle yaşanan gerginlikler motivasyon kırıcı faktörler olarak belirtilmiştir. Sanal olarak hizmete alınan binaların yapım maliyetlerinin cari gider ödemesi ile 10 aylık ödemeler yerine peşin ve yapılan harcamaların hak ediş üzerinden yapılması, kanun ve yönetmeliklerde yorum farkına yer vermeyecek şekilde açık ve net söylemlerin eklenmesi kişilerin motivasyon kaybı yaşamasını önleyeceği düşünülmüştür.

Aile sağlığı merkezi kurma işlemleri süreci tamamen aile hekimlerine bırakılmaktadır. Hekimlik sanatına yönelik teorik ve pratik eğitim haricinde herhangi bir eğitim almayan aile hekimleri bu süreçte ekonomik, insan yönetimi, zaman yönetimi, kişisel ve psikolojik konularda çok farklı zorluklar yaşamaktadır. Bu zorlukların çoğu yönetsel konular olduğu değerlendirildiğinden

bir sağlık tesisi kurumu aşamasında il sağlık müdürlükleri bünyesinde veya masrafları yine kurumca karşılanmak üzere özel olarak hizmet veren bu konuda eğitim almış profesyonel sağlık yöneticilerinin hizmete destek vermesinin sağlanmasının bu süreci destekleyeceği düşünülmüştür.

Sanal ASM kurma süreci sürdürülebilir bulunmamıştır. Aile hekimleri ortalama 1 aylık sürede hem gündüz mesailerinin hem de kişisel zamanlarının önemli bir kısmını ASM kurma iş ve işlemlerine ayırmaktadır. Yeni bir binada hizmet vermek güzel olsa da 1 aylık sürede hasta yararına işlem yapıp yapılmadığı da sorgulanması gereken bir konu olarak değerlendirilmiştir. Mevcut ekonomik dalgalanmalar da maliyet etkinliği ciddi olarak tehdit etmektedir.

Çalışmanın kısıtlılıkları ve güçlü yanı

Çalışmanın en büyük kısıtlılığı hem ulusal literatürde hem de uluslararası literatürde yeterli akademik kaynak olmamasıdır. Bu nedenle özellikle uluslararası literatürden yeterince yararlanılamamıştır. Bu konuda literatürde yayımlanmış ilk makalelerden birisi olması çalışmanın güçlü yanındır.

SONUÇ

Hizmete erişimi kolaylaştırması açısından Sanal ASM kurulumlarının önemlidir. Aile hekimleri ve aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olan aile hekimliği uzmanları Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'ne uygun şekilde asgari şartları veya istenen gruplandırma standartlarına uyacak şekilde yeni bir aile sağlığı merkezi kurma konusunda eğitim almamaktadır.

Aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde hem bina yapımı masrafı hem de hizmet için gerekli olan sarf malzemelerin tamamının aile hekimince sağlanması gerekliliği aile hekimlerini maddi açıdan zorlamaktadır. Bu durum ekonomik olarak aile hekimlerine ciddi bir yük oluşturmaktadır.

Aile sağlığı merkezi açılan her bölgede kayıtlı nüfus toplamak kolay olmamaktadır. Sanal aile sağlığı merkezi kurulum sürecinde bu durumların iyice düşünülerek planlamaların dikkatli yapılması gerekmektedir.

Etik Kurul Onayı: Samsun Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (16.11.2022 - SÜKAEK-2022 12/17).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Samsun University Clinical Research Ethics Committee (16.11.2022 - SÜKAEK-2022 12/17).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Karakoç FY, Emek M. Türkiye'de iller arası yerleştirmeye açılan birimlerin boş kalma durumları ve etkileyen faktörler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2019;23(3):118–27.
2. Deniz M, Kazdal K, Topuz M. Aile Sağlığı Merkezlerine Erişilebilirliğin CBS İle Analizine Bir Örnek: Rize Kenti. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2020;24(3):1407–22.
3. Günaydın D. Sağlık Hizmeti Krizi: Reformlar ve Krizi Aşma Yaklaşımları. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi 2012;31(2):195–227.
4. Baran Çeçem K, Üstü Y, Öztaş Ö. Fransa'da Aile Hekimliği Uygulaması ve Eğitimi: Türkiye Modelinin İncelenmesi. Ankara Medical Journal 2015;15(3):153–160.
5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 28539 sayılı Resmi Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/> adresinden 21/04/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
6. Sağlık Bakanlığı TC. Sağlık İstatistikleri Yıllığı - 2021. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden 25/07/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
7. Bulut S. Aile Sağlığı Merkezleri Kuruluş Yeri Değerlendirmesi; Metropol İlçe Örneği. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2022;20(1):14–24.
8. Porsuk AÖ, Cerit Ç. Aile Hekimliği Birimlerinin On Yılı: Bir İl Örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2021;11(1):39–44.
9. Savaş H, Kesmez AG. Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Modeli ile Ölçülmesi: Aile Sağlığı Merkezleri Üzerine Bir Araştırma. Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2014;17:1–13.
10. Cakaric J, Zgonic AI. Nameless settlements of Sarajevo. In: IOP Conference Series: Materials Science and Engineering. IOP Publishing Ltd; 2020.
11. Petterson SM, Liaw WR, Phillips RL, Rabin DL, Meyers DS, Bazemore AW. Projecting US primary care physician workforce needs: 2010-2025. Ann Fam Med 2012;10(6):503–9.
12. Chevillard G, Mousquès J. Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? Soc Sci Med 2021;287:114358.
13. Mekânsal Planlar Yapım Yönetmeliği. 29030 sayılı Resmi Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/> adresinden 05/10/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
14. Tümerdem Çalık B, Yıldırım Kaptanoğlu A, İşçi E, Zengin O. Aile Sağlığı Merkezinin Yönetim Sürecinde Aile Hekimi ve Sağlık Yöneticisinin Rolü. Smyrna Tıp Dergisi 2013;1:24–7.
15. Özer K. Yap-İşlet-Devret Modeli ve Türkiye Uygulamaları. Ziraat Mühendisliği 2012;358:30–5.
16. Joudyian N, Doshmangir L, Mahdavi M, Tabrizi JS, Gordeev VS. Public-private partnerships in primary health care: a scoping review. BMC Health Serv Res 2021;21(1).

17. Gültekin S, Zorlu F. Spatial Impacts of Health System Transformation in Turkey: A Case Study in Mersin City. Sketch: Journal of City and Regional Planning 2019;1(1):35–53.
18. Gürsoy G, Yüzer MA. Analitik Hiyerarşi Süreci ile Kullanıcı Talebine Dayalı Sağlık Tesisi Yer Seçimi Modeli. İDEALKENT 2022;14(Özel Sayı):221–44.
19. Aile Hekimliği Sözleşme Ve Ödeme Yönetmeliği. 31527 sayılı Resmi Gazete. <https://www.mevzuat.gov.tr/adresinden> 25/07/2023 tarihinde erişim sağlanmıştır.
20. Eren Gümüştekin G, Öztemiz AB. Örgütlerde stresin verimlilik ve performansla etkileşimi. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2005;14(1):271–88.
21. Baykan Z, Çetinkaya F, Naçar M, Kaya A, Ümit Işıldak M. Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler. Türk Aile Hek Derg 2014;18(2):121–32.
22. Çeven S, Özer K. Büro ergonomisinin çalışma psikolojisi ve iş verimine etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2013;1:61–70.
23. Yapıcı F, Baş H. Verimlilikte Ergonomik Faktörler. Journal of Engineering Sciences and Design 2015;3(3):591–5.
24. Örucü E, Kanbur A. Örgütsel-Yönetimsel Motivasyon Faktörlerinin Çalışanların Performans ve Verimliliğine Etkilerini İncelemeye Yönelik Ampirik Bir Çalışma: Hizmet ve Endüstri İşletmesi Örneği. Yönetim ve Ekonomi 2008;15(1):85–97.
25. Sageer A, Rafat S, Agarwal P. Identification of Variables Affecting Employee Satisfaction and Their Impact on the Organization. IOSR Journal of Business and Management 2012;5:32–9.
26. Kianto A, Vanhala M, Heilmann P. The impact of knowledge management on job satisfaction. Journal of Knowledge Management. 2016;20(4):621–36.

Evlilik Uyumuna Bilişsel Esnekliğin Etkisi

The Effect of Cognitive Flexibility on Marital Adjustment

Gamze İmamoğlu¹, Ayşe Pınar Balakbabalar², Onur Öztürk³

Atıf/Cite as: İmamoğlu G, Balakbabalar AP, Öztürk O. Evlilik uyumuna bilişsel esnekliğin etkisi. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):118-124.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, aile sağlığını yakından ilgilendiren evlilik uyumuna etki eden başta bilişsel esneklik becerisi olmak üzere farklı faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel dizayna sahip olan bu çalışma 01 Nisan 2022 – 01 Haziran 2022 tarihleri arasında, bir hastanede çalışmakta olan evli personellerin katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği (YÇÜÖ) ve Bilişsel Esneklik Envanteri (BEE) kullanılarak yüz yüze görüşme tekniğiyle, araştırmacılar tarafından doldurulmuştur.

Bulgular: Toplam 332 kişinin yaş ortalaması 40,9±8,2'dir, 194'ü (%58,4) kadındır. Katılımcıların YÇÜÖ puanlarının ortalaması 53,5±9,1'dir, BEE puanı ortalaması ise 76,1±10,9'dur. Yaş, cinsiyet, evlilik süresi, çocuk sayısı ile YÇÜÖ ve BEE arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Evlilik sayısı ile YÇÜÖ arasında anlamlı ilişkiye ulaşılmazken, BEE'den alınan puanla negatif yönlü ilişki saptanmıştır (p=0,005, r=-0,128). Eğitim düzeyi ile YÇÜÖ arasında anlamlı ilişki olmamasına rağmen, BEE'den alınan puanla pozitif yönlü ilişki saptanmıştır (p=0,001, r=0,116). Meslek gruplarına bakıldığında YÇÜÖ puanı ile anlamlı ilişki saptanmazken, BEE'den alınan en düşük puanın işçi-şoför-güvenlik meslek gruplarında olduğu saptanmıştır. YÇÜÖ ve BEE puanı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır (p=0,001, r=0,236).

Sonuç: Bilişsel esnekliğin evlilik uyumunu pozitif yönde etkilediği saptanmıştır. Bireylerin birbirlerinin hislerini ve fikirlerini algılayabilmelerine ve sağlıklı iletişim kurabilmelerine katkıda bulunabilecek sosyal politikalara gereksinim olduğu açıktır.

Anahtar kelimeler: Evlilik ilişkisi, uyum, idrak, esneklik, aile hekimliği

ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to evaluate different factors, especially cognitive flexibility skills, which affect marital adjustment, which is closely related to family health.

Methods: This study, which has a cross-sectional design, was carried out between 01 April 2022 and 01 June 2022 with the participation of married personnel working in a hospital. The data were filled in by the researchers by face-to-face interview technique, using the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) and Cognitive Flexibility Inventory (CFI).

Results: The mean age of 332 people was 40.9±8.2, 194 (58.4%) of them were women. The average of the participants' RDAS scores was 53.5±9.1, and the average of the CFI score was 76.1±10.9. No significant relationship was found between age, gender, duration of marriage, number of children, and RDAS and CFI. While no significant relationship was found between the number of marriages and the RDAS, a negative correlation was found with the score obtained from the CFI (p=0.005, r=-0.128). Although there was no significant relationship between education level and RDAS, a positive correlation was found with the score obtained from CFI (p=0.001, r=0.116). When the occupational groups were examined, no significant relationship was found with the RDAS score, but the lowest score obtained from the CFI was found in the worker-driver-safety occupational groups. A positive correlation was found between the RDAS and CFI scores (p=0.001, r=0.236).

Conclusion: It has been found that cognitive flexibility has a positive effect on marital adjustment. It is clear that there is a need for social policies that can contribute to individuals' perception of each other's feelings and ideas and to establish healthy communication.

Keywords: Marital relationship, Adjustment, Cognition, Flexibility, Family practice

Received/Geliş: 01.09.2023

Accepted/Kabul: 20.11.2023

Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:

O. Öztürk

ORCID: 0000-0002-3371-6051

Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Samsun, Türkiye

✉ dr.onurozturk@yahoo.com

G. İmamoğlu

ORCID: 0000-0003-2375-8079

19 Mayıs İlçe Devlet Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Samsun, Türkiye

A. P. Balakbabalar

ORCID: 0000-0002-9305-5013

Samsun Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Psikiyatri Kliniği, Samsun,

Türkiye

GİRİŞ

Evlilik, gelecek nesillere katkı sağlayan temel bir aile ilişkisi olduğu için en önemli ve birincil insan ilişkisi olarak kabul edilmiştir.^[1] Toplumun istikrarını ve devamlılığını korumak için evlilik ilişkisinin istikrarını sağlamak önem kazanmaktadır.

Evlilik uyumu; bir evlilikteki çatışmaların çözülebilmesi, partnerler arasındaki doyumun hissedilebilmesi, ortak etkinliklerin beraber yapılabilmesi ve karşılıklı taleplerin giderilebilmesidir.^[2] İnsanlar sahip oldukları bilişsel becerileri ile evliliklerini uyumlu ya da uyumsuz boyuta taşıyabilmektedir. Bu da evliliklerindeki tatminin ve mutluluğun düzeyini etkilemektedir.^[3] Sağlığın tanımı ile evlilik uyumu ilişkili kavramlardır. Bilişsel esneklik ise çevredeki yeni ve beklenmedik koşullarla karşılaşıldığında zihnin bilişsel olarak yeni başa çıkma mekanizmaları geliştirebilme becerisidir.^[4]

Aile hekimlerinin hastalıklar konusunda olduğu gibi, aile sağlığını etkileyen sosyal ilişkiler ve evlilik uyumu konularında da bilgi sahibi olmaları, disiplinimizin çekirdek yeterliliklerinden “toplum yönelimli olma” maddesinin gereğini yerine getirecek hamlelerden biri olacaktır. Çalışmamızda, aile sağlığını direkt olarak ilgilendiren evlilik uyumuna etki edebilecek başta bilişsel esneklik olmak üzere farklı faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma, kesitsel türde dizayn edilmiştir ve 1 Nisan 2022-30 Mayıs 2022 tarihlerinde Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini ilgili hastanede çalışmakta olan evli personel (n=1911) oluşturmuştur. Yapılan örneklem hesaplamasına göre %5 kabul edilebilir hata ve %95 güven seviyesi ile çalışmada minimum 320 kişiye ulaşılması gerekmiştir. Yıllık izin, sağlık raporu, görevlendirme gibi mazeretlerden dolayı iletişim kurulamayan 279 kişi dışındaki tüm personele ulaşılmış olup, gönüllü olanlar ile görüşülmüştür. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; evli olmak, ≥18 yaş olmak ve iletişime engel fiziksel ve zihinsel ciddi bir sorunu bulunmamaktır.

Veri toplama aracı

Veriler, “Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği”, “Bilişsel Esneklik Envanteri” ve yazarlar tarafından oluşturulan bir demografik veri toplama formu kullanılarak, çalışmaya katılma konusunda bilgilendirilmiş onamları alınan katılımcılarla yüz yüze görüşme yöntemi ile

elde edilmiştir. Formların doldurulması yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Demografik veri toplama formu katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, meslek, çocuk sayısı, evlilik yılı, evlilik sayısını sorgulayan 7 sorudan oluşmaktadır. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeği; evlilik ya da benzer ikili ilişkilerde, evli ya da birlikte yaşayan çiftlerin ilişki kalitesini analiz etmek amacıyla Spanier tarafından geliştirilmiş 32 maddeden oluşan Çift Uyum Ölçeğinin Busby ve ark. tarafından yeniden düzenlenerek 14 maddeye indirgenmiş son halidir. Yenilenmiş Çift Uyum Ölçeğindeki ilk 6 madde, “Hiçbir zaman anlaşılamayız, nadiren anlarız, bazen anlarız, oldukça sık anlarız, çoğu zaman anlarız.” sonraki 8 madde, “Hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık, çoğu zaman” şeklinde 5’li Likert tipteki önermelerden oluşmaktadır. Bayraktaroğlu ve Çakıcı yaptıkları çalışma ile ölçeğin psikometrik değerlerini hesaplayarak Türkçe geçerlik güvenirlik çalışmasını yapmıştır. Ölçeğin 7, 8, 9 ve 10. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 70’tir ve alınan puan ilişkinin kalitesini göstermektedir. Ölçeğin ölçüt-bağımlı geçerliliği için kullanılan Evlilikte Uyum Ölçeği ile korelasyonu pozitif yönde 0,68 (p<0,01) olarak hesaplanmıştır. Cronbach alfa katsayısı 0,88 olarak hesaplanmıştır.^[5] Bilişsel Esneklik Envanteri: Dennis ve Walder Wal tarafından kişilerin zor durumlar karşısında alternatif, uygun ve uyumlu düşünceler üretebilme becerilerini belirlemek için geliştirilmiştir. “Hiç uygun değil, pek uygun değil, kararsızım, uygun, tamamen uygun.” şeklinde 5’li Likert tipte olan 20 önermeden oluşmaktadır. Ölçeğin 2, 4, 7, 9, 11 ve 17. maddeleri ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 100, en düşük puan ise 20’dir. Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak hesaplanmıştır.^[6]

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizlerde SPSS 19.0 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; ortalama, standart sapma ve yüzde dağılımı ile gösterilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiştir. Dağılımlarının karşılaştırılması için ki-kare analizi, iki grup arasında ortalamaların karşılaştırılması için parametrik şartlar sağlandığında Student T testi, sağlanmadığında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grupta ortalamaların karşılaştırılması için parametrik şartlar sağlandığında ANOVA, sağlanmadığında Kruskal Wallis analizi, sürekli değişkenler arasındaki korelasyonun incelenmesi amacıyla Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. P değerinin 0,05’in altında olduğu analizler anlamlı kabul edilmiştir.

Etik beyanı

Bu çalışma için lokal etik kuruldan 10.03.2022 tarihli EHK-55 numaralı etik onay alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmamızda 332 kişi değerlendirilmiştir, sosyodemografik özellikleri ve ölçek skorları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Evlilik sayısı ve BEE puanı arasında negatif yönde düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır ve evlilik sayısı arttıkça BEE’den alınan puan düşmektedir ($p=0,005$). Diğer değişkenler ile ölçek skorları arasında ilişki saptanmamıştır (Tablo 2).

YÇUÖ ve BEE puanı arasında pozitif yönde düşük düzeyde bir korelasyon saptanmıştır. YÇUÖ’den alınan puan arttıkça BEE’den alınan puan da artmaktadır ($p<0,001$, $r=0,236$) (Şekil 1).

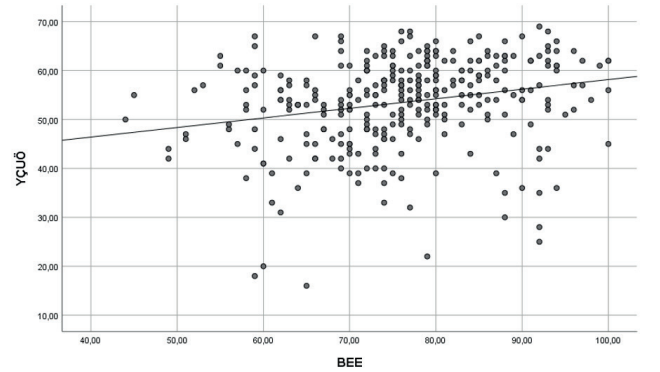
Kadın ve erkek cinsiyetleri arasında YÇUÖ ($p=0,144$) ve BEE ($p=0,067$) puanları ortalamaları açısından farklılık saptanmamıştır. Alternatif üretme becerisi ($p=0,114$) ve kendini kontrol etme ($p=0,124$) alt ölçek puanları ortalamaları açısından da fark belirlenmemiştir (Tablo 3).

Eğitim durumuna göre YÇUÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında farklılık saptanmamıştır ($p=0,621$). BEE puanı için yapılan analizde ilkök ve daha alt seviyede eğitime sahip kişilerin diğer eğitim düzeylerindeki kişilere göre daha düşük puan aldıkları saptanmıştır ($p<0,001$, $r=0,116$). Meslek gruplarına göre YÇUÖ puan ortalamaları açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır ($p=0,413$). BEE puanı için yapılan analizde işçi, şoför ve güvenlik görevlileri meslek grubunda yer alan kişilerin diğer meslek grubundaki kişilere göre daha düşük puan aldıkları saptanmıştır ($p=0,032$). Yaş gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,066$) ve BEE ($p=0,306$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında, kadınlarda yaş gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,313$) ve BEE ($p=0,093$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında, erkeklerde yaş grupları ile BEE ($p=0,989$)

Tablo 1. Araştırmaya dahil edilenlerin sosyodemografik özellikleri ve ölçek skorları

	Sayı, Ortalama (min- maks)	Yüzde, Std. Sapma
Yaş (yıl)	40,9 (22-63)	8,2
Cinsiyet		
Kadın	194	58,4
Erkek	138	41,6
Eğitim Düzeyi		
Yüksek öğretim	269	81,0
Lise	41	12,3
Ortaokul	7	2,1
İlkokul	15	4,5
Çocuk Sayısı Ortalaması	1,6 (0-4)	0,9
Evlilik Yılı Ortalaması	14,9 (1-41)	9,0
Evlilik Sayısı		
1	322	97,0
2	10	3,0
Meslekler		
Tekniker	18	5,4
Veri Hazırlama Personelleri	48	14,5
Doktor	57	17,2
Ebe-Hemşire-Sağlık Memuru	156	47,0
Eczacı-Fizyoterapist-Psikolog-Biyolog-Sosyolog-Kimyager-Dil Konuşma Terapisti- Mühendis	18	5,4
İşçi-Şoför-Güvenlik	35	10,5
YÇUÖ Puan Ortalaması	53,5 (16,0 – 69,0)	9,1
BEE Puan Ortalaması	76,1 (44,0 – 100,0)	10,9
Alternatif Üretme Becerisi Puan Ortalaması	50,7 (17,0 – 65,0)	7,5
Kendini Kontrol Etme Puan Ortalaması	24,5 (11,0 - 35,0)	5,6

*Sayı, ortalama, minimum (min) –maksimum (maks), yüzde ve standart sapma kullanılmıştır.



Şekil 1. YÇUÖ ve BEE puanları arasındaki korelasyonun incelenmesi

Tablo 2. Bazı demografik değişkenler ile ölçek puanları arasındaki ilişki

	Yenilenmiş çift uyum ölçeği puanı		Bilişsel esneklik envanteri puanı	
	r değeri	p değeri	r değeri	p değeri
Yaş*	-0,052	0,346	0,074	0,179
Çocuk Sayısı*	-0,011	0,847	0,029	0,603
Evlilik Yılı*	-0,016	0,766	-0,016	0,766
Evlilik Sayısı**	-0,097	0,077	-0,128	0,005

*Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır.

**Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 3. Kadın ve erkek cinsiyet arasında YÇUÖ ile BEE ve alt ölçeklerinin puan ortalamalarının karşılaştırılması

		Ortalama	Std. Sapma	p değeri
YÇUÖ	Kadın	52,87	9,51	0,144
	Erkek	54,36	8,50	
BEE	Kadın	75,22	11,13	0,067
	Erkek	77,46	10,71	
Alternatif üretme becerisi	Kadın	50,15	7,73	0,114
	Erkek	51,48	7,21	
Kendini kontrol etme	Kadın	24,11	5,59	0,124
	Erkek	25,07	5,56	

*Student T testi kullanılmıştır.

puanı ortalamaları arasında ilişki saptanmamıştır ancak YÇUÖ puanı ortalamaları karşılaştırıldığında farklılık saptanmıştır ($p=0,008$), yapılan post-hoc analiz sonucunda bu farkın 18-30 ve 51 ve üstü yaş gruplarının ayrı ayrı 31-40 ve 41-50 yaş gruplarına göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür. Evlilik süresi gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,536$) ve BEE ($p=0,260$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında, kadınlarda evlilik süresi gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,597$) ve BEE ($p=0,120$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında, erkeklerde evlilik süresi gruplarına BEE ($p=0,164$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında ilişki saptanmamıştır. Erkeklerde evlilik süresi gruplarına göre YÇUÖ puanı ortalamaları karşılaştırıldığında yaş grupları arasında farklılık saptanmıştır. Yapılan post-hoc analiz sonucuna göre 1-5 ve 20 ve üzeri yıl evlilik süresine sahip erkeklerin diğer sürelerdeki evlilik yıllarına sahip gruplara göre YÇUÖ puanı ortalamaları daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,017$). Çocuk sayısı gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,109$) ve BEE ($p=0,450$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında, kadınlarda çocuk sayısı gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,147$) ve BEE ($p=0,703$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında, erkeklerde çocuk sayısı gruplarına göre YÇUÖ ($p=0,337$) ve BEE ($p=0,499$) puan ortalamaları açısından gruplar arasında ilişki saptanmamıştır.

Tüm kişilerde alternatif üretme becerisi ($p<0,001$, $r=0,180$) ve kendini kontrol etme ($p<0,001$, $r=0,206$) alt ölçeği puanı ile YÇUÖ puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Kadınlarda alternatif üretme becerisi ($p=0,006$, $r=0,196$) ve kendini kontrol etme ($p<0,001$, $r=0,239$) alt ölçeği puanı ile YÇUÖ puanı arasında düşük düzeyde pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Erkeklerde alternatif üretme becerisi ($p=0,138$, $r=0,138$) ve kendini kontrol etme ($p=0,100$, $r=0,141$) alt ölçeği puanı ile YÇUÖ puanı arasında anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır.

Kendini kontrol etme ile eğitim durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır ($p=0,051$). Alternatif üretme becerisi puanı ile eğitim durumu grupları arasında ilişki saptanmıştır. Post hoc analiz sonucunda bu farkın ilkökul eğitim durumunda olanlar ile diğer gruplar arasında yer alan farktan kaynaklandığı, buna göre ilkökul eğitim grubunda yer alanların alternatif üretme becerisi ölçek puanları diğer eğitim gruplarında yer alanlara göre daha düşük bulunmuştur ($p<0,001$). Alternatif üretme becerisi ($p=0,229$) ve kendini kontrol etme ($p=0,799$) alt ölçekleri ile yaş arasında ilişki tespit edilmemiştir.

TARTIŞMA

Türkiye’de boşanma oranlarında artışla beraber evlenme oranlarında düşüş söz konusudur.^[7] Boşanma oranlarının yüksek olması evlilik uyumunu arttıracak ve evlilikte sürekliliği sağlayacak etkenlerin yeterli düzeyde bilinmediğini göstermektedir. Literatürde iletişim becerileri, sorun çözme, affetme, boşanma sürecini etkileyen faktörler gibi evliliği etkileyen etmenlere karşı bilişsel esnekliğin etkisi sıkça karşılaştırılmış olsa da bilişsel esneklikle evlilik uyumunun ilişkisini araştıran sınırlı sayıda çalışma mevcuttur. Aile sağlığı merkezi evli bireylerin uyumunun takibinde ve koruyucu önlemler alınmasında ilk basamak olursa tam iyilik halinin sağlanmasına katkıda bulunulabilir, çalışmamız bu nedenden ötürü önem taşımaktadır.

Çalışmamızda, evlilik uyumunun cinsiyetler arasında farklılık göstermediği saptanmıştır. Ülkemizde bu bulgu ile örtüşen başka çalışmalara da ulaşılmıştır, ancak erkeklerin daha uyumlu olduğu gösteren veriler de bulunmaktadır, Doğu Avrupa’da yapılan bir çalışmada ise kadınların daha uyumlu olduğu gözlenmiştir.^[8-12] Bu konuda literatürde konsensüs olmadığı görülmektedir. Katılımcılarımızın benzer sosyokültürel özellikleri, ekonomik çehreleri ve yüksek eğitim düzeyleri cinsiyetler arası farklılık olmamasının nedeni olabilir. Bilgiç ve Bilgin’in çalışmasında cinsiyetin bilişsel esneklik üzerinde etkisi gözlenmemiştir.^[13] Hanife’nin çalışmasında, kadınların, Sapmaz ve Doğan’ın çalışmasında ise erkeklerin bilişsel olarak daha esnek olduğu görülmüştür.^[6,14] Çalışmamızda, cinsiyetin bilişsel esneklik üzerinde etkisi gözlenmemiştir. Bu durum günümüzde kadına ve erkeğe atfedilen rollerin değişmeye ve birbirine benzemeye başlamasıyla açıklanabilir.

Literatürde evlilik uyumunun yaş arttıkça azaldığını, değişmediğini ve arttığını gösteren çalışmalara ulaşmak mümkündür.^[15-18] Yaş değişkeniyle uyum gösterecek şekilde, evlilik süresinin evlilik uyumuna etkisi ile ilgili de farklı saptamalar elde edilmiştir.^[19,20] Kadınların yaş ilerledikçe evlilik uyumunun düştüğü, erkeklerin uyumunun ise arttığı ile ilgili çalışmalara ulaşmak mümkündür.^[21,22] Çalışmamızda, en gençlerin ve en yaşlıların en yüksek evlilik uyumuna sahip oldukları görülmüştür ve kadınlarda yaş arttıkça evlilik uyum puanının düştüğü belirlenmiştir. Evlilik süresi de evlilik uyumu açısından yaşla eş güdümlü bulgular vermiştir. Yaş ilerledikçe ve evlilik süresi arttıkça çocuk büyüme sorumluluğunun gelişmesi, çiftlerin birbirine kullandıkları duygusal söylemlerin ve evliliğin ilk yıllarındaki heyecanın azalması bunun nedeni olabilir. Ayrıca, çocukların büyüüp evden ayrılmasıyla babanın ekonomik sorumluluklarının azalması, emeklilikle beraber iş stresinin kaybolması, kadınlarda ise menopozal dönemle birlikte hormonal değişimin etkisi bunu açıklayabilir. Sücüllü'nün araştırma bulguları incelendiğinde, bilişsel esneklik düzeyinin yaş ile ilgili olmadığı görülmüştür.^[23] Oral'ın çalışmasında ise 26-35 yaş arası kişilerin diğer yaş grubundaki kişilere göre bilişsel esnekliğinin anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur.^[24] Çalışmamızda, bilişsel esnekliğin yaş değişkeniyle arasında bir ilişki saptanmamıştır, katılımcıların yaş dağılımının 30-50 yaş arasında toplanmış olması bu farklılığın oluşmamasına neden olmuş olabilir.

Tutarel-Kışlak ve Göztepe eğitim değişkeni ile evlilik uyumu arasında bir ilişki saptanmamıştır, ancak eğitim düzeyi arttıkça ve azaldıkça uyumun arttığını gösteren çalışmalar da mevcuttur.^[25-27] Çalışmamızda, gruplar arasında bir fark görülmemiştir, katılımcıların büyük çoğunluğunun denk eğitim düzeyinde olması ve diğer grupların sayılarının azlığı bunda etkili olmuş olabilir. Çalışmamızda, eğitim seviyesi düştükçe bilişsel esneklik becerisinin azaldığı gösterilmiştir. Toksöz ve Kolburan'ın çalışmasında, eğitim düzeyi arttıkça bilişsel esnekliğin arttığı bulunmuş olup, çalışmamızı desteklemektedir.^[28] Literatürde mesleklerle bilişsel esnekliğin karşılaştırıldığı tek bir çalışma bulunmuştur. Balta'nın çalışmasında, en yüksek puanı öğrenciler alırken en düşük bilişsel esneklik ortalama puanını memurlar almıştır.^[29] Çalışmamızda, işçi-şoför-güvenlik görevlisi meslek grubunda BEE puanları daha düşük çıkmıştır. Eğitim düzeyiyle bilişsel esneklik becerisinin pozitif yönlü korele olması nedeniyle bu sonucun eğitim düzeyiyle ilişkili olduğu düşünülebilir. Üniversite

yaşantısının kişiye farklı bakış açıları kazandırdığı, sosyal çevresini genişletme olanağı tanıdığı, aileden uzaklaşıp sorumluluk alındığı bir dönem olduğu düşünüldüğünde, sorunlara karşı değişik çözüm yolları üretebilme becerilerini daha etkin kullanabildikleri söylenebilir.

Kodan'ın çalışmasında, daha fazla çocuk sahibi olmanın evlilik uyumunu azalttığı gösterilmiştir.^[30] Bal ve Çelebi ise çocuk sayısı ile evlilik uyumu arasında ilişki bulmamıştır.^[15] Başka bir çalışmaya göre ise evlilik uyumu arttıkça çocuk sayısı da artmaktadır.^[31] Verilerimize göre bu iki değişken arasında bir ilişki bulunmamaktadır. Literatürde çocuk sahibi olmanın bilişsel esnekliğe olumsuz yansıtılabileceğini gösteren bir çalışma mevcuttur.^[24] Çocuk sayısının artmasıyla ebeveynlerin daha fazla sorunla başa çıkmak zorunda kaldığı, bu nedenle kendini kontrol etme ve alternatif çözümler üretme açısından gün geçtikçe tecrübe kazandığı düşünüldüğünde bilişsel esneklik düzeylerinin artması gerektiği düşünülebilir, ancak ilginçtir ki kendi verilerimiz de bu iki kavram arasında bir ilişki saptanmamıştır.

Şimşek'in çalışmasında, evlilik sayısının evlilik uyumunu etkilemediği, Dursunoğlu'nun çalışmasında ise ikinci evliliğini yapanların birinci evliliği olanlara göre evlilik uyumunun daha düşük saptanmıştır.^[32,33] Çalışmamızda, evlilik sayısı ile YÇUÖ puanları arasında bir ilişki bulunmamıştır, ancak ilk evliliği olanlar ve olmayanlar arasında sayıca büyük farklılık olması bu konuda sağlıklı bir yorumda bulunulmasının önünde engeldir. Verilerimize göre bireylerin gerçekleştirdiği evlilik sayısı arttıkça bilişsel esneklik düzeyleri düşmektedir. Literatür incelemesinde bu değerlendirmeye örnek olabilecek bir çalışma bulunmamıştır. İkinci evliliğini yapmış bireylerin bilişsel esneklik düzeyleri düşük olduğundan ilk evliliklerinin bitmiş olabileceği olasılık dâhilindedir. Bireylerin evliliklerinin süresi ile bilişsel esneklik düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Seda ve Kolburan'ın çalışması bu verimizi desteklemektedir.^[24]

Bu çalışmaya katılan kişilerin alternatif üretme ve kendini kontrol etme alt boyutlarının evlilik uyumu ile pozitif yönde ilişkisi olduğu saptanmıştır. Şimşek'in yaptığı çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde evlilik uyumu arttıkça bilişsel esnekliğin arttığı bulunmuş, ancak bilişsel esnekliğin kendini kontrol etme alt boyutuyla evlilik uyumu arasında ilişki saptanmamıştır.^[32] Bilişsel esnekliğin uyum geliştirmeyi artırdığı belirtilen başka çalışmalara ulaşmak da olasıdır.^[28,34]

Balta'nın çalışmasında, boşanmış çiftlerin bilişsel esneklik düzeyi hâlen evli olanlardan düşük bulunmuş, bu da bilişsel esneklik kapasitesi düşük olanların evliliği sağlıklı şekilde yürütemediği şeklinde yorumlanmıştır.

[29] Birer biliş becerisi olarak sorun çözmenin ve adapte olmanın çiftlerin uyumunu arttırdığı bilinmektedir.[35]

Bu araştırmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Tek merkezli ve ülke ortalamasına nazaran entelektüel kapasitenin daha yüksek olduğu kişilerle gerçekleştirilmiş olması sonuçların genellenmesinin önüne geçmektedir. Çalışmada kullanılan ölçekler, çalışmaya dâhil edilen kişilerin eşlerine yapılmamıştır. Ayrıca ilk evlilik yaşının sorgulanmamış olması da bazı analizlerin yapılmasını engellemiştir.

SONUÇ

Kişilerin bilişsel esneklik düzeyleri arttıkça evlilik uyumlarının da arttığı görülmüştür. Bilişsel esnekliğin alt ölçekleri olan alternatif üretme ve kendini kontrol etme becerileri ile evlilik uyumunun ayrı ayrı karşılaştırılmasında her iki alt ölçeğin de evlilik uyumunu etkilediği saptanmıştır. Evliliği devam eden kişilerin evlilik uyumlarını arttırmak amacıyla bilişsel esneklik üzerine sosyal politikalar düzenlenebilir, böylece bireylerin birbirlerinin hislerini ve düşüncelerini algılayabilmelerine ve sağlıklı iletişim kurabilmelerine katkıda bulunulabilir. Bu çalışma aile hekimlerine, evlilik uyumuna etki eden faktörleri bulma ve bunlardan olumsuz olanları azaltma, olumlu olanları koruma veya arttırma konusunda yardımcı olabilir.

Etik Kurul Onayı: Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Eğitim Hizmetleri Koordinatörlüğü Kurulu'ndan onay alındı (10.03.2022 - EHK-55).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Samsun Training and Research Hospital Educational Services Coordination Board (10.03.2022 - EHK-55).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Larson JH. Innovations in marriage education: introduction and challenges family relations. *Family Relations* 2004;53(5):421-4.
2. Demir Erbil D, Hazer O. Çalışan bireylerin evlilik uyumlarının incelenmesi. *IJOEEC* 2018;3(5): 99-116.

3. Akgün R. Evlilikte etkili iletişim ve problem çözme: bir toplum merkezindeki kadınlarla gerçekleştirilen grup çalışması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2010;23(23):9-22.
4. Demirci OO, Güneri E. Bilişsel esnekliğin bilişsel duygu düzenleme üzerindeki etkisi. *UÜFEFSBD* 2020;21:651-84.
5. Bayraktaroglu HT, Cakici ET. Psychometric properties of revised form of the dyadic adjustment scale in a sample from North Cyprus. *IJES* 2017;19(2-3):113-9.
6. Sapmaz F, Doğan T. Assessment of cognitive flexibility: Reliability and validity studies of Turkish version of the Cognitive Flexibility Inventory. *AUJFES* 2013;46(1):143-62.
7. TÜİK. Evlenme ve Boşanma İstatistikleri 2021. Available from: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Evlenme-ve-Bosanma-Istatistikleri-2021-45568>. (Son erişim 11.06.2022).
8. Nalbant H. Evlilik uyumunun yordayıcılarından ahlaki olgunluk ve değerler [Yüksek Lisans Tezi]. Gazi Osman Paşa Üniversitesi, Tokat, 2017.
9. Yaman Akpınar T. Bağlanma stilleri ve affetme düzeyinin evlilik uyumuna etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya, 2019.
10. Kırdök F. Boşanmış ve boşanmamış ebeveynlere sahip bireylerin depresyon, aleksitimi ve öfke düzeylerinin ilişkisi [Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
11. Şener A, Terzioğlu G. Bazı sosyo-ekonomik ve demografik değişkenler ile iletişimin eşler arası uyuma etkisinin araştırılması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2008;13(13):7-20.
12. Babarskiene J, Tweed RG. Marital adjustment in post-Soviet Eastern Europe: A focus on Lithuania. *Personal Relationships* 2009;16(4):647-58.
13. Bilgiç R, Bilgin M. Ergenlerin cinsiyet ve öğrenim kademesi düzeylerine göre bilişsel esneklik düzeyleri ile karar stratejileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *EARDE* 2016;2(2):39-55.
14. Hanife EA. The relationship between pre-service teachers' cognitive flexibility and interpersonal problem solving skills. *EJER* 2018;18(77):105-28.
15. Bal PN, Çelebi B. Evli bireylerin doğum sıralarının evlilik uyumu üzerindeki etkisi. *INES Journal* 2015;4:308-19.
16. Demir D. Evlilik uyumu ile bağlanma stilleri ve kişilerarası problem çözme davranışı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016.
17. Küçükçelik ZM. İlişkiye dair inançlar ve bilişsel çarpıtmaların evlilik uyumuna etkisi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.
18. Heaton TB, Albrecht SL. Stable unhappy marriages. *JMF* 1991;747-58.
19. Spanier GB, Lewis RA, Cole CL. Marital adjustment over the family life cycle: The issue of curvilinearity. *JMF* 1975;263-75.
20. Lucas RE, Clark AE, Georgellis Y, Diener E. Reexamining adaptation and the set point model of happiness: reactions to changes in marital status. *Journal of personality and social psychology* 2003;84(3):527-39.
21. Yalçın H. Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *JRET* 2014;3(1):250-61.
22. Houseknecht SK, Macke AS. Combining marriage and career: The marital adjustment of professional women. *JMF* 1981:651-61.

23. Sücüllü İ. The relationship between undergraduates' cognitive flexibility, emotional self-efficacy and interpersonal problem-solving skills [Yüksek Lisans Tezi]. Yeditepe University, Istanbul, 2022.
24. Seda O, Kolburan ŞG. Çekişmeli boşanma sürecindeki bireylerin empatik eğilim düzeyleri ve bilişsel esneklik düzeylerinin bazı değişkenlere göre incelenmesi. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi 2019;3(6):165-78.
25. Tutarel-Kışlak Ş, Göztepe I. Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2012;3(2):27-46.
26. Özcan Ö. Evlilik uyumu ile tolerans düzeyi arasındaki ilişki. International Conference on Quality in Higher Education, 07 - 08 Aralık 2017.
27. Tüfekçi Hoşgör E. Evli çiftlerin öfke ifade tarzları ile evlilik uyumunun incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013.
28. Toksöz İ, Kolburan ŞG. Evli bireylerde bağlanma stiller ve bilişsel esnekliğin ilişki doyumuna etkisi. Aydın İnsan ve Toplum Dergisi 2018;4:17-34.
29. Balta ŞN. Genç yetişkin bireylerin bilişsel esneklik düzeylerinin, ölüm kaygısı düzeyleri ve mutluluk düzeylerine etkisinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2020.
30. Kodan Çetinkaya S. Evlilik uyumuna ilişkin model araştırması [Doktora Tezi]. Atatürk Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, 2018.
31. Bayraktaroğlu H, Çakıcı E. Factors related with marital adjustment. EJR 2013;53:297-312.
32. Şimşek M. Evlilik uyumunun yordayıcıları olarak affedicilik ve bilişsel esnekliğin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. KTO Karatay Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Konya, 2021.
33. Dursunoğlu C. Evlilik uyumu ile empatik eğilim düzeyleri ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Gelişim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2021.
34. Goel S, Narang DK. Gender differences in marital adjustment, mental health and frustration reactions during middle age. IOSR-JHSS 2012;1(3):42-9.
35. Köroğlu E. Psikoterapi yöntemleri: Kuramlar ve uygulama yönergeleri. Ankara: HYB Yayınları 2017:221-38.

Belçika Değişim Programı, European Young Family Doctors Movement (EYFDM) Prekonferansı ve WONCA Avrupa 2023 Konferansı Deneyimlerimiz

Our Experiences in Belgium Exchange Programme, European Young Family Doctors Movement (EYFDM) Preconference and WONCA Europe 2023 Conference

Gülşah Onur[®], Mehmet Ali Aslan[®]

Atıf/Cite as: Onur G, Aslan MA. Belçika Değişim Programı, European Young Family Doctors Movement (EYFDM) Prekonferansı ve WONCA Avrupa 2023 Konferansı Deneyimlerimiz. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):125-127.

Belçika'nın başkenti Brüksel'de 7-10 Haziran 2023 tarihlerinde düzenlenen 28. WONCA Avrupa Konferansı öncesinde, European Young Family Doctors Movement (EYFDM) değişim programına ülkemizi temsilen iki kişi katıldı. İki gün süren değişim programının ardından EYFDM Prekonferansı ve WONCA Avrupa Konferansı'na katılım sağladık. Bize ilham veren ve yeni bir bakış açısı kazandıran bu deneyimimizi siz meslektaşlarımızla paylaşmak istedik.

Değişimin ilk gününde, birinci basamak dernek ve organizasyon gezisi yapıldı. LUNA Dilemma Abortus Merkezi ilk ziyaret noktamızdı. Bu merkezde, değişim programına bizimle birlikte katılmış olan 12 farklı ülkeden, toplam 24 genç meslektaşımızla tanışma fırsatı bulduk. Merkezin koordinatörü, Belçika'daki abortus uygulamalarını ve buradaki işleyişi bizlere aktardı. Bu merkezde muayene odaları, psikiyatrik görüşme alanları, hasta odaları bulunuyordu. Bizler de kendi ülkelerimizdeki abortus uygulamalarını ve yasal süreçleri paylaşarak sağlık sistemlerimizdeki benzerlik ve farklılıkları karşılaştırma fırsatı bulduk (Fotoğraf 1).

Received/Geliş: 17.10.2023
Accepted/Kabul: 02.11.2023
Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:
G. Onur

ORCID: 0000-0003-1024-5258
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye
✉ gulsahonur94@gmail.com

M. A. Aslan

ORCID: 0009-0001-9794-2365
Kocaeli Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye



Fotoğraf 1



Fotoğraf 2

Gebeliğini sonlandırmak isteyen kadınlar için kişiye özel psikososyal danışmanlık ve medikal destek sağlayan Belçika'da beş LUNA merkezi bulunmaktadır. Sağlık hizmetlerinin giderleri Ulusal Sağlık Sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bu merkezlerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, birinci basamak hekimi, kürtaj danışmanı, ebe, seksologdan oluşan multidisipliner bir ekip çalışmaktadır. Üst basamaklara konsültasyon bu merkezlerden yapılmaktadır. Belçika'da gebeliğin 12. haftasına kadar kürtaja izin verilmektedir. LUNA merkezlerinde sadece abortus değil kontracepsiyon yöntemleri hakkında da bilgilendirilme yapıp hastalara uygun yöntem verilmektedir.

Aynı gün ziyaret ettiğimiz ikinci merkez ise GAMS (Kadın Sünnetini Sonlandırma Grubu) merkeziydi. Burada grup faaliyetleri ve kadın sünnetinin sosyal, kültürel ve tarihsel gelişimini anlatan kapsamlı bir sunum gerçekleştirildi. Özellikle Afrika kıtasında olmak üzere kadın sünnetinin hala dünyada yüksek oranda görüldüğünü; Avrupa'ya yapılan göçler ile bu uygulamanın yasak olmasına rağmen kıta içinde bazı bölgelerde yapıldığını öğrendik. Ülkemizin, kadın sünneti prevalansı haritasında bu uygulamanın en az yapıldığı yerlerden biri olması sevindirici bir gerçektir (Fotoğraf 2).

Bu organizasyonun amacı, kadın sünnetlerine bağlı sakatlık ve organ köreltilmelerinin Belçika ve dünya genelinde ortadan kaldırılması; sünnet olan veya bundan kaçmaya çalışan kadınlara ve ailelerine kapsamlı bakım sağlayarak kadın sünnetinin medikal, psikolojik ve sosyal etkisini azaltmaktır. İnsan hakları, kadın-erkek eşitliği, üreme ve cinsel haklar gibi değerlerin savunuculuğunun yapıldığı bu merkezin danışmanlara yasal destek sağlama, toplumu bilinçlendirme ve eğitmeye yönelik etkinlikler düzenleme, kadın sünnetine



Fotoğraf 3

karşı mücadelede strateji geliştirme gibi faaliyetleri bulunmaktadır. Psikolog, ebe, hukuk danışmanı, sosyal çalışmacı, iletişim görevlisinden oluşan multidisipliner bir ekip görev yapmaktadır.

Daha sonra, Avrupa'nın farklı ülkelerinden gelen meslektaşlarımızla tanışma, ülkelerimizin tıp eğitimi ve lisansüstü eğitimini tartışma, sağlık sistemlerimizdeki avantajlar ve dezavantajları karşılaştırma fırsatı bulduk. Ayrıca dünya barışı, iklim değişikliği, küresel göç krizi gibi güncel konularda fikir alışverişinde bulunduk (Fotoğraf 3).

Değişimin ikinci gününde ziyaret ettiğimiz Anderlecht ve Merchtem bölgelerindeki birinci basamak sağlık merkezleri ile ilgili gözlemlerimiz: EYFDM Belçika Değişim Koordinatörü Lise-Laura Fouarge ve aile hekimliği polikliniğinde görev yapan Dr. Bruno Van de Voorde ile görüştük. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin



Fotoğraf 4

son yılında olan Dr. Bruno ile birlikte merkezde görev yapmakta olan iki uzman hekim ve bir hemşire ile tanıştık. Randevulu sistemle çalışan bu merkezde her hekim haftanın belli günlerinde evde sağlık hizmeti vermekte. Fizyoterapist, eczacı, diş hekimi, diyetisyen gibi farklı profesyonellerle iş birliği içerisinde çalışılmakta. Hastalar üst basamak sağlık kuruluşlarına aile hekimleri tarafından verilen sevk olmaksızın başvuru yapamamakta. Her bir hastasına yaklaşık 40-60 dakika süre ayıran Dr. Bruno, hastalarını bütüncül ve kapsamlı olarak değerlendiren ve iletişim becerilerini de profesyonelce kullanan bir hekim (Fotoğraf 4).

Diğer merkezde Uzman Doktor Julie Yap ve beş aile hekimi ve iki hemşire çalışmakta. Dr. Julie, Belçika'da 16 merkezin dahil olduğu ve kamu-özel sektör iş birliği ile yürütülen büyük çaplı bir projeye dahil olduklarını belirtti. Bu proje kapsamında inşa edilmekte olan yeni binalarını heyecanla tanıttı. Bu merkezlerde eczanelerin olduğunu, psikolog ve diyetisyen gibi farklı disiplinlerle iş birliği içerisinde birlikte görev yapacaklarını anlattı. Mesai saatleri dışında acil olmayan hastalar için bir hekim bu merkezde nöbetçi olarak görev yapmakta. Ayrıca, Brüksel'deki aile hekimliği uygulamalarında ötenazi yapılabilmesi de oldukça şaşırtıcı bir bilgiydi.

Değişim programının ardından EYFDM Prekonferansı'na katılım sağladık. Avrupa'nın dört bir yanından gelen, açık fikirli, idealist ve kendilerini sürekli geliştiren birçok meslektaşımızla tanışma fırsatı bulduk. Hekim-hasta ilişkisinde değişen dinamikleri ve bu bağlamda ortaya çıkan zorlukları ele alan oturumlar oldu. Hasta talepleriyle kanıta dayalı bilgiler ve hükümet yönergeleri arasında denge kurmanın pratik yollarını tartıştık. Ayrıca, mesleki ve kişisel yaşam arasında bir denge bulmanın önemini vurguladık. Konferans boyunca interaktif atölye çalışmalarına katıldık (Fotoğraf 5).

Bilimsel programın yanı sıra, Avrupa Parlamentosu ziyareti, uluslararası açılış gecesi, farklı mutfaklara ait tadım etkinlikleri gibi sosyal aktiviteler de vardı. Bu programlar, benzer ilgi alanlarına sahip aile hekimlerinin buluşmasına olanak sağlayarak kültürlerarası köprü oluşturdu.

Ardından dünyanın farklı bölgelerinden binlerce katılımcı ile gerçekleşen 28. WONCA Avrupa Konferansı'na katıldık. Bakış açımızı genişleten ve bize ilham veren oturumlar oldu, aile hekimliği



Fotoğraf 5



Fotoğraf 6

alanındaki en son gelişmeleri dinledik. Alanında uzman meslektaşlarımızla tanışma fırsatı bulduk. Bu platformlar, bizler için aile hekimliği alanındaki güncel araştırmaların ve uygulamaların paylaşıldığı, bilgi alışverişinin yoğunlaştığı, uluslararası iş birliğinin önemini gözler önüne seren değerli fırsatlardı. Ayrıca, meslektaşlarımızla güçlü bir ağ oluşturduk ve uluslararası bir bakış açısı kazandık (Fotoğraf 6).

Her ikimiz için de katıldığımız ilk değişim ve uluslararası konferansın bulunduğu bu özel haftanın, mesleki gelişimimiz için bizlere büyük katkı sağladığını düşünüyoruz. Farklı ülkelerin sağlık sistemlerini ve aile hekimliği uygulamalarını öğrenme fırsatı bulduk. Aile hekimliği pratiğini hem ulusal hem uluslararası anlamda daha ileriye taşımak için motivasyon ve vizyon kazandık.

2023 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Doboş, Bosna Hersek Değişim Programı'ndan Arda Kalanlar

2023 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Doboş-Bosnia and Herzegovina Exchange Program Observations

Şeyma Handan Akyön[®]

Atıf/Cite as: Akyön ŞH. 2023 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Doboş, Bosna Hersek Değişim Programı'ndan Arda Kalanlar. Türk Aile Hek Derg. 2023;27(4):128-130.

Giriş

EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Değişim programı kapsamında 14–17 Eylül 2023 tarihlerinde Bosna Hersek'in Doboş şehrindeydik. Türkiye'den Dr. Güler Yaman ve Dr. Nilüfer Akbulut ile üç arkadaş olarak bu değişim programına katılma imkânı bulduk. Türkiye'ye ek olarak İngiltere, Hollanda, Polonya, Malta ve İspanya'dan katılımcılar vardı. Program ilk gününde Doboş'da bulunan Jzu Dom Zdravlja Doboş sağlık merkezini, ikinci gün ise kırsal hekimlik kapsamında Kapetanovici kasabasındaki bir sağlık merkezini ziyaret ettik. Aynı gün başlayan The Third Symposium of Medical Doctors Doboş Konferansı'nın EYFDM Paneli'ne katılma olanağımız oldu. EYFDM Bosna Hersek sorumlusu Dr. Marina Jotic Ivanovic ve ekibi bizlere en güzel şekilde ev sahipliği yaptı.

Bosna Hersek'de Aile Hekimliği

Bosna-Hersek iki özerk devletçiğe (entite) bölünmüş durumdadır. Bunlar, Bosna-Hersek Federasyonu ve Sırp Cumhuriyeti'dir. Doboş şehri Bosna-Hersek'in Sırp Cumhuriyeti entitesinde yer almaktadır. Bosna Hersek Sağlık Bakanlığı 1999 yılında Aile Hekimliği alanında yeni bir lisansüstü eğitim programı başlatmıştır.^[1,2] Bosna Hersek'de aile hekimliği asistanlık eğitim süresi dört yıldır. Aile hekimlerinin bulunduğu sağlık merkezleri; pediatri (0-7 yaş), hijyen ve epidemiyoloji, göğüs hastalıkları, kadın sağlığı, acil tıbbi yardım, ağız sağlığının korunması, radyoloji (X- ışın ve ultrason), laboratuvar, zihinsel ve fiziksel rehabilitasyon merkezlerinden oluşmaktadır.^[3,4]

EYFDM Değişim Programı Gözlemleri

Programın ilk gününde Doboş merkezinde büyük bir kompleks olan Jzu Dom Zdravlja Sağlık Merkezi'ni ziyaret ettik. Dr. Marina ve iş arkadaşları olan Dr. Milena Bilic ve Dr. Zagorka Pavlovic bize Sağlık Merkezi'ni tanıttılar (Resim 1).

Ziyaret ettiğimiz klinikte 21 aile hekimi uzmanının poliklinikleri ile birlikte 0–7 yaş grubundan sorumlu pediatri kliniği, diş hekimliği, acil servis, radyoloji, laboratuvar ve eğitim salonları bulunmaktaydı. Bu klinikte, aile hekimleri hafta içi 07.00–15.00 saatleri arasında çalışmakta, ayrıca dönüşümlü bir şekilde cumartesi günleri de çalışmaktalar. Aile hekimleri günde ortalama 55–65 hasta görmekte ve bir aile hekimine kayıtlı nüfus yaklaşık 2000 kişi.

Telif hakkı © 2023 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.
Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.
Copyright © 2023 Turkish Association of Family Physicians.
Licenced by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 18.10.2023
Accepted/Kabul: 14.11.2023
Publication date: 30.12.2023

Corresponding Author:
Ş. H. Akyön

ORCID: 0000-0002-2288-8915
Gölpazarı İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği, Bilecik, Türkiye
✉ seymahandan@hotmail.com



Resim 1. Dobo Jzu Dom Zdravlja Sağlık Merkezi



Resim 2. Aile Hekimliği Uzmanı Dr. Zagorka'nın polikliniği

Dr. Zagorka'nın polikliniğinde de bir süre gözlem yapma fırsatı bulduk (Resim 2). Dr. Zagorka hastaları ile çok ilgili ve tecrübeli bir hekimdi. En çok ilgimi çeken konulardan birisi Dr. Zagorka'nın ultrason cihazının olması ve hastalarına özellikle batin ve tiroid ultrasonografik incelemeleri kendisinin yapmasıydı. İlginç gelen ve hayranlık duyduğum uygulamalardan birisi de parmaktan CRP tayininin iki dakika gibi kısa sürede yapılabilmesiydi.

Bosna Hersek'de birinci basamak sağlık hizmetlerinden üst basamaklara sevk zinciri zorunluluğu bulunmakta. Aile hekimi, hastasını görüntüleme için üst merkeze sevk ettiğinde, görüntüleme randevularını da yine kendilerinin ayarlaması gerekmektedir (Resim 2).

Poliklinikteki gözlemimiz sonrasında kliniğin diğer bölümlerini ziyaret ettik. Koruyucu hekimlik kapsamında bu klinikte diyet ve obezite, sigarayı bıraktırma, fiziksel aktivite, mamografi, prostat ve kolon kanseri için tarama, gaitada gizli kan testi, PAP smear ve HPV aşısı gibi uygulamalar yapılmakta. İlgiyi çeken bir diğer konu da çalışanların yakalarındaki sarı kurdelelerdi. Her yıl eylül ayı Çocukluk Çağı Kanseri Farkındalık Ayı olup sarı kurdele ile temsil edilmekte. Dr. Zagorka her farkındalık haftasına/ayına uygun kurdeleleri yakalarına taktıklarını belirtti. Klinikteki eğitim odasında acil servis personeli ve aile hekimlerine yönelik düzenli eğitimler gerçekleştirilmekte. Her yıl temel yaşam desteği ve ileri yaşam desteği kurslarının yapıldığını ve zaman zaman abdominal ve tiroid ultrasonografisi, spirometri, dermoskopi gibi eğitimlerin de gerçekleştiğini öğrendik.

Değişim programı dışında kalan sürede Dr. Marina ve ekibi dopdolü bir sosyal program hazırlamış oldukları için üç gün boyunca arkadaşlarımızla sohbet ederek kaynaşma imkânımız da oldu. Dobo müzesini ziyaret



Resim 3. Kapetanovici Sağlık Merkezi-Kırsal Hekimlik



Resim 4. Dobojska Trdava Granida Kalesi

ettik. Müze, Bosna tarihine ve kültürüne dair öğeleri de içerisinde barındırmaktaydı. Değişimin ikinci günü bizleri iki gruba ayırarak kırsal hekimlik kapsamında sağlık hizmeti veren iki ayrı kasabadaki kliniğe ziyarete götürdüler. Bosna'nın Kapetanovici kasabasındaki bu küçük sağlık merkezinde haftanın belli günleri görevlendirilen aile hekimi tarafından sağlık hizmeti sunulmakta (Resim 3).

İkinci gün Dobo şehrinin simgesi olan, bir kısmı Orta Çağ döneminden bir kısmı ise Osmanlı Döneminden kalan tarihi Dobojska Trdava Granida kalesini ziyaret ettik (Resim 4).



Resim 5. EYFDM Oturumu

Değişimin üçüncü gününde sempozyum kapsamında EYFDM oturumu gerçekleşti. Dr. Marina moderatörlüğünde aile hekimleri, kendi ülkelerindeki aile hekimliği sisteminden ve müfredat dışı fırsatlardan bahsetti. Avrupa'da farklı ülkelerdeki aile hekimliği uygulamalarını öğrenmek, ülkemizdeki olanaklarla karşılaştırma imkânı bulmak, iyileştirme ve geliştirmelere yönelik fikirler üretmek konusunda bizleri motive etti. Avrupa'nın diğer ülkeleri ile karşılaştırdığımızda en temel farklılıklar aile hekimliği uzmanlığını almak için bir tez hazırlamak ve savunmak zorunluluklarının olmamasıydı. Ayrıca, zorunlu sevk zinciri, günlük hasta sayısı ve hastaya ayrılan süre gibi konularda farklılık göstermesiydi. Hasta sayısından ziyade evrak işlerinin kendilerini yordüğünü belirttiler. Panel sonrasında Dr. Marina katılım sertifikalarını verdi (Resim 5).

Değişim programının son gününde Dr. Marina bizleri Doboj'da bulunan Adrenalin Park'a götürdü (Resim 6).

SONUÇ

EYFDM Değişim Programları, Avrupa'nın dört bir yanında genç aile hekimlerini bir araya getirerek sosyokültürel ve bilimsel paylaşımlarda bulunma fırsatı sunmaktadır. EYFDM Doboj Değişim Programı ile birçok ülkenin aile hekimliği uzmanlık eğitim programlarını ve uygulamalarını inceleme fırsatı bulduk, çeşitli ülkelerin kültürlerini öğrendik. Bu program sonrasında ülkemize paha biçilemez deneyimler, keyifli ve unutulmaz anılar ve yeni dostluklarla döndük. Türkiye'deki sağlık sisteminde



Resim 6. Adrenalin Park Doboj

akılcı uygulamalar konusunda beyin fırtınası yapmış olduk. Ayrıca ülkemizdeki aile hekimliği uygulamalarının daha da geliştirilebilmesi için üstümüze düşen görevleri sorguladık. Bu değişim programına katılma şansının bana verilmesiyle aile hekimliği uzmanlık eğitim sürecimin daha en başındayken disiplinimizin ilkelerine ve evrenselliğine dair vizyonum genişledi. Bu fırsatı bize sunan ve süreçte desteklerini esirgemeyen EYFDM Türkiye ekibine ve yol arkadaşlarıma içten sevgilerimi iletiyorum. Bu deneyimlerimden yola çıkarak tüm aile hekimliği uzmanlık öğrenci ve mesleklerinin ilk beş yılındaki aile hekimliği uzmanlarını EYFDM Türkiye ailesiyle tanışmaya ve EYFDM etkinliklerine katılmaya, böylece uluslararası EYFDM ruhunu yakalamaya davet ediyorum. Güzel günlerde sağlıklı bir çalışma ortamı dileğiyle.

KAYNAKÇA

1. Masic I, Novo A, Kudumovic M, Masic Z. Medicinska informatika na medicinskim fakultetima u bosni i hercegovini [Medical informatics education at medical schools in Bosnia and Herzegovina]. Acta medica Croatica: casopis Hrvatske akademije medicinskih znanosti 2006;60(5):463-9.
2. Masic I, Batic Mujanovic O, Racic M, et al. Comparative Analysis of Family Medicine Education and Exams at Cathedras of Family Medicine of Universities in Southeastern Europe—"Splitska inicijativa", Sarajevo, 2017. Acta Inform Med 2017;25(1):61-72.
3. Official newspaper of the Federation B&H. Number 5703 from 10th February 2003.
4. Zalihic A, Stanetic K, Gavran LR, et al. What is the Future of Family Medicine in Bosnia and Herzegovina? Mater Sociomed 2020;32(2):88-92.