

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **28** | Sayı
Issue **2** | Haziran
June **2024**

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 2024

Cilt / Volume 28

Sayı / Issue 2

İmtiyaz Sahibi / Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)
adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
guzin_zeren@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7730-2929

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

Prof. Dr. Yasemin Çayır
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye
dryasemincayir@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9133-5460

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

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

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

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

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

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

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

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

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



Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
guzin_zeren@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7730-2929

Editörler / Editors

Prof. Dr. Yasemin Çayır
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye
dryasemincayir@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9133-5460

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

Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği,
Ankara, Türkiye
draylinbaydar@yahoo.com
0000-0003-1657-5522

Doç. Dr. Gökçe İşcan
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile
Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
dr_gokcedilek@yahoo.com
0000-0003-0848-5201

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

Teknik Kurul / Technical Board

Prof. Dr. Erdinç Yavuz
Samsun, Türkiye

Doç. Dr. İzzet Fıdancı
Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Yusuf Çetin Doğaner
Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer
Edirne, Türkiye

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Dr. Öğr. Üyesi Kamber Kaşalı
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

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
Emekli / 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

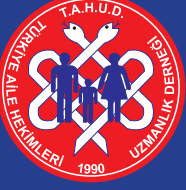
Prof. Dr. Waris Qidwadi
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

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

Reprodüktif Dönemdeki Kadınların Premenstrüel Sendrom Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Women in the Reproductive Period on Premenstrual Syndrome

Burcu Korkut, Habibe İnci 35

Tip 2 Diyabet Hastalarında Spot İdrarda Albüminüri Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Assessment of Albuminuria Frequency in Spot Urine and Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes

Tayfun Barış Kocaman, Erdinç Yavuz, Nur Şimşek Yurt 46

Kadınlarda Doğum Şekli ile Postpartum Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki

The Relationship Between Mode of Delivery and Postpartum Depressive Symptoms in Women

Fatma Ebru Yurdakul, İrep Karataş Eray..... 55

Haberler / News

2024 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Linz-Avusturya Değişim Programından Gözlemler: Birinci Basamakta Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Rolü

Observations from the European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Austria Preconference Exchange Program: The Role of Complementary Medicine in Primary Healthcare

Şeyma Handan Akyön, Florian Ardelt..... 63

2024 Hollanda EYFDM Prekonferans Değişim Programı ve LOVAH Kongresi Deneyimleri

Experiences of The EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Preconference Exchange Program and LOVAH Congress in the Netherlands in 2024

Gülşah Onur, Hande Büyükdığ, Aydan Güzel..... 67



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

AMAÇ KAPSAM

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

YAZILARIN HAZIRLANMASI

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

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

ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

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

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

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

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

YAZI ÇEŞİTLERİ

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

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

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

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

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

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

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

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

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

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

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

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

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

YAZI KURALLARI

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

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

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Örnek:

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

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

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Başka bir örnek verelim.

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Şekil, Tablo ve Resimler

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

KONTROL LİSTESİ

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

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

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

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

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

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

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

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

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

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

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

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

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



Editörden / Editorial

Değerli Okurlarımız,

21 Nisan 2024 genel kurulu sonrası yeni seçilen merkez yönetim kurulunun bilimsel komisyonu ve yeni dergi editörleri ile hazırlanan ilk sayı ile sizlerin karşısındayız.

1990'dan bu yana disiplinimizin uzman, akademisyen ve asistanlarımızın hizmetinde bulunan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık derneğinin şimdiye kadarki tüm yönetimlerine ve dergimizde emek veren meslektaşlarımıza disiplinimize katkılarından dolayı teşekkür ediyorum.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 1997'den beri yayınlanan derneğimizin dergisidir. Dergimiz sizlerin beğenisine tüm yazar, hakem, editör, baş editör ve okurlarımıza ve birlikte çalıştığımız teknik ekiple büyük emekleri ile sunulmaktadır.

Disiplinimizin geniş yelpazesini kapsayan her konudaki yazılar titizlikle değerlendirilerek siz değerli okurlarımızla buluşturılmaktadır. Amacımız dergimizi uluslararası indekslerde yer almasını sağlamaktır.

Bu hedefimize ulaşmamızda katkılarınızı bekliyoruz...

Sevgi ve saygılarımla,
Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK

Reproduktif Dönemdeki Kadınların Premenstrüel Sendrom Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Knowledge, Attitudes and Behaviors of Women in the Reproductive Period on Premenstrual Syndrome

Burcu Korkut[®], Habibe İnci[®]

Af/Cite as: Korkut B, İnci H. Reproduktif dönemdeki kadınların premenstrüel sendrom konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(2):35-45.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada Premenstrüel Sendrom konusunda reproduktif dönemdeki kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Kesitsel tipteki bu çalışma; 07.12.2023-17.12.2023 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 228 hasta ile yapıldı. Çalışmada erkekler, reproduktif dönemde olmayan kadınlar, gebeler, yabancı uyruklular ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmada örneklem seçimi yapılmadı ve tüm gönüllüler çalışmaya dahil edildi. Çalışmada literatür taraması ile oluşturulan üç bölümden ve 35 sorudan oluşan anket formu yüz yüze uygulandı.

Bulgular: Çalışmada; kronik hastalık varlığı ile dismenore ($p=0,033$) ve kronik hastalık varlığı ile düzenli adet görme ($p=0,021$) arasında anlamlı ilişki mevcuttu. Doğum kontrol hapı kullanma durumu ile düzenli adet görenler arasında ($p=0,019$) ve adet döneminde yaşanan fiziksel şikayetler ile dismenore arasında ($p=0,002$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edildi. Adet döneminde yaşanan ruhsal şikayetlerle; dismenore ve düzenli adet görme arasında (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,028$) ayrıca akrabalarında PMS olma durumu ile dismenore arasında ($p=0,011$) istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı. Dismenore ve adet düzeni sosyodemografik verilere göre değerlendirildiğinde, katılımcıların %60,1'inde dismenore olduğu, %77,2'sinin düzenli adet gördüğü, %76,3'ünün PMS'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini düşündüğü, %74,6'sının beslenmeye dikkat edilmesini doğru bulunduğu, %75'inin fiziksel aktivitenin PMS'nin daha hafif geçirilmesini sağladığını düşündüğü tespit edildi. Bireylerin dismenore ve adet düzeninde; öğrenim durumu (sırasıyla $p=0,847$; $p=0,661$), medeni hal (sırasıyla $p=0,351$; $p=0,852$), çocuk varlığı (sırasıyla $p=0,657$; $p=0,779$), doğum yarınlarda doğum yapma şekli (sırasıyla $p=0,478$; $p=0,372$), ekonomik durum (sırasıyla $p=0,458$; $p=0,550$), düzenli kullanılan ilaç varlığı (sırasıyla $p=0,844$; $p=0,280$), ilk adet görme yaşına (sırasıyla $p=0,111$; $p=0,591$) göre istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi.

Sonuç: Araştırmada elde edilen bulgular ışığında kadınların PMS'nin fiziksel ve psikolojik olumsuz etkilerinin olduğunu düşündükleri belirlendi. PMS ile ilgili araştırmaların artmasının özellikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında görev yapan aile hekimlerinin premenstrüel sendromla başvuran hastalara yaklaşımda farkındalık yaratacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Bilgi, Kadın, Tutum ve Davranış, Premenstrüel Sendrom

ABSTRACT

Objective: The aim of this study was to evaluate the knowledge, attitudes and behaviors of women in the reproductive period about Premenstrual Syndrome.

Methods: This cross-sectional study was conducted with 228 patients who applied to Karabük Training and Research Hospital Family Medicine Outpatient Clinic between 07.12.2023 and 17.12.2023. In the study, men, women who were not in the reproductive period, pregnant women, foreign nationals and those who did not volunteer to participate in the study were excluded from the study. There was no sample selection in the study and all volunteers were included in the study. In the study, a questionnaire consisting of three parts and 35 questions created by literature review was applied face-to-face.

Results: In the study; There was a significant correlation between the presence of chronic disease and dysmenorrhea ($p=0,033$) and between the presence of chronic disease and regular menstruation ($p=0,021$). A statistically significant correlation was found between the use of birth control pills and regular menstruation ($p=0,019$) and between physical complaints and dysmenorrhea during menstruation ($p=0,002$). With mental complaints experienced during menstruation; A statistically significant correlation was found between dysmenorrhea and regular menstruation ($p<0,001$, $p=0,028$, respectively), and between PMS in relatives and dysmenorrhea ($p=0,011$). When dysmenorrhea and

Received/Geliş: 26.12.2023

Accepted/Kabul: 30.05.2024

Publication date: 30.06.2024

Corresponding Author:

B. Korkut

ORCID: 0000-0002-0296-9144

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

✉ burcukorkut@karabuk.edu.tr

H. İnci

ORCID: 0000-0003-2883-259X

Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

menstrual cycle were evaluated according to sociodemographic data, it was determined that 60.1% of the participants had dysmenorrhea, 77.2% had regular menstruation, 76.3% thought that PMS negatively affected the quality of life, 74.6% found it right to pay attention to nutrition, and 75% thought that physical activity made PMS milder. In the dysmenorrhea and menstrual pattern of individuals; There was no statistically significant difference in terms of educational status ($p=0.847$; $p=0.661$, respectively), marital status ($p=0.351$; $p=0.852$, respectively), presence of children ($p=0.657$; $p=0.779$, respectively), type of delivery in birthing patients ($p=0.478$; $p=0.372$, respectively), economic status ($p=0.458$; $p=0.550$, respectively), presence of regularly used drugs ($p=0.844$; $p=0.280$, respectively), and age of first menstruation ($p=0.111$; $p=0.591$, respectively). **Conclusion:** In the light of the findings obtained in the study, it was determined that women thought that PMS had physical and psychological negative effects. It is thought that the increase in research on PMS will raise awareness in the approach of family physicians working in primary health care institutions to patients presenting with premenstrual syndrome.

Keywords: Knowledge, Woman, Attitude and Behavior, Premenstrual Syndrome

GİRİŞ

Kadınlar için yaygın bir sağlık sorunu olan Premenstrüel Sendrom (PMS) kadın sağlığını fiziksel, psikolojik ve sosyal ilişkiler açısından olumsuz etkilemektedir.

[1] Premenstrüel sendrom, menstrual siklusun luteal fazında ortaya çıkan ve adet başlamasından kısa bir süre sonra düzelen fiziksel, duygusal, davranışsal ve bilişsel semptomlarla karakterize, tekrarlayan ve döngüsel bir durumdur.[2] Bu semptomlar çoğunlukla karında ve memelerde şişlik hissi, hassasiyet, baş ağrısı, bulantı, terleme, kilo alma ve çarpıntı gibi fiziksel semptomlar ile huzursuzluk, öfke, üzüntü, kendini küçük görme, gerginlik, agresif davranışlar gibi psikolojik semptomlardır. Bu semptomların şiddeti kadınların fizyolojik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.[3]

PMS, literatürde en fazla araştırılan konular arasında yer almakta olup[3] bu araştırmalarda PMS kaynaklı sorunların kadınlarda anksiyete ve depresyon riskini artırdığı, yaşam kalitesini azalttığı belirlenmiştir.[3,5] Bununla birlikte diyet, vitamin ve mineral alma gibi davranışların kadınlarda PMS varlığını nasıl etkilediğine dair araştırmalar da mevcuttur.[6] Yapılan araştırmalarda dünyada kadınların %11 ile %98 oranında PMS yaşadıkları tespit edilmiştir.[2] PMS prevelansının incelendiği bir meta analizde Türkiye’de PMS yaşayan kadın oranı %52,2 olduğu saptanmıştır.[7] Kadının hayatını hem bireysel hem de sosyal ilişkiler açısından olumsuz etkileyen PMS kadının özgüvenini ve yaşam kalitesini azaltmakla birlikte sosyal hayatındaki verimliliği de düşürmektedir.[1]

PMS’nin risk faktörleri arasında yaş, hormonal değişiklikler, stres, diyet ve eğitim durumu yer almaktadır.[8] PMS yaşayan kadınların tutumları da değişkenlik göstermektedir. Bazı kadınlar PMS ile ilgili yaşadıkları semptomları normal kabul ederken az da olsa bir kısmı tıbbi yardım istemektedir. Kadınlarda PMS’nin neden olduğu mental, sosyal ve fiziksel problemlerin çözümünde bireysel ve sosyal faktörlerin birlikte değerlendirilmesi gerekmektedir.[9]

Bu bağlamda çalışmamızda Premenstrüel Sendrom konusunda reproduktif dönemdeki kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tipteki bu çalışma; 07.12.2023-17.12.2023 tarihleri arasında Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğinde yapıldı. Çalışmada erkekler, reproduktif dönemde olmayan kadınlar, gebeler, yabancı uyruklular, oral kontraseptif kullananlar ve araştırmaya katılmaya gönüllü olmayanlar çalışma dışı bırakıldı. Çalışmada örneklem seçimi yapılmadı. Çalışmaya dahil edilen 228 kadından imzalı onam formu alındı ve yüz yüze anket formu uygulandı.

Literatür taraması ile oluşturulan 35 soruluk anketin hazırlanması aşamasında Amerikan Aile Hekimleri Akademisi, Amerikan Psikiyatri Birliği, Moline ve Zendell’in çalışmaları dikkate alındı.[10-12]

Anket formunda; yaş, öğrenim durumu, meslek, medeni durum gibi tanımlayıcı özellikte 12 adet soru bulanmakta olup 1 soru açık uçlu, 2 soru evet- hayır cevaplı, 9 soru da çoktan seçmelidir. PMS yönünden risk faktörlerini ve bu dönemde yaşanan semptomları sorgulamak amacıyla 9 soru yer aldı. PMS konusundaki bilgi düzeyini ölçmek amacıyla 14 soru hazırlanmış olup bu bölümdeki tüm soruların doğru, yanlış, fikrim yok şeklinde cevaplanması istendi. Eksik ya da yanlış doldurulmuş anketler çalışma dışı bırakıldı.

Veri analizi SPSS 29.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki frekans analizi, Ki Kare ve Anova Testi ile belirlendi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Çalışma için Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Çalışmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (Karar No: 2023/1546, Karar tarihi:06/12/2023). Bu çalışma Helsinki Bildirgesine uygun olarak hazırlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza reprodüktif çağda, yaş ortalaması $28,94 \pm 9,17$ olan 228 kadın dahil edildi.

Katılımcıların %42,1'inin lise mezunu, %46,5'inin öğrenci, %59,2'inin bekar olduğu, %67,5'inin çocuk sahibi olmadığı, %19,3'ünün normal doğum yaptığı, %55,3'ünün ekonomik durumlarında gelirinin giderine eşit olduğu, %69,7'sinin sigara kullanmadığı, %73,7'sinin kronik hastalığı olmadığı, %71,1'inin düzenli ilaç kullanmadığı, %90,4'ünün doğum kontrol hapı kullanmadığı belirlendi (Tablo 1).

Katılımcıların %47,8'inin ilk adetini 12 yaş üzerinde gördüğü, %77,2'sinin adetlerinin düzenli olduğu, %60,1'inde adet döneminde dismenoresinin olduğu, %55,3'ünün aile öyküsünde PMS olmadığı, %82,5'inin adet görmeyi doğal ve fizyolojik bir süreç olarak gördüğü, %58,3'ünün adet döneminde karın ağrısı

şikâyeti yaşadığı, %58,3'ünün de adet döneminde sinirlilik ruh halinin baskın olduğu, %48,7'sinin PMS semptomlarının olduğu dönemde daha çok uyuduğu tespit edildi (Tablo 2).

Katılımcılarda dismenore ile kronik hastalık varlığı ($p=0,033$), adet döneminde yaşanan fiziksel şikâyetler ($p=0,002$), adet döneminde yaşanan ruhsal şikâyetler ($p<0,001$) ve akrabalarında PMS olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,011$) (Tablo 3).

Kadınların dismenore durumlarında öğrenim durumu ($p=0,847$), medeni hal ($p=0,351$), çocuk varlığı ($p=0,657$), doğum yapma şekli ($p=0,478$), ekonomik durum ($p=0,458$), düzenli kullanılan ilaç varlığı ($p=0,844$), doğum kontrol hapı kullanma ($p=0,952$), ilk adet görme yaşına ($p=0,111$), düzenli adet görme ($p=0,434$) durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

		n	%
Öğrenim durumu	İlkokul	13	5,7
	Ortaokul	7	3,1
	Lise	96	42,1
	Ön lisans/Lisans	85	37,3
	Yüksek Lisans ve Üstü	27	11,8
Meslek	Ev hanımı	26	11,4
	Memur	55	24,1
	İşçi	29	12,7
	Öğrenci	106	46,5
	Diğer	12	5,2
Medeni hal	Evli	86	37,7
	Bekar	135	59,2
	Dul/boşanmış	7	3,1
Çocuğunuz var mı?	Evet	74	32,5
	Hayır	154	67,5
Doğum yapma şekliniz nedir?	Normal Spontan Vajinal Yol	44	57,4
	Sezaryen	27	35
	Normal ve Sezaryen her ikisi	6	7,6
Ekonomik durumunuz nasıl?	Gelir giderden fazla	70	30,7
	Gelir gidere eşit	126	55,3
	Gelir giderden az	32	14
Sigara kullanma durumu	Hiç içmemiş	159	69,8
	İçip bırakmış	22	9,6
	Halen içiyor	47	20,6
Kronik hastalığınız var mıdır?	Yok	168	73,7
	Hipertansiyon	13	5,7
	Diyabetes mellitus	6	2,6
	Kalp hastalığı	6	2,6
	Romatolojik hastalıklar	9	3,9
	Tiroid bezi hastalıkları	13	5,7
	Nörolojik hastalıklar	7	3,1
	Psikiyatrik hastalıklar	12	5,3
	Diğer	10	4,3
Düzenli olarak kullandığınız bir ilaç var mıdır?	Evet	66	28,9
	Hayır	162	71,1
Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?	Evet	22	9,6
	Hayır	206	90,4
Toplam		228	100

n: sayı; PMS: Premenstrüel Sendrom.

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik verileri

		n	%
İlk adet görme yaşı kaçtır?	12 yaş altı	31	13,6
	12 yaş	88	38,6
	12 yaş üstü	109	47,8
Adet düzeniniz nasıldır?	Düzenli	176	77,2
	Düzenli değil	52	22,8
Adet döneminizde şiddetli karın-kasık ağrısı (dismenore) var mıdır?	Evet	137	60,1
	Hayır	91	39,9
Akrabalarınızda PMS var mıdır?	Annemde var	45	19,7
	Kardeş/ablada var	41	18
	Yakın akrabada (teyze/hala) var	16	7
	Herhangi bir yakınımnda yok	126	55,3
Kadınların doğurganlık çağı boyunca adet görmesi sizin için ne ifade ediyor?	Doğal ve fizyolojik bir süreç	188	82,5
	Rahatsızlık verici bir durum	30	13,2
	Adet görüp görmemek önemsiz	1	0,4
	Adet görmek yaşamımı en olumsuz etkileyen olaylardan biri	9	3,9
Adet döneminden birkaç gün önce başlayıp adet sonrasında kendiliğinden düzelen fiziksel şikayetleriniz nelerdir?	Şikâyetim yok	25	11
	Kilo artışı	44	19,3
	Karın ağrısı	133	58,3
	Ödem	114	50
	Hazımsızlık, gaz şikâyeti	48	21,1
	Memede ağrı/hassasiyet	103	45,2
	Bel ağrısı	109	47,8
	Baş ağrısı	58	25,4
	Ciltte sivilce oluşması	80	35,1
	Kas-eklem ağrısı	54	23,7
	Bulantı-kusma	33	14,5
	Kokulara aşırı duyarlı olmak	30	13,2
	Diğer	5	2,2
Adet döneminden birkaç gün önce başlayıp adet sonrasında kendiliğinden düzelen ruhsal şikayetleriniz nelerdir?	Şikâyetim yok	30	13,2
	Uyku bozukluğu	47	20,6
	Yorgunluk	105	46,1
	Cinsel isteksizlik	23	10,1
	Depresif duygulanım	99	43,4
	Kaygı bozukluğu	52	22,8
	Öfke patlamaları	87	38,2
	Beden algısında değişme	37	16,2
	Özgüven kaybı	28	12,3
	Sinirlilik	133	58,3
	Sosyal çekilme	33	14,5
	Ağlama nöbetleri	67	29,4
	Diğer	2	0,9
PMS semptomlarının olduğu dönemde hangisi/hangilerini yapmak uygun olur?	Uykuya daha çok zaman ayırmak	111	48,7
	Kafein ve tuzu azaltmak	57	25
	Nikotin ve alkol alımını azaltmak	9	3,9
	E vitamini takviyesi	37	16,3
	Magnezyum takviyesi	4	1,8
	Kalsiyum takviyesi	4	1,8
	D vitamini takviyesi	6	2,6
Toplam		228	100

n: sayı; PMS: Premenstrüel Sendrom.

Tablo 3. Katılımcıların sosyodemografik verilere göre dismenore durumunun değerlendirilmesi

	Toplam n (%)	Var n (%)	Yok n (%)	P
Öğrenim durumu				
İlkokul	13 (5,7)	8 (3,4)	5 (2,2)	0,847
Ortaokul	7 (3,1)	5 (2,2)	2 (0,9)	
Lise	96 (42,1)	55 (24,1)	41 (18)	
Ön lisans/Lisans	85 (37,3)	50 (21,9)	35 (15,4)	
Yüksek Lisans ve Üstü	27 (11,8)	19 (8,3)	8 (3,5)	
Medeni hal				
Evli	86 (37,7)	56 (24,6)	30 (13,2)	0,351
Bekar	135 (59,2)	76 (33,3)	59 (25,9)	
Dul/boşanmış	7 (3,1)	5 (2,2)	2 (0,9)	
Çocuğunuz var mı?				
Evet	74 (32,5)	46 (20,2)	28 (12,3)	0,657
Hayır	154 (67,5)	91 (39,9)	63 (27,6)	
Doğum yapma şekli				
Normal Vajinal Yol	44 (19,3)	29 (37,7)	15 (19,5)	0,478
Sezaryen	27 (11,8)	14 (18,2)	13 (16,9)	
Normal ve Sezaryen	6 (2,6)	4 (5,2)	2 (2,6)	
Ekonomik durum				
Gelir giderden fazla	70 (30,7)	39 (17,1)	31 (13,6)	0,458
Gelir gidere eşit	126 (55,3)	76 (33,3)	50 (21,9)	
Gelir giderden az	32 (14)	22 (9,6)	10 (4,4)	
Kronik hastalık				
Yok	168 (73,7)	94 (41,2)	74 (32,5)	0,033
Var	60 (26,3)	43 (18,9)	17 (7,5)	
Düzenli kullandığınız bir ilaç var mıdır?				
Evet	66 (28,9)	39 (17,1)	27 (11,8)	0,844
Hayır	162 (71,1)	98 (43)	64 (28,1)	
Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?				
Evet	22 (9,6)	13 (5,7)	9 (3,9)	0,952
Hayır	206 (90,4)	124 (54,3)	82 (35,9)	
İlk adet görme yaşı				
12 yaş altı	31 (13,6)	23 (10,1)	8 (3,5)	0,111
12 yaş	88 (38,6)	55 (24,1)	33 (14,5)	
12 yaş üstü	109 (47,8)	59 (25,9)	50 (21,9)	
Adet düzeniniz nasıldır?				
Düzenli	176 (77,2)	105 (46,1)	71 (31,1)	0,434
Düzenli değil	52 (22,8)	32 (14)	19 (8,3)	
Adet döneminde fiziksel şikayetleriniz var mıdır?				
Yok	25 (11)	8 (3,5)	17 (7,5)	0,002
Var	203 (89)	129 (56,6)	74 (32,5)	
Adet döneminde ruhsal şikayetleriniz var mıdır?				
Yok	30 (13,2)	9 (3,9)	21 (9,2)	<0,001
Var	198 (86,8)	128 (56,1)	70 (30,7)	
Akrabada PMS var mıdır?				
Annemde var	45 (19,7)	34 (14,9)	11 (4,8)	0,011
Kardeş/ablada var	41 (18)	27 (11,8)	14 (6,1)	
Teyze/halada var	16 (7)	12 (5,3)	4 (1,8)	
Herhangi bir akrabamda yok	126 (55,3)	64 (28,1)	62 (27,2)	
Toplam	228 (100)	137 (60,1)	91 (39,9)	

P: ki-kare testi (Kalın yazılan ifadeler anlamlılığı ifade eder.); n: sayı; PMS: Premenstrüel Sendrom.

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik verilere göre adet düzeninin değerlendirilmesi

	Düzenli adet			p
	Toplam n (%)	Var n (%)	Yok n (%)	
Öğrenim durumu				
İlkokul	13 (5,7)	8 (3,4)	5 (2,2)	0,661
Ortaokul	7 (3,1)	5 (2,2)	2 (0,9)	
Lise	96 (42,1)	72 (31,6)	24 (10,5)	
Ön lisans/Lisans	85 (37,3)	68 (29,8)	17 (7,4)	
Yüksek Lisans ve Üstü	27 (11,8)	23 (10,1)	4 (1,8)	
Medeni hal				
Evli	86 (37,7)	69 (30,3)	17 (7,5)	0,852
Bekar	135 (59,2)	102 (44,7)	33 (14,4)	
Dul/boşanmış	7 (3,1)	5 (2,2)	2 (0,9)	
Çocuğunuz var mı?				
Evet	74 (32,5)	57 (25)	17 (7,5)	0,779
hayır	154 (67,5)	119 (52,2)	35 (15,3)	
Doğum yapma şekli				
Normal Vajinal Yol	44 (19,3)	37 (48,1)	7 (9,1)	0,372
Sezaryen	27 (11,8)	19 (24,7)	8 (10,4)	
Normal ve Sezaryen	6 (2,6)	5 (6,5)	1 (0,4)	
Ekonomik durum				
Gelir giderden fazla	70 (30,7)	55 (24,1)	15 (6,5)	0,550
Gelir gidere eşit	126 (55,3)	98 (43)	28 (12,3)	
Gelir giderden az	32 (14)	23 (10,1)	9 (3,9)	
Kronik hastalık				
Yok	168 (73,7)	137 (60,1)	31 (13,6)	0,021
Var	60 (26,3)	39 (17,1)	21 (9,2)	
Düzenli kullandığınız bir ilaç var mıdır?				
Evet	66 (28,9)	47 (20,6)	19 (8,3)	0,280
Hayır	162 (71,1)	129 (56,6)	33 (14,4)	
Doğum kontrol hapı kullanıyor musunuz?				
Evet	22 (9,6)	11 (4,8)	11 (4,8)	0,019
Hayır	206 (90,4)	165 (72,3)	40 (17,5)	
İlk adet görme yaşı				
12 yaş altı	31 (13,6)	22 (9,6)	9 (3,9)	0,591
12 yaş	88 (38,6)	70 (30,7)	18 (7,9)	
12 yaş üstü	109 (47,8)	84 (36,8)	25 (11)	
Adet döneminde fiziksel şikayetleriniz var mıdır?				
Yok	25 (11)	20 (8,8)	5 (2,2)	0,895
Var	203 (89)	156 (68,4)	47 (20,2)	
Adet döneminde ruhsal şikayetleriniz var mıdır?				
Yok	30 (13,2)	24 (10,5)	6 (2,6)	0,028
Var	198 (86,8)	152 (66,7)	46 (20,2)	
Akrabada PMS var mıdır?				
Annemde var	45 (19,7)	39 (17,1)	6 (2,6)	0,312
Kardeş/ablada var	41 (18)	31 (13,6)	10 (4,4)	
Teyze/halada var	16 (7)	15 (6,6)	1 (0,4)	
Herhangi bir akrabamda yok	126 (55,3)	91 (39,9)	35 (15,3)	
Toplam	228 (100)	176 (77,2)	52 (22,8)	

P: ki-kare testi (Kalın yazılan ifadeler anlamlılığı ifade eder.); n: sayı; PMS: Premenstrüel Sendrom.

Katılımcılarda düzenli adet görme ile kronik hastalık varlığı (p=0,021), doğum kontrol hapı kullanma durumu (p=0,019) ve adet döneminde yaşanan ruhsal şikayetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu (p=0,028) (Tablo 4).

Kadınların düzenli adet durumları ile öğrenim durumu (p=0,661), medeni hal (p=0,852), çocuk varlığı (p=0,779), doğum yapma şekli (p=0,372), ekonomik durum (p=0,550), düzenli kullanılan ilaç varlığı (p=0,280), ilk adet görme yaşı (p=0,591),

adet döneminde fiziksel şikayet varlığı (p=0,895) ve akrabada PMS varlığı (p=0,312) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı.

Katılımcıların PMS ile ilgili bilgi ve farkındalıkları değerlendirildiğinde; %65,8'i PMS'nin oluşmasında genetik faktörlerin rolü olduğunu; %61'i PMS'nin genç yaşlarda başlayıp menopoz dönemine yakın azaldığını, %50,9'u PMS'nin kısırlık nedeni olduğuna dair fikrinin olmadığını; %76,3'ü PMS'nin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini; %47,4'ü PMS'nin hastanede yatarak tedavi

Tablo 5. Katılımcıların PMS ile ilgili bilgi ve farkındalıkları

		n	%
PMS'nin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin rolü vardır	Doğru	150	65,8
	Yanlış	5	2,2
	Fikrim yok	73	32
PMS daha çok genç yaşlarda başlar, kadının menopoza yaklaşması ile semptomlar azalır	Doğru	139	61
	Yanlış	20	8,8
	Fikrim yok	69	30,3
PMS kadın kaynaklı kısırlığın önemli bir nedenidir	Doğru	28	12,3
	Yanlış	84	36,8
	Fikrim yok	116	50,9
PMS her toplumda farklı sıklıkta görülmekte olup kadınların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilemektedir	Doğru	174	76,3
	Yanlış	9	3,9
	Fikrim yok	45	19,7
PMS kadınlarda hastanede yatarak tedavi görmeyi gerektirecek kadar ağır seyredebilir	Doğru	108	47,4
	Yanlış	37	16,2
	Fikrim yok	83	36,4
PMS'nin nedenleri tedavisi net olarak bilinmektedir	Doğru	43	18,9
	Yanlış	58	25,4
	Fikrim yok	127	55,7
PMS'yi teşhis etmek için standart görüntüleme yöntemleri ve laboratuvar testleri mevcuttur	Doğru	47	20,6
	Yanlış	62	27,2
	Fikrim yok	119	52,2
PMS nedeni ile kadınlarda iş gücü kaybı ve iş verimliliğinde azalma görülmektedir	Doğru	185	81,1
	Yanlış	7	3,1
	Fikrim yok	36	15,8
Fiziksel aktivite PMS'nin daha hafif geçirilmesini sağlar	Doğru	171	75
	Yanlış	9	3,9
	Fikrim yok	48	21,1
PMS'nin tedavisinde antidepressan grubu ilaçlar kullanılmaktadır	Doğru	54	23,7
	Yanlış	52	22,8
	Fikrim yok	122	53,5
PMS'ye bağlı ödemi azaltmak için düşük etkili diüretik antihipertansifler (spiranolakton) kullanılabilir	Doğru	35	15,4
	Yanlış	47	20,6
	Fikrim yok	146	64
PMS'si olan kadınlar çok az tuz tüketmeli ve kafeinli içeceklerden uzak durmalıdır	Doğru	168	73,7
	Yanlış	9	3,9
	Fikrim yok	51	22,4
PMS'li kadında mastalji varsa analjezik kullanılmaz, "E vitamini" kullanması önerilmektedir	Doğru	61	26,8
	Yanlış	13	5,7
	Fikrim yok	154	67,5
PMS'si olan kadınlarda beslenmeye dikkat edilmesi, egzersiz yapılması, yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi birlikte uygulanmalıdır	Doğru	170	74,6
	Yanlış	3	1,3
	Fikrim yok	55	24,1

n: sayı; PMS: Premenstrüel Sendrom.

gerektirebileceğini; %55,7'si PMS'nin tedavisi hakkında fikrinin olmadığını; %52,2'si PMS'nin tedavisinde kullanılan yöntemler hakkında fikrinin olmadığını; %81,1'i PMS'nin kadınlarda iş gücü verimliliğini azalttığını; %75'i fiziksel aktivitenin PMS'nin daha hafif geçirilmesini sağladığını; %53,5'i PMS tedavisinde antidepressan ilaç kullanımı ile ilgili fikrinin olmadığını; %64'ü PMS kaynaklı ödemi spiranolakton kullanma ile ilgili fikirlerinin olmadığını; %73,7'sinin PMS varlığında tuz ve kafein kullanılmamasını doğru bulduğunu; %67,5'inin PMS varlığında analjezik kullanılmaması ve E vitamini kullanılması konusunda fikirlerinin olmadığını; %74,6'sının beslenmeye dikkat edilmesinin doğru olduğunu düşündükleri belirlendi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Premenstrüel Sendrom konusunda reproduktif dönemdeki kadınların bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesini amaçladığımız bu çalışmada; katılımcılarda kronik hastalık varlığı ile dismenore arasında ve kronik hastalık varlığı ile düzenli adet görme arasında anlamlı ilişki tespit edildi. Ayrıca katılımcıların menstrual dönem öncesi dismenore yaşama oranı %60,1, düzenli adet gören bireylerin oranı da %77,2 saptandı. Chandraratne ve Gunawardena 598 ergen katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada kronik fiziksel hastalık, dismenore ve düzenli menstruasyon siklusları ile PMS arasında anlamlı ilişki saptadı.^[13] Çelik ve

Uskun'un bir il kırsalında, üreme çağındaki kadınlarda PMS yaygınlığını ve yaşam kalitesi ile ilişkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmada semptomların ortaya çıkmasını sağlayan parametrelerin kronik hastalığa sahip olmak, yoğun adet kanama miktarı ve dismenorenin varlığı olduğu belirlenmiştir.^[14] Çalışmamızın sonuçları diğer literatür çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Bu durumun kronik hastalık varlığında bağışıklık sisteminin baskılanabilmesi, ağrı eşliğinin düşmesi, çevresel uyarılara karşı daha duyarlı halde olunması ile açıklanabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmada yaş ile PMS arasında ilişki saptanmadı. Diğer taraftan; PMS ve yaş arasındaki ilişkiyi inceleyen Mohammed ve ark. çalışmalarında PMS şikayetlerinin yaşla birlikte azaldığını bildirdi.^[15] Daşikan ve Saruhan ile Balaha ve ark. yaptıkları ayrı ayrı çalışmalarda yaş ilerledikçe PMS şikayetlerinin arttığını saptadı.^[16,17] Aba ve ark., Poyrazoğlu, Akmal ve ark. PMS ile yaş arasında ilişki olmadığını tespit etti.^[18-20] Literatürde çalışma sonuçlarımızı destekleyen yayınlar olduğu gibi PMS ile yaş arasında ilişki saptayan araştırmalarda mevcuttur. Mevcut farklılık çalışmalara dahil edilen kadınların sayısı, yaşı, kronik hastalık varlığı gibi sosyodemografik özelliklerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmamızda 12 yaş ve üstünde ilk adet gören kadın oranı %86,4 olup menarş yaşı ile dismenore arasında ilişki saptanmadı. Şahin ve ark. bir çalışmada araştırmaya katılan öğrencilerin menarş yaşı ortalamalarını 13,20±1,24 yıl tespit etmiş olup dismenore ile menarş arasında ilişki olmadığını belirtti.^[21] Polat ve ark. çalışmalarında menarş yaş ortalamasını 12,8-13,46 aralığında tespit etti.^[22] Çalışmalarda menarş yaşı araştırmamız ile benzerlik göstermekte olup oransal olarak 12 yaş ve üstünde yüksek saptandı. Diğer taraftan çalışmamızda ve diğer çalışmalarda menarş ve dismenore arasında ilişki bulunmadı. Bu durum dismenoreyi etkileyen farklı sosyodemografik özelliklerinin varlığını düşündürmektedir.

Çalışmada katılımcıların doğum kontrol hapı (OKS) kullanma durumu ile düzenli adet görme arasında anlamlı ilişki saptandı. Doğum kontrol hapı kullananlar (OKS) anlamlı olarak düzenli adet gördükleri, düzenli adet görenlerde de daha az ruhsal ve fiziksel sorun yaşandığı tespit edildi. Lopez ve ark. 1920 kadının dahil edildiği beş araştırmayı değerlendirdikleri çalışmada OKS kullanan kadınlarda PMS şikayetlerinin daha aza olduğunu saptadı.^[23] De Wit ve ark. adet öncesi sendromu veya adet öncesi disforik bozukluğu olan kadınlarda kombine OKS etkinliğini değerlendiren 1205 kadını

inceleyen 9 çalışmanın dahil edildiği meta analizde kombine OKS, adet öncesi sendromu veya adet öncesi disforik bozukluğu olan kadınlarda genel adet öncesi semptomları iyileştiremediği, ancak adet öncesi depresif semptomları iyileştiremediği bulundu.^[24] Akoku ve ark. 424 kadın üniversite öğrencisi ile gerçekleştirdikleri çalışmada katılımcıların yaklaşık %77,8'i son adet dönemlerinden önce PMS semptomları yaşadıklarını, OKS kullanımı ile PMS semptomları deneyimi arasında anlamlı bir ilişki saptandı.^[25] Ayrıca mevcut OKS kullanıcıları hap kullanmayanlarla karşılaştırıldığında PMS semptomlarının gelişme riskinin biraz daha yüksek olduğu belirlendi. Hamstra ve ark. 92 kadın katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada OKS kullananlarda adet döngüsünün orta-luteal fazında depresyon ve mutluluk arasında daha az depresif ruh hali değişimine ve tüm fazlarda daha az ruminasyon düşüncelerine sahip oldukları tespit edildi.^[26] Bu bağlamda OKS kullanan kadınların düzenli adet gördükleri ve daha az fiziksel ve psikolojik şikâyet bildirdikleri, dolayısıyla PMS yaşama risklerinin daha düşük olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada dismenore olan kadınlarda istatistiksel anlamlı olarak adet döneminde fiziksel ve ruhsal şikayetler yaşandığı tespit edildi. Benzer şekilde Yeşilçınar ve Yanık araştırmalarında PMS varlığında kadınların mental iyi oluş durumlarının etkilendiğini ve kadınların premenstrüel semptomları arttıkça mental iyi oluş durumlarının azaldığını saptadı.^[27] Akbarzadeh ve ark. yaptığı benzer bir çalışmada PMS'nin mental sağlığı etkilediğini buldu.^[28] Da Silva ve Pires, Victor ve ark., Acikgöz ve ark., PMS'nin anksiyete, depresyon ve stres düzeylerini artırdığını tespit ettiler.^[28-31] Selçuk ve ark. 184 öğrenci ile gerçekleştirdikleri çalışmalarında PMS döneminde en sık yaşanan yakınmaların arasında sinirlilik, yorgunluk ve depresif duygulanım olduğunu belirlediler.^[32] Benzer şekilde Kısa ve ark. üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada da premenstrüel dönemde öğrencilerin en sık yaşadığı yakınmaların depresif duygulanım, yorgunluk, sinirlilik ve ağrı olduğunu saptadılar.^[33] Erbil ve ark. üniversite öğrencilerinde PMS sıklığı ve etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada da kızların yarısından fazlasında iştahta değişiklik, sinirlilik ve ağrı yakınmalarını tespit ettiler.^[7] Bu bağlamda çalışma sonuçlarımız ile literatürdeki benzer çalışmalar PMS'nin kadınlarda özellikle önemli ruhsal sorunlara neden olduğunu ortaya koymaktadır.

Çalışmada düzenli adet görenlerde anlamlı olarak adet döneminde ruhsal şikayetler daha az görülmekteydi. Schoep ve ark. 42.879 katılımcı ile gerçekleştirdikleri

çalışmada dismenore %85'inde dismenore, %77'sinde psikolojik şikayetler ve %71'inde yorgunluk şikayetlerinin yoğun yaşandığını belirledi.^[34] Chandraratne ve Gunawardena Colombo'daki devlet okulları örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmada bireysel adet öncesi semptomlar popülasyonun %65,7'si tarafından deneyimlendi. En sık görülen duygusal semptomun üzgün/umutsuz hissetme (%29,6) olduğu saptandı.^[13] Uzunoğlu Azman 156 katılımcı ile yapılan çalışmada, adet öncesi gerginlik sendromu düzeyi arttıkça, depresyon ve öfke düzeyinin anlamlı olarak arttığı, yaşam kalitesinin düştüğü bulundu.^[35] Bu bağlamda düzenli adet gören kadınların daha az PMS yaşadıkları, PMS ile baş etme oranlarının yüksek olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada dismenoresi olan kadınların annelerinde PMS görülme oranı daha yüksek saptandı. Aşçı ve ark. 525 öğrenci katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada öğrencilerin annelerinde PMS varlığının, kendilerinde de PMS görülme riskini 1,68 kat arttırdığını belirlemiş olup PMS'si olan öğrencilerin %56'sının annesinde adet öncesi gerginlik şikâyeti olduğu belirlendi.^[36] Lustyki ve Gerrish bir çalışmada aile öyküsü ile PMS'nin ilişkili olduğunu göstermektedir.^[37] Eke ve ark., Erbil ve ark., Seedhom ve ark. yaptıkları çalışmalarda ailede PMS öyküsü bulunmasının, özellikle genç kadınlarda PMS'ye yatkınlık kazandıran bir faktör olduğunu bildirdiler.^[38-40] Pinar ve ark. çalışmalarında annesinde premenstrüel sorunları olan kadınlarda, PMS semptomlarından yakınmanın arttığını saptamıştır.^[41] Seedhom ve ark. aile öyküsünde PMS olan genç kadınlarda (%93) olmayanlara (%76) göre daha fazla PMS tespit etmiştir.^[40] Çalışmamızda ve benzer çalışmalarda ailesinde özellikle annesinde PMS olan kadınlarda daha yüksek oranda adet öncesi gerilim sendromu olduğu saptandı. Bu durum premenstrüel sendromun etiyolojisinde sosyodemografik özellikler dışında genetik yatkınlığında rol oynadığını düşündürmektedir.

Çalışmamızda PMS'nin kadınların yaşam kalitesini olumsuz şekilde etkilediği ve kadınların PMS'nin hastanede yatarak tedavi görmeyi gerektirecek kadar ağır seyredebileceğini düşündükleri saptandı. Katılımcılar PMS nedeni ile kadınlarda iş gücü kaybı ve iş verimliliğinde azalma görüldüğünü, PMS'si olan kadınlarda beslenmeye dikkat edilmesi, egzersiz yapılması, yaşam tarzı değişikliği ve ilaç tedavisi birlikte uygulanması gerektiğini içeren düşünceleri doğru bulmuşlardı. Elkin 426 üniversite öğrencisi ile yaptığı çalışmada Premenstrüel Sendrom sıklığını %43 olarak saptadı.^[42] Aile öyküsü olanlarda da Premenstrüel

sendrom puan ortalaması daha yüksek bulunmuş olup anlamlılık tespit edildi. Öğrencilerin %71'inin premenstrüel dönemde iştah değişimi, %60'ının ağrı, %58'inin sinirlilik, %56'nın uyku değişimi, %54'ünün depresif duygulanım %54'ünün şişkinlik, %51'inin yorgunluk, %32'inin depresif düşünceler ve %31'inin anksiyeteyi deneyimlediği bulundu. Ağrılı adet görme ve adet öncesi problemler için bir sağlık kurumuna başvuranların oranı %33,6 iken öğrencilerin yarısına yakınında premenstrüel sendrom tespit edildi. Vaghela ve ark. 72 katılımcı ile gerçekleştirdikleri çalışmada egzersizin ağrı yoğunluğunu ve PMS semptomlarını önemli ölçüde azalttığını saptadı.^[43] Aba ve ark.'nın 617 katılımcı ile yaptıkları çalışmada PMS yaygınlığı %65,2 olup adet öncesi dönemde öğrencilerde sıklık sırasına göre yorgunluk (%98,2), depresif duygulanım (%95,5), iştah değişikliği (%93,4), sinirlilik (%93,2), ödem (%92,2), anksiyete (%91,7), depresif düşünceler (%90,6), ağrı (%89,1) ve uyku değişiklikleri (%88,2) yaşadıklarını, PMS'li bireylerin yaşam kalitesinin düşük olduğu belirlendi.^[18]

Yapılan çalışmalarda PMS tedavisinde aerobik egzersizin ve yoganın etkili olduğu belirlendi.^[43] Kaplanoğlu ve Aban 120 hasta ile gerçekleştirdikleri çalışmada PMS tedavisinde Vitex agnus castus ve etinil estradioldrospirenon etkinliği karşılaştırıldığında PMS tedavisinde her iki yöntemin de etkin olduğu saptandı.^[44] Bu bağlamda PMS tedavisinde farmakolojik ve non farmakolojik yöntemlerin PMS semptomlarını azalttığı düşünülmektedir.

Limitasyon

Çalışmanın tek merkezli olması, PMS ile premenstrüel disforik hastalık ayırımının yapılmaması ve örneklem sayısının düşük olup bulguların evren için genellenememesi bu çalışmanın kısıtlılıklarıdır. Diğer taraftan katılımcıların ruhsal durumu ile yaşam kalitesi hakkında değerlendirme yapılmaması, premenstrüel sendrom varlığından ya da yokluğundan bahsedebilmek için bir ölçek kullanılmamış olması çalışmanın diğer kısıtlılıklarındandır.

SONUÇ

Araştırmada katılımcılarda kronik hastalık varlığında dismenorenin daha yüksek oranda yaşandığı görüldü. Diğer taraftan dismenore varlığında kadınların annelerinde PMS görülme oranının daha yüksek olduğu tespit edildi. Katılımcılarda dismenore varlığında kronik hastalık varlığı, adet döneminde yaşanan fiziksel ve ruhsal şikayetler ve akrabalarında PMS'nin varlığında

olma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu. Katılımcılarda düzenli adet görme ile kronik hastalık varlığı, doğum kontrol hapı kullanma durumu ve adet döneminde yaşanan ruhsal şikayetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.

PMS semptom ve bulguları mevcut olan kadınların çoğu zaman ilk başvurdukları sağlık çalışanları aile hekimleridir. Bu noktada hastanın şikayetlerini dinleyerek detaylı bir anamnez almak, fizik muayene yapmak, hastanın adet döngüsünün takip edilmesini sağlamak, gerekli durumlarda laboratuvar tetkiklerini istemek, özellikle yaşam tarzı değişikliklerini içeren tedavi planını düzenlemek aile hekiminin hastayı bütüncül olarak değerlendirmesini sağlayacaktır.

Etik Kurul Onayı: Karabük Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (06/12/2023 - 2023/1546).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Karabuk University, Faculty of Medicine, Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (06/12/2023 - 2023/1546).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

- Gao M, Zhang H, Gao Z, et al. Global and regional prevalence and burden for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A study protocol for systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)*. 2022;101(1):e28528.
- Chumpalova P, Iakimova R, Stoimenova-Popova M, et al. Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of General Psychiatry*. 2020;19(1):1-7.
- Yang Q, Sjölander A, Li Y, et al. Clinical indications of premenstrual disorders and subsequent risk of injury: a population-based cohort study in Sweden. *BMC Medicine*. 2021;19(1):1-12.
- Nam SJ, Cha C. Effects of a social-media-based support on premenstrual syndrome and physical activity among female university students in South Korea. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2020;41(1):47-53.
- Amiel Castro RT, Pataky EA, Ehlert U. Associations between premenstrual syndrome and postpartum depression: A systematic literature review. *Biol Psychol*. 2019;147:107612.
- Moradifili B, Ghiasvand R, Pourmasoumi M, Feizi A, Shahdadian F, Shahshahan Z. Dietary patterns are associated with premenstrual syndrome: evidence from a case-control study. *Public Health Nutr*. 2020;23(5):833-42.
- Erbil N, Yücesoy H. Premenstrual syndrome prevalence in Turkey: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Health Med*. 2023;28(5):1347-57.
- Izadi-Mazidi M, Amiri S. Personality characteristics in female students with premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome. *Advances in Nursing and Midwifery*. 2019;28(3):40-5.
- Özkan S, Koç G. Kadınlarda premenstrual sendrom yaşanmasını etkileyen sosyal ve kültürel faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2020;7(2):180-5.
- Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician*. 2003;67(8):1743-52.
- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4th ed. Washington, DC: APA, 1994.
- Moline ML, Zendell SM. Evaluating and managing premenstrual syndrome. *Medscape Womens Health*. 2000;5(2):1.
- Chandraratne NK, Gunawardena NS. Premenstrual syndrome: the experience from a sample of Sri Lankan adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011;24(5):304-10.
- Çelik A, Uskun E. Premenstrüel sendrom prevalansı ve yaşam kalitesi ile ilişkisi: toplum tabanlı bir çalışma örneği. *Pamukkale Medical Journal*. 2022;15(1):1-13.
- Mohamed EH, Youssef IM, Ahmed AB, Hamied SA. Prevalence and factors affecting premenstrual syndrome (PMS) in Alganaen Village, Suez Governorate. *Med J Cairo Univ*. 2013;81(2):25-8.
- Daşikan Z, Saruhan A. Çalışan hemşirelerde menstrüel yakınmaların incelenmesi. *STED*. 2014;23(1):1-7.
- Balaha M, Amr M, Moghannum M, Muhaida N. The phenomenology of premenstrual syndrome in female medical students: a cross sectional study. *Pan Afr Med J*. 2010;5(1):1-14.
- Aba Y, Ataman H, Dişsiz M, Sevimli S. Genç Kadınlarda premenstrual sendrom, fiziksel aktivite ve yaşam kalitesi. *JAREN*. 2018;4(2):75-82.
- Poyrazoğlu S. Kayseri il merkezi'nde yaşayan 15-49 yaş arası kadınlarda premenstrüel sendrom prevalansı ve etkileyen faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, 2010.
- Akmali, N, Özerdoğan N, Gürsoy E. Bir devlet hastanesi'nde çalışan üreme çağındaki kadınlarda premenstrual sendrom prevalansı, ilişkili faktörler ve yaşam kalitesine etkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;13(1):63-74.
- Şahin S, Özdemir K, Ünsal A. Evaluation of Premenstrual Syndrome and Quality of Life in University Students. *Journal of the Pakistan Medical Association*. 2014;64(8):915-22.
- Polat A, Celik H, Gurates B, et al. Prevalence of primary dysmenorrhea in young adult female university students. *Arch Gynecol Obstet*. 2009;279(4):527-32.
- Lopez LM, Kaptein AA, Helmerhorst FM. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD006586.

24. de Wit AE, de Vries YA, de Boer MK, et al. Efficacy of combined oral contraceptives for depressive symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *Am J Obstet Gynecol.* 2021;225(6):624-33.
25. Akoku DA, Vukugah TA, Tihnje MA, Nzubepie IB. Oral contraceptive use and premenstrual syndrome among sexually active female university students in Cameroon. *Pan Afr Med J.* 2020;36:333.
26. Hamstra DA, de Kloet ER, de Rover M, Van der Does W. Oral contraceptives positively affect mood in healthy PMS-free women: A longitudinal study. *J Psychosom Res.* 2017;103:119-26.
27. Yeşilçınar İ, Yanık D. Doğum Yapan ve Yapmayan Kadınlarda Premenstrüel Sendrom ve Mental İyi Oluş Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi.* 2023;6(2):290-8.
28. Akbarzadeh M, Heydari N, Abootalebi M, Ghodrati F. Correlation between Mental Health and Premenstrual Syndrome in Students of Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Health Sciences and Surveillance System.* 2017;5(4):176-9.
29. da Silva EA, Pires DA. Prevalence of premenstrual syndrome and its psychological effects among university students who participate and do not participate in resistance training. *Revista Brasileira de Ciências Do Esporte.* 2021;43:e007420.
30. Victor FF, Souza AI, Barreiros CDT, Barros JLN, De Silva FACD, Ferreira ALCG. Quality of life among university students with premenstrual syndrome. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia.* 2019;41(5):312-7.
31. Acikgoz A, Dayi A, Binbay T. Prevalence of premenstrual syndrome and its relationship to depressive symptoms in first-year university students. *Saudi Medical Journal.* 2017;38(11):1125-31.
32. Selçuk Tarı K, Avcı D, Alp Yılmaz F. The Prevalence of Premenstrual Syndrome Among Nursing Students and Affecting Factors. *J Psy Nurs.* 2014;5(2):98-103.
33. Kısa S, Zeyneloğlu S, Güler N. Üniversite öğrencilerinde premenstrüel sendrom görülme sıklığı ve etkileyen faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;1:284-97.
34. Schoep ME, Nieboer TE, van der Zanden M, Braat DDM, Nap AW. The impact of menstrual symptoms on everyday life: a survey among 42,879 women. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;220(6):569.e1-7.
35. Uzunoglu G. Ergenlerde adet öncesi gerginlik sendromu ile ruh sağlığı değişkenleri arasındaki ilişkinin analizi [Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul: Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
36. Aşçı Ö, Süt HK, Gökdemir F. Üniversite Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Prevalansı ve Risk Faktörleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi.* 2016;9(3):79-87.
37. Lustyki MKB, Gerrish WG. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: issues of quality of life, stress and exercise. In: Preedy VR, Watson RR, editors. *Handbook of disease burdens and quality of life measures.* New York: Springer; 2010:1951-75.
38. Eke AC, Akabuikie JC, Maduekwe K. Predictors of premenstrual syndrome among Nigerian university students. *International Journal of Gynecology and Obstetrics.* 2011;112:63-4.
39. Erbil N, Karaca A, Kırış T. Investigation of premenstrual syndrome and contributing factors among university students. *Turkish Journal of Medical Sciences.* 2010;40(4):565-73.
40. Seedhom AE, Mohammed ES, Mahfouz EM. Life Style Factors Associated with Premenstrual Syndrome among El-Minia University Students, Egypt. *International Scholarly Research Notices.* 2013;2013:617123.
41. Pınar G, Çolak M, Öksüz E. Premenstrual Syndrome in Turkish college students and its effects on life quality. *Sexual & Reproductive Healthcare.* 2011;2(1):21-7.
42. Elkin N. Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom Görülme Sıklığı. *ADYÜ Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2015;1(2):94-110.
43. Vaghela N, Mishra D, Sheth M, Dani VB. To compare the effects of aerobic exercise and yoga on Premenstrual syndrome. *J Educ Health Promot.* 2019;8:199.
44. Kaplanoglu M, Aban M. Ethinyl Estradiol-Drospirenon Versus Vitex Agnus-Castus Extract in Efficacy of the Treatment of Premenstrual Syndrome. *Journal of Clinical and Analytical Medicine.* 2016;7(Suppl 3):225-8.

Tip 2 Diyabet Hastalarında Spot İdrarda Albüminüri Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi

Assessment of Albuminuria Frequency in Spot Urine and Associated Factors in Patients with Type 2 Diabetes

Tayfun Barış Kocaman¹, Erdinç Yavuz², Nur Şimşek Yurt³

Atf/Cite as: Kocaman TB, Yavuz E, Şimşek Yurt N. Tip 2 diyabet hastalarında spot idrarda albüminüri sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(2):46-54.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran Tip 2 diyabetli hastalarda idrarda albüminüri sıklığının belirlenmesi ve albüminüriyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma, Samsun ili Vezirköprü ilçesi Kanyon Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.06.2020-31.08.2020 tarihleri arasında kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya 211 birey dahil edilmiştir. Katılımcıların bilgilendirilmiş onamı alındıktan sonra sosyodemografik özellikleri, kronik hastalıkları, sigara kullanımı ve kullandığı ilaçların sorgulandığı çalışma formu yüz yüze uygulanmıştır. Albüminüri tespiti için test şeritleri kullanılmış olup, stripteki renk değişimi her defasında aynı araştırmacı tarafından gün ışığında değerlendirilerek anlık spot idrarda albümin/kreatinin oranı yaklaşık olarak hesaplanmıştır. Verilerin analizi SPSS 24.0 (SPSS 24.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) programı ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %52,1'i (n=110) kadındı. Yaş ortalaması 59,8±13,3 yıldır (min:25-max:80). Hastaların %47,4'ünde hipertansiyon, %27'sinde aterosklerotik kalp hastalığı, %23,7'sinde hiperlipidemi, %22,7'sinde obezite, %2,4'ünde serebrovasküler hastalık tanısı mevcuttu. Bireylerin diyabet tanı alma süreleri değerlendirildiğinde, %27,5'inin 0-5 yıl, %26,6'sının 6-10 yıl, %15,6'sının 11-15 yıl, %14,2'sinin 16-20 yıl, %16,1'inin 20 yıldan fazla olduğu görüldü. Ek olarak, %39,3'ü son 6 aydır düzenli sigara kullanmaktaydı, %37'si ise yaşamında hiç sigara kullanmamıştı. Spot idrarda albümin/kreatinin oranı değerlendirildiğinde; %78,7'sinde (n=166) normoalbüminüri, %19'unda (n=40) mikroalbüminüri, %2,4'ünde (n=5) makroalbüminüri olduğu belirlendi. İleri yaşta, diyabet yılı fazla olan ve daha önceden sigara kullanımı olan hastaların mikroalbüminüri ve makroalbüminüri görülme oranı anlamlı derecede yüksekti (tümü; p<0,001). Yaş, diyabet süresi, hipertansiyon, obezite ve albüminüri arasında pozitif korelasyon bulundu (sırasıyla r: 0,48, r: 0,68, r: 0,47, r: 0,55; p<0,05). Geçmişte sigara içme öyküsü olan hastaların mikroalbüminüri düzeyleri son 6 aydır sigara içen ve hiç sigara içmeyenlere göre daha yüksekti (p<0,05). 16-20 yıl ve 20 yıl üzeri Tip 2 diyabet tanısı ile takipli hastaların mikroalbüminüri düzeyleri, daha yeni tanı alan hastalara göre daha yüksekti (p<0,001).

Sonuç: Çalışmamızda yaş, diyabet tanı süresi, hipertansiyon, obezite ve sigara içme öyküsü albüminüri ile ilişkili saptandı. Aile hekimleri, pratik tarama protokollerini entegre ederek ve hasta bakımına bütünsel bir yaklaşım benimseyerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinde diyabetik nefropatinin yükünü azaltmada ve hasta sonuçlarını iyileştirmede önemli bir rol oynayabilir.

Anahtar kelimeler: Birinci basamak sağlık hizmetleri, diyabet, nefropati, albüminüri

ABSTRACT

Objective: This study aimed to determine the frequency of albuminuria in urine among Type 2 diabetic patients attending primary healthcare and to assess the factors influencing albuminuria.

Methods: The research was conducted as a cross-sectional descriptive study between June 1, 2020, and August 31, 2020, at Kanyon Family Health Center in the Vezirköprü district of Samsun province. The study included 211 individuals. After obtaining informed consent from the participants, a face-to-face study form was administered to gather sociodemographic characteristics, smoking habits, comorbidities, and medication information. Albuminuria was detected using test strips, and the color change in the strip was evaluated by the same researcher in daylight each time, and the albumin/creatinine ratio in instantaneous spot urine was approximately calculated. Data analysis was performed with SPSS 24.0 (SPSS 24.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

Results: Of the participants, 52.1% (n=110) were female. The average age was 59.8±13.3 years (min:25-max:80). Hypertension was diagnosed in 47.4%, atherosclerotic heart disease in 27%, hyperlipidemia in 23.7%, obesity in 22.7%, and cerebrovascular disease in 2.4%. When the duration of diabetes diagnosis was evaluated, 27.5% had been diagnosed with diabetes for 0-5 years, 26.6% for 6-10 years, 15.6% for 11-15 years, 14.2% for 16-20 years, and 16.1% for more than 20 years. In

Received/Geliş: 21.02.2024

Accepted/Kabul: 24.06.2024

Publication date: 30.06.2024

Corresponding Author:

N. Şimşek Yurt

ORCID: 0000-0002-6585-9663

Samsun Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,

Samsun, Türkiye

✉ nursimsekyurt@gmail.com

T. B. Kocaman

ORCID: 0009-0006-3830-5637

Samsun Atakum Kolpınar Aile

Sağlığı Merkezi, Samsun, Türkiye

E. Yavuz

ORCID: 0000-0002-3275-8399

Samsun Üniveristesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Samsun, Türkiye

addition, 39.3% had been regular smokers for the last 6 months and 37% had never smoked in their lives. 78.7% (n=166) of the patients were normoalbuminuric, 19% (n=40) were microalbuminuria, and 2.4% (n=5) were macroalbuminuria when albumin/creatinine ratio in spot urine was evaluated. The incidence of microalbuminuria and severe albuminuria was significantly higher in older patients, those with longer durations of diabetes, and former smokers (all; $p<0.001$). A positive correlation was found between age, duration of diabetes, hypertension, obesity, and albuminuria ($r: 0.48, r: 0.68, r: 0.47, r: 0.55; p\leq 0.05$, respectively). Microalbuminuria levels were higher in patients who had smoked throughout their lives compared to smokers and never smokers ($p\leq 0.05$). Furthermore, patients diagnosed with Type 2 diabetes for 16-20 years and over 20 years had higher microalbuminuria levels than those newly diagnosed ($p<0.001$).

Conclusion: In our study, age, duration of diabetes diagnosis, hypertension, obesity, and smoking history were associated with albuminuria. By integrating practical screening protocols and adopting a holistic approach to patient care, family physicians can play an important role in reducing the burden of diabetic nephropathy in primary health care and improving patient outcomes.

Keywords: Primary health care, diabetes, nephropathy, albuminuria

GİRİŞ

Diyabet, rölatif ya da mutlak insülin eksikliği veya periferik dokularda insülin etkisine karşı gelişmiş olan 'insülin direnci' nedeniyle pek çok organı etkileyerek multisistemik tutulumu neden olan, hiperglisemi ile karakterize kronik ve geniş spektruma sahip bir metabolizma bozukluğudur.^[1] Diyabetik nefropati, diyabetin mikrovasküler komplikasyonlarından biri olup, son dönem böbrek yetmezliğinin en yaygın sebebidir.^[2] Diyabetin böbrekler üzerindeki olumsuz sonuçlarına dikkat çekmek için artık nefropati yerine 'diyabetik böbrek hastalığı' teriminin kullanılması önerilmektedir.^[1] Diyabetik nefropati, yeni tanımıyla diyabetik böbrek hastalığı, diyabetlilerde %20-40 oranında görülmesinin yanında son dönem böbrek hastalarının da %50 den fazlasını oluşturan diyabetin major komplikasyonlarından biridir.^[3] Tanım olarak diyabetik böbrek hastalığı albüminüri ve/veya azalmış glomerüler filtrasyon hızı olarak belirtilmektedir. Albüminüri taraması en kolay şekilde rastgele spot idrar toplanmasında idrar albümin-kreatinin oranı ile yapılabilir. Normal albümin-kreatinin oranı <30 mg/gr olarak tanımlanır. Albüminüri de kendi içerisinde orta düzeyde artmış (mikroalbuminüri) (30-300 mg/24 saat veya spot idrarda albümin/kreatinin oranı 30-300 mg/gr) ve şiddetli derecede artmış (makroalbuminüri) (>300 mg/24 saat veya spot idrarda albümin/kreatinin oranı >300 mg/gr) olarak sınıflandırılmaktadır. Spot idrarda sadece albümin ölçümü idrar konsantrasyonuna göre yanıltıcı olabileceğinden yanlış sonuçlar verebilir.^[4,5]

Diyabetik nefropati, önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmasının yanında kardiyovasküler nedenlere bağlı gelişen ölüm sıklığında ciddi bir artışa yol açar.^[6] Tedavide öncelik; kan şekerinin düzenlenmesi, hipertansiyon, dislipidemi ve hayat tarzı değişikliklerine yönelik tedavi yaklaşımları olmakla birlikte primer önlemede en önemli yaklaşım albuminürinin önlenmesi veya yüksek ise normal düzeylere getirilmesidir.^[3] Diyabetik hastalara her vizitte tam idrar tetkiki uygulanmalıdır.^[1] Diyabetik nefropati taramasının Tip

1 diyabetli erişkinlerde diyabetin başlangıcından 5 yıl sonra, Tip 2 diyabetlilerde ise tanıdan itibaren yapılması önerilir.^[1] Albüminüriye veya GFR düşüklüğüne sebep olabilecek geçici sorunlar (kontROLSÜZ hipertansiyon, üriner infeksiyon öyküsü, hipovolemi, son 24 saatte yoğun fiziksel aktivite, yüksek ateş, belirgin hiperglisemi, kalp yetmezliği vb.) varsa, bu sorunlar düzeltilene kadar nefropati tarama testleri uygulanmamalıdır.^[1]

Tip 2 diyabetli hastaların en çok birinci basamak hekimleri ile karşılaşması ve takiplerinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında yapılabilmesi nedeniyle, komplikasyonlardan ve sekellerden korunma açısından birinci basamak hekimlerinin sürekli eğitimi kritik rol oynamaktadır.^[7] Son dönem böbrek hastalığının en sık ve en önemli nedeni olan diyabetik nefropatinin ve kardiyovasküler riskin en erken belirteci olan albüminürinin, birinci basamak şartlarında erken tespiti için pratik, hızlı, ucuz, güvenilir testlere ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.^[8]

Çalışmamızda birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran Tip 2 diyabetli hastalarda idrarda albüminüri sıklığının belirlenmesi ve albüminüriyi etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Hasta popülasyonu ve verilerin toplanması

Çalışmamız T.C Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü bünyesindeki Samsun ili Vezirköprü ilçesi Kanyon Aile Sağlığı Merkezi'nde 01.06.2020-31.08.2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olup, kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır. Katılımcıların araştırma hakkında bilgi veren gönüllü olur formunu okuyarak imzalamaları sonrasında, sosyodemografik özellikleri, sigara kullanımı, ek hastalıkları ve kullandığı ilaçların sorgulandığı çalışma formu yüz yüze uygulanmıştır. Bilgilendirilmiş onamı alınan, soruları anlayarak yanıtlayan, mental problemi ve demansı olmayan, idrar numunesi verebilen Tip 2 diyabet tanısı ile takipli hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Son 24 saat içinde ateşi olan, test öncesinde uzun süre ayakta duran,

yoğun egzersiz ve soğuğa maruz kalan, kalp yetmezliği veya son bir hafta içerisinde geçirilmiş miyokard iskemi öyküsü olan, üriner sistem enfeksiyonu veya vajinal akıntısı olan, 24 saat içinde iyotlu kontrast madde alımı olan, yüksek protein içeren diyet öyküsü olan hastalar çalışma dışında bırakılmıştır.

Aile Sağlığı Merkezi bünyesindeki beş aile hekimliği biriminde araştırmanın yapıldığı tarih itibariyle kayıtlı 18-80 yaş arası 1450 Tip 2 diyabet hastası bulunmaktadır. Örneklem (n) hesaplamasında tanımlayıcı istatistikler için sonuç ölçüsünün kategorik olduğu, evren büyüklüğünün (N) bilindiği hesaplama formülü olan $n = (N \times t^2 \times p \times q) / [d^2 \times (N-1) + (t^2 \times p \times q)]$ kullanılmıştır. H_0 hipotezinin gerçekte doğru iken yanlışlıkla reddedilme olasılığı tip 1 hata düzeyi olan α değeri= 0,05, t değeri 1,96, tahmini prevalans %80 ($p=0.8$, $q=0.2$) ve örneklem hatası $\pm 0,05$ alınarak güven aralığında ($d=0,05$) hesaplandığında örneklem sayısı 211 olarak belirlenmiştir. Katılımcılar Samsun Vezirköprü Kanyon Aile Sağlığı Merkezi'ndeki beş aile hekimliği biriminin poliklinik hizmetlerine başvuran Tip 2 diyabet tanısı bulunan hastalardan rastgele yöntemle seçilmiştir.

Albüminüri tespiti için, elektronik ticaret vasıtasıyla getirilen Çin Halk Cumhuriyeti üretimi (URS-2AC) ® adlı test kiti alınmıştır. FDA ISO 13485 tıbbi cihazlar kalite yönetim sertifikasına sahip bu ürünün her kutusunda 100 adet test şeridi (strip) bulunmaktadır. Test şeridinde albümin ve kreatinin düzeylerinin renk değişimlerine göre okunacağı iki adet bölüm vardır. Renk değişiminin karşılaştırması test kitinin kutusunda bulunan renk skalası ile yapılmaktadır. Skalada albümin için negatif, 10, 30, 80 ve 150 mmol/l; kreatinin için ise 0,9, 4,4, 8,8, 17,7 ve 26,5 mmol/l seviyelerini belirten renk kartelası mevcuttur. İdrara bandırılmış test stribindeki renk değişimi oda ışığında bu skala ile karşılaştırılıp, renk uyumu olan bölgelerin sayısal değerlerinin kaydedilmesi ile albümin/kreatinin oranı bulunmaktadır.

Çalışmaya katılan hastalardan aile sağlığı merkezindeki tualete giderek, kendilerine verilen şeffaf plastik pet bardak içine anlık biriktirdikleri idrar numunesine 2 dakika kadar albüminüri test şeridini (strip) batırmaları ve daha sonra stribi pet bardaktan çıkartıp getirmeleri istenmiştir. Test kutusunda bulunan her biri ayrı renklerle temsil edilen albümin ve kreatinin kılavuz renk skalası ile stripteki renk değişimi her defasında aynı araştırmacı tarafından gün ışığında subjektif bir

şekilde değerlendirilerek albümin ve kreatinin aralıklı seviye kademeleri çalışma kayıt formuna kaydedilmiştir. Bu sayede anlık spot idrarda albümin/kreatinin oranı yaklaşık olarak hesaplanmıştır.

Etik onay

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınan GOKA/2020/7/26 sayılı karar ile bu araştırmanın etik açıdan gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur. Araştırmamız Helsinki Deklarasyonu ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun olarak gerçekleştirilmiştir.

İstatistiksel analiz

Araştırmada demografik özellikler ve elde edilen verilerin analizi SPSS 24.0 (SPSS 24.0 for Windows, SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) veri analiz programı ile gerçekleştirilmiştir. Demografik özelliklerin analizinde frekans ve yüzde dağılımları kullanılmıştır. Hastalardan elde edilen verilerin analizinde, öncelikle verilerin dağılımı incelenmiş; normal dağılım göstermediği belirlenen verilerin analizi için Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis H testi, Sperman Brown Korelasyon analizi, ki-kare (χ^2) testi ve regresyon analizleri kullanılmıştır. Verilerin karşılaştırılmasında anlamlılık düzeyi (güven aralığı) %95 ($p<0,05$) olarak belirlenmiştir.

BULGULAR

Çalışmamıza toplam 211 birey dahil edildi. %52,1'i ($n=110$) kadındı. Yaş ortalaması $59,8 \pm 13,3$ yıldır (min:25-maks:80). Katılımcıların %51,2'si 66-80 yaş grubunda olup, en düşük oran 18-30 yaş grubundaydı (%2,4). Hastaların %39,3'ü son 6 aydır düzenli sigara kullanmaktaydı, %37'si ise yaşamında hiç sigara kullanmamıştı. Albüminüri durumu bakımından hastaların %78,7'sinin normoalbüminürik, %19'unun mikroalbüminürik, %2,4'ünün makroalbüminürik olduğu belirlendi. Hastaların diyabet tanı alma süreleri değerlendirildiğinde, %27,5'inin 0-5 yıl, %26,6'sının 6-10 yıl, %15,6'sının 11-15 yıl, %14,2'sinin 16-20 yıl, %16,1'inin 20 yıldan fazla olduğu, ortalama diyabet süresinin 11,6 yıl olduğu saptandı. Hastaların %47,4'ünde hipertansiyon, %27'sinde aterosklerotik kalp hastalığı, %23,7'sinde hiperlipidemi, %22,7'sinde obezite, %2,4'ünde serebrovasküler hastalık tanısı mevcuttu. Hastaların %94,8'i oral antidiyabetik, %30,8'i ACEİ/ARB, %23,7'si diüretik, %19,9'u insülin, %14,2'si antihiperlipidemik ve %2,4'ü ise nefrotoksik ilaç kullanmaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi (n=211)

Değişkenler	n	(%)	
Yaş	18-30 yaş	5	2,4
	31-40 yaş	10	4,7
	41-50 yaş	40	19
	51-65 yaş	48	22,7
	66-80 yaş	108	51,2
Cinsiyet	Erkek	101	47,9
	Kadın	110	52,1
Sigara Kullanımı	Evet	83	39,3
	Daha önce kullanmış	50	23,7
	Hiç kullanmamış	78	37
Mikroalbüminüri Durumu	Normoalbüminüri	166	78,7
	Mikroalbüminüri	40	19
	Şiddetli albüminüri	5	2,4
Tip 2 Diyabet Tanı Süresi	0-5 yıl	58	27,5
	6-10 yıl	56	26,6
	11-15 yıl	33	15,6
	16-20 yıl	30	14,2
	20 yıl üzeri	34	16,1
Kronik Hastalıklar	Hipertansiyon	100	47,4
	Obezite (BKİ* \geq 30 kg/m ²)	48	22,7
	Kalp Hastalığı	57	27
	Serebrovasküler Hastalık	5	2,4
	Hiperlipidemi	50	23,7
İlaç Kullanımı	Oral antidiyabetik	200	94,8
	İnsülin	42	19,9
	ACEİ/ARB**	65	30,8
	Diüretik	50	23,7
	Antihiperlipidemik	30	14,2
	Nefrotoksik ilaç	5	2,4

*BKİ: Beden kitle indeksi.

**ACEİ/ARB: Anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörü / Anjiyotensin reseptör blokeri.

Katılımcıların albüminüri düzeyleri demografik ve klinik özellikleri ile karşılaştırıldığında makroalbüminüri olan Tip 2 diyabetli hastaların genellikle ileri yaşta, diyabet tanısı fazla olan, daha önce sigara kullanmış bireyler olduğu ve tümünün hipertansiyon tanısının olduğu belirlendi. İleri yaşta, diyabet tanısı fazla olan ve daha önceden sigara kullanımı olan hastaların mikroalbüminüri ve makroalbüminüri görülme oranı anlamlı derecede yüksekti (tümü; $p<0,001$) Tip 2 diyabet hastalarında ek olarak hipertansiyon tanısı olanların %31'i, obezitesi olanların %25'i, kalp hastalığı olanların %26,3'ü, serebrovasküler hastalığı olanların %20'si ve hiperlipidemisi olanların %12'sinde mikroalbüminüri görülmektedir (Tablo 2).

Hastaların yaş, diyabet tanısı, hipertansiyon ve obezite tanılarının olması ile albuminüri arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişki saptandı (sırasıyla; $r:0,48$, $r:0,68$, $r:0,47$, $r:0,55$; tümünde $p<0,05$) (Tablo 3). Katılımcıların sigara kullanımı değerlendirildiğinde geçmişte sigara kullanmış olan hastaların son 6 aydır sigara kullanmakta olan ve hiç kullanmayanlara göre albüminüri düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlendi ($p<0,001$). 16-20 yıl ve 20 yıl üzeri Tip 2 diyabet tanısı ile takipli hastaların albüminüri düzeyleri, daha yeni tanı alan hastalara göre daha yüksekti ($p<0,001$) (Tablo 4).

Tablo 2. Katılımcıların demografik ve klinik özelliklerine göre albüminüri düzeylerinin dağılımı

Değişkenler		Normoalbüminüri		Mikroalbüminüri		Makroalbüminüri		p*
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Kadın	86	78,2	21	19,1	3	2,7	0,042
	Erkek	80	79,2	19	18,8	2	2	
Yaş	18-30 yaş	5	100	0	0	0	0	<0,001
	31-40 yaş	9	90	1	10	0	0	
	41-50 yaş	34	85	5	12,5	1	2,5	
	51-65 yaş	37	77	10	20,8	1	2,2	
	66-80 yaş	81	75	24	22,2	3	2,8	
Diyabet Tanı Süresi	0-5 yıl	56	96,5	2	3,5	0	0	<0,001
	6-10 yıl	52	92,8	4	7,2	0	0	
	11-15 yıl	25	75,7	8	24,3	0	0	
	16-20 yıl	18	60	10	33,3	2	6,7	
	>20 yıl	15	44,1	16	47	3	8,9	
Sigara Kullanımı	Evet	69	83,1	13	15,6	1	1,3	<0,001
	Daha önce kullanmış	27	54	20	40	3	6	
	Kullanmamış	70	89,7	7	9	1	1,3	
Hipertansiyon		64	64	31	31	5	5	0,001
Obezite		34	70,1	12	25	2	4,9	0,015
Kalp Hastalığı		39	68,4	15	26,3	3	5,3	0,001
Serebrovasküler Hastalık		3	60	1	20	1	20	0,035
Hiperlipidemi		42	84	6	12	2	4	0,001

*Ki-kare testi

Tablo 3. Hastaların demografik ve klinik özellikleri ile albüminüri sıklığı arasındaki ilişkinin korelasyon analizi

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Yaş (1)	r	1														
	p	.														
Cinsiyet (2)	r	-0,07	1													
	p	0,29	.													
Tip 2 Diyabet Tanı Süresi (3)	r	0,82	-0,05	1												
	p	0,00	0,50	.												
Hipertansiyon (4)	r	0,87	0,04	0,80	1											
	p	0,00	0,56	0,00	.											
Sigara Kullanımı (5)	r	-0,09	0,49	-0,09	0,17	1										
	p	0,17	0,00	0,19	0,02	.										
Obezite (6)	r	-0,50	0,11	-0,20	0,57	0,06	1									
	p	0,00	0,10	0,17	0,00	0,40	.									
Aterosklerotik Kalp Hastalığı (7)	r	-0,27	0,06	0,41	0,30	0,45	0,49	1								
	p	0,00	0,40	0,00	0,00	0,04	0,00	.								
Serebrovasküler Hastalık (8)	r	-0,10	0,10	-0,18	0,10	0,07	0,14	0,12	1							
	p	0,15	0,15	0,01	0,14	0,33	0,05	0,09	.							
Hiperlipidemi (9)	r	-0,33	0,14	0,57	0,32	-0,01	0,66	0,41	0,21	1						
	p	0,00	0,05	0,00	0,00	0,94	0,00	0,00	0,00	.						
Oral antidiyabetik (10)	r	-0,15	-0,07	0,17	0,22	-0,19	0,13	0,14	0,04	0,08	1					
	p	0,03	0,28	0,01	0,00	0,01	0,07	0,04	0,60	0,24	.					
İnsülin (11)	r	-0,33	0,16	0,57	0,34	0,03	0,64	0,45	0,23	0,90	0,06	1				
	p	0,00	0,02	0,00	0,00	0,72	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36	.				
ACEİ/ARB (12)	r	-0,50	0,08	0,48	0,54	0,09	0,45	0,20	0,10	0,28	0,11	0,28	1			
	p	0,00	0,25	0,00	0,00	0,22	0,00	0,00	0,15	0,00	0,11	0,00	.			
Diyüretik (13)	r	-0,51	0,02	0,61	0,59	0,06	0,66	0,29	0,06	0,45	0,13	0,42	0,47	1		
	p	0,00	0,73	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,39	0,00	0,06	0,00	0,00	.		
Antihiperlipidemik (14)	r	-0,24	0,15	0,41	0,24	0,03	0,49	0,36	0,20	0,73	0,03	0,65	0,20	0,38	1	
	p	0,00	0,03	0,00	0,00	0,64	0,00	0,00	0,00	0,00	0,62	0,00	0,00	0,00	.	
Nefrotoksik ilaç (15)	r	-0,34	0,09	-0,42	0,24	0,04	0,43	0,24	0,14	0,42	0,02	0,48	0,20	0,28	0,27	1
	p	0,00	0,20	0,00	0,00	0,54	0,00	0,00	0,05	0,00	0,77	0,00	0,00	0,00	0,00	.
Mikroalbuminüri (16)	r	0,48	-0,07	0,68	0,47	0,20	0,55	0,49	-0,22	-0,10	-0,12	-0,10	-0,34	-0,28	-0,55	0,58
	p	0,00	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,12	0,08	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00

Kalın yazılan ifadeler anlamlılığı ifade eder.

Tablo 4. Katılımcıların cinsiyet, sigara kullanımı ve tip 2 diyabet tanı süresine göre albüminüri düzeylerinin karşılaştırılması

Değişkenler		n	Sıra Ortalaması	U/χ ² /p
Cinsiyet	Erkek	101	109,22	5,230 / 0,303
	Kadın	110	103,05	
Sigara Kullanımı	Evet	83	99,63	18,130 / 0,001
	Daha Önce Kullanmış	50	128,82	
	Hayır	78	98,15	
Tip 2 Diyabet Tanı Süresi	0-5 yıl	58	83,50	153,751 / 0,001
	6-10 yıl	56	83,50	
	11-15 yıl	33	94,91	
	16-20 yıl	30	110,97	
	20 yıl üzeri	34	187,82	

* Mann Whitney U Testi

Tablo 5. Nefrotoksik ilaç kullanımı, hipertansiyon, obezite, Tip 2 diyabet tanı süresi değişkenlerinin mikroalbuminüri düzeyine etkisinin regresyon analizi

Değişkenler	Standartlanmamış Katsayılar		Standartlanmamış Katsayılar			Model Değerleri
	B	Std. Error	Beta	t	p	
Sabit	2,077	0,242				F= 118,363 P=0,001
Tip 2 Diyabet Tanı Süresi	0,156	0,025	0,483	6,270	0,001	Sd= 4,206 R= 0,835
Hipertansiyon	0,289	0,063	0,303	4,599	0,001	R2= 0,697
Obezite	-0,497	0,062	-0,436	-7,971	0,001	Adj. R2= 0,691
Nefrotoksik ilaç kullanımı	-0,429	0,066	-0,290	-6,518	0,001	DW= 1,033

Bağımsız Değişkenler: Nefrotoksik ilaç, Hipertansiyon, Obezite (VKİ ≥ 30 kg/m²), Tip 2 Diyabet Tanı Süresi

Bağımlı Değişken: Mikroalbuminüri

Yapılan regresyon analizi sonucunda modelin anlamlı olduğu, bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde %69 oranında açıklayıcı etkiye sahip olduğu belirlendi (F:118,363; $p < 0,05$; $R^2 = 0,697$). Değişkenlerin etkileri ayrı ayrı incelendiğinde, diyabet tanı yılı (t:-6,270; $p = 0,001$), hipertansiyon (t:-4,599; $p = 0,001$), obezite (t:-7,971; $p = 0,001$), nefrotoksik ilaç kullanımı (t:-6,518; $p = 0,001$) mikroalbuminüri düzeyini artırmada bağımsız risk faktörleriydi (Tablo 5).

TARTIŞMA

Önemli mortalite ve morbidite nedeni olan diyabetik nefropati ile kardiyovasküler riskin en erken belirteçlerinden olan albüminürinin birinci basamak sağlık kuruluşlarında tespiti hastaların ilk başvuru noktası olmasından dolayı önemlidir. Tip 2 diyabetli kişilerde, özellikle de böbrek hastalığı açısından yüksek risk taşıyan gruplarda, sürekli olarak yüksek oranda albüminüri tarama yapılması önerilmektedir.^[9] Çalışmamızda Tip 2 diyabetli hastalarda birinci basamak sağlık kuruluşunda özel test şeritleri kullanılarak spot idrarda albüminüri sıklığının pratik şekilde tespit edilerek albüminüri sıklığı ve ilişkili risk faktörlerinin değerlendirilmesi sağlanmıştır. Araştırmamızda katılımcıların %78,7'sinin normoalbuminürik, %19'unun mikroalbuminürik, %2,4'ünün makroalbuminürik olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş, diyabet tanı yılı, hipertansiyon, obezite ve sigara öyküsü albüminüri ile ilişkili saptanmıştır.

Araştırmamıza katılan hastalarda albüminüri görülme sıklığı %21,4 olarak tespit edilmiştir. Efundem ve ark.'nın Kamerun'da ortalama yaşın 55,3±10,2 yıl, ortalama diyabet süresinin 6,5 yıl olduğu katılımcıları içeren 162 Tip 2 diyabetli hastada yaptıkları kesitsel araştırmaya göre, mikroalbuminüri sıklığı özel mikroalbumin test şeridi kullanılarak yapılan kalitatif testte %26,5, spektrofotometrik yöntemle ölçülen albümin ve kinetik olarak ölçülen kreatinin seviyelerine göre idrar albümin/kreatinin oranının hesaplandığı kantitatif testte %14,2 bulunmuştur. Mikroalbuminürisi olan kişilerde ortalama sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve serum kreatinin seviyeleri normoalbuminürisi olanlara kıyasla daha yüksek bulunurken, eGFR düzeyi daha düşük belirlenmiştir.^[10] Kantarama ve ark.'nın ortalama diyabet süresi 7,5 yıl, çoğunluğu 50 yaş üstü Tip 2 diyabetli 124 hastada test şeritleri ile anlık idrarda mikroalbuminüri düzeyini inceledikleri çalışmada, katılımcıların %62,1'inin mikroalbuminürik, %2,4'ünün ise makroalbuminürik olduğu; 60 yaş üstü hastaların 50 yaş altı bireylere göre mikroalbuminüri riskinin 17,4 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[11]

Al-Rubeaan ve ark. 35-70 yaş arası Tip 2 diyabetli 640 hastada yaptıkları kohort çalışmasında, %28,7'sinin mikroalbuminürik, %13'ünün makroalbuminürik, %25'inin son dönem böbrek yetmezlikli, %33,3'ünün ise normoalbuminürik olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde nefropatili hastaların daha yaşlı olduğu ve diyabet sürelerinin daha uzun olduğu belirlenmiştir.^[12] Finlandiya'da gerçekleştirilen çalışmada Tip 2 diyabetli hastalarda mikroalbuminüri ve makroalbuminüri prevalansı sırasıyla %19,6 ve %3,2 olarak tespit edilmiştir.^[13] Afifa ve ark. Tip 2 diyabetiklerde (micral test) ®'in güvenilirliğini ve mikroalbuminüri prevalansını belirlemeyi amaçladıkları ve birinci basamak sağlık kuruluşlarında 182 katılımcı ile gerçekleştirdikleri kesitsel çalışmada, 1 aylık arayla 24 saatlik idrarda yapılan yapılan iki kantitatif test ile spot idrarda yapılan micral test arasında spesifite, sensitivite ve prevalans açısından karşılaştırma yapılmıştır. Ortalama yaşın 61,4 yıl ve ortalama diyabet süresinin 8,1 yıl olduğu çalışmada, mikroalbuminüri prevalansı %23, micral testin özgüllüğü %46, duyarlılığı %77 bulunmuştur.^[14] Mikroalbuminüriyi tespit etmede micral test gibi testlerin umut verici bir duyarlılıkta ancak orta düzeyde özgüllük gösterdiği söylenebilir. Ülkemizde gerçekleştirilen diyabet polikliniği veya birinci basamak sağlık kuruluşlarından Tip 2 diyabeti olan 1114 olgunun dahil edildiği çalışmada mikroalbuminüri oranı %48,1, makroalbuminüri oranı %5,7 olarak bildirilmiştir.^[15] Araştırmamızın sonuçları ve literatürdeki sonuçlar değerlendirildiğinde Tip 2 diyabetli hastalarda albüminürinin önemli bir prevalansa sahip olduğu görülmektedir. Bu bulgular, Tip 2 diyabet hastalarında diyabetik nefropatinin düzenli taranması ve tedavisinin önemini vurgulamaktadır.

Çalışmamızda hastaların mikroalbuminüri düzeyleri ile klinik özellikleri ve ilaç kullanım durumları karşılaştırılmıştır. Buna göre hipertansiyon, obezite, aterosklerotik kalp hastalığı ve hiperlipidemisi bulunan hastaların mikroalbuminüri düzeyleri yüksekti. Ek olarak; insülin, ACEİ/ARB, diüretik, antihiperlipidemik ve nefrotoksik ilaç kullanan hastalarda mikroalbuminüri düzeyleri daha yüksek belirlendi. Parikh ve ark. tarafından yapılan prospektif çalışmada, Appropriate Blood Pressure Control in Diabetes (ABCD) çalışmasına katılan 326 Tip 2 diyabetli hastadan bir yıllık bir süre boyunca 444 adet idrar örneğinden hem immünotürbidimetrik yöntem ve otomatik analiz cihazı ile hem de pratik bir mikroalbuminüri test şeridi ile tespit edilen albümin/kreatinin oranlarının karşılaştırıldığı araştırmada, çalışmamıza benzer şekilde hipertansiyonu, obezitesi, aterosklerotik kalp hastalığı,

serebrovasküler hastalığı, hiperlipidemisi olan hastaların mikroalbuminüri düzeylerinin yüksek olduğunu bildirmiştir.^[16] Ayrıca aynı çalışmada insülin, ACEİ/ARB, diüretik, antihiperlipidemik, nefrotoksik ilaç kullanan hastaların mikroalbuminüri düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.^[16] Ahmad ve ark. Tip 2 diyabet hastası 1280 kişide yaptıkları çalışmada, hastaların %31,5'inde spot idrarda mikroalbuminüri olduğu, mikroalbuminüri hastaların %82,9'unda hipertansiyon bulunduğu, çoğu hastanın obez olduğu (%78,4), mikroalbuminüri olan hastalarda HbA1c seviyelerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.^[17] Gür ve ark. diyabet polikliniğine başvuran 200 Tip 2 diyabetli hastada mikroalbuminüri ile arteriyel hipertansiyon ve koroner arter hastalığı arasında anlamlı derecede ilişki olduğunu bildirmiştir.^[18] Marques da Silva ve ark. birinci basamak sağlık kuruluşlarında 3769 hipertansiyonlu, 3100 hem diyabetli hem hipertansiyonlu, 423 normotansif diyabetli ve 1906 normotansif ve non-diyabetik olmak üzere toplam 9198 katılımcı ile yaptıkları çalışmada mikroalbuminüri prevalansı diyabet ve hipertansiyonu olan hastalarda %58, sadece diyabeti olan hastalarda %51, sadece hipertansiyonlu hastalarda %43, diyabeti ve hipertansiyonu olmayan kontrol grubunda %12 olduğu görülmüştür. Çok değişkenli analizde mikroalbuminüri için risk faktörlerinin DM veya hipertansiyon, HbA1C yüksekliği, erkek cinsiyet, ileri yaş, sistolik kan basıncı ve serum kolesterol seviyesi yüksekliği olduğu belirtilmiştir.^[19] Aslanhan ve ark. diyabeti ve hipertansiyonu olan bireylerde yalnızca hipertansiyonu olan bireylere göre albuminüri oranlarının anlamlı derecede yüksek olduğunu belirlemiştir.^[20] Bizim çalışmamızda da regresyon analizinde nefrotoksik ilaç kullanımı, hipertansiyon, obezite, Tip 2 diyabet tanı süresi mikroalbuminüri düzeyini etkileyen bağımsız risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Sonuç olarak, bu çalışmalar Tip 2 diyabetli hastalarda mikroalbuminüri ile hipertansiyon, obezite ve aterosklerotik kalp hastalığı gibi kardiyovasküler risk faktörleri arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Ek olarak ilaç kullanımı, özellikle insülin ve bazı antihipertansif ilaçlar, mikroalbuminüri düzeylerini etkileyebilir. Tip 2 diyabetik hastalarda mikroalbuminürinin tedavisinde böbrek fonksiyonunun düzenli izlenmesi ve kardiyovasküler risk faktörlerinin tedavisi öne çıkmaktadır.

Çalışmamızda geçmişte sigara kullanmış olan hastaların sigara kullanmakta olan ve hiç kullanmayan hastalara göre mikroalbuminüri düzeyleri daha yüksekti. Parikh ve ark., %42'sinde mikroalbuminüri bulunan hastalarında, daha önce sigara kullanmış ve kullanmakta olanların mikroalbuminüri düzeylerinin hiç kullanmayanlara göre daha yüksek olduğunu bildirmiştir.^[16] Kayataş ve ark.

Tip 2 diyabetli 108 hastada yaptığı çalışmada, sigara içen hastaların 24 saatlik idrarda mikroalbuminüri düzeylerinin sigara içmeyen hastalara göre anlamlı derecede yüksek olduğunu belirtmişlerdir.^[21] Sonuç olarak sigara içme öyküsü Tip 2 diyabetli hastalarda daha yüksek mikroalbuminüri düzeyleriyle ilişkili olduğu söylenebilir. Bu durum, sigarayı bırakma müdahalelerinin önemini ve sigaranın diyabetik nefropati için değiştirilebilir bir risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda 16-20 yıl ve 20 yıl üzeri süreyle Tip 2 diyabet tanısı alan hastaların daha kısa sürelerde tanı alanlara göre mikroalbuminüri düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi. Parikh ve ark. Tip 2 diyabet yaşı 16-20 yıl olan hastaların mikroalbuminüri düzeylerinin daha kısa sürelerde tanı alan ve hiç almayanlara göre daha yüksek olduğunu, mikroalbuminüriyi saptamak ve klinik olarak erken önleme stratejilerini başlatmak için idrar dansitesi düzeltmesini içeren daha duyarlı, hızlı erişilebilir, uygun maliyetli testlere ihtiyaç olduğunu belirtmiştir.^[16] Indriani ve ark. Tip 2 diyabetiklerde mikroalbuminüri varlığı üzerindeki çeşitli risk faktörlerinin etkisini belirlemek için birinci basamak sağlık kuruluşunda yaptıkları gözlemsel kesitsel çalışmada, diyabet tanı süresi ve HbA1c düzeyinin mikroalbuminüri ile pozitif korelasyon gösterdiğini, Tip 2 diyabet hastalarında mikroalbuminüri için en önemli risk faktörünün diyabet süresi olduğunu bildirmişlerdir.^[22] Benzer şekilde bizim çalışmamızda da diyabet süresi ile mikroalbuminüri arasında pozitif korelasyon vardır; ancak çalışmamızda hastalarda HbA1c düzeyi değerlendirilmemiştir. Kantarama ve ark.'nın çalışmasında kan şekeri yüksek olan hastaların düşük olanlara göre 8 kat daha fazla risk taşıdığı, diyabet tanı süresi 10-14 yıl olan hastaların 5 yıldan az olanlara göre 7,8 kat daha fazla risk taşıdığı belirlenmiştir.^[11] Gür ve ark. diyabet polikliniğine başvuran 200 Tip 2 diyabetli hastada glisemik kontrol ve diyabet yaşının mikrovasküler komplikasyonların ortaya çıkmasındaki en önemli nedenler olduğunu bildirmiştir.^[18] Diyabet tanı süresinin Tip 2 diyabetli hastalarda mikroalbuminüri için önemli bir risk faktörü olduğu görülmektedir. Hassas testlerle erken teşhis ve optimal glisemik kontrolün diyabetle ilişkili mikrovasküler komplikasyon riskinin azaltılmasında önemli olduğu söylenebilir.

Kısıtlılıklar

Araştırmanın gerçekleştirilmesi sırasında albuminüri test şeridindeki renk değişiminin subjektif olarak değerlendirilmesi ve kullanılan yarı kantitatif testin kantitatif bir analiz yöntemiyle karşılaştırılmaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ek olarak, araştırmaya

katılan bireylerin diyabet regülasyonunu yansıtacak laboratuvar parametreleri (açlık kan glukozu, HbA1c) analizlerimizde yer almamıştır. Araştırmanın kırsal bir bölgede ve tek merkezde gerçekleştirilmesi nedeniyle çalışma sonuçları genellenemez.

SONUÇ

Araştırmamızın sonuçları, üst basamak sağlık kuruluşlarında bulunan gelişmiş laboratuvar sistemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde bulunmaması nedeniyle pratik tarama testlerinin kullanımını ön plana çıkarmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen bu kesitsel çalışmada, Tip 2 diyabet hastalarında albüminüri sıklığı ve ilişkili risk faktörleri değerlendirilmiştir. Araştırmamıza katılan bireylerin %78,7'sinin normoalbüminürik, %19'unun mikroalbüminürik, %2,4'ünün makroalbüminürik olduğu belirlenmiştir. Hastaların yaş, diyabet tanı yılı, hipertansiyon, obezite ve sigara öyküsü albüminüri ile ilişkili saptanmıştır. Hasta grubumuzda albüminürinin dikkate değer bir prevalans oranının gözlenmesiyle, özellikle böbrek hastalığı açısından yüksek riskli gruplarda bu duruma yönelik düzenli taramanın önemi ortaya çıkmaktadır. Aile hekimleri, pratik tarama protokollerini entegre ederek ve hasta bakımına bütünsel bir yaklaşım benimseyerek, birinci basamak sağlık hizmetlerinde diyabetik nefropatinin yükünü azaltmada ve hasta sonuçlarını iyileştirmede önemli bir rol oynayabilir.

Etik Kurul Onayı: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (27/05/2020 - GOKA/2020/7/26).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Health Sciences University Samsun Training and Research Hospital Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (27/05/2020 - GOKA/2020/7/26).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği. Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu, 2022. Erişim adresi: https://file.temd.org.tr/Uploads/publications/guides/documents/diabetes-mellitus_2022.pdf (Erişim tarihi: 10.02.2024).

2. Baykan EK, Yıldırım Y, Durmazatar İ. Tip 2 diyabetli bireylerde serum vitamin D düzeyleri ile mikroalbüminüri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Ege Tıp Dergisi*. 2022;61(1):73-9.
3. Sertbaş M, Niyaz M, Çetin G, Okuroğlu N, Sertbaş Y. Tip II Diabetes Mellituslu Hastalarda Düşük Molekül Ağırlıklı Heparinin Mikroalbuminüri Düzeylerine Etkisi. *Boğaziçi Tıp Dergisi*. 2020;7(2):58-62.
4. American Diabetes Association. 10. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*. 2018;41(Suppl 1):S105-18.
5. Tuttle KR, Bakris GL, Bilous RW, et al. Diabetic kidney disease: a report from an ADA Consensus Conference. *Diabetes Care*. 2014;37(10):2864-83.
6. Atasoy A, Atay A, Ahabab S, Hanedar M, Yenigün M. Diyabetik nefropatiye genel bir bakış. *Haseki Tıp Bülteni*. 2015;53(1):16-9.
7. South-Paul JE, Matheny SC, Lewis EL. Aile Hekimliği Tanı ve Tedavi. Kut A, Eminsoy MG, Fidan C, çeviri editörleri. *Güneş Tıp Kitabevleri*; 2019.
8. Çaycı T, Akgül EÖ, Kurt YG, et al. Diabetes Mellituslu Hastalarda 24 Saatlik, Açlık ve Gecelik İdrarlarda Mikroalbumin Ölçümü. *Fırat Tıp Dergisi*. 2010;15(2):92-5.
9. Keong F, Gander J, Wilson D, Durthaler J, Pimentel B, Barzilay JI. Albuminuria Screening in People With Type 2 Diabetes in a Managed Care Organization. *AJPM Focus*. 2023;2(4):100133.
10. Efundem NT, Assob JCN, Feteş VF, Choukem SP. Prevalence and associations of microalbuminuria in proteinuria-negative patients with type 2 diabetes in two regional hospitals in Cameroon: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2017;10(1):477.
11. Kantarama E, Uwizye D, Mselle T. Prevalence and Correlates of Microalbuminuria among Type 2 Diabetes Patients at Muhimbili National Hospital, Dar es Salaam, Tanzania. *Rwanda J Med Health Sci*. 2021;4(1):84-97.
12. Al-Rubeaan K, Siddiqui K, Alghonaim M, Youssef AM, AlNaqeb D. The Saudi Diabetic Kidney Disease study (Saudi-DKD): clinical characteristics and biochemical parameters. *Ann Saudi Med*. 2018;38(1):46-56.
13. Hagnäs M, Sundqvist H, Jokelainen J, et al. The prevalence of chronic kidney disease and screening of renal function in type 2 diabetic patients in Finnish primary healthcare. *Prim Care Diabetes*. 2020;14(6):639-44.
14. Afifa K, Belguith Asma S, Nabil H, et al. Screening for Nephropathy in Diabetes Mellitus: Is Micral-Test Valid among All Diabetics? *Int J Chronic Dis*. 2016;2016:2910627.
15. Yılmaz MT, Bayraktaroğlu T, Kutlutürk F, Karadeniz Ş, Sargın M. Albüminürisi Bilinmeyen Türk Tip 2 Diyabetiklerde Mikroalbüminüri Prevalansı; Böbrek ve Kardiyovasküler Risklerin Bilinçlendirilmesi İçin Mikroalbüminüriye İlişkin Türkiye Demand Diyabet Araştırması Sonuçları. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*. 2017;1(2):77-86.
16. Parikh CR, Fischer MJ, Estacio R, Schrier RW. Rapid microalbuminuria screening in type 2 diabetes mellitus: simplified approach with Micral test strips and specific gravity. *Nephrol Dial Transplant*. 2004;19(7):1881-5.
17. Ahmad T, Ulhaq I, Mawani M, Islam N. Microalbuminuria in Type-2 Diabetes Mellitus; the tip of iceberg of diabetic complications. *Pak J Med Sci*. 2017;33(3):519-23.

18. Gür CC, Polat H, Muderrisoglu C, Altunoglu E, Yilmaz M. In Patients with Type-2 Diabetes, Diabetes Regulation, Hba1c, Duration of Diabetes, BMI, Dyslipidemia, and Microalbuminuria Compared with Macrovascular Complications. *Istanbul Medical Journal*. 2013;14(4):243-8.
19. Marques da Silva P, Carvalho D, Nazaré J, Martins L, Aguiar C, Manso MC, et al. Prevalence of microalbuminuria in hypertensive patients with or without type 2 diabetes in a Portuguese primary care setting: The RACE (micRoAlbumin sCreening survEy) study. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition)* 2015;34:237-46.
20. Aslanhan H, Yilmaz A. The Effects of Type II Diabetes Mellitus on Renal Parameters with Hypertensive Patients: Comparative Study. *Turk J Fam Med Prim Care*. 2017;11(2):88-92.
21. Kayataş K, Yeşil EE, Karatoprak C, Tepe M, Demirtunç R. The Effect of Smoking on Microalbuminuria Levels in Patients with Non Hypertensive Type 2 Diabetes Mellitus. *Haydarpaşa Numune Med J*. 2013;53(3):131-5.
22. Indriani V, Lestari T, Dewantari V. Duration of diabetes as an important risk factor of microalbuminuria in type 2 diabetes. *Universa Medicina*. 2020;39(1):42-6.

Kadınlarda Doğum Şekli ile Postpartum Depresif Belirtiler Arasındaki İlişki

The Relationship Between Mode of Delivery and Postpartum Depressive Symptoms in Women

Fatma Ebru Yurdakul[®], İrep Karataş Eray[®]

Atf/Cite as: Yurdakul FE, Karataş Eray İ. Kadınlarda doğum şekli ile postpartum depresif belirtiler arasındaki ilişki. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(2):55-62.

ÖZ

Amaç: Son yıllarda giderek artan sıklıkta görülen Postpartum Depresyonun (PPD) ülkemizdeki prevalansı %14 ile %41 arasında değişmektedir. Bu durumun oluşmasında düşük sosyoekonomik düzey, istem dışı gebelik, geçirilmiş depresyon öyküsü, düşük eğitim düzeyi gibi birçok risk faktörü tanımlanmıştır. Bununla birlikte tüm dünyada artmakta olan sezaryen oranları nedeniyle sezaryen doğumun (C/S) postpartum psikolojik etkilerini saptamak önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, doğum şeklinin postpartum depresif semptomların (PPDS) gelişimine etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine 1 Mart- 1 Haziran 2013 tarihleri arasında başvuran, postpartum ilk 8 hafta içerisinde olan, 18-49 yaş grubundaki 249 kadın araştırmaya dahil edildi. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS) ve annelerin yaş, eğitim durumu, gelir düzeyi ve istemli gebelik durumu, geçirilmiş depresyon öyküsü, doğum şekli, bebeğin beslenme durumu, annenin çalışma durumu gibi sosyodemografik özellikleri ile ilgili 20 sorudan oluşan anket uygulandı. Veriler SPSS 18.0 istatistik paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Annelerin %22,89'unda (n=57) PPDS saptandı. Doğum şekli (normal vajinal doğum (NVD) ya da C/S) ile PPDS arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki saptanmadı ($p=0,948$). Çalışan annelerde, 30 yaş ve üzeri olanlarda, bebeğine mama takviyesi başlayanlarda, doğum sonrasında emzirme problemi yaşayanlarda ise PPDS anlamlı olarak fazla bulundu ($p < 0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda PPDS ile doğum şekli arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Bununla birlikte 30 yaş ve üzeri kadınlarda, çalışan annelerde, doğum sonrasında emzirme ile ilgili sorun yaşayanlarda, bebeğini mama ile besleyenlerde PPDS'de anlamlı bir artış saptandı. Bu risk faktörleri göz önünde bulundurularak PPD gelişimini önlemek için gerekli peripartum ve postpartum psikolojik destek sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Gebelik, Doğum şekli, Postpartum Depresif Belirtiler

ABSTRACT

Objective: Experiencing an increased rate of occurrence recently, the prevalence of Postpartum Depression (PPD) in Turkey ranges from 14 to 41%. Many risk factors that trigger PPD, such as low socioeconomic status, unintended pregnancies, past depression episodes, and lack of education, have been identified. However, due to increasing cesarean section rates all over the world, it becomes important to determine the postpartum psychological effects of cesarean section (C/S). Our goal is to investigate the effects of the delivery method on the development of postpartum depressive symptoms (PPDS).

Methods: A total of 249 patients, the ages of 18-49, within their first 8 weeks of their postpartum period when admitted to Obstetrics and Gynecology Clinics of Ankara Atatürk Training Research Hospital from March 1st, 2013 to June 1st, 2013 participated in this study. Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) and a survey consisting of 20 questions were applied to the mothers regarding their sociodemographic characteristics such as age, education level, income level, voluntary pregnancy, history of previous depression, type of birth, nutritional status of the baby, and employment status of the mother. The research data was evaluated using the SPSS 18.0 statistical software package. p -value < 0.05 was considered statistically significant.

Results: 22.89% of all mothers (n=57) had PPD. There was no statistically significant relationship between the mode of delivery and the development of PPD ($p=0,948$). The risk of PPD was significantly higher in mothers who had been working, were 30 years or older during labor, were starting baby food supplements, and were suffering from postpartum breastfeeding problems ($p < 0,05$).

Conclusion: There was no significant relationship between the mode of delivery and the development of PPD. However, a significant increase in PPDS was detected in women aged 30 and over, working mothers, mothers who had problems with breastfeeding after birth, and mothers who fed their babies with formula. Taking these risk factors into consideration, necessary peripartum and postpartum psychological support should be provided to prevent the development of PPD.

Keywords: Pregnancy, Mode of delivery, Postpartum depressive symptoms

Received/Geliş: 12.02.2024

Accepted/Kabul: 26.06.2024

Publication date: 30.06.2024

Corresponding Author:

F. E. Yurdakul

ORCID: 0000-0001-7369-1832

Karaman Merkez 9 Nolu Aile Sağlığı

Merkezi, Karaman, Türkiye

✉ drebru83@hotmail.com

İ. Karataş Eray

ORCID: 0000-0002-2834-3078

Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

GİRİŞ

Doğum sonrası kadınlar, psikiyatrik hastalıklar açısından ilk bir yıl boyunca önemli bir risk altındadır. Doğum sonrası dönemde meydana gelen duygudurum bozuklukları, semptomların ciddiyeti, özellikleri, tedavisi ve seyri açısından sınıflandırılır. Bu bozukluklar genellikle doğum sonrası hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonrası psikoz olarak üç ana gruba ayrılır.

Bu rahatsızlıklar arasında bulunan postpartum depresyon (PPD), DSM-V kriterlerine göre “Duygudurum Bozuklukları” bölümünde sınıflandırılmıştır ve “Postpartum Başlangıç Belirleyicisi” altında tanımlanır. Bu tanı, doğum sonrası ilk dört hafta içinde epizodun başlaması ve majör depresyon tanı kriterlerini içermesiyle yapılmaktadır. PPD kliniği en az iki hafta en çok bir yıl kadar sürer.^[1]

Yapılan meta-analiz çalışmalarında PPD prevalansının, hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmiş olmalarına, örneklem büyüklüğüne, popülasyon farklılıklarına ve tanı aracına bağlı olarak %3,5 ile %40 arasında değiştiği gösterilmiştir.^[2,3] Türkiye’de ise bu sıklık %14 ile %41 arasında değişmektedir.^[4-8]

PPD riskini saptamak için, Türkiye’de geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EPDS), Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) kullanılmaktadır.^[9]

Etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte daha önceki gebeliklerde geçirilmiş depresyon öyküsü, düşük gelir, küçük yaşta çocuk sahibi olunması, sosyal destek azlığı, ilk bebeğe sahip olma, emzirme problemleri, farklı cinsiyet beklentisi, düşük eğitim düzeyi, istenmeyen gebelik olması, gebelikte sigara kullanımı PPD ile ilişkili risk faktörlerindedir.^[4-8] Bu risk faktörlerine yönelik birçok araştırma yapılmış ve PPD gelişimi üzerinde çeşitli etyolojik faktörler suçlanmıştır.

Bu çalışmanın amacı, doğum şeklinin postpartum depresif semptomların (PPDS) gelişimine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Bu araştırma kadınlarda doğum şekli ile postpartum depresyon arasındaki ilişkiyi saptamaya yönelik tanımlayıcı kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın örneklemi

Araştırmanın evreni kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran postpartum ilk 8 haftada olan 18-49 yaş arası hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak 300 kişi olarak planlandı. Gebelikte ağır fiziksel hastalık geçirenler, kronik fiziksel hastalığı olanlar, doğum sonrası ağır fiziksel hastalık geçirenler, yenidoğanda anomali / hastalık / ölüm olması, çoğul gebelik, preterm/ postterm doğum varlığı araştırma dışında bırakıldığında araştırmaya, Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniklerine başvuran, postpartum ilk 8 hafta içerisinde olan, 18-49 yaş arasındaki 249 kadın dahil edildi.

Çalışma, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 26.02.2013 tarihli 18 sayılı kurul kararıyla onaylandı.

Verilerin toplanması

Katılımcılara ilk kısmı hastaların sosyodemografik özellikleri, istemli gebelik durumu, geçirilmiş depresyon öyküsü, gebelikte sigara kullanım öyküsü, doğum şekli, doğum sonrası yaşanan problemler, bebek beslenmesi, annenin çalışma durumu ile ilgili açık uçlu ve çoktan seçmeli 20 sorudan oluşan anket uygulaması yapıldı. Anketin ikinci kısmı PPD taraması için Türkiye’de en sık kullanılan ve geçerlilik-güvenilirlik çalışması yapılmış olan EPDS ölçeği olarak bilinen 10 adet çoktan seçmeli sorudan oluşmaktaydı.^[10] EPDS kesme noktası 12 ve üzeri olarak alındı ve EPDS skoru 12 ve üzeri olan anneler PPD için potansiyel risk grubu kabul edildi.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (Edinburgh Postpartum Depression Scale, EPDS)

EPDS, Cox ve arkadaşları tarafından 1987’de tanımlanmış ve klinisyenler tarafından erken postnatal depresyonun tespit edilmesinde oldukça kullanışlı olmuştur.^[9,10] Türkiye’de 1997 yılında Engindeniz ve arkadaşları tarafından yapılan geçerlilik ve güvenilirlik

çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80 olarak bulunmuştur. Kesme noktası 12/13 olarak belirlendiğinde duyarlılık 0,84, özgüllük 0,88, pozitif tahmin etme değeri 0,69 ve negatif tahmin etme değeri 0,94 olarak hesaplanmıştır. ^[11] EPDS, on maddeden oluşan ve dördümlü Likert formatında bir öz bildirim ölçeğidir. Yanıtlar dört seçenek içerir ve 0 ile 3 arasında puanlanır. Bu ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 30'dur. Değerlendirme sırasında 1., 2. ve 4. maddeler 0, 1, 2, 3 olarak puanlanırken, 3., 5., 6., 7., 8., 9. ve 10. maddeler 3, 2, 1, 0 şeklinde ters puanlanır. EPDS'nin kesme noktası 12-13 olarak belirlenmiştir ve bu puanı 12-13 veya daha yüksek olan kadınlar risk grubunda kabul edilir.^[9-11] Bu ölçek daha çok depresif duygudurum, ilgi kaybı, anksiyete, uyku bozuklukları, iştah değişiklikleri, yorgunluk gibi nonsomatik semptomlar üzerinde yoğunlaşmaktadır.

İstatistiksel analiz

Araştırmanın verileri, SPSS 18.0 istatistik yazılımı ile analiz edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (yüzdeler, ortalama, medyan, standart sapma) kullanılarak değerlendirilmiş ve grup değişkenlerinin karşılaştırılmasında Ki kare testi, gerektiğinde Fisher'in kesin testi uygulanmıştır. Çok değişkenli analizler için ise lojistik regresyon modeli tercih edilmiştir. Lojistik regresyon modeline dahil edilecek değişkenler belirlenirken, ikili karşılaştırmalarda p değerinin 0,200'ün altında olması dikkate alınmıştır. Analizde ilk olarak Backward LR yöntemi kullanılmış ve ardından Enter yöntemi ile lojistik regresyon analizi tamamlanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Katılımcı annelerin ortalama yaşı $28,30 \pm 5,3$ olup, ağırlıklı olarak (% 61,44) 25-34 yaşları arasındaydı. Katılımcıların %32,53'ü lise mezunu, eşlerinin de %41,36'sı lise mezunuydu. Ailelerin %34,13'ünün aylık geliri 1001-1500 TL arasındaydı. Kadınların %26,10'u herhangi bir işte çalışmaktaydı.

Annelerin %82,74'ü 19 yaş ve üzerinde evlenmişti. Annelerin %43,77'sinin birinci doğumu olup, %85,54'ünün gebeliği istemli gebelikti. Ayrıca %94,77'si gebeliğinde 5 kez ve üzeri kontrole gitmiş iken %88,75'i gebeliğinde sigara kullanmamıştı. Annelerin %53,01'inin son doğum şekli normal doğum, %46,99'unun son doğum şekli sezeryan

Tablo 1. Annelerin Bazı Gebelik Özelliklerinin Dağılımı

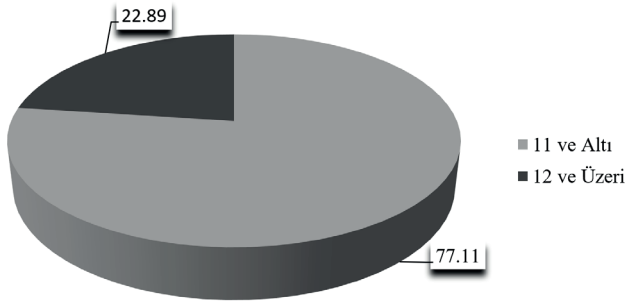
Özellik	n	%
Evlilik Yaşı		
18 ve Altı	43	17,26
19 ve Üzeri	206	82,74
Kaçıncı Doğum		
Bir	109	43,77
İki	100	40,17
Üç	30	12,04
Dört	6	2,41
Beş ve Üzeri	4	1,61
İstemli Gebelik		
Evet	213	85,54
Hayır	36	14,46
Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı		
Bir	3	1,21
İki	4	1,60
Üç	3	1,21
Dört	3	1,21
Beş ve Üzeri	236	94,77
Gebelikte Sigara Kullanma Durumu		
Hayır	221	88,75
Evet	28	11,25
Günlük Kullanılan Sigara Sayısı (n=28)		
1-2	7	25,00
3-5	12	42,85
6-8	7	25,00
20	2	7,15
Son Doğum Şekli		
Normal	132	53,01
C/S	117	46,99
C/S Nedeni		
Doktor İsteği	36	30,76
Kendi İsteği	11	9,40
Eski C/S Öyküsü	54	46,15
Diğer	17	13,69

doğum C/S olup en sık C/S nedeni (%46,15) geçirilmiş C/S öyküsüdür (Tablo 1).

Doğan bebeklerin %49,39'u kız, %50,61'i erkekti. Annelerin %41,36'sı doğum salonunda bebeğe dokunmuştu. Doğum sonrası annelerin %26,50'si emzirme sorunu yaşamıştı. Ayrıca annelerin %55,42'si doğum sonrası sorun yaşamış olup, %30,12'si doğum sonrası meme problemleri, %22,08'i kabızlık sorunu yaşamıştı. Kadınların sadece %7,22'sinde geçirilmiş depresyon öyküsü bulunmaktaydı. Bebeklerin %80,32'si sadece anne sütü ile beslenmiş iken, mamaya en sık başlama nedeni bebeğin doymaması (%13,65) olmuştu.

Annelerin EPDS Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $7,51 \pm 5,4$ olup, %22,89'unun ölçek puanı 12 ve üzerindedir (Şekil 1).

Ölçek Puanlarının Dağılımı



Şekil 1. Annelerin Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinden Aldıkları Puanların Dağılımı

Gelir getiren bir işte çalışan annelerin ölçek puanının 12 ve üzerinde olma olasılığı, çalışmayan annelere göre anlamlı derecede yüksekti ($p=0,036$). Ölçek puanının 12 ve üzerinde olması ile yaş, annenin ve babanın öğrenim durumu, aylık gelir, doğum sayısı, evlilik yaşı, depresyon öyküsü, gebeliğin istemli olması, gebelikte kontrole gitme, sigara kullanma ve son doğum şekli arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p>0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Annenin Bazı Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin 12 ve Üzerinde Olmasına Etki Eden Faktörler

Özellik	Ölçek Puanı				p
	≤11		≥12		
Yaş (Yıl)	n	%	n	%	
≤29	126	80,76	30	19,24	0,075
≥30	66	70,96	27	29,04	
Anne Öğrenim Durumu					0,638
Ortaokul ve Altı	91	78,44	25	21,56	
Lise ve Üzeri	101	75,93	32	24,07	
Baba Öğrenim Durumu					0,474
Ortaokul ve Altı	61	74,39	21	25,61	
Lise ve Üzeri	131	78,44	36	21,56	
Aylık Gelir Düzeyi (TL)					0,093
≤1500	134	80,23	33	19,77	
≥1501	58	70,73	24	29,27	
Doğum Sayısı					0,066
Bir	78	71,55	31	28,45	
İki ve Üzeri	114	81,42	26	18,58	
Evlilik Yaşı (Yıl)					0,257
≤18	36	83,72	7	16,28	
≥19	156	75,72	50	24,28	
Geçirilmiş Depresyon Öyküsü					0,274
Evet	12	66,66	6	33,34	
Hayır	180	77,92	51	22,08	
Gelir Getiren Bir İşte Çalışma					0,036
Evet	44	67,69	21	32,31	
Hayır	148	80,43	36	19,57	
Gebeliğin İstemli Olması					0,237
Evet	167	78,40	46	21,60	
Hayır	25	69,44	11	30,56	
Gebelikte Kontrole Gitme Sayısı					0,181*
≤4	8	61,53	5	38,47	
≥5	184	77,96	52	22,04	
Sigara Kullanma					0,778
Evet	21	75,00	7	25,00	
Hayır	171	77,37	50	22,63	
Son Doğum Şekli					0,948
NVD	102	77,27	30	22,73	
C/S	90	76,92	27	23,08	

*Fisher'in Kesin Testi

Tablo 3. Bebeğin Bazı Özelliklerine Göre Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin 12 ve Üzerinde Olmasına Etki Eden Faktörler

Özellik	Ölçek Puanı				P
	≤11		≥12		
	n	%	n	%	
Doğum Salonunda Bebeğe Dokunma					
Evet	80	77,66	23	22,34	0,859
Hayır	112	76,71	34	23,29	
Bebeğin Cinsiyeti					
Kız	92	74,79	31	25,21	0,391
Erkek	100	79,36	26	20,64	
Emzirme Problemi Yaşama					
Evet	40	60,60	26	39,40	<0,001
Hayır	152	83,06	31	16,94	
Doğumda Sorun Yaşama					
Evet	96	69,56	42	30,44	0,002
Hayır	96	86,48	15	13,52	
Bebek Beslenmesi					
Sadece Anne Sütü	161	80,50	39	19,50	0,010
Anne Sütü ve/veya Mama	31	63,26	18	36,74	

Tablo 4. Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeğinin 12 ve Üzerinde Olmasına Etki Eden Faktörlerin Çok Değişkenli Lojistik Regresyon Modeli İle İncelenmesi

Özellik	Grup	N	TRR	%95 GA	
Anne Yaşı	≤29 (Ref)	156	1		
	≥30	92	2,652	1,296	5,433
Doğum Sayısı	≥2 (Ref)	139	1		
	1	109	1,815	0,846	3,893
Gebelikte Kontrol Sayısı	≥5 (Ref)	235	1		
	≤4	13	2,560	0,728	8,994
Annede Depresyon Öyküsü	Hayır (Ref)	230	1		
	Evet	18	2,287	0,716	7,304
Doğumda Sorun Yaşama	Hayır (Ref)	110	1		
	Evet	138	2,227	1,077	4,602
Bebeğin Cinsiyeti	Erkek (Ref)	126	1		
	Kız	122	1,453	0,742	2,845
Emzirme Problemi Yaşama	Hayır (Ref)	182	1		
	Evet	66	2,560	1,210	5,419

Emzirme problemi ve doğumda sorun yaşayanların ve bebeğine mama başlayan annelerin ölçek puanının 12 ve üzerinde olma durumu anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla $p<0,001$, $p=0,002$, $p=0,01$) (Tablo 3).

EPDS puanının 12 ve üzerinde olmasını etkileyen faktörler, çok değişkenli lojistik regresyon modeli kullanılarak analiz edildi. Yaşı 30 ve üzerinde olan annelerin, yaşı 29 ve altında olanlara göre EPDS puanının 12 ve üzerinde olma Tahmini Rölatif Riski (TRR, Odds Ratio) 2,652 idi (GA: 1,296-5,433). Doğumda sorun yaşayan annelerin, doğumda sorun yaşamayanlara göre EPDS puanının 12 ve üzerinde olma Tahmini Rölatif Riski (TRR, Odds Ratio) 2,227 idi (GA: 1,077-4,602). Emzirme problemi yaşayan annelerin, emzirme problemi yaşamayanlara göre EPDS puanının 12 ve üzerinde olma Tahmini Rölatif Riski (TRR, Odds Ratio) 2,560 idi (GA: 1,210-5,416) (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda PPD semptomatolojisini gösteren annelerin oranı %22,89 ($n=57$) olarak bulundu. Bu oran; Türkiye’de yapılan birçok çalışmadan elde edilen ortalama %6.3-50.7’lik oranla uyumluluk göstermektedir.^[4,7,8,12] 40 ülkede yapılan 143 çalışmadan oluşan bir meta-analizde ise PPD görülme oranlarının %0 ile %60 arasında değiştiği tespit edilmiştir.^[13] 2018 yılında yayınlanan 56 ülkede yapılan 291 çalışmadan oluşan başka bir meta-analizde ise PPDS oranı %3 ile %38 aralığında bulunmuştur.^[3] İsviçre’de 3888 kadında yapılan bir çalışmada ise PPDS oranı %13 bulunmuştur.^[14] PPDS’ni belirlemede araştırmalar arasındaki bu çeşitlilik; araştırma yapılan bölgedeki popülasyona, sosyokültürel farklılıklara, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine, değerlendirmenin doğum sonrası farklı zamanlarda yapılmasına, riski belirlemede kullanılan

ölçeklerin farklılıklarına ve bu ölçeklerde alınan kesme puanlarının farklı olmasına bağlı olabilir.

Çalışmamızda doğum şekli ile PPDS arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0,948$). Türkiye’de EPDS kullanılarak yapılan başka bir çalışmada çalışmamızla uyumlu olarak PPDS ile doğum şekli arasında anlamlı fark saptanmamıştır.^[15] Çalışmamızda PPD’nin en sık rastlandığı ve tanı konulduğu dönem olan ilk 8 haftada EPDS uygulamasını yapmış olmamız, aynı sonucun doğmasını sağlamış olabilir. Farklı ülkelerde yapılan ve 43 çalışmadan oluşan, farklı tarama ölçeklerinin kullanıldığı meta-analiz araştırmasında, doğum şeklinin PPDS ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi bulunmamıştır; aynı meta-analiz çalışması içerisinde EPDS kullanılan çalışmalarda da benzer sonuçların olduğunun gösterilmiş olması çalışmamızda kullandığımız EPDS’nin güvenilirliğini göstermektedir.^[16] Yurt dışında yapılmış olan ve EPDS ölçeği kullanılan benzer çalışmalarda da çalışmamızla uyumlu sonuçlar çıkmıştır.^[17-19]

2017 yılında İtalya’da yayınlanan ve EPDS kullanılarak 950 kadında yapılan bir çalışmada C/S doğum yapanlarda PPDS normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[20] Ancak bu sonuç depresyon belirtilerinin daha belirgin olma ihtimali olan postpartum ilk iki günde yapılmasından kaynaklı olabilir.

2019 yılında Mısır’da EPDS kullanılarak yapılan bir çalışmada C/S doğum yapanlarda PPDS normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[21] 2023 yılında Suudi Arabistan’da yapılan bir çalışmada katılımcılarda PPDS %56,2 saptanmış ve C/S doğum yapanlarda PPDS normal doğum yapanlara göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur.^[22] Bu anlamlı sonuçlar, araştırma yapılan bölgenin sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerinden kaynaklı olabilir.

2015 yılında Tayvan’da 351 kadında yapılan bir çalışmada PPDS ile C/S arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır; bu çalışmada PPD riskini saptamada farklı bir ölçek kullanılması (The Center of Epidemiologic Studies Depression Scale) ve PPDS sıklığının kabul edilen sıklıktan çok farklı olarak %49,3 saptanması, bizim çalışmamızdan daha farklı bir sonuç elde edilmesine neden olmuş olabilir.^[23] 2017 yılında yapılan bir meta-analiz çalışmasında incelenen 62 çalışmadan 27 çalışmada C/S ile PPDS arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.^[24] Bu çalışmalarda elde edilen sonuçların farklı olması; çalışmalarda kullanılan ölçeklere

ve bu ölçeklerin kesme noktalarına, araştırmaya katılan annelerin postpartum farklı haftalarda değerlendirilmelerine, araştırmalara dahil olma kriterlerine, araştırma yapılan toplumun sosyokültürel ve sosyoekonomik özelliklerindeki farklılığa bağlı olabilir. Yurt dışında yapılan bazı çalışmalarda ise C/S doğum acil C/S ve elektif C/S olarak ele alınmış, acil C/S doğum yapanlarda normal doğum yapanlara göre PPDS oranı anlamlı olarak fazla bulunmuştur.^[14,25-27] Son yıllarda tüm dünyayı etkisi altına alan salgınlar ve ekonomik krizlerin de çalışmamızdan farklı sonuçların doğmasında etkisi olabilir.

Çalışmamızda anne yaşının 30’dan büyük olmasının PPDS açısından anlamlı bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir (Odds Ratio: 2,652, GA: 1,296-5,433). Yapılan birçok çalışmada 25 yaşından önce doğum yapan kadınlarda depresyon görülme oranının daha yüksek olduğu bulunmuştur.^[18,22,28] Çalışmamıza katılan annelerin %61,4’ünün 25-34 yaş arasında olması ve küçük yaşta anne olanların oranının az olması böyle bir farkın doğmasına neden olmuş olabilir.

Çalışmamızda annenin gelir getiren bir işte çalışması, PPDS açısından anlamlı bulundu ($p=0,036$). Benzer olarak Türkiye’de yapılan bir çalışmada, çalışan kadınlarda PPDS oranı yüksek tespit edilmiştir.^[29] Çalışan annelerde bebeğin getirdiği sorumlulukları annenin yeterince yerine getiremeyeceği endişesi, özellikle bu konuda onu rahatlatacak bir sosyal çevrenin yoksunluğu anneyi PPD gelişimine doğru sürükleyebilir.

Çalışmamızda bebeğine anne sütü ve/veya mama başlayan annelerin sadece anne sütü ile besleyen annelere göre PPDS açısından anlamlı olarak fazla olduğu saptanmıştır ($p=0,01$). Bu sonuç literatürle uyumlu bir sonuçtur. Anne sütüyle beslenmenin hem anne hem de bebek sağlığı için fiziksel ve zihinsel faydaları vardır. Emziremeyen annelerde suçluluk duygusu, yetersizlik hissi oluşabilir ve emzirme sorunları sosyal bir baskı oluşturabilmektedir (30). Literatürde; prematür doğumlarda ve doğumdan sonra emzirme problemi yaşayanlarda PPDS’nin daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[18,30] Bu araştırmalar doğrultusunda emzirmemenin PPD gelişiminde risk faktörü olduğu söylenebileceği gibi, aynı zamanda emzirmenin PPD tedavisinde kullanılabileceği de söylenebilir.

Araştırmamızın tek merkezli olması, örnekleminin küçük olması ve araştırma süresinin kısa olması, C/S doğumun elektif ve acil olarak ayrı değerlendirmeye alınmaması, bu çalışmanın kısıtlılıklarından sayılabilir.

Bununla birlikte daha büyük örneklem grubu olan ve daha uzun süreli vaka toplanan çalışmalarda da, bizim elde ettiğimiz sonuca benzer sonuçlar doğmuştur.^[14,16-18] Ayrıca araştırmamızda kronik hastalığı olan anneler, doğum sonrası anne ya da bebekle ilgili komplikasyonlar, çoğul gebelikler, preterm/postterm doğumların araştırma dışında bırakılması PPD semptomatolojisini daha spesifik olarak tanımlayabilmemizde yardımcı olmuştur.

SONUÇ

Çalışmamızda PPDS ile doğum şekli arasında fark saptanmamıştır, ancak; bazı faktörlerin PPDS gelişiminde anlamlı rol oynadığı saptanmıştır. 30 yaş ve üzeri kadınlarda, çalışan annelerde, doğum sonrasında emzirme ile ilgili sorun yaşayanlarda, bebeğini mama ile besleyenlerde PPDS'de anlamlı bir artış saptanmıştır. Birçok literatürle de uyumlu olan bu sonuçlar, bu risk faktörleri üzerinde durulması gerektiğini gösterebilir. Anneyi ve bebeği bedensel ve ruhsal sağlık yönünden etkileyen postpartum depresyon belirtileri göz ardı edilmemeli ve bu konuda annelere doğum sonrasında sağlık personeli tarafından yeterli danışmanlık hizmeti verilmelidir. PPD gelişiminde risk faktörü olabilecek her durum üzerinde durularak gerek doğum öncesi gerekse doğum sonrası dönemde verilen destek ile PPD oluşum riskinin azaltılabileceği mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Doğum öncesi emzirme danışmanlığı yapılması, annenin emzirmeye teşvik edilmesi, doğum süreci ile ilgili danışmanlık verilmesi ve doğum sonrasında da PPD belirtilerinin incelenerek gerekli psikolojik desteğin sağlanması hem anneyi hem de bebeği ruhsal yönden olumlu yönde etkileyecektir. Doğum sonrası dönemdeki kadınların bakım ihtiyaçlarına öncelik verilerek annelik rolüne uyumları desteklenerek doğum sonrası dönemde yaşanabilen duygusal sorunların önüne geçilebilir.

Doğum şekli ile PPDS arasındaki ilişkiyi araştırarak yurt dışı çalışmalarda bölgelerin gelişmişlik ve sosyodemografik farklılıklarından kaynaklı olarak farklı sonuçlar saptanmıştır. Literatürdeki sonuçların çeşitliliği ve ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmaların sayısının yetersizliği araştırmacıların bu konuda daha fazla çalışma yapmalarının gerekliliğini göstermektedir.

Etik Kurul Onayı: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (26.02.2013 - 18).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine Non-Drug Clinical Research Ethics Committee (26.02.2013 - 18).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. American Psychiatric Association (APA). Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması El kitabı, Beşinci Baskı (DSM-V). Köroğlu E, çevirmen. Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.
2. Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2018;104:235-48.
3. Hahn-Holbrook J, Cornwell-Hinrichs T, Anaya I. Economic and Health Predictors of National Postpartum Depression Prevalence: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-Regression of 291 Studies from 56 Countries. *Front Psychiatry.* 2018;8:248.
4. Durukan E, İlhan M, Bumin MA, Aycan S. 2 Hafta-18 Aylık Bebeği Olan Annelerde Postpartum Depresyon Sıklığı ve Yaşam Kalitesi. *Balkan Medical Journal.* 2011;28:385-93.
5. Inandi T, Bugdayci R, Dundar P, Sumer H, Sasmaz T. Risk factors for depression in the first postnatal year: a Turkish study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(9):725-30.
6. Danaci AE, Dinç G, Devenci A, Sen FS, İçelli I. Postnatal depression in turkey: epidemiological and cultural aspects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2002;37(3):125-9.
7. Tahaoğlu AE, Toğrul C, Külahçıoğlu Mİ. Diyarbakır'da postpartum depresyonu etkileyen faktörler. *Perinatoloji Dergisi.* 2015;23(1):26-9.
8. Ayvaz S, Hocaoğlu Ç, Tiryaki A, Ak İ. Trabzon il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve gebelikteki ilişkili demografik risk etmenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2006;17(4):243-51.
9. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry.* 1987;150:782-6.
10. Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum sonrası depresyon tarama ölçeği: Türkçede geçerlilik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2008;19(2):187-96.
11. Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Bahar Sempozyumları 1 Kitabı.* Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları; 1997:51-2.
12. Özdemir S, Marakoğlu K, Çivi S. Konya il merkezinde doğum sonrası depresyon riski ve etkileyen faktörler. *TAF Preventive Medicine Bulletin.* 2008;7(5):391-8.
13. Halbreich U, Karkun S. Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *J Affect Disord.* 2006;91(2-3):97-111.
14. Eckerdal P, Georgakis MK, Kollia N, Wikström AK, Högberg U, Skalkidou A. Delineating the association between mode of delivery and postpartum depression symptoms: a longitudinal study. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2018;97(3):301-11.
15. Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM. Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *ISRN Obstet Gynecol.* 2012;2012:616759.

16. Sun L, Wang S, Li XQ. Association between mode of delivery and postpartum depression: A systematic review and network meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2021;55(6):588-601.
17. Rauh C, Beetz A, Burger P, et al. Delivery mode and the course of pre- and postpartum depression. *Arch Gynecol Obstet*. 2012;286(6):1407-12.
18. Sword W, Landy CK, Thabane L, et al. Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG*. 2011;118(8):966-77.
19. Arbabi M, Taghizadeh Z, Hantoushzadeh S, Haghazarian E. Mode of delivery and post-partum depression: a cohort study. *J Womens Health Care*. 2016;5(1):1000303.
20. Zanardo V, Giliberti L, Volpe F, Parotto M, de Luca F, Straface G. Cohort study of the depression, anxiety, and anhedonia components of the Edinburgh Postnatal Depression Scale after delivery. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;137(3):277-81.
21. Meko HK, Shaaban MM, Ahmed MR, Mohammed TY. Prevalence of postpartum depression regarding mode of delivery: a cross-sectional study. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2020;33(19):3300-7.
22. Alhammadi MH, Almontashri AI, Radwan EM, et al. The Effect of Delivery Mode, ABO Blood Type, and Passive Smoking on Postpartum Depression: A Cross-Sectional Study in Saudi Arabia. *Cureus*. 2023;15(5):e38466.
23. Chang SR, Chen KH, Ho HN, et al. Depressive symptoms, pain, and sexual dysfunction over the first year following vaginal or cesarean delivery: A prospective longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2015;52(9):1433-44.
24. Xu H, Ding Y, Ma Y, Xin X, Zhang D. Cesarean section and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *J Psychosom Res*. 2017;97:118-26.
25. Yang SN, Shen LJ, Ping T, Wang YC, Chien CW. The delivery mode and seasonal variation are associated with the development of postpartum depression. *J Affect Disord*. 2011;132(1-2):158-64.
26. Beck-Hiestermann FML, Hartung LK, Richert N, Miethe S, Wiegand-Grefe S. Are 6 more accurate than 4? The influence of different modes of delivery on postpartum depression and PTSD. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2024;24(1):118.
27. Lantigua-Martinez M, Silverstein JS, Trostle ME, et al. Postpartum depression, mode of delivery, and indication for unscheduled cesarean delivery: a retrospective cohort study. *J Perinat Med*. 2022;50(5):630-3.
28. Petrosyan D, Armenian HK, Arzoumanian K. Interaction of maternal age and mode of delivery in the development of postpartum depression in Yerevan, Armenia. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):77-81.
29. Atasoy N, Bayar Ü, Sade H, et al. Clinical and sociodemographic risk factors effecting level of postpartum depressive symptoms during postpartum period. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2004;14:252-7.
30. Türkoğlu SN, Yapalak ANB, Acar C, Özyıldırım B. Postpartum Depresyon Gelişiminde Psikososyal Faktörler; Bir Vaka Kontrol Çalışması. *Hipokrat Tıp Dergisi*. 2022;2(2):14-23.

2024 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Linz-Avusturya Değişim Programından Gözlemler: Birinci Basamakta Tamamlayıcı Tıp Uygulamalarının Rolü

Observations from the European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Austria Preconference Exchange Program: The Role of Complementary Medicine in Primary Healthcare

Şeyma Handan Akyön[®], Florian Ardelt[®]

Atıf/Cite as: Akyön ŞH, Ardelt F. 2024 European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Linz-Avusturya değişim programından gözlemler: Birinci basamakta tamamlayıcı tıp uygulamalarının rolü. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(2):63-66.

8-10 Nisan 2024 tarihleri arasında, Avusturya'nın Linz şehrinde düzenlenen EYFDM Konferans Öncesi Değişim Programına katılma fırsatı buldum. Viyana'da düzenlenen 8. EYFDM Forumu'ndan hemen önce gerçekleştirilen bu değişim programı kapsamında, Linz, Marchtrenk'te bulunan Dr. Florian Ardelt'in aile hekimliği kliniğindeydim. Bu ziyaret, Avusturya birinci basamak sağlık sistemi ve daha da ilginç, tamamlayıcı tıbbın günlük uygulamaya entegrasyonu hakkında değerli bilgiler sağlayarak hastaya bakım konusunda daha dirençli ve bütüncül bir yaklaşımı gözlemlememi sağladı.

Avusturya Aile Hekimliği ve Birinci Basamak Sağlık Sistemi

Avusturya'da aile hekimi olmak isteyenler için yolculuk, 6 yıllık tıp eğitimi ile başlar. Tıp fakültesini başarıyla tamamladıktan sonra, adaylar 9 aylık bir genel tıp stajını tamamlarlar. Bu aşamadan sonra, iki farklı seçenek sunulur: Uzmanlık eğitimine devam etmek veya aile hekimliği yolunu seçmek. Uzmanlık eğitimini tercih edenler, 5-6 yıllık bir süreçte belirli bir alanda uzmanlaşır. Aile hekimliği yolunu seçenler ise 3,5 yıllık bir aile hekimliği uzmanlık programına katılırlar. Bu programın son 6 ayında, adaylar bir aile hekimliği kliniğinde çalışarak pratik deneyim kazanmaktadırlar.

Avusturya, doktor yoğunluğunun en yüksek olduğu ülkelerden biri olmasına rağmen, doktorların yalnızca %8'i birinci basamakta aile hekimi olarak ve çoğunlukla tek başına çalışmaktadır. Avusturya sağlık sistemi, zorunlu sağlık sigortası katkı paylarıyla geniş bir hizmet yelpazesine erişimi garanti eden bir sosyal sigorta modeli üzerinde çalışmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri, hastalar için ilk temas noktası olarak ve sistemin farklı seviyelerinde bakımlarını koordine ederek hayati bir rol oynamaktadır.

Avusturya birinci basamak sağlık sisteminin bazı temel özellikleri şunlardır:

- Birinci basamak sağlık hizmetleri kolayca erişilebilir ve hizmet noktasında ücretsizdir.
- Sevk zinciri sistemi olmamasına rağmen, birinci basamak hekimleri hasta bakımını koordine etmede ve gerektiğinde onları uzmanlara yönlendirmede merkezi bir rol oynamaktadır.

Received/Geliş: 14.05.2024
Accepted/Kabul: 09.06.2024
Publication date: 30.06.2024

Corresponding Author:

Ş. H. Akyön

ORCID: 0000-0002-2288-8915

Gölpazari 1 Nolu Aile Sağlığı

Merkezi, Bilecik, Türkiye

✉ drseymahandan@gmail.com

F. Ardelt

ORCID: 0009-0009-6504-4083

Marchtrenk Aile Sağlığı Merkezi,

Linz, Avusturya

- Hekimlere hasta başına ve müdahale başına ödeme yapılmaktadır.
- “ELGA” elektronik sağlık kaydı sistemi, sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında bilgi paylaşımını kolaylaştırmaktadır, ancak birinci basamak sağlık kurumlarından elde edilen bilgiler henüz tam olarak entegre edilmemiştir.
- E-reçetelerin yakın zamanda uygulanması, hastaların ilaçlarına eczanelerden rahatça erişimlerini sağlamaktadır.

Dr. Ardelt'in Kliniğinde Gözlemler

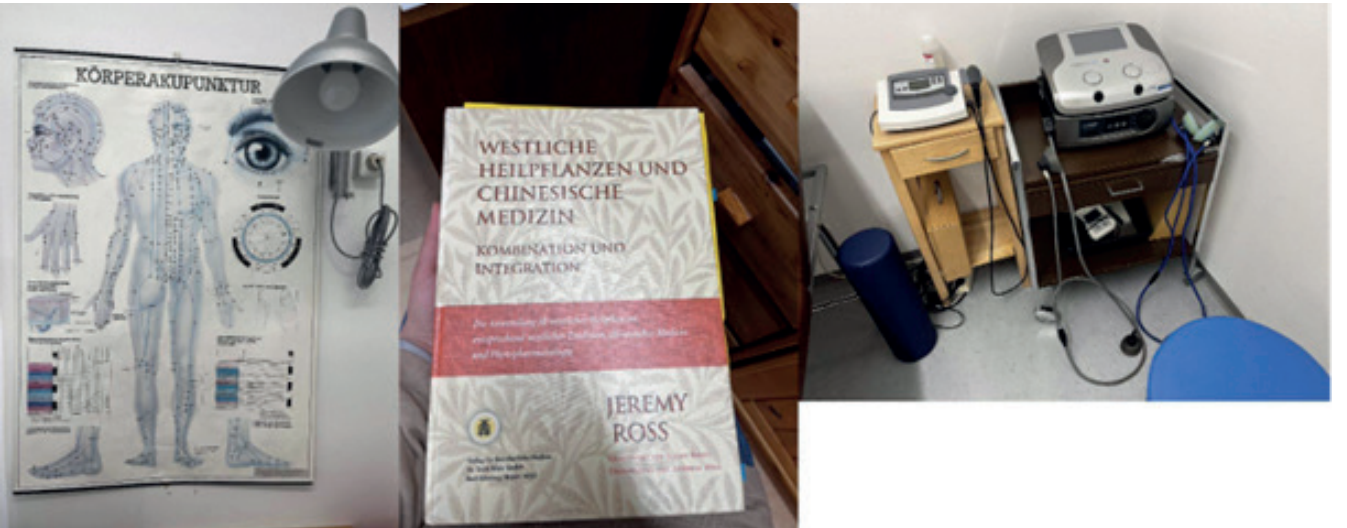
Dr. Ardelt'in kliniğindeki gözlemlerim kısa süre kalmış olmama rağmen ufkumu genişletmeye yetti. Sakin ve doğayla iç içe Marchtrenk kasabasında bulunan ve Dr. Florian'ın babası tarafından 1980'de kurulup halen aktif bir şekilde çalışmakta olan klinik, hastalar için huzurlu ve misafirperver bir ortam sunmaktadır (Resim 1).

Yaklaşık 14.000 nüfuslu Marchtrenk kasabasında görev yapmakta olan toplam 7 aile hekiminden biri olan Dr. Florian Ardelt'in kliniği haftanın beş günü toplam 20 saat hizmet vermektedir. Dr. Ardelt'in hasta bakımına yaklaşımı aile hekimliği felsefesine uygun olarak kapsamlı ve kişiselleştirilmiştir. Dr. Ardelt hasta muayeneleri sürecinde sadece fiziksel semptomları değil, aynı zamanda her hastanın duygusal ve sosyal refahını da dikkate alıyordu. Ayrıca klinikte, akupunktur, elektroakupunktur, ultrason tedavisi, nöralterapi, hipnoterapi, ve bitkisel ilaç reçeteleri gibi tamamlayıcı terapiler sorunsuz bir şekilde entegre edilmişti (Resim 2).

En ilgimi çeken konulardan bir tanesi klinik durumuna uygun olarak hekimlerin hastalara bitkisel çaylar reçete etmeleri ve hastaların bitkisel çaylarını doktor kontrolünde eczanelerden temin etmeleridir. Almanca dilini anlamama rağmen muayene sırasında Dr. Ardelt'in



Resim 1. Dr. Florian Ardelt'in Kliniği



Resim 2. Aile Sağlığı Merkezindeki Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları

iletişime ve hastalarla güven oluşturmaya verdiği önemi açık bir şekilde gözlemleyebildim. Her hastaya yaklaşık 10 dakika ayrılmış olmasına rağmen aynı gün randevu alabilen hastalar nedeniyle günlük hasta sayısı 50-60'ı bulabilmektedir ve Dr. Ardelt bu kısa zaman diliminde dahi teşhisleri, tedavi seçeneklerini açıklamak ve hastaların sahip olduğu soruları yanıtlamak için zaman ayırabilmekteydi. Klinik personelleri özverili, güler yüzlü ve işbirliği içinde çalışmaktaydı. Klinikte bulunduğum süreçte aile hekimlerinin haftalık düzenli yapmaları gereken ev ve huzurevi ziyaretlerinde Dr. Ardelt'e katıldım. Hastaları evde ziyaret etmenin sorunun asıl nedenini anlama ve doğru tedavi verme konusunda ne kadar önemli bir yere sahip olduğu konusunda konuşma fırsatımız oldu. Ziyaretler sırasında hekim-hasta ilişkisinin hastalık prognozunda ne kadar kıymetli bir yere sahip olduğunu bir kez daha deneyimlemiş oldum. İletişim demişken, Marchtrenk'in farklı kültür ve ülkelerden nüfusuna hizmet veren klinik, herkes için erişilebilirlik sağlayarak çeşitli dillerde (Türkçe, Rusça, Fransızca, Arapça gibi) sözlük ve tıbbi bilgilendirme kitapçıkları bulundurmaktadır. Dr. Ardelt'in Türk hastaları için öykü almasına yarayacak birkaç tıbbi soru öğrenip not etmesi, iletişime ve dil bariyerini aşmaya ne kadar önem verdiklerini göstermektedir. Ayrıca ilgimi çeken bir diğer husus da klinikteki bir hekimin, kliniğe başvuran tüm hastaların kullandıkları ilaçları elektronik bilgi sistemlerinden mütemadiyen ilaç etkileşimleri ve uygunsuz ilaç kullanımı açısından klinik rehberlerden gözden geçirerek tedavi düzenlemesi yapmasıydı.

Tamamlayıcı Tıbbın Birinci Basamaktaki Rolü: Dr. Ardelt'ten Notlar

Dr. Ardelt'in uygulamalarına tamamlayıcı tıbbi entegre etmesi, birincil sağlık hizmetlerinde tedavi seçeneklerinin yelpazesini genişleterek, Dr. Ardelt daha geniş bir hasta ihtiyacına ve tercihinin hitap etmektedir. Bu bütüncül yaklaşım, sadece acil sağlık sorunlarını ele almakla kalmaz, aynı zamanda uzun vadeli refah ve hastalıkların önlenmesine de katkıda bulunur.

Akupunktur gibi tamamlayıcı tedavi yöntemlerinin değerini hastalara açıklamak için, Dr. Ardelt akupunkturunu bir ilaçla karşılaştırmaktadır. Tıpkı ilaçlarda olduğu gibi, mucize bir tedavi yöntemi olmadığını ve akupunkturun da yardımcı olabileceğini ancak kesin bir garanti verilemeyeceğini vurgulamaktadır. Bu sayede, hastaları abartılı beklentilerden korumayı hedeflemektedir.

Tamamlayıcı tıbbın birincil sağlık hizmetlerinin dayanıklılığına katkısı şu şekilde özetlenebilir:

- Bazı tamamlayıcı terapiler, geleneksel ilaçlara etkili alternatifler sunabilir, potansiyel yan etkileri ve bağımlılığı en aza indirebilir.
- Tamamlayıcı tıp, kronik ağrı gibi durumların yönetimi, yaşam kalitesinin iyileştirilmesi ve semptom yükünün azaltılması için değerli bir araç olabilir.

SONUÇ

8. EYFDM FORUM Vienna öncesi Linz'deki Değişim Programı'ndaki deneyimim, Avusturya birinci basamak sağlık sistemi ve tamamlayıcı tıbbın modern tıba destek olma potansiyeli hakkında paha biçilmez bilgiler sağladı. Klinik gözlemlerimin yanı sıra Linz'in estetik mimariye sahip yapıları, Tuna nehri ve doğayla iç içe Pöstlingberg tepesinden muhteşem şehir manzarası ruhuma çok iyi geldi (Resim 3).



Resim 3. Pöstlingberg'den Linz şehri manzarası

Dr. Ardelt, iyilik halini teşvik eden hasta merkezli, bütüncül yaklaşımın önemini bana bir kez daha farkettti. Birinci basamak sağlık sistemlerini güçlendirmek ve toplumun sağlık sonuçlarını iyileştirmek için yenilikçi yaklaşımları keşfetmek ve tamamlayıcı tıbbın ilkelerini konvansiyonel bakımla birlikte benimsemek, hem hastalara hem de uygulayıcılara fayda sağlayan daha dirençli ve bütüncül bir sağlık yaklaşımının yolunu açabilir. Bu değişim programına katılma fırsatı veren ve süreçte desteklerini esirgemeyen EYFDM Avusturya ekibine ve beni en güzel şekilde ağırlayan Dr. Ardelt, güler yüzlü sağlık ekibi ve kıymetli eşi ve çocuklarına

içten teşekkürlerimi sunarım (Resim 4). Son olarak tanışmaktan büyük onur duyduğum, kendisi de aynı klinik ve kasabada aile hekimliği yapmış ve emekli olmasına rağmen hastalarına hizmet vermeye devam eden Dr. Florian'ın babası Dr. Jörg Ardelt'e mesleğe

katkılarında ve bana da mesleğini seven bir hekim nasıl olunuru hissettirdiğinden ötürü özel olarak teşekkürlerimi sunmak istiyorum (Resim 5). Güzel günlerde sağlıklı bir çalışma ortamı dileğiyle.



Resim 4. Dr. Florian Ardelt'in sağlık ekibi



Resim 5. Dr. Jöhr Ardelt ile

2024 Hollanda EYFDM Prekonferans Değişim Programı ve LOVAH Kongresi Deneyimleri

Experiences of The EYFDM (European Young Family Doctors' Movement) Preconference Exchange Program and LOVAH Congress in the Netherlands in 2024

Gülşah Onur[®], Hande Büyükdag[®], Aydan Güzel[®]

Atf/Cite as: Onur G, Büyükdag H, Güzel A. 2024 Hollanda EYFDM Prekonferans Değişim Programı ve LOVAH Kongresi deneyimleri. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(2):67-74.

Giriş

Avrupa'daki tam zamanlı aile hekimliği uzmanlık öğrencileri ve ilk beş yılındaki aile hekimliği uzmanlarının oluşturduğu EYFDM (European Young Family Doctors' Movement), kariyerinin erken dönemindeki aile hekimlerini eğitim ve araştırma yapma anlamında destekleyen, onların birbirleri ile iletişimi ve etkileşimi için bir platform sağlayarak meslektaşlar arası deneyim paylaşımı ve iş birliğine olanak sağlayan ve onların seslerini duyuran bir oluşumdur. Bu hareket kapsamında Avrupa ve Dünya çapında değişim programları, konferanslar ve etkinlikler düzenlenmektedir.

LOVAH (Landelijke Organisatie van Aspirant Huisartsen-The Dutch National Association of General Practitioners in Training) 1980 yılında kurulmuş olan Hollanda 'Uzmanlık Eğitimi Gören Aile Hekimleri' Derneği'dir. Bu dernek Hollanda'nın ulusal aile hekimliği derneğine bağlı olup sürekli mesleki gelişim için aile hekimliği araştırma görevlilerine eğitim ve danışmanlık vermektedir. Aynı zamanda meslektaşların birbiriyle tecrübelerini paylaşıp ağ oluşturabildiği, sosyal ve kültürel etkinlikler düzenleyen ve hekimlerin özlük haklarını savunan bir kuruluştur. Bu dernek EYFDM ile güçlerini birleştirip geleneksel olarak yılda bir kez Avrupa'daki genç aile hekimlerini değişim programı kapsamında ağırlamaktadır.

Bu yıl 2-6 Nisan 2024 tarihleri arasında düzenlenen 15. LOVAH Kongresi ve EYFDM Prekonferans Değişim Programı gözlemlerimizi ülkemizdeki değerli meslektaşlarımızla paylaşmayı amaçlamaktayız.

Değişim Öncesi Süreç

Değişim programı EYFDM Türkiye sosyal medya hesapları ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) resmi web sitesi gibi platformlarda duyuruldu. Bu duyurular sayesinde programın detayları ve kapsamı, başvuru şartları ve süreçle ilgili bilgi sahibi olduk. İngilizce olarak hazırladığımız özgeçmiş ve motivasyon mektubu ile başvurumuzu yaptık.

Mail yoluyla başvuru sonucumuzun olumlu olduğunu öğrendik. Türkiye'den 6 kişi olmak üzere tüm Avrupa'dan toplamda 24 genç aile hekiminin seçilmiş olduğu

Received/Geliş: 15.05.2024

Accepted/Kabul: 09.06.2024

Publication date: 30.06.2024

Corresponding Author:

G. Onur

ORCID: 0000-0003-1024-5258

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

✉ gulsahonur94@gmail.com

H. Büyükdag

ORCID: 0009-0007-4217-9693

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir

Tepecik Eğitim ve Araştırma

Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim

Dalı, İzmir, Türkiye

A. Güzel

ORCID: 0000-0002-5587-6742

Akşehir İlçe Sağlık Müdürlüğü,

Konya, Türkiye

bu değişimin ayrıntılı programını LOVAH temsilcileri her birimiz ile ayrı ayrı iletişime geçerek paylaştılar. Hollanda'ya gitmeden önce konaklama ve konferansa katılım detayları inceliklerle ayarlandı.

2 Nisan gününde her birimiz Hollanda'nın farklı kentlerine seyahatimizi gerçekleştirdik ve iki gün boyunca bizleri konuk edecek olan Hollandalı genç aile hekimlerine ulaştık.

Birinci Basamak Sağlık Merkezi Ziyareti

3 Nisan'da her birimiz Hollanda'daki farklı aile sağlığı merkezlerini ziyaret ettik ve normal bir çalışma gününü

ve Hollanda'nın aile hekimliği sistemini yakından gözlemlene ayrıcalığına eriştik. Bizlerin gitmiş olduğu klinikler Rotterdam ve Leiden'deydi.

Rotterdam'da ziyaret etmiş olduğumuz aile sağlığı merkezinde 5 uzman aile hekimi, 1 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi, 4 doktor asistanı, 2 psikolog, 1 fizyoterapist ve 1 diyetisyen çalışmaktaydı (Resim 1). Merkezde ebe ve hemşire yoktu. Aile sağlığı merkezlerinde gebe izlemi ve bebek ve çocuk aşılama uygulamaları yapılmamaktaydı, bunlar için ebe ve hemşirelerin çalıştığı ayrı özel klinikler bulunmaktaydı.



Resim 1. Sanitas Sağlık Merkezi

Leiden'deki merkezde ise 4 uzman aile hekimi, 3 aile hekimliği uzmanlık öğrencisi, 5 hemşire ve 9 doktor asistanı çalışmaktaydı. Merkezde ayrıca fizik tedavi ve rehabilitasyon, yaşlı sağlığı ve bakımı, psikoterapi ve danışmanlık bölümleri mevcuttu (Resim 2).

Mesai saat 08.00'de başlayıp 17.00'de bitiyordu. Hastalar 08.00-10.00 saatleri arasında randevu almak için bu merkezleri aramaktaydı ve randevusuz bu merkezlere gelememekteydi. Aynı zamanda

hastalar merkezin mail hesabı üzerinden semptom ve bulgularını yazarak ve fotoğraflayarak iletişim kurmaktaydılar. Bu aramalar ve mailler aracılığıyla doktor asistanları triyaj yapmakta, hastaları gerekli durumlarda aile hekimlerine danışmakta ve hastaların aciliyetine göre randevu vermektedir. Şikayetine göre hastaları aile hekimliğine, acile başvurmaya veya evde kalmaya yönlendirmekteydiler. Girişte hastaları doktor asistanları karşılamaktaydı. Bu aile sağlığı elemanları 2 yılı pratik eğitimden oluşan 3 yıllık bir



Resim 2. Zeehos Sağlık Merkezi

mesleki eğitimden geçtikten sonra bu merkezlerde çalışmaktaydı. Merkezde hastalardan kan alınması, enjeksiyonlar, pansuman ve ilk yardım, kriyoterapi gibi uygulamaları doktor asistanları yapmaktaydı.

Yaklaşık 15-20 dakikada bir hasta randevusu olan aile hekimlerinin her biri günlük ortalama 25-30 hasta muayene etmekteydi. Her hasta görüşmesinden önce bizleri tanıtır hastalarından onam aldılar. Tüm ülkede tek bir aile hekimliği bilgi sistemi mevcuttu. Bu sisteme hekimler tüm hastalarının anamnezini, muayene bulgularını, laboratuvar ve tetkik istemlerini, reçetelerini girmektedir. Aynı zamanda bu sisteme birinci basamak için geliştirilmiş olan güncel kılavuzlar ve rehberler de entegreydi. Hekim hastasının tanısını bilgi sistemine girdiğinde sistem otomatik olarak farklı bir pencerede ilgili tanı ve tedavi algoritmalarını vermektedir. Bu şekilde aile hekimleri en güncel ve doğru bilgilere erişerek, standardize bir hasta bakımı sunmaktaydı. Hekime karar verme sürecinde destek olan bu uygulama, hasta güvenliğinin artırmanın yanında sürekli mesleki gelişime ve kaynakların verimli kullanımına da katkı sağlamaktadır. Bu rehberlerin hastaların kullanımına uygun olan versiyonları da mevcuttur. Hastalar kendi sağlık durumlarının ve tedavilerinin bir katılımcısı yapılarak güvenilir kaynaklara erişim sağlanmaktadır. Bu şekilde hem infodemi önlenirken hem de hastaların hekime duyduğu güven artar.

Hollanda'nın sağlık sisteminde sevk zinciri etkin ve düzenli olarak işlemektedir. Birinci basamaktan sevk olmaksızın hastalar üst basamak hastanelere başvuru yapmak istediğinde sağlık sigortaları bunları karşılamamakta ve yüksek maliyetler çıkmaktadır. Bu sistem hastaları ilk olarak kendi aile hekimlerine başvurmaya teşvik ederek aile hekimlerinin sağlık sisteminde ilk başvuru noktası ve sistemin kapı tutucusu olmasını sağlamaktadır. Aile hekimleri hastalarını sevk edeceklerinde ayrı bir sisteme bağlanıp bu sistem üzerinden sevk edecekleri uzmanlık dalını ve hastaneyi seçmekteydi. Bu sistemlerde hastanelerin muayene için tahmini bekleme süresi ve hastanenin aile sağlığı merkezine mesafesi de mevcuttu. Hekim ve hasta iş birliği içinde karar veriyordu. Aile hekimleri kendi hastalarının tüm tıbbi bilgilerine erişim sağlayabilirken üst basamak hastanelerde çalışan hekimler sadece aile hekiminin erişimlerine izin verdikleri hasta sağlık bilgilerini görebilmekteydi. Sevk sırasında aile hekimleri konsültasyon nedenini, anamnezdeki, muayenedeki ve tetkik sonuçlarındaki önemli bilgileri sisteme girmektedir. Yazılan bu bilgilerle üst basamak

hastanelerde önceliklendirme ve triyaj yapılarak, bu hastanelerden hastalara sistemdeki telefon ve mailleri üzerinden ulaşıyordu. Sevk sonuçları aile hekimlerine mail yoluyla bildiriliyordu.

Kronik hastalık takibi için aile sağlığı merkezinde ayrı birimler bulunmaktaydı ve bu birimlerde doktor asistanları görev yapmaktaydı. Hastaları rutin takiplerine çağırarak gerekli tetkik ve izlemleri uygulamaktaydılar. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlerin sürdürülmesinde önemli bir yerleri bulunmaktaydı. Aynı zamanda kronik hastalığı olup sürekli kullandığı ilacı olan bireyler ilaçları bittiğinde aile sağlığı merkezini arayarak reçetelerini yazdırabiliyordu. Reçete yazımını bu aşamada doktor asistanları yapmakta ve yazılan reçeteler onay için aile hekiminin sistemine düşmekteydi.

Hollanda'da aile hekimleri kliniğe gelemeyecek durumda olan hastalarına (özellikle geriyatrik popülasyon olmak üzere) evde sağlık hizmeti de sunmaktaydı. Bizler de evde sağlık hizmetlerini gözlemlene şansı yakaladık. Aile hekimleri bu kapsamda hastaları evlerinde ziyaret edip muayene ederek uygun tedavi ve takip önerilerinde bulundu. Hekimler ev ziyaretlerine giderken yanlarına 'telefonlarındaki bir uygulamaya bağlı, mobil, taşınabilir EKG cihazlarını' da alıp akut kardiyak olay şüphesinde kullanılmaktaydı.

Aile sağlığı merkezlerinde lipom, nevüs eksizyonu, tırnak çekimi, apse drenajı, sünnet gibi minör cerrahi işlemler yapılabiliyordu. Spekulum ile vajinal muayene, smear testi, rahim içi araç uygulaması da tüm aile hekimlerinin yapabildiği uygulamalar arasındaydı. Herhangi bir sertifikasyon programı olmadan tüm aile hekimleri sigara bırakma danışmanlığı verip ilaçlarını reçeteleyebiliyordu. Madde bağımlılarını ise ayrı özel birimlere yönlendiriyorlardı. Aile hekimliği uzmanlığı sonrasında ultrasonografi için sertifikalı eğitimler mevcuttu ve sertifikalı aile hekimleri kliniklerinde ultrasonografi, ekokardiyografi yapabilmekteydi. Yıllık en az 50 uygulama yapmayan hekimlerin sertifikası iptal ediliyordu.

Aile hekimliği bilgi sistemi üzerinden hekimler röntgen, bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme gibi ileri tetkiklerini istem notu ekleyerek isteyip hastaları hastaneye yönlendiriyordu. Hastaneler sistemlerine düşen hastalara triyaj yapıp randevu veriyorlardı ve çekim sonrasında radyologların raporları aile hekiminin sistemine düşüyordu.

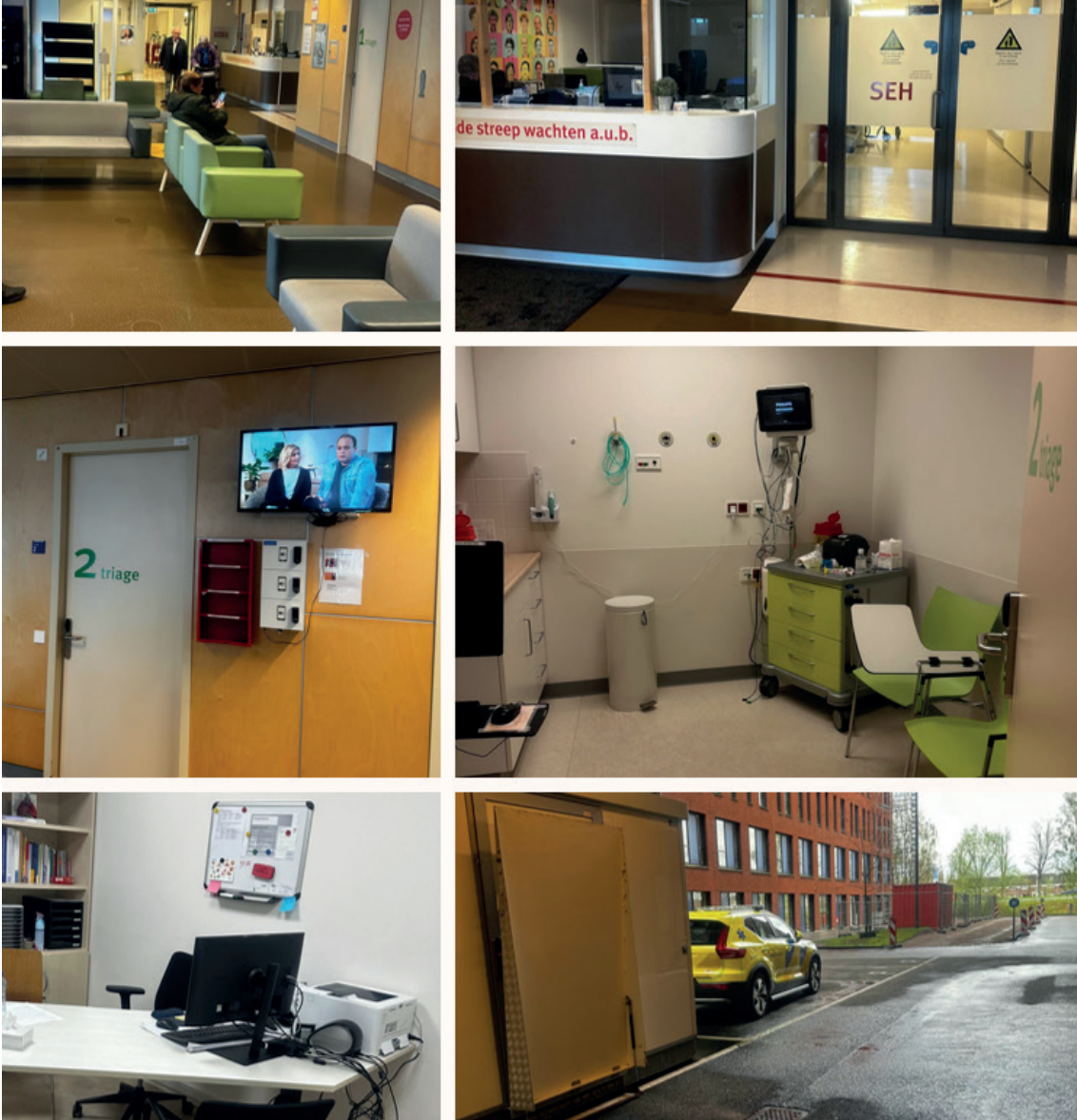
Reçeteler de yine aile hekimliği bilgi sistemi üzerinden yazılıyordu ve hastaların kayıtlı oldukları eczanelerin sistemine düşüyordu. Hastalar ilaçlarını sadece bu eczanelerden temin edebiliyordu. Ayrıca bilgi sistemi ilaç kontrendikasyonu veya ilaç etkileşimi olması durumunda hekime uyarı veriyordu.

Merkezlerde çalışan aile hekimliği uzmanlık öğrencilerinden Hollanda'da 3 yıl süren uzmanlık süreci ile ilgili bilgiler de edindik. Tıp fakültesinden mezuniyet sonrasında tıpta uzmanlık sınavı olmadan kendi başvuruları ile özgeçmiş ve mülakatlar sonucunda uzmanlık eğitimine başlamaktaydılar. Birinci ve üçüncü yıllarında aile sağlığı merkezlerinde haftanın dört günü aktif çalışıp, haftanın bir gününde de üniversitedeki derslere, seminerlere ve uygulamalara katılmaktaydılar. Aile sağlığı merkezinde çalıştıkları dönem boyunca

kendileri hasta muayene ederek, danışmak istedikleri durumlarda süpervizör uzman doktorlardan görüş alıp onlarla fikir alışverişinde bulunuyorlardı. İkinci yıllarında ise 6 ay acil kliniği, 3 ay ruh sağlığı ve hastalıkları bölümü, 3 ay da yaşlı bakım evlerinde çalışmaktaydılar.

Mesai Dışı Aile Hekimliği ve Acil Servis Ziyareti

Hollanda'nın farklı şehirlerindeki birinci basamak sağlık merkezi ziyaretlerimizin ardından Den Bosch şehrine seyahat ettik ve burada değişim programına bizlerle birlikte katılan 8 ülkeden (Türkiye, İngiltere, Hollanda, Polonya, İsrail, Çek Cumhuriyeti, Portekiz ve İspanya) toplam 24 genç aile hekimi ile bir araya geldik. Bu şehirde ilk durağımız Jeroen Bosch Hastanesi'ydi. Burada mesai dışı aile hekimliği ofisini ve acil ünitesini ziyaret ettik ve burada çalışan hekimler ve sağlık personelinin işleyiş hakkında bilgiler edindik (Resim 3).



Resim 3. Jeroen Bosch Hastanesi Mesai Dışı Aile Hekimliği Ofisi ve Acil Servisi

Hollanda'da acil durumlar hariç mesai dışında sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastalara hizmet veren mesai dışı aile hekimliği ofisleri bulunmaktadır. Hastalar bu ofislere direk başvuruda bulunamamaktadır. Çağrı merkezini arayarak öncelikle triyaj tabi tutulmaktadırlar. Telefonla yapılan triyaj sonrasında hastaların durumuna göre ya evde kalması ya da mesai saatlerinde kendi aile hekimine başvurması, ya mesai dışı aile hekimliği ofisine gelmesi ya da acil servise başvurması konusunda danışmanlık yapılmaktadır. Gerekli durumlarda hastaların göndermiş oldukları, şikayetleri ve mevcut sağlık durumlarıyla ilgili video ve fotoğraflar ile de triyaj yapılmaktadır. Gitmiş olduğumuz hastanede acil servis ve aile hekimliği ofisinin ortak bir girişi olup bu girişte bekleme salonu, sekreteryaya ve triyaj odaları mevcuttu. Telefon triyajının ardından birime çağrılan hastalar bu triyaj odalarında vital değerlerinin ölçümünün ardından ön bir değerlendirmeden geçiyordu. Trijajın ardından uygun hastalar bu merkezdeki aile hekimliği ofisine yönlendiriliyordu. Her aile hekiminin yaklaşık olarak ayda iki kez bu merkezlerde nöbeti oluyordu ve her bir nöbet 8 saat sürmekteydi. Normal bir aile sağlığı merkezine benzer imkanları olan bu ofislerde aile hekimleri acil servis ile iş birliği içerisinde çalışmaktaydı. Hekimler 15-20 dakikada bir hasta muayene etmekteydi. Mesai dışı aile hekimliği ofislerinde rehberlere uygun olarak hazırlanmış içerik ve sayıda ilaç mevcuttu ve bu ilaçlar kilit altında tutulmaktaydı. Acil servisin ambulansı dışında aile hekimlerinin ev ziyareti yapabilmesi için araçlar da bulunmaktaydı. Bu merkezlerde multidisipliner bir sağlık ekibinin yanında sosyal hizmet uzmanları, polis ve güvenlik görevlileri de çalışmaktaydı.

EYFDM Prekonferansı

Hastane ziyaretimizin ardından değişime katılan Avrupa'nın farklı ülkelerinden genç aile hekimi meslektaşlarımız ile öğle yemeği yedik ve sonrasında birlikte prekonferans merkezine gittik. Evsiz hastalarda birinci basamak sağlık hizmetleri üzerine deneyimli bir aile hekimliği uzmanı olan Dr. Marcel Stockers'ın evsizlerde bulaşıcı hastalıklara yaklaşım, uyuşturucu madde bağımlılığı ve bu hastaların palyatif bakımı konusunda bilgi ve tecrübelerini içeren sunumunu dinledik. Evsizlerde mortalite oranları, sık görülen hastalıklar ve iyileşme süreci, birinci basamağa ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişim, kognitif problemler, evsizlerde sağlık sigortası gibi konularda ufuk açıcı bir sunum oldu (Resim 4).

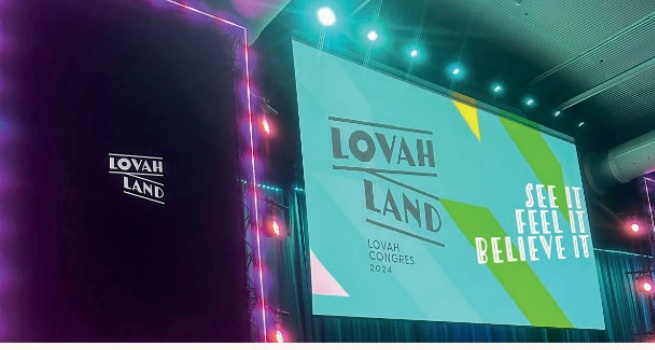


Resim 4. EYFDM Prekonferansı ve Türkiye'den Değişime Katılanlar

İkinci oturumda değişime katılan hekimler olarak her birimiz kendi ülkelerimizdeki palyatif bakımla ilgili sistem ve düzenlemelerin pozitif ve negatif yönlerini karşılaştırdık. Hollanda'da aktif yaşam sonlandırma uygulamalarıyla ilgili süreci ve şartlarını dinledik. Aktif ve pasif ötenazi ve doktor destekli intihar gibi kavramları ve hangi ülkelerde yasal olduğunu tartıştık.

15. LOVAH Kongresi

Bu yıl "LOVAH Land, Creating Our Future" temasıyla 15'inci düzenlenen LOVAH konferansında, ilham verici oturumlar ve ilginç atölye çalışmalarının yanı sıra festival tadında etkinliklerle inanılmaz bir kongre deneyimi yaşadık. Ulusal aile hekimliği kongresi olması nedeniyle kongrenin ana dili Felemenkçeydi fakat ana salonlarda gerçekleşen sunumlarda yabancı katılımcılar için kulaklıklarla anlık çeviri uygulaması yer alıyordu. Ayrıca katılmış olduğumuz atölye çalışmaları da İngilizce gerçekleşti. Kronik hastalıkların tanı ve tedavisinde dijital gelişmeler ve yapay zekâ, farklı ten renklerinde görülen cilt hastalıkları varyasyonları, aile hekimliğinde liderlik gibi birbirinden ilgi çekici konuları



Resim 5. LOVAH Kongresi ve Sosyal Program

ele alan interaktif atölye çalışmalarına katıldık. Müziğin beynimiz ve ruh halimiz üzerine etkileri, abortus ilaçları ve abortus için yasal süreçler gibi konularda önemli ve ilginç sunumlar dinledik. Oturum aralarında fuaye alanında bulunan stantları gezip sosyal etkileşimde bulunma fırsatı elde ettik.

Bu stantlarda sağlık sistemlerinde kullanılan yeni teknolojilerin yanı sıra Hollanda kültür ve mutfağına ait tanıtım sergileri de bulunmaktaydı. Kongre kapanış oturumunun ardından gala yemeği ve sosyal programa katıldık (Resim 5).

SONUÇ

Bizler katılmış olduğumuz EYFDM prekonferans değişim programı ve LOVAH kongresinde bakış açımızı genişleten ve bizleri profesyonel anlamda zenginleştiren bir deneyim yaşadık. Hollanda'daki genel sağlık sistemi ve birinci basamak sağlık hizmetleri hakkında edindiğimiz bilgi ve gözlemler ışığında, Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmetlerinin avantaj ve dezavantajlarını keşfettik, ülkemizde aile hekimliği uygulamalarının iyileştirilmesinde ve gelişiminde etkili olabilecek projeler ve çözümler üretmek için vizyon ve motivasyon kazandık. Ayrıca Avrupa'nın dört bir yanından gelen meslektaşlarımızla sosyal ve kültürel etkileşimde bulunarak keyifli bir hafta geçirdik (Resim 6).

Yaşadığımız bu deneyimden yola çıkarak, farklı ülkelerin sağlık sistemlerini ve aile hekimliği

uygulamalarını gözlemlene fırsatı sunan EYFDM değişim programlarının genç aile hekimlerine eşsiz bir fırsat sunduğunu düşünmekteyiz. Ülkemizdeki idealist meslektaşlarımızı, uluslararası arenada deneyim kazanmak ve yeni perspektifler edinmek için bu değerli fırsatı kaçırmamaları konusunda teşvik ediyoruz.



Resim 6. EYFDM Prekonferans Değişim Programına Katılan Avrupa ve Türkiye Ekibi

Bizlere en güzel şekilde ev sahipliği yapan Dr. Dina Salkovic, Dr. Kerime Dursun, Dr. David Oppenhuizen ve Dr. Pieter-Jan van Balen başta olmak üzere LOVAH ekibine, ülkemizde genç aile hekimlerinin mesleki ve profesyonel anlamda gelişimi için emek veren EYFDM Türkiye ekibine, bizlere bu yolu açan

hocalarımıza teşekkürü bir borç biliriz. Değişim programına Türkiye'den bizlerle birlikte katılmış olan meslektaşlarımız Dr. Semiha Nur Mandacı, Dr. Selim Sezer ve Dr. Büşra Bilik Sezer'e de ayrıca teşekkürlerimizi sunuyoruz.