

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt Volume **18** Sayı Number **3** Temmuz-Eylül July-September **2014**

Birinci basamakta çalışan hekimlerin dinlenme hakkı bağlamında aile hekimliğinde nöbet uygulaması

Zeynep Şişli



Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler

Zeynep Baykan, Fevziye Çetinkaya, Melis Naçar, Alper Kaya, M. Ümit Işıldak

Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi

Emel Peker, Naci Topaloğlu, Erkan Melih Şahin, Ertan Eşsizöğlü, Ayşegül Uludağ, Selen Güngör, Hasret Ağaoğlu

Yayın Kuralları | Instructions to Authors

* **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Demegü'nün (TAHUD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dön sayıya bir cilt tamamlanır. Derginin yayını dili Türkçe'dir, Yabancı yazarlardan yelın yazılar İngilizce yayınlanabilir.

* Derilinin içeriğini Aile Hekimliğini ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konular oluşturmaktadır. Dergi, araştırma makaklerini, olgu sunumlarını, derlemeleri (derlemeler, sadece davet ile kabul edilmektedir), sürekli tıp eğitime katkıda bulunacak yazılar, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayını tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.

* Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha (önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayını için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.

* Dergimiz ve derneğimiz yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiç bir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntıda, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

* Dergiye gönderilen yazılar yayını kurulu tarafından incelenir. İncelenme sonucu derginin yayını amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayını amacına ve yayını kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayını tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayını kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.

* Bilimsel danışma kuruluna 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 yanıtlarda aynı doğrultudaysa 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 gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt göre karar verilir.

* Yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2.5 cm boşluk bırakarak. 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak hazırlanmış Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki işaretler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.

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

Yazı Çeşitleri

Özgün araştırmalar: Özet, Giriş, Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tanışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur (özel bilgileri için bakınız Yazı Kuralları). Giriş ve Amaç bölümünde başlıca konuyu, ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunarak konunun bilinen ve bilinmeyen, bilgi birikimi olmayan ya da çelişkili olan yönleri, araştırmanın bu eksiklerden hangisini ve neden tamamlamayı amaçladığı belirtilmelidir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın aile hekimliğine beklenen katkısı ve uygulamada ne tür değişikliklere yol açmasının öngörüldüğü yer almalıdır. Gereç ve Yöntem bölümünde çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği ve örneklerin nasıl yapıldığı belirtilmeli, kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb) ayrıntılı olarak tanıtılmalı ve ölçeklerin geçerlik güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirme konusunda bilgi verilmelidir. Bulgular bölümünde, araştırma sonucu elde edilen bulguları ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, her ikisinde birden yinelenmemelidir. Tartışma bölümünde araştırmada elde edilen bulguların önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği eklenmelidir. Sonuç bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara dayanılarak varılan ana sonuçlar vurgulanmalı, aile hekimliğine katkısı aykırılmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarındın kaçınılmalıdır. 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 araştırmaya yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında araştırmalarla aynı kurallar 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.

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

Olgu sunumları: Literatüre katkısı olabileceği düşünülen ilginç olgu deneyimlerinin aktarıldığı yazılardır. Giriş, Olgu sunumu ve Tartışma bölümlerinden oluşur. Yapılandırılmamış özet içermeli, yazı uzunluğu özet, kaynaklar ve tablolar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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.

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. 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında uluslararası kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerinde dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviriyi yapanın sorumluluğundadır.

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

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

Tanıtmı yazılar: 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 gerekliğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

Başmakale (Editöryal): Dergi yayını politikası ve yayını ilkeleri hakkıyla bilgi vermek ve Dergide 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 tartışma amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlarda dışından editöryallerin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

Başlık: Yazının başlığı, yazarların akademik unvanları, adları soyadları, uzmanlık alanları ve bağlı oldukları kurumlar belirtilir. Ardından, yazışma yapılacak yazar belirtilerek, posta adresi, telefon ve faks numaraları ile e-posta adresi yazılır. Varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre v.d. bilimsel etkinlikler belirtilir. Makale başlığı yazının içeriğini açıklamalı, anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli en çok 10 sözcükten oluşmalıdır.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 100 en çok 350 sözcükten oluşmalı; özgün araştırma yazılarının özelleri şu alt başlıklar altında yapılandırılmalıdır: Amaç (*Objectives*) Yöntem (*Methods*), Bulgular (*Results*) ve Sonuç (*Conclusions*). Özellere Türkçe ve İngilizce en çok 3'er anahtar sözcük eklenmelidir.

Metin: Yazının devamını içerir. Her bir yazı türü (özgün araştırma, ilerleme vb) için farklı yapılandırılır. Örneğin özgün makaleler için Giriş ve amaç. Gereç ve yöntem, Bulgular. Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur.

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içinde geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı allı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayını ise et al.) eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler:

Makaleler için:

- Örnek: Akşit S, Yılmaz C, Arkan CA. Aile hekimliğinde araştırma alanlarının tanımlanması: kalitatif çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2002;19:17-8.

- Joyce SD, Wilkins PA, Luyten AL, et al. Solid-organ transplantation in HIV-infected patient's. *N Engl J Med* 2003;347:284-7.

Kitap bölümü için:

- Raket RE. The family physician. In: Raket RE, editor, Textbook of family practice. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995. p. 5-19.

İnternet sayfası için:

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

Şekil, tablo ve resimler: Resimler, şekil ve tablolar Arap rakamlarıyla numaralandırılır (1,2, 3,...) numaralandırılmamıştır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimler standart dışı kısaltma kullanılması gerekliğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır.

Yazıların Gönderilmesi

Değerlendirilmek üzere dergiye gönderilecek yazıların gönderim ve eş değerlendirme süreci (peer review) izlemi sadece derginin www.turkailehekderg.org adresinde yer alan çevrim içi (online) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.



Kapak Resmi: İbrahim Balaban, Doğum, 80x120 cm, yağlı boya. Bu resim Bursa Mapushanesinde Nazım Hikmet'in yanında yapılmıştır.

Baş Editör | Editor-in-Chief
Prof. Dr. Okay Başak

Editörler | Editors
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Prof. Dr. Dilek Güldal
Doç. Dr. Pınar Topsever
Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Doç. Dr. Mehmet Akman

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board
Doç. Dr. Mehmet Akman
Uz. Dr. Işık Gönenç
Uz. Dr. Birgül Coşkun
Uz. Dr. Emrah Kırımlı
Doç. Dr. Ümit Aydoğan

Sahibi | Owner
Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Okay Başak

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor
Doç. Dr. Mehmet Akman

Yönetim Yeri | Administration Office
TAHUD Genel Merkezi
Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence
e-posta: tahud@tahud.org.tr

Teknik Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator
Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design
Perihan Demirbaş, info@medikalakademi.com.tr

Sayfa Düzeni | Application
Mahir Kandemir, mahir@medikalakademi.com.tr

Yayınevi | Publisher
Medikal Akademi Yayıncılık ve Prodüksiyon Tic. Ltd. Sti.
Halaskargazi Cad. No: 172, D: 134 - Şişli / İstanbul
Tel: (0537) - 309 29 55, Faks: (0212) 233 90 61
www.medikalakademi.com.tr

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk (Aile Hekimliği)
Atatürk Üniv. Tıp Fak. / Erzurum
Prof. Dr. Nafiz Bozdemir (Halk Sağlığı)
Çukurova Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Adana
Prof. Dr. Esra Saatçi (Aile Hekimliği)
Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana
Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Halk Sağlığı)
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Sivas
Doç. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara
Prof. Dr. Mehmet Ungan (Aile Hekimliği)
Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara
Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu (Aile Hekimliği)
Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman (Family Medicine)
The Schulich School of Medicine and Dentistry,
The University of Ontario / Ontario, Canada
Prof. Dr. Michael Kidd (Family Medicine)
Faculty of Health Sciences, Flinders University /
Adelaide, Australia
Prof. Dr. Jan De Maeseneer (Family Medicine)
Faculty of Medicine and Health Sciences,
University of Ghent / Ghent, Belgium
Prof. Dr. Waris Qidwai (Family Medicine)
Aga Khan University / Karachi, Pakistan
Prof. Dr. Richard G. Roberts (Family Medicine)
School of Medicine and Public Health,
University of Wisconsin / Madison, WI, USA
Prof. Dr. Moira Stewart (Epidemiology & Biostatistics)
The Schulich School of Medicine and Dentistry,
The University of Ontario / Ontario, Canada
Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman (Family Medicine)
College of Medicine, University of Sharjah /
United Arab Emirates
Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)
Nijmegen Medical Centre, Radboud University /
Nijmegen, The Netherlands

Başmakale | Editorial

Yazarlarımızın dikkatine! | 115

To our authors!

Ümit Aydoğan

Araştırmalar | Research Articles

Bursa Yıldırım ilçesinde kuduz riskli temas bildirimlerinin değerlendirilmesi | 117

Assessment of rabies-risk contact notifications in Yıldırım, district of Bursa

Mustafa Karadağ, Binali Çatak, Sevgi Baştürk, Şirin Elmas

Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler | 122

Burnout among family physicians and its associated factors

Zeynep Baykan, Fevziye Çetinkaya, Melis Naçar, Alper Kaya, M. Ümit Işıldak

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri | 134

Contraceptive method usage according to women's socio demographic characteristics and the reasons for choice of methods

Ruhuşen Kutlu, Seher Sayın, Mehmet Uçar, Raziye Aslan, Oğuz Demirbaş

Çocukların vücut ağırlığı ve görünümleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi? | 142

The comparison of parent's perception on weight, appearance and appetite of their children with objective criteria

Emel Peker, Naci Topaloğlu, Erkan Melih Şahin, Ertan Eşsizoglu, Ayşegül Uludağ, Selen Güngör, Hasret Ağaoğlu

Bir aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların rahim içi aracı terk etme nedenleri | 149

The reasons of intrauterin device discontinuation in women applied to a family planning policlinic

Ruhuşen Kutlu, Ayşe Özlem Kılıçaslan

Olgu Sunumu | Case Report

Tek doz Doksisisiklin kullanımına bağlı gelişen özofagus ülseri: Bir olgu sunumu | 156

Esophageal ulcer development after a single dose of Doxycycline: a case report

Seher Sayın, Ruhuşen Kutlu, Serhat Sayın, Hüseyin Ataseven

Olgu sunumu: Şizofren hastanın renal kolik tablosundan doğuma giden hikayesi | 159

Case report: the story of schizophrenic patient from renal colic to childbearing

Burcu Kayhan Tetik, İrep Karataş Eray, Özlem Öztaş, Seval Öztürk

Derleme | Review

Birinci basamakta çalışan hekimlerin dinlenme hakkı bağlamında aile hekimliğinde nöbet uygulaması | 162

Implementation of On-Call Duty for family practice regarding to "Right to Rest" of primary care physicians

Zeynep Şişli

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

Yazarlarımızın dikkatine!

To our authors!

Ümit Aydoğan¹

Değerli Okurlarımız,

Merhaba!

TÜBİTAK ULAKBİM Türk Tıp Dizini'nde yer alan tek aile hekimliği dergisi olan Dergimize yazı akışı her geçen gün artmaktadır. Editöryal ekip olarak her yazı için titiz bir değerlendirme süreci oluşturmaya çalışıyoruz. Bu süreci hızlandırmak adına makalelerin teknik değerlendirmesini bir süredir hakem değerlendirmesi öncesinde değil, makale kabul aşamasında yapmaktayız. Böylece yazılar sisteme girilir girilmez olabildiğince en kısa sürede, editöryal ve hakem değerlendirmesine başlayabiliyoruz. Ancak bunun için, teslim edilen makalelerin Dergimizin makale teslim kurallarına uygunluğu çok önemli. Bu sayıdaki başyazımızda makale değerlendirme sürecindeki bazı aksama ve sorunları sizlerle paylaşmak istiyoruz.

Değerli yazarlarımız,

Öncelikle, dergimizin aralıksız olarak çıkmasında, büyük emeklerle hazırladığınız yazılarınızı göndererek vermiş olduğunuz katkılardan dolayı, sizlere çok teşekkür ederiz.

Uzun süredir yazar olarak makale gönderdiğim Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde, 2014 yılı itibarıyla yoğun bir çalışmanın gerçekleştiği Editörler Kurulunda, özellikle teknik değerlendirmelerden sorumlu editörlerden biri olarak görev yapmaktayım. Yani, gelen yazıların ilk değerlendirmesinin yapıldığı, eksiklerinin tamamlandığı, olgunlaştırıldığı ve yeni başlayan yazarlarımıza yapıcı rehberliğin yapıldığı bir yerde çalışıyorum. Bu, bir araştırmacı ve yazar için önemli tecrübelerin kazanıldığı bir görevdir ve

bir onurdur aynı zamanda.

Araştırmacı olarak yapmış olduğum bilimsel çalışmalar sonrasındaki yazılarımın büyük bir kısmını, uzmanlık derneğimizin dergisi olan Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'ne gönderdim ve göndermeye devam edeceğim. Ben de bütün yazarlar gibi, gönderdiğim yazımın kabul edilmesini ve kabul yazısını içeren mesajı beklerim hep. Ne yazık ki, Editörler Kurulu'nda çalışmaya başladığım kısa sürede, bu sürecin çok kolay olmadığını farkettim. Kendi mesleki hayatıma baktığımda ise bu süreci kolaylaştıracak bir takım önemli noktaların olduğunu tecrübe edindim. Bu önemli noktaları sizlerle paylaşmak istiyorum:

1. Yaptığım çalışmanın ve hazırladığım makalenin, göndereceğim dergi için uygun bir yazı olup olmadığı,
2. Göndereceğim derginin web sayfasında, yazarlara bilgi kısmındaki, yazıların hazırlanması, etik ile ilgili konular, yazı çeşitleri, yazı kuralları gibi alt başlıkların dikkatlice okunması,
3. Dergiye gönderilecek yazıyı derginin makale kabul sistemine yüklerken, onunla birlikte zorunlu olarak yüklenmesi gereken "Çıkar Çakışması Beyan Formu", "Yayın Hakkı Devir Formu" ve "Yazar Katkı Formu" gibi formların sisteme yüklenmesi gerekliliği.

Yazar olarak bizzat yaşadığım ve makale değerlendirme sürecini doğrudan etkileyen yukarıda saymaya çalıştığım önemli noktalara dikkat edilmediği veya gözden kaçtığı durumlarda, yazıların değerlendirilme süreci ister istemez uzamaktadır.

Göndermiş olduğunuz yazılarınızın ilk değerlendirilmesinde Türkiye Aile Hekimliği Dergisi baş editörü ve editörlerinin en fazla tespit ettiği sorunlar şunlardır: Makalenin Türkçe ve İngilizce başlıklarının olmaması, sorumlu yazar iletişim bilgilerinin (güncel adresleri ve ulaşılabilecek telefon numarası, vb) eksik olması, Türkçe ve İngilizce özetin eksikliği, Türkçe ve İngilizce özet alt başlıklarının Dergimizin yazım kurallarına göre yapılandırılmaması, anahtar sözcüklerin uygun olmaması, ana metindeki alt başlıkların uygun olmaması, yazıların sözcük ve tablo/şekil sayısının fazlalığı, tablo ve şekillerdeki kısaltmaların tablo ve şekil altında açıklanmaması, kaynakların Dergimizin kaynak yazım kurallarına uygun olarak yazılmaması.

Yine, sisteme en fazla hatalı yükleme durumlarından biri de “Editöre Mektup” yazı çeşidi ile ilgilidir. Aile Hekimliğinden Haberler bölümü için uygun olan yazılar, ne yazık ki Editöre Mektup olarak sisteme yüklenmektedir. Editöre mektup, hepimizin bildiği gibi, genelde kısa bir yazı çeşididir ve okuyucunun dergide yayınlanmış olan ve ilgisini çeken bir makaleye yorum getirmesidir. Dergimizin yayın kuralları içinde şöyle tanımlanmaktadır: “Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini gelişmelerden 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.” Bu yorumların yapıcı ve nesnel olması, amaç içermesi, kısa ve yalın bir dille yazılması, daha önce başka bir yerde yayınlanmamış olması önemlidir. Makaleler dergilerde yayınlanmadan önce sıkı bir kontrolden geçiriliyor olsalar da, gözden kaçan hatalar olabilmektedir. Bu durumlarda, okuyucular makale hakkındaki yorumlarını editöre gönderdikleri bir mektupla bildirebilirler. Bu nedenle editöre mektuplar, makale yayınlandıktan sonraki bir kontrol mekanizması olarak da düşünülebilir.

Bu arada makale kabul sistemimizi geliştirmeye çalışıyoruz. Bildiğiniz üzere bir yıldan uzun bir süredir Scopemed Makale Kabul Sistemini kullanıyoruz. Makalenin sisteme yüklenmesinden kabul sonrasında dizgisinin yapılarak taslak çıktılarının hazır olmasına kadar geçen süreçte işleyişi zorlaştıran bazı uygulamalar yaşamaktayız. Bunlardan biri bu değerlendirme sürecinde editörlerin ya da hakemlerin sisteme dosya yükleyememesiydi. Bu nedenler makale üzerinde gösterilmek istenen öneriler ve düzenlemeler sağlıklı bir şekilde yazarlara iletilmemekteydi. Bu durum makalenin kabul edildiği en son düzenlemenin yayıncı kuruluşa iletilmesinde de sorunlara ve yanlış dizgilere yol açmaktaydı. Programa yeni eklemeler yapıldı ve şimdi artık sisteme dosya yükleyebileceğiz.

Makale kabul sistemimizde yaşadıkları sorunlar varsa, yazarlarımızın bunları bize iletmesini beklemekteyiz.

Katkılarınızın bol olduğu yeni sayılarda buluşmak üzere...

Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN

Bursa Yıldırım ilçesinde kuduz riskli temas bildirimlerinin değerlendirilmesi

Assessment of rabies-risk contact notifications in Yıldırım, district of Bursa

Mustafa Karadağ¹, Binali Çatak¹, Sevgi Baştürk¹, Şirin Elmas¹

Özet

Amaç: Çalışmamızda, Bursa İli Yıldırım Toplum Sağlığı Merkezine 2011–2012 yıllarında bildirim yapılan kuduz riskli temas formlarının (Form 014) değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırmanın verileri, 2011-2012 yıllarına ait 648 Kuduz Riskli Temas Bildirim formlarından (Form 014) elde edilmiştir. Veriler SPSS 10,5 paket programında analiz edilmiş ve analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans ve yüzde kullanılmıştır.

Bulgular: “Vakaların %71,3’ü erkek, %50,1’i 0-19, %29,3’ü 40 yaş ve üzeri grupta görülmüş, %39,8’i yaz mevsiminde bildirilmiş, %70,7’si köpekler tarafından ısırılmıştır. Isırılan vakaların %36,3’üne 3 doz, %25,6’sına 5 doz aşı yapılmıştır. Form 014 kayıtlarında en fazla eksiklik %15,7 oranı ile hastalık durumu bilgilerinde, en az eksik kayıt ise %2,6 oranı ile gönderen kurumun bilgilerinde saptanmıştır.”

Sonuç: Önemli bir halk sağlığı sorunu olan kuduz riskli temasın en sık nedeni sahihsiz köpeklerdir. Halka yönelik eğitim çalışmaları, sahihsiz hayvan kontrolüne yönelik çalışmalar, riskli temas vakalarının kayıtlarının düzenli tutulması, bildirimlerin doğru, eksiksiz yönetmeliklere uygun yapılması ve ilgili personelin eğitim eksikliklerinin giderilmesi kuduz riskli temasın azaltılması yönünde faydalı olabilir.

Anahtar sözcükler: Kuduz, bağışıklama, tıbbi kayıtlar.

Summary

Objective: The aim of this study is to evaluate rabies-risk contact forms (Form 014) reported between 2011-2012 to Bursa Province Yıldırım Community Health Center.

Methods: The data were collected from 648 rabies-risk contact notification forms (Form 014) between 2011-2012. Data were analyzed using SPSS 10.5 package program. In the analysis, frequency and percentage from descriptive criteria were used.

Results: 71.3% of cases were men, 50.1% were between the ages of 0-19, 29.3% were over 40 years-old, 39.8% of cases occurred in summer, 70.7% were bitten by dogs. 36.3% of bite cases were vaccinated 3 doses, 25.6% were vaccinated 5 doses. Disease status information section of Form 014 is the most incomplete section (15.7%). Sender Institution Information is the section which left incomplete the least (2.6%).

Conclusion: The most common cause of rabies-risk contact, which is an important public health problem, is stray dogs. Educational activities for the public, studies for the control of stray animals, keeping regular records of contact-risk cases, notifying the cases accurate, complete and in accordance with the regulations, eliminating the educational deficiencies of relevant staff may be helpful to reduce the rabies-risk contact.

Keywords: rabies, vaccination, medical records.

Kuduz (Rabies), dünyada ve ülkemizde halen önemini koruyan bir halk sağlığı sorunu olup insanlık tarihinin en eski zoonotik enfeksiyon hastalıklarından biridir^[1]. Ansefalomiyelit ile karakterize olan kuduz hastalığının en önemli bulaş yolu enfekte hayvanların ısırmasıdır^[2].

Dünyada yaklaşık 10 milyon insanın şüpheli hayvanla teması nedeni ile tedavi gördüğü tahmin edilmektedir. Tüm dünyada kuduz riskli temas vakalarının en önemli nedeni köpeklerin ilk sırada yer aldığı evcil hayvanlardır. Riskli temas vakalarının azaltılmasında evcil hayvanların aşılama önemli olup, insana yönelik şüpheli ısırık durumunda aşılan-

maya hemen başlanmalı ve insan kuduz immunglobulini (Human rabies immune globulin-HRIG) verilmelidir^[3].

Türkiye’de vahşi hayvan türlerinden; kurt, kıy kudu, tilki, çakal, yaban kedisi, kokarca, gelincik, evcil hayvan türlerinden; köpek, kedi, sığır, koyun, keçi, at gibi hayvanlar kuduzla yakalanma olasılığı olan hayvanlardır^[4].

Bu çalışmada, 2011–2012 yıllarında Toplum Sağlığı Merkezine bildirim yapılan kuduz riskli temas formlarının (**Form 014**) değerlendirilerek; vakaların sosyodemografik, mevsimsel ve hayvansal özelliklerinin dağılımı ve bildirim yapılan Form 014’lere ait kısımların tam doldurulma düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1) Bursa Yıldırım TSM

Gereç ve yöntem

Ülkemizde Kuduz riskli temas bildirimleri tüm sağlık kuruluşları tarafından Kuduz Riskli Temas Bildirim Formu (Form 014) ile İl Halk Sağlığı Müdürlüklerine yapılır. Halk Sağlığı Müdürlüğü içindeki Bulaşıcı Hastalıklar Kontrol Programları Şube Müdürlüğü ise gelen formları ilgili Toplum Sağlığı Merkezlerine, Toplum Sağlığı Merkezleri ise aile hekimlerine bildirir.

Tanımlayıcı tipte yapılan araştırmanın verileri, Kuduz Riskli Temas Bildirim formlarından Form 014 elde edilmiştir. 2011–2012 yıllarına ait toplam 648 Form 014 incelenmiştir. Form 014 formun düzenleme tarihi, bildirim yapan kurum ile “ilgili bilgiler hastanın” kimlik bilgileri, riskli temasa neden olan hayvan ve hastalık durumu ile ilgili bilgileri içermektedir.

Veriler SPSS 10,5 paket programında analiz edilmiştir. Analizlerde tanımlayıcı ölçütlerden frekans ve yüzde kullanılmıştır.

Bulgular

Tablo 1’de kuduz riskli temaslı kişilerin demografik özellikleri görülmektedir. Buna göre vakaların %71,3’ü erkek, %27,0’si 0-9, %29,3’ü 40 ve üzeri yaş gruptandır. Kuduz riskli temas en fazla yaz (%39,8), en az kış (%16,5) mevsiminde olmuştur. Temas edilen hayvanların %70,7’sini köpekler oluşturmuş, %75,9’u sahihsiz, %27,6’sının aşısı tamamlanmamıştır. Bildirim en fazla (%62,7) Devlet Hastanesinden yapılmıştır (**Tablo 2**).

Çalışmamızda kuduz riskli temas olgularının bildiriminin yapıldığı **Form 014**’e ait kısımların tam doldurulma düzeyleri Tablo 3’de gösterilmiştir. En fazla eksiklik %15,7 oranı ile hastalık durumu bilgilerinde, en az eksik kayıt ise %2,6 oranı ile gönderen kurumun bilgilerinde saptanmıştır.

Tablo 1. Kuduz riskli temaslı kişilerin demografik özelliklerinin dağılımı (Yıldırım, 2011–2012)

| Demografik özellik | Sayı | (%) |
|---------------------|------------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 462 | 71,3 |
| Kadın | 186 | 28,7 |
| Yaş grupları | | |
| 0–9 | 175 | 27,0 |
| 10–19 | 150 | 23,1 |
| 20–29 | 58 | 9,0 |
| 30–39 | 75 | 11,6 |
| 40 yaş ve üzeri | 190 | 29,3 |
| Toplam | 648 | 100,0 |

Tablo 2. Kuduz riskli temasın meydana geldiği mevsimler ve hayvan özelliklerinin dağılımı (Yıldırım, 2011–2012)

| Kuduz riskli temasın mevsim ve hayvan özellikleri | Sayı | (%) |
|--|------------|--------------|
| Mevsim | | |
| İlkbahar | 140 | 21,6 |
| Yaz | 258 | 39,8 |
| Sonbahar | 143 | 22,1 |
| Kış | 107 | 16,5 |
| Hayvan türleri | | |
| Köpek | 458 | 70,7 |
| Kedi | 179 | 27,6 |
| Fare | 7 | 1,1 |
| Diğer* | 4 | 0,6 |
| Hayvan sahipliliği | | |
| Sahipli | 153 | 23,6 |
| Sahipsiz | 492 | 75,9 |
| Bilgi yok | 3 | 0,5 |
| Temas şekli | | |
| Isırılma | 480 | 74,1 |
| Tırmalama | 68 | 10,5 |
| Bilgi yok | 100 | 15,4 |
| Bildiren Kurum | | |
| Devlet Eğitim Araştırma, Üniversite ve Özel Hastaneler | 231 | 35,6 |
| Devlet Hast. | 406 | 62,7 |
| Aile Sağlığı Merkezi (ASM) | 10 | 1,5 |
| Laboratuvar | 1 | 0,2 |
| Aşı tamamlama durumu | | |
| Tamamlanmış aşı | 401 | 61,9 |
| Tamamlanmamış aşı | 179 | 27,6 |
| Bilgi Yok | 68 | 10,5 |
| Toplam | 648 | 100,0 |

Tablo 3. Form 014'e ait kısımların doldurulma düzeyleri (Yıldırım 2011-2012).

| Formun kısımları | Sayı | (%) |
|---------------------------------|------------|--------------|
| Form düzenleme tarihi | | |
| Doldurulmamış | 33 | 5,1 |
| Doldurulmuş | 615 | 94,9 |
| Hasta kimlik bilgileri kısmı | | |
| Eksik doldurulmuş | 46 | 7,1 |
| Tam doldurulmuş | 602 | 92,9 |
| Hastalık durumu bilgileri kısmı | | |
| Eksik doldurulmuş | 102 | 15,7 |
| Tam doldurulmuş | 546 | 84,3 |
| Gönderen kurum bilgileri kısmı | | |
| Eksik doldurulmuş | 17 | 2,6 |
| Tam doldurulmuş | 631 | 97,4 |
| Toplam | 648 | 100,0 |

Tartışma

Ülkemizde bildirim zorunlu hastalıkların bildirimlerinden kaynaklanan sorunlar olmakla birlikte diğer bildirim zorunlu hastalıklarla karşılaştırıldıklarında kuduz riskli temas olgularının büyük bir halk sağlığı sorunu olduğu, son yıllarda kuduz vakalarında bir azalma yaşanmasına rağmen kuduz riskli temas olgularında istenen düşüşün gerçekleştirilemediği belirtilmektedir^[5].

Yıldırım ilçesinde erkeklerin kadınlardan üç kat daha fazla kuduz riskli temas maruz kaldığı bulunmuştur. Çalışmamız, ülkemizde farklı illerde benzer kayıtlardan yapılan çalışmalarla benzerlik göstermektedir^[6]. Erkeklerde temasın daha fazla olmasının muhtemel nedeni, erkeklerin sokak, cadde gibi dış ortamlarda daha fazla bulunmaları olabilir.

Bu çalışmada kuduz riskli temasların yaklaşık olarak yarısı 19 yaş ve altı grupta görülmektedir. Gündüz ve arkadaşlarının^[7] yaptığı çalışmada vakaların yarıdan fazlası 18 yaş ve altındaki grupta, Söğüt ve arkadaşlarının^[3] çalışmasında da benzer şekilde vakaların yarıdan fazlası 16 yaş ve altı grupta görüldüğü bildirilmiştir. DSÖ'ü verilerine göre ise kuduz riskli temas vakalarının %40'nın

15 yaş altındaki çocuklarda görüldüğü belirtilmiştir^[8]. 19 yaş ve altı grupta kuduz riskli temas vakalarının daha fazla görülmesi, oyun vb. nedenli aktivitelerden dolayı sokak, cadde gibi dış ortamın daha fazla kullanmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda Yıldırım ilçesinde kuduz riskli temasın en fazla yaz mevsiminde (%39,8) olduğu belirlenmiştir. Üstün ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada temasın en fazla ilkbahar sonu ve yaz aylarında olduğu bildirilmiştir^[6]. Yaz aylarında riskli temasların daha fazla görülmesi, okulların tatil döneminde olduğu ve buna bağlı olarak da okul dönemi çocuklarının dış ortamla ilişkisinin artması, dolayısıyla köpeklerle temasa daha fazla maruz kalmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda her 4 riskli temas vakasından 3'ü ısırılma ve gene yaklaşık olarak her 10 riskli temas vakasından 7'sinin köpek kaynaklı olduğu tespit edilmiştir. Gündüz ve arkadaşlarının çalışmasında riskli temasa neden olan hayvanların %71,6'si^[7], Sriaroon ve arkadaşlarının çalışmasında %86,0'sı^[9], Roseveare ve arkadaşlarının çalışmalarında ise %66,7'sinin köpek kaynaklı olduğu bildirilmiştir^[10]. Diğer yandan çalışmamızda yaklaşık her 4 köpektan 3'ü sahihsizdir. Gülaçtı ve Temiz'in çalışmalarında^[6,11], köpeklerin sahihsizlik düzeyi bizim çalışmamızdan daha azdır (%54,4, %24,6). Bernardo ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada riskli temasa neden olan hayvanların yaklaşık olarak yarısının sahihsiz olduğu belirtilmiştir^[12]. Özetlemek gerekirse ilçemizde köpeklerin sahiplilik düzeyinin düşük olması, dış ortamda başıboş köpeklerin fazla olmasını beraberinde getirmekte, ayrıca köpek kontrolünün yetersizliği insanların köpeklerle karşılaşma riskini arttırmaktadır.

Çalışmamızı yaparken, kuduz riskli temas bildirim formlarının eksik doldurulduğu saptanmıştır. İbrahim ve arkadaşlarının bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinin değerlendirilmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada; bildirim formlarında bilgi eksikliklerinin bulunduğu belirlenmiştir^[13].

Sonuç olarak kuduz riskli temasın en sık kaynağı sahihsiz köpeklerdir. Kuduz riskli temas ile ilgili bildirim formlarının veri kalitesi yetersizdir. İlçe Hıfzısıhha Kurulunda alınacak kararlar ile kurumlar arası iletişim artırılabilir ve bu yolla sahihsiz köpeklerin kontrolü sağlanabilir. Kuduz riskli temas ile mücadele edilebilmesi için temas olgularının kayıtları düzenli tutulmalıdır. Bu formları dolduran sağlık çalışanlarına yönelik eğitimlerle eksiklikler giderilmelidir.

Extended Summary

The evaluation of rabies risked contacts notifications in Bursa Yıldırım Town

Introduction and objective: Rabies is a public health issue that still has significance and also one of the oldest zoonotic infections in the world. The most frequent way rabies infection, which is characterized with encephalomyelitis, spreads is the bite of the animals. It is guessed that around the world 10 million people are treated because of the biting of a suspicious animal. The most important reason for rabies risked contacts all around the world is pet dogs. In order to decrease the number of risky contacts, pets should be vaccinated and when a suspicious bite on humans is identified, vaccination should be started immediately as well as human rabies immunoglobulin (HRIG). In Turkey among wild animals; wolf, coyote, fox, jackal, wild cat, skunk and weasel; and among domesticated ones; dog, cat, cattle, sheep, goat and horse are the ones that carry a risk of contamination of rabies. In this study by evaluating the rabies risked contact forms (Form 014) which were reported to Public Health Center between 2011 and 2012; the socio-demographic, seasonal and animal based traits of the cases and the levels of filling the Form 014's were aimed to be determined.

Method: In Turkey, rabies risked contacts are reported to Regional Public Health Authority from all health organizations, using a Rabies Risked Contact Notification Form. Contagious Diseases Control Programs Division of Public Health Authority notify the family physicians via Public Health Centers. The data of this descriptive study is gathered from Rabies Risked Contact Notification Forms. A total of 648 Form 014's which reported 2011-12, have been screened. Form 014 contains information about the form filling date, the organization that gives the notification, the credentials of the patients, the animal which caused the risky contact and its health. The data have been analyzed with SPSS 10.5 package program and for the analysis, the descriptive measures frequency and percentage were used.

Results: 71.3% of the rabies risked contact cases were men and 28.7% were women. 27.0% of the cases were between 0–9 ages, 23.1% of were between 10–19, 9.0% of were between 20–29, 11.6% of were between 30–39 and 29.3% of were 40 years or older. Frequency of contacts, from highest to lowest, was summer (39.8%), fall (22.1%), spring (21.6%) and winter (16.5%). 70.7% of the contacts happened through dogs and 27.6% of them happened through cats. 23.6% of the animals were owned and 75.9% were unclaimed. The contact happened by biting (74.1%) and scratching (10.5%). 15.4% had no information on the way of the contact. Form 014's have been reported to Public Health Center at most from state hospital (62.7%), from training and research hospital (35.6%) and from family practice units (1.5%). 61.9% of the rabies risked contact cases had completed vaccination processes and 27.1% of them have not; and every one out of ten of the cases no information was filled about the vaccination results. 5.1% of the Form 014's had unfilled date parts, 7.1% had missing patient credentials, 15.7% had missing health conditions parts and 2.6% had not filled the organization information parts.

Conclusion: As a result the most frequent source of rabies risked contacts were unclaimed dogs. It seems necessary to make a decision how to control unclaimed dogs. The data quality of notification forms was low. The archives of the data should be kept orderly and the notifications must be made correctly, completely, and in accordance with regulations. Training of the staff should be provided.

Key words: rabies, vaccination, medical records.

Kaynaklar

1. Kara A. Aşılar I-II. *Katkı Pediatri* 2006; 766-81.
2. Warell MJ, Warrell DA. Rabies and other lyssa virus disease. *Lancet* 2004; 363(9413):959-69.
3. Söğüt Ö, Sayhan BM, Gökdemir TM, Kara PH. Türkiye'nin Güneydoğusunda önlenilebilir bir halk sağlığı sorunu: Kuduz riskli temas olguları. *JAEM* 2011;14-7.
4. T.C.Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Kuduz Korunma ve Kontrol Yönergesi 2001. <http://www.saglik.gov.tr>
5. Nesanır N.Türkiye'de henüz çözülemeyen bir sorun: kuduz riskli temas olguları. *Sted* 2006;12:202-206.
6. Gülaçtı U, Üstün C, Gürger M, Şahan M, Satıcı Ö. Kuduz riskli temas vakalarının epidemiyolojisi ve kuduz profilaksisi uygulamasının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(3).
7. Gündüz T,Elçioğlu Ö,Balcı Y.Beş yıllık süreçte köpek ve kedi ısırıklarının değerlendirilmesi: Eskişehir'den örnek bir çalışma. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2011;17(2):133-140.
8. World Health Organization. Weekly epidemiological record Relevé epidemiologique hebdomadaire. WHO, Genava 2010;85(32):309-20.
9. Sriaroon C, Sriaroon P, Daviratanasilpa S, Khawplod P, Wilde H. Retrospective :animal attacks and rabies exposures in Thai children. *Travel Med Infect Dis* 2006;4:270-4.
10. Roseveare C, Goolsby WD, Foppa IM. Potential and actual terrestrial rabies exposures in people and domestic animals. Upstate South Carolina, 1994-2004. *BMJ Public Health* 2009;9:1-6.
11. Temiz H, Akkoç H. Diyarbakır Devlet Hastanesi kuduz aşı merkezine başvuran 809 olgunun değerlendirilmesi. *Dicle Tıp Dergisi* 2008;35(3):181-184.
12. Bernardo LM, Gardner MJ, Rosenfield RL, Cohen B, Pitetti R. A comparison of dog bite injuries in younger and older children treated in a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 2002;18:247-9.
13. İbrahim Eİ, Uçku R. Bir Üniversite hastanesi bildirim zorunlu bulaşıcı hastalık bildirimlerinin değerlendirilmesi(2005-2008). *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;26(1):1-7

Geliş tarihi: 11.09.2013

Kabul tarihi: 20.12.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Sevgi Baştürk

e-posta: sevgibasturk@gmail.com

Aile hekimlerinin tükenmişlik durumları ve ilişkili faktörler

Burnout among family physicians and its associated factors

Zeynep Baykan¹, Fevziye Çetinkaya², Melis Naçar¹, Alper Kaya³, M. Ümit Işıldak³

Özet

Giriş ve amaç: Bu çalışma aile hekimlerinin tükenmişlik düzeylerini ve buna etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma Kayseri il merkezinde çalışan aile hekimleri arasında 2013 yılında yapılmış tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. İl merkezinde görev yapmakta olan 280 aile hekiminin tamamı araştırma kapsamına alınmış ve 143 aile hekimine (%51,1) ulaşılmıştır. Hekimlere 24 sorudan ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden oluşan bir anket uygulanmıştır. Araştırma için Erciyes Üniversitesi Etik Kurulundan onay alınmıştır. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin mesleklerinde çalışmakta oldukları yıl ortalaması $19,0 \pm 5,4$ yıldır. Katılımcı hekimlerin %83,9'u aile hekimliğine geçildiği günden beri uygulamanın içinde yer almaktaydı. Yüzde 53,2'si aile hekimliğinin kendileri için çok uygun/uygun olduğunu belirtmişti. Aile hekimlerinin ortalama duygusal tükenme puanları $16,1 \pm 7,2$, duyarsızlaşma puanları $4,3 \pm 3,2$ ve kişisel başarı puanları $21,0 \pm 3,7$ idi. Cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve tanı konulmuş bir sağlık problemlerinin varlığına göre tükenmişlik puanları arasında fark yoktu ($p > 0,05$). İş yükünün ve iş stresinin arttığını ifade edenlerle çalışma ortamından memnun olmayanlarda duygusal tükenmişlik ($p < 0,001$), duyarsızlaşma ($p < 0,05$) ve toplam tükenmişlik ($p < 0,001$) puanları daha yüksekti ($p < 0,001$). Aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu ifade edenlerin ($p = 0,004$), uygulamada yer almaktan memnun olan ($p < 0,001$) ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerin ($p < 0,001$) duygusal tükenmişlik puanları daha düşüktü. Toplam hizmet süresi ile hiç bir tükenmişlik puanı arasında korelasyon saptanmadı ($p > 0,05$). Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında düşük düzeyde pozitif korelasyon vardı ($p < 0,05$). Duygusal ve toplam tükenmişlik puanlarını etkileyen en önemli iki faktör beklentilerin karşılanması ve iş yükü olarak bulundu.

Sonuç: Aile hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü ve stresini, etik yozlaşmayı artırdığını; yarısı sosyal hayatlarına ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları zamanı azalttığını düşünmektedir. Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimi, tükenmişlik, birinci basamak

Summary

Aim: Aim of this study was to determine the rate of burnout among family physicians and to identify the contributing factors behind it.

Material-Methods: This descriptive study was conducted among family physicians working in the city center of Kayseri in 2013. All 280 family physicians who worked in the city center were included in the study and 143 of them participated (51.1%). Physicians were given a questionnaire containing 24 questions and Maslach Burnout Inventory. Study has been approved by the ethics committee of Erciyes University. $p < 0.05$ was considered statistically significant.

Results: The mean working year of the family physicians was 19.0 ± 5.4 years. Out of 143 physicians, 83.9% were working in family practice since family practitioner scheme was introduced. 53.2% of them stated that being a family physician was very suitable/suitable for them. The mean emotional exhaustion score, depersonalization score and personal accomplishment score were 16.1 ± 7.2 , 4.3 ± 3.2 and 21.0 ± 3.7 . There were no differences between the burnout scores according to gender, marital status and the presence of a diagnosed health problem ($p > 0.05$). The emotional exhaustion ($p < 0.001$), depersonalization ($p < 0.05$) and total exhaustion ($p < 0.001$) scores of the physicians who stated their work load and work stress increased and who were not satisfied with their working place were higher than the others. The emotional burnout scores were lower for the physicians who stated that family medicine was appropriate for them ($p = 0.004$), they were glad to be in the family practice ($p < 0.001$) and their expectations were met ($p < 0.001$). There was no correlation between the total professional years and any burnout score ($p > 0.05$). A low positive correlation was found between the duration of working in the family practice and emotional and total burnout scores ($p < 0.05$). Fulfillment of expectations and workload was found as the two most important factors affecting motional and total burnout scores.

Conclusion: The majority of family physicians have been thinking that family practice has increased the rival between physicians, the work load stress, and ethical degeneration, decreased the time spared for their social life and professional development. A positive correlation has been found between the duration of working in family practice and the emotional and total burnout scores.

Key words: family physician, burnout, primary care

Bu çalışma 27-31 Ekim 2013 tarihinde Antalya'da yapılan 16. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Doç. Dr.
2) Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Prof. Dr.
3) Aile Sağlığı Merkezi, Dr., Kayseri

Gücünü yitirmiş olma, çaba gösterememe durumu” olarak açıklanmakta olan tükenmişlik kavramı, 1974 yılında yazılan bir makale ile literatüre girmiş ve mesleki tehlike olarak nitelendirilmiştir^[1, 2]. Konuyla ilgili çalışmaları ve geliştirdikleri ölçek nedeniyle bu konuda en fazla anılan Maslach ve Jackson ise tükenmişliği “fiziksel bitkinlik, kronik yorgunluk, çaresizlik ve ümitsizlik duyguları yaşayan bireylerde olumsuz benlik kavramının gelişmesiyle beraber bireyin iş yaşamına ve diğer insanlara karşı olumsuz tutumları ile belirginleşen fiziksel, duygusal ve zihinsel bir sendrom” olarak tanımlamaktadır^[2]. Tükenmişlik insanlara yardım hizmeti sunan ve duygusal taleplerin yoğun olduğu ortamlarda uzun süre çalışan kişilerde daha çok görülmektedir^[3]. Maslach ve Jackson’ın tükenmişlik ölçeği daha çok kişilere hizmet eden meslek grupları için geliştirilmiştir^[4]. Ölçekte tükenmişlik duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç alt boyutta tanımlanmaktadır. Maslach ve Jackson boyutları ayrı ayrı tanımlamış olsalar da boyutların birbiri ile ilişkili olduğunu düşünmektedirler^[2,4,5].

Tükenmişlik bireyi, çalıştığı kurumu ve çevresini olumsuz etkileyen sosyal bir durumdur. Bu konuda yapılan çalışmalar tükenmişliğin iş kaybı, çeşitli toplumsal problemler ve hatta psikiyatrik hastalıklara kadar giden çok ciddi problemlere neden olduğunu göstermektedir^[3]. Tükenmişliği bireysel, sosyal ve işle ilgili pek çok faktör etkilemektedir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, aile yapısı, sosyal destek düzeyi, iş yükü, çalışma sisteminin yapısı gibi etkenlerin tükenmişliği etkileyen faktörler olduğu çeşitli çalışmalarla tespit edilmiştir^[6, 7].

Özellikle sağlık alanında çalışan kişilerin tükenmişliği, hizmet sundukları özellikli grup nedeni ile ayrı bir öneme sahiptir. Hekimlerin tükenmiş olması, başvuruların ihtiyaçlarını yeterince karşılayamamalarına neden olabilmekte ve bu da sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir. Çalışmalar sağlık çalışanları içinde tükenmişliğin yoğun olarak yaşandığını bildirmektedir. Hastalarla uğraşmak, yoğun çalışma, iş yükü, aşırı sorumluluk, yetersiz sayı ve nitelikte yardımcı ile çalışma, kendine ve özel hayatına zaman ayıramama, beklentilerin yüksek olması gibi faktörler sağlık alanında çalışanlarda tükenmişliğin nedenleri arasında sayılmaktadır^[8, 9].

2010 yılı sonu itibarıyla ülkemizde birinci basamak sağlık sisteminde köklü bir değişiklik süreci tamamlanmış ve birinci basamakta çalışan hekimlerin görevleri ve çalışma koşulları yeniden tanımlanmıştır. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’ne göre aile hekimleri “kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, kapsamlı ve devamlı olarak belirli bir mekânda sunan; gerektiği ölçüde gezici sağlık hizmeti yapan” hekimler olarak tanımlanmaktadır. Bu hekimler tam gün esasına göre ve sözleşmeli personel statüsünde çalışmaktadırlar. Bu yönetmelikle belirlenen çok geniş kapsamlı on dokuz görevi yapmakla yükümlüdürler^[10]. Uygulama başladıktan sonra aile hekimlerinin uygulamayla ilgili düşüncelerini, yaşanan sorunları inceleyen araştırmalar yapılmıştır.

Kayseri ilinde yürütülen bir çalışmada, araştırmaya katılan 325 aile hekiminin yarıya yakını uygulamanın psikolojik durumlarını olumsuz etkilediğini, yine yarısı gelecek için kaygılarının arttığını belirtmiştir. İş yükünün ve iş streslerinin arttığını düşünenlerin oranı da yüksek bulunmuştur^[11]. Mersin ilinde aile hekimliği uygulamasının pratisyen hekimlerin iş yükü, çalışma süresi, yıllık tatil, dinlenme ve hobilere ayırdıkları süre ile aile ilişkilerini olumsuz etkilediği gösterilmiştir^[12]. Aktaş’ın çalışmasında da aile hekimlerinin çalışma şartları ve özlük haklarıyla ilgili sıkıntılar yaşadıkları görülmektedir^[13].

Bu çalışma Kayseri il merkezinde çalışan aile hekimlerinin, aile hekimliği uygulamasına geçtikten sonraki beş yıllık süreçte iş yaşamlarında olan değişiklikleri, tükenmişlik düzeylerini ve buna etki eden fak-törleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu anket çalışması 2013 yılı Mayıs ayında Kayseri il merkezinde yapılmıştır. Birinci basamakta görev yapmakta olan 280 aile hekiminin tamamı araştırma kapsamına alınmış, ayrıca örnekleme yapılmamıştır. Çalışma amacına uygun olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formları Kayseri Aile Hekimleri Derneği tarafından il merkezinde bulunan aile sağlığı merkezlerine ulaştırılmıştır. Anket formlarını aile hekimleri kendileri doldurmuşlardır. Doldurulan anketler araştırmacılar tarafından aile sağlığı merkezlerinden toplanmıştır. Araştırma için Erciyes Üniversitesi’nden etik kurul onayı alınmıştır.

Anket formunda aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerine ve aile hekimliğine ilk geçildiği günden bu güne kadar olan durumu değerlendirmeye yönelik toplam 24 soru yer almıştır. Tükenmişlik düzeyini belirlemek için Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılmıştır.

Çalışmada kullanılan ölçek 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilmiş; Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ergin ve ark tarafından yapılmıştır^[14]. Ölçekte duygusal tükenmeyi ölçen 9, duyarsızlaşmayı ölçen 5 ve kişisel başarıda düşme hissinin ölçen 8 olmak üzere toplamda 22 adet beşli likert tipi (0-4 puan) soru yer almaktadır. Duygusal alt boyut tükenmişliğin içsel boyutudur. Bu boyuttaki tükenmede kişide yorgunluk, duygusal yönden yıpranmış hissetme gibi belirtiler gözlenir. Kişi hizmet verdiği kişilere eskisi kadar sorumlu davranmadığını düşünür ve bu kişi için işe gitmek bir endişe kaynağı olmaya başlar. Duyarsızlaşma alt boyutu ise tükenmişliğin kişilerarası boyutudur. Kişinin hizmet sunduğu bireylere duygusuz davranışlar sergilemesi söz konusudur. Kişi insancılıktan uzaklaşmış, küçümseyen, katı ve kayıtsız bir tutum sergilemeye başlamıştır. Kişisel başarıda düşme hissi alt boyutunda ise kişi kendisini olumsuz değerlendirme eğilimindedir. Kişi kendini yetersiz hisseder, işinde ilerleyemediğini, harcadığı çabanın işe yaramadığını düşünür. Ölçeğin değerlendirmesinde duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma boyutlarında puan ne kadar yüksekse, kişisel

başarı hissinde ise puan ne kadar düşükse, o ölçüde tükenmişlik yaşandığı sonucuna ulaşılmaktadır^[2]. Değerlendirme sırasında herhangi bir kesim noktası kullanılmamıştır.

Verilerin normal dağılıma uygunluğu histogram ve q-q grafikleri incelenerek ve Shapiro-Wilk testi yapılarak değerlendirilmiştir. Varyans homojenliğine Levene testi ile bakılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalar normal dağılım gösteren değişkenler için bağımsız iki örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi ile normal dağılım göstermeyen değişkenler için Kruskal-Wallis testi ile yapılmıştır. Çoklu karşılaştırmalar için Tukey ve Siegel-Castellan testleri uygulanmıştır. Maslach tükenmişlik ölçeği ve alt ölçekleri için Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır. Yaşlar gruplandırılarak, aile hekimliğinin uygunluğu çok uygun, kısmen uygun ve uygun seçenekleri birleştirilip uygun olarak analizlere dahil edilmiştir.

Ayrıca duygusal ve toplam tükenmişlik ölçek puanlarını etkileyen değişkenlerin etki derecelerini belirlemek üzere çoklu doğrusal regresyon analizi uygulanmıştır. Kategorik değişkenler modele gölge değişken olarak eklenmiştir. Değişkenler kodlanırken uygulamada yer almaktan memnun olanlar, beklentilerin karşılandığını düşünenler, iş yükü ve iş stressinin arttığı düşünenler, çalışma ortamından memnun olanlar 1, diğerleri 0 olarak kodlanmıştır. Tekli analizlerde anlamlı bulunan değiş-

kenler çoklu modele dahil edilmiş ve geriye dönük (backward) eleme yöntemi uygulanmıştır. Veriler frekans ve yüzde, ortalama ve standart sapma veya ortanca ile 25. ve 75.yüzdeler olarak ifade edilmiştir. Verilerin analizi R 3.0.2 (www.r-project.org) programında uygulanıp, p<0.05 düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya Kayseri il merkezinde çalışan 280 aile hekiminden 143'ü (yanıtlama oranı %51,1) katılmıştır. Yaş ortalaması 44,3±5,8 (30-62 yaş arası) olan aile hekimlerinin %71,3'ü erkek ve %93,0'ü evli idi; %37,8'inin ise tanı konmuş herhangi bir kronik hastalığı bulunmaktaydı. Kronik hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerde en sık görülen hastalık diyabet ve hipertansiyondu.

Yüzde 83,9'u aile hekimliğine geçildiği günden beri beş yıldır uygulamanın içinde yer alan aile hekimlerinin ortalama meslek yaşamı süreleri 19,0±5,4 yıl (5 – 32 yıl arası) idi. Araştırmaya katılan aile hekimlerinin günlük hasta başvuru sayısı ortalaması 57,4±16,7 idi. Otuz yedi aile hekimi akşam mesaisi olduğunu belirtmişti (%25,9). Mesaisi olan hekimlerin %81,1'i haftada bir kez mesaiye kalmaktaydı. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan hekimlerin bazı sosyodemografik özellikleri

| Sosyodemografik özellikler (s=143) | Sayı | (%) |
|------------------------------------|------|------|
| Yaş Grupları | | |
| 30-39 yaş | 26 | 18,2 |
| 40-49 yaş | 95 | 66,4 |
| 50 yaş ve üzeri | 22 | 15,4 |
| Cinsiyet | | |
| Erkek | 102 | 71,3 |
| Kadın | 41 | 28,7 |
| Medeni durum | | |
| Bekar | 10 | 7,0 |
| Evli | 133 | 93,0 |
| Toplam hizmet yılı | | |
| <10 yıl | 6 | 4,3 |
| 10-20 yıl | 93 | 65,0 |
| >20 yıl | 44 | 30,7 |
| Çocuk sayısı | | |
| Yok | 11 | 7,7 |
| Var | 132 | 92,3 |
| 1-2 | 91 | 69,5 |
| 3 ve üzeri | 38 | 29,0 |
| Sayı belirtmeyen | 3 | 1,5 |
| Kronik hastalık varlığı | | |
| Var | 54 | 37,8 |
| Yok | 89 | 62,2 |

Aile hekimliğinin kendileri için uygun olup olmadığını değerlendirmeleri istendiğinde, hekimlerin %8,5'i çok uygun, %44,7'si uygun ve %39,7'si kısmen uygun olduğunu, %7,1'i ise uygun olmadığını belirtmişti.

Aile hekimlerinin, başlangıcından bu yana aile hekimliği uygulaması sürecinde bazı konularda gözledikleri değişime ilişkin görüşleri **Tablo 2** ve **3**'te gösterilmiştir.

Tablo 2. Aile hekimlerinin başlangıcından bu yana aile hekimliği uygulaması sürecinde bazı konularda gözledikleri değişimlere ilişkin görüşleri

| | Artmış | Azalmış | Değişiklik yok |
|---|--------|---------|----------------|
| Çalışma verimliliği | 33,3 | 34,0 | 32,7 |
| Çalışma şevki | 19,9 | 48,2 | 31,9 |
| İş yükü | 75,9 | 7,1 | 17,0 |
| İş stresi | 73,3 | 10,7 | 17,0 |
| Tükenmişlik düzeyi | 67,4 | 6,4 | 26,2 |
| Günlük/aylık çalışma süresi | 53,5 | 8,5 | 38,0 |
| Alınan ücret | 67,4 | 12,8 | 19,8 |
| Aileye ayrılan zaman | 14,1 | 40,8 | 45,1 |
| Kendine ve sosyal hayata ayırdığı zaman | 10,6 | 51,4 | 38,0 |
| Mesleki gelişimine ayırdığı zaman | 16,2 | 48,6 | 35,2 |
| Hekimler arası rekabet | 78,0 | 2,8 | 19,2 |
| Etik yozlaşma | 73,9 | 2,2 | 23,9 |

Tablo 3. Aile hekimlerinin başlangıcından bu yana aile hekimliği uygulaması sürecinde sağlık çalışanları arasındaki ilişkilerde gözledikleri değişimlere ilişkin görüşleri

| | Bozulmuş | İyileşmiş | Değişiklik yok |
|--|----------|-----------|----------------|
| Hekimler arasındaki ilişkiler | 47,9 | 16,9 | 35,2 |
| Hekimlerle diğer sağlık çalışanları arasındaki ilişkiler | 37,6 | 23,4 | 39,0 |
| Diğer sağlık çalışanlarının birbiriyle ilişkileri | 47,9 | 17,6 | 34,5 |

Hekimlerin %29,6'sı aile hekimliği uygulaması sürecinde çalışma koşullarının iyileştiğini, %39,4'ü kötüleştiğini ve %31,0'ı değişmediğini ifade etmişti. Psikolojik durumlarındaki değişim sorgulandığında, %18,4'ü olumlu, %51,8'i olumsuz etkilendiğini ve %29,8'i değişmediğini belirtmişti. Katılımcıların, aile hekimliği uygulamasına başladıkları dönemle şu anki memnuniyetlerini kıyaslamaları istendiğinde, %16,2'si memnuniyetinde artış olduğunu (%2,1 çok arttı; %14,1 arttı), %22,4'ü bir değişim olmadığını ve %61,3'ü ise memnuniyetinde

azalma olduğunu (%46,5 azaldı; %14,8 çok azaldı) ifade etmekteydi.

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin %50,3'ü aile hekimliği uygulamasının beklentilerini kısmen karşıladığını ve %38,5'i uygulamaya geçtikten sonra daha iyi konumda olduğunu düşünmek teydi; %51,8'i ise uygulamaya geçmiş olmaktan memnundu. Katılımcıların aile hekimliği uygulamasının kendilerinde yaptığı etkilere ilişkin görüşleri **Tablo 4**'de gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların aile hekimliği uygulamasının kendilerinde yaptığı etkilere ilişkin görüşleri

| | Sayı | (%) |
|---|------|------|
| Aile hekimliği uygulaması beklentilerimi karşıladı | | |
| Evet, tamamen | 9 | 5,7 |
| Evet, kısmen | 72 | 50,3 |
| Karasızım | 30 | 21,3 |
| Hayır | 32 | 22,7 |
| Aile hekimliği uygulamasına geçtikten sonra | | |
| Daha iyi konumda olduğumu düşünüyorum | 55 | 38,5 |
| Değişmediğimi düşünüyorum | 49 | 34,3 |
| Daha kötü konumda olduğumu düşünüyorum | 39 | 27,3 |
| Aile hekimliği uygulamasında yer almaktan | | |
| Çok memnunum | 5 | 3,5 |
| Memnunum | 69 | 48,3 |
| Karasızım | 54 | 37,7 |
| Pişmanım | 10 | 7,0 |
| Çok pişmanım | 5 | 3,5 |

Çalışmada kullanılan Maslach tükenmişlik ölçeğinin güvenilirlik testleri sonucunda Cranbach alfa değerleri, duygusal tükenme için 0,909; duyarsızlaşma için 0,770 ve kişisel başarı için 0,740

ve toplam ölçek için 0,908 olarak bulundu. Aile hekimlerinin Maslach tükenmişlik ölçeği ile hesaplanan tükenmişlik puanlarının dağılımı **Tablo 5**'te gösterilmiştir.

Tablo 5. Aile hekimlerinin tükenmişlik puanlarının dağılımı

| | Ortalama ± Standart sapma | Dağılım aralığı | Referans aralığı |
|------------------|---------------------------|-----------------|------------------|
| Duygusal tükenme | 16,1±7,2 | 0-33 | 0-36 |
| Duyarsızlaşma | 4,3±3,2 | 0-15 | 0-20 |
| Kişisel başarı | 21,0±3,7 | 11-30 | 0-32 |

Çalışmaya katılan aile hekimlerinin tükenmişlik puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı **Tablo 6**'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Çalışmaya katılan aile hekimlerinin tükenmişlik puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlere göre dağılımı

| | Duygusal tükenme $\bar{X} \pm SD$ | Duyarsızlaşma $\bar{X} \pm SD$ | Kişisel başarı $\bar{X} \pm SD$ | Toplam tükenmişlik $\bar{X} \pm SD$ |
|--|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------|
| Cinsiyet ^t | | | | |
| Erkek | 16,0±7,4 | 4,6±3,2 | 20,8±3,9 | 31,9±12,2 |
| Kadın | 16,5±6,9 | 3,5±3,2 | 21,5±3,2 | 30,5±11,3 |
| p | =0,714 | =0,053 | =0,293 | =0,532 |
| Yaş grupları ^A | | | | |
| 30-39 yaş | 15,8±7,0 ^a | 3,6±2,5 ^a | 21,0±2,8 | 30,5±10,7 ^a |
| 40-49 yaş | 17,0±7,1 ^{ba} | 4,8±3,5 ^{ba} | 20,8±3,6 | 33,0±11,9 ^{ba} |
| 50 yaş ve üzeri | 12,7±7,5 ^{ca} | 2,9±2,1 ^{ca} | 21,8±4,8 | 25,9±11,9 ^{ca} |
| p | =0,043 | =0,026 | =0,571 | =0,039 |
| Medeni durum ^t | | | | |
| Evli | 16,0±7,2 | 4,2±3,2 | 21,1±3,6 | 31,1±11,7 |
| Bekar | 18,1±8,6 | 5,8±3,9 | 19,7±4,1 | 36,2±14,5 |
| p | =0,379 | =0,136 | =0,255 | =0,196 |
| Tanı konmuş bir sağlık problemi ^t | | | | |
| Yok | 15,3±7,0 | 4,4±3,1 | 21,1±3,7 | 30,6±11,9 |
| Var | 17,5±4,5 | 4,2±3,6 | 20,9±3,6 | 32,8±11,9 |
| p | =0,078 | =0,788 | =0,845 | =0,291 |
| Uygulamada yer almaktan memnuniyet durumları ^A | | | | |
| Memnun | 12,1±5,7 ^a | 3,2±2,7 ^a | 21,8±3,6 ^{ac} | 25,6±10,2 ^a |
| Kararsız | 18,9±5,8 ^b | 5,1±3,2 ^{bd} | 20,3±3,7 ^{bc} | 35,8±9,8 ^b |
| Pişman | 25,2±5,8 ^c | 6,0±4,1 ^{cd} | 19,6±2,4 ^c | 43,6±10,0 ^c |
| p | <0,001 | <0,001 | =0,018 | <0,001 |
| Uygulamanın beklentileri karşılama durumu ^A | | | | |
| Evet | 12,4±5,1 ^a | 3,5±2,6 ^{ab} | 21,8±3,6 ^a | 26,0±9,7 ^a |
| Kararsız | 20,6±6,0 ^{bd} | 5,0±3,4 ^{bc} | 19,8±3,2 ^{bd} | 37,8±10,2 ^{bd} |
| Hayır | 21,3±7,3 ^{cd} | 5,6±3,8 ^c | 19,9±3,8 ^{cd} | 38,9±11,5 ^{cd} |
| P | <0,001 | =0,004 | =0,005 | <0,001 |
| Çalışma ortamından memnuniyet ^A | | | | |
| Memnun | 13,4±6,5 ^a | 3,6±2,9 ^{ab} | 21,6±3,6 | 27,4±11,0 ^a |
| Kararsız | 18,3±5,9 ^{bd} | 4,8±3,4 ^{bc} | 19,9±3,6 | 35,3±10,8 ^{bd} |
| Memnun değil | 20,4±7,5 ^{cd} | 5,4±3,5 ^c | 20,6±3,8 | 37,2±11,6 ^{cd} |
| P | <0,001 | =0,019 | =0,091 | <0,001 |

t: Student t testi; A: ANOVA testi; K: Kruskal-Wallis testi; M: Mann Whitney U testi
Post hoc karşılaştırmalarda aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı ifade etmektedir.

| | Ortanca (%25-75) | Ortanca (%25-75) | Ortanca (%25-75) | Ortanca (%25-75) |
|---|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Aile hekimliğinin uygunluğu ^M | | | | |
| Uygun | 15,0 (10,0-21,0) ^a | 4,0 (2,0-6,0) | 21,0 (19,0-24,0) | 29,0 (22,0-41,0) |
| Uygun değil | 25,5 (17,25-30,25) ^b | 2,5 (1,5-7,75) | 20,5 (17,75-24,75) | 36,0 (27,5-52,0) |
| P | =0,004 | =0,599 | =0,984 | =0,099 |
| İş yükü ^K | | | | |
| Artan | 18,0 (12,0-23,25) ^a | 4,0 (2,0-7,0) ^a | 21,0 (18,0-23,0) ^a | 35,0 (26,0-44,0) ^a |
| Değişmeyen | 9,5 (7,0-11,5) ^b | 2,0 (1,75-3,0) ^b | 24,0 (19,75-26,25) ^b | 21,5 (15,75-24,25) ^b |
| Azalan | 9,0 (7,0-13,0) ^c | 2,0 (1,0-4,0) ^c | 22,0 (20,0-24,0) ^c | 20,0 (16,0-29,0) ^c |
| P | <0,001 | =0,001 | =0,035 | <0,001 |
| İş stresi ^K | | | | |
| Artan | 18,0 (13,0-24,0) ^a | 4,0 (2,5-7,0) ^a | 20,0 (18,0-23,0) ^a | 36,0 (26,0-44,0) ^a |
| Değişmeyen | 9,0 (7,0-12,0) ^b | 2,0 (1,0-3,0) ^b | 25,0 (20,0-27,0) ^b | 17,0 (15,0-25,0) ^b |
| Azalan | 10,0 (7,0-16,0) ^c | 3,0 (1,0-4,0) ^c | 22,0 (19,0-24,0) ^c | 23,0 (15,0-29,0) ^c |
| P | <0,001 | <0,001 | =0,005 | <0,001 |

t: Student t testi; A: ANOVA testi; K: Kruskal-Wallis testi; M: Mann Whitney U testi

Post hoc karşılaştırmalarda aynı harfler gruplar arası benzerliği, farklı harfler gruplar arası farklılığı ifade etmektedir.

Aile hekimlerinin cinsiyetlerine, medeni durumlarına ve tanı konmuş bir sağlık problemlerinin varlığına göre tükenmişlik puanları arasında fark yoktu ($p>0,05$). 40-49 yaş grubunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanı 50 yaş ve üzeri grubundan istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek iken (sırasıyla p değerleri 0,034, 0,043 ve 0,033), yaş grupları arasında kişisel başarı puanları açısından anlamlı bir fark saptanmadı ($p<0,05$).

Aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu ifade edenlerin duygusal tükenme puanları uygun bulmalardan istatistiksel olarak anlamlı ölçüde daha düşüktü ($p=0,004$). Uygulamada yer almaktan memnun olanların ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu düşünen hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları diğerlerine göre anlamlı ölçüde daha düşük (sırasıyla $p<0,001$; $p<0,001$; $p<0,001$ ve $p<0,001$; $p=0,004$; $p<0,001$); kişisel başarı puanları ise anlamlı ölçüde daha yüksek (sırasıyla $p=0,018$ ve $p=0,005$) olarak bulundu.

İş yükünün ve iş stresinin arttığını ifade eden hekimlerin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanları, değişmediğini ya da azaldığını ifade edenlere göre anlamlı ölçüde daha yüksek (tüm karşılaştırmalarda $p<0,001$); kişisel başarı puanları ise anlamlı ölçüde daha düşüktü (sırasıyla $p=0,035$ ve $p=0,005$). Çalışma ortamından memnun olmayanlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik bakımından daha çok tükenmişlik göstermekteydi (sırasıyla $p<0,001$; $p=0,019$ ve $p<0,001$).

Toplam hizmet süresi ile hiç bir tükenmişlik puanı arasında ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında düşük düzeyde pozitif bir korelasyon saptandı (sırasıyla $r=0,199$ ve $p=0,021$; $r=0,197$ ve $p=0,021$).

Duygusal ve toplam tükenmişlik puanlarını etkileyen faktörleri içeren çoklu doğrusal (multiple linear) regresyon analizi sonuçları **Tablo 7 ve 8**'de verilmiştir.

Tablo 7. Duygusal tükenmişlik puanlarını etkileyen faktörleri içeren ham ve indirgenmiş çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişken | Katsayılara ilişkin istatistikler | | | | | Modele ilişkin istatistikler | | |
|---|-----------------------------------|------------|--------|--------|--------|------------------------------|------|----------------|
| | b_i | $S_{(bi)}$ | BETA | t | p | R^2 | S | F, p |
| Ham model | | | | | | | | |
| Sabit | 26.106 | 6.865 | - | 3.803 | <0.001 | 0.550 | 5.05 | 18.330; <0.001 |
| Yaş (yıl) | -0.401 | 0.226 | -0.293 | -1.775 | 0.079 | | | |
| Toplam hizmet süresi (yıl) | 0.313 | 0.235 | 0.231 | 1.335 | 0.184 | | | |
| Aile hekimi olarak çalışılan süre (yıl) | 0.289 | 0.845 | 0.027 | 0.342 | 0.733 | | | |
| Uygulamada yer almaktan memnun olma (1: memnun, 0: diğerleri) | -0.378 | 1.583 | -0.026 | -0.239 | 0.812 | | | |
| Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1: düşünün, 0: diğerleri) | -5.836 | 1.430 | -0.397 | -4.082 | <0.001 | | | |
| İş yükü (1: Arttığını ifade eden, 0: diğerleri) | 4.239 | 1.449 | 0.249 | 2.925 | 0.004 | | | |
| İş stresi (1: Arttığını ifade eden, 0: diğerleri) | 2.559 | 1.519 | 0.157 | 1.684 | 0.095 | | | |
| Çalışma ortamından memnun olma (1: memnun, 0: diğerleri) | -1.514 | 1.142 | -0.104 | -1.325 | 0.188 | | | |
| İndirgenmiş Model | | | | | | | | |
| Sabit | 14.544 | 1.269 | - | 11.465 | <0.001 | 0.528 | 5.07 | 46.542; <0.001 |
| Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1: düşünün, 0: diğerleri) | -7.022 | 0.964 | -0.478 | -7.283 | <0.001 | | | |
| İş yükü (1: Arttığını ifade eden, 0: Diğerleri) | 4.563 | 1.420 | 0.269 | 3.213 | 0.002 | | | |
| İş stresi (1: Arttığını ifade eden, 0: Diğerleri) | 2.950 | 1.405 | 0.181 | 2.100 | 0.038 | | | |
| Duygusal tükenmişlik puanı = 14.544 - 7.022*(Beklentilerinin karşılandığını düşünme) + 4.563*(iş yükü) + 2.950*(iş stresi) | | | | | | | | |

Tablo 8. Toplam tükenmişlik puanlarını etkileyen faktörleri içeren ham ve indirgenmiş çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçları

| Değişken | Katsayılara ilişkin istatistikler | | | | | Modelle ilişkin istatistikler | | |
|---|-----------------------------------|------------|--------|--------|--------|-------------------------------|-------|----------------|
| | b_i | $S_{(bi)}$ | BETA | t | p | R^2 | s | F, p |
| Ham model | | | | | | | | |
| Sabit | 44.385 | 12.430 | - | 3.571 | 0.001 | 0.454 | 9.143 | 12.457; <0.001 |
| Yaş (Yıl) | -0.551 | 0.409 | -0.245 | -1.348 | 0.180 | | | |
| Toplam hizmet süresi (Yıl) | 0.392 | 0.425 | 0.176 | 0.922 | 0.358 | | | |
| Aile hekimi olarak çalışılan süre (Yıl) | 0.642 | 1.529 | 0.037 | 0.420 | 0.675 | | | |
| Uygulamada yer almaktan memnun olma (1:memnun, 0: diğerleri) | -0.338 | 2.864 | -0.014 | -0.118 | 0.906 | | | |
| Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1:düşünen, 0: diğerleri) | -8.356 | 2.589 | -0.346 | -3.228 | 0.002 | | | |
| İş yükü (1:Arttığını ifade eden, 0:diğerleri) | 6.741 | 2.624 | 0.241 | 2.569 | 0.011 | | | |
| İş stresi (1:Arttığını ifade eden, 0:diğerleri) | 3.907 | 2.751 | 0.146 | 1.420 | 0.158 | | | |
| Çalışma ortamından memnun olma (1:memnun, 0: diğerleri) | -2.474 | 2.068 | -0.103 | -1.196 | 0.234 | | | |
| İndirgenmiş Model | | | | | | | | |
| Sabit | 30.254 | 2.089 | - | 14.483 | <0.001 | 0.382 | 9.370 | 43.681; <0.001 |
| Beklentilerinin karşılandığını düşünme (1:düşünen, 0: diğerleri) | -10.592 | 1.656 | -0.443 | -6.395 | <0.001 | | | |
| İş yükü (1:Arttığını ifade eden, 0:Diğerleri) | 9.583 | 1.932 | 0.343 | 4.961 | <0.001 | | | |
| Toplam tükenmişlik puanı = 30.254 - 10.592*(Beklentilerinin karşılandığını düşünme) + 9.583* (İş yükü) | | | | | | | | |

Tartışma

Gününün üçte birini veya daha fazlasını sağlık hizmeti sunarak geçiren hekimlerin verimli çalışabilmeleri ve hastalarına faydalı olabilmeleri ancak işlerini severek, memnun olarak yapmalarıyla mümkündür. Hekimlerin sağlığının korunması ve geliştirilmesi, sadece hekimler ve aileleri için değil hastaları açısından da kritik bir öneme sahiptir^[9]. Şubat 2003 tarihinde Berlin’de gerçekleştirilen Dünya Sağlık Örgütü ve Avrupa Tıp Dernekleri forumunda tıp meslek çalışanları arasında tükenmişliğin giderek arttığı ve bu durumun sadece hekimleri değil sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve hasta bakımını da etkileyen bir durum olduğu bildirilmiştir^[15].

Kayseri il merkezinde görev yapan aile hekimlerinin tükenmişlik durumlarının değerlendirildiği bu çalışmada, aile hekimlerinin uygulamanın başlamasından bu yana geçen beş yıllık sürede bazı konulara ilişkin görüşlerindeki değişiklikler ilginç sonuçlar ortaya çıkarmıştır. İfadeye dayalı olarak belirtilen olumlu yöndeki en önemli değişiklik elde edilen gelirin artmasıdır. Olumsuz yönde ise; iş yükü ve stresinin, günlük çalışma sürelerinin arttığını; ailelerine, kendilerine ve mesleki gelişimlerine ayırdıkları sürenin azaldığını düşünenlerin sayısı oldukça yüksektir. Her dört aile hekiminden üçü hekimler arasındaki rekabetin arttığını ve etik yozlaşmanın olduğunu düşünmektedir. Her beş aile hekiminden üçü tükenmişlik düzeylerinde artış olduğunu ifade etmektedir.

Aile hekimlerinin yarısından fazlası aile hekimliği uygulamasına geçtikleri ilk günden bugüne psikolojik durumlarının olumsuz etkilendiğini ve uygulamaya yeni geçtikleri döneme göre şu anki memnuniyetlerinde azalma olduğunu ifade etmişlerdir. Bununla beraber çalışmaya katılanların yarısı aile hekimliği uygulamasında yer almaktan memnun görünmektedirler. Bu çelişkili durumu açıklayabilecek tek değişim, elde edilen ücretin artmış olması gibi görünmektedir.

Çalışmamızda aile hekimlerinde tükenmişliği belirlemek için doğrudan kendi beyanları dışında Maslach tükenmişlik ölçeği de kullanılmıştır. Yapılan güvenilirlik testleri sonucunda ölçeğin Cranbach alfa değerleri yüksek bulunmuştur; buna göre ölçeğin güvenilir olduğu söylenebilir. Bu çalışmada Kayseri il merkezinde çalışmakta olan aile hekimlerinin duygusal tükenme puanları 16,1±7,2; duyarsızlaşma puanları 4,3±3,2 ve kişisel başarı puanları 21,0±3,7 olarak bulunmuştur. Değerlendirme için belli bir kesme noktası kullanılmamakla birlikte, üst değerlerin duygusal tükenme için 36, duyarsızlaşma için 20 ve kişisel başarı hissi için 32 olduğu dikkate alındığında bu sonuçlar; aile hekimlerinin meslekleriyle ilgili hafif düzeyde bir yorgunluk ve duygusal yıpranma hissetmekte olabileceklerini ve işe gitmenin bir endişe kaynağı oluşturmaya başlayabileceğini düşündürmektedir. Öte yandan duyarsızlaşma alt boyutundaki puanın düşük olması henüz hizmet sundukları kişilere bu durumun olumsuz yansımamış olduğunu göstermektedir.

Bulgularımız ülkemizde yapılan bazı çalışmalarla kıyaslanabilir düzeydedir. Tüm ülkede aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra aile hekimleri arasında yapılan ve yayımlanmış çalışmalar henüz yoktur. Öztürk ve arkadaşlarının aile hekimliğine geçişin sürdüğü 2009 yılında askeri eğitim birliğine katılan pratisyen ve uzman hekimler üzerinde yaptıkları çalışmada, pratisyen hekimler arasında duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma bizim sonuçlarımıza göre daha belirgindir (duygusal tükenmişlik boyutunda 22,2; duyarsızlaşma boyutunda 9,5 ve kişisel başarı boyutunda 18,1 puan)^[6]. Ancak bu çalışmaya katılan pratisyen hekimler arasında yalnızca aile hekimliği uygulamasında çalışanların değil, ancak sağlık ocaklarında ve hastane acil servisi gibi diğer sağlık kuruluşlarında çalışanların da olduğu unutulmamalıdır.

Sosyalleştirme sisteminde birinci basamak hekimlerinde yapılan bazı çalışmalar bulunmaktadır. Kaya ve ark.’nın birinci basamak sağlık kuruluşlarında 2005 yılında yaptıkları çalışmada hekimlerin duygusal tükenmişlik puanları 14,0, duyarsızlaşma puanları 4,1 ve kişisel başarı puanları 10,3 olarak bulunmuştur^[16]. Yavuzylmaz ve ark.’larının Trabzon il merkezindeki sağlık ocaklarında 2005 yılında yaptıkları çalışmada, hekimlerin duygusal tükenme boyutunda 14,2 puan; duyarsızlaşma boyutunda 5,0 puan ve kişisel başarısızlık boyutunda ise 9,5 puan aldığı görülmektedir^[7]. Her iki çalışmadaki duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanları bizim çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlara oldukça benzer iken; kişisel başarı puanları daha düşüktür, yani birinci basamak hekimleri kendilerini yetersiz görmektedirler. Türk Tabipleri Birliği’nin (TTB) tabip odalarına kayıtlı bir grup uzman ve pratisyen hekim üzerinde yürüttüğü çalışmadaki pratisyen hekimlerin her üç boyuttaki tükenmişlik durumları da bizim çalışma sonuçlarımıza oldukça benzerdir (duygusal tükenme boyutunda 15,1 puan; duyarsızlaşma boyutunda 5,5 puan; kişisel başarı boyutunda ise 21,9 puan)^[17]. Kuşkusuz bu sonuçlar aile hekimliği uygulamasını önceki sağlık ocağı örgütlenmesi ile karşılaştırmak açısından yetersizdir.

İsviçre’de Goehring ve arkadaşlarının çalışmasında birinci basamak pratisyen hekimlerde duygusal tükenme puanı 17,9, duyarsızlaşma puanı 6,5 ve kişisel başarı puanı 39,6 olarak bulunmuştur^[18]. İtalya’da genel pratisyenlerle yapılan bir çalışmada puanlar sırasıyla 18,5, 6,1 ve 38,5’tir^[19]. İngiltere’de yapılan farklı iki çalışmada ise pratisyen hekimler duygusal tükenme için 26,1 ve 22,3 puan, duyarsızlaşma için 9,8 ve 7,4 puan, kişisel başarı için 32,7 ve 39,4 puan almışlardır^[20,21]. Çalışmamızda elde edilen kişisel başarı puanlarının uluslararası çalışmalardan çok daha düşük olduğu görülmektedir.

Literatürde incelenen çalışmalarda cinsiyetin ve medeni durumun tükenme üzerine etkisi ile ilgili farklı sonuçlar mevcuttur^[16, 18, 22-26]. Bizim çalışmamızda bazı çalışmalarda olduğu gibi cinsiyete^[16, 22, 26, 27] ve medeni duruma göre tükenme puanları arasında fark saptanmamıştır^[16, 22, 26].

Yaş grupları incelendiğinde 40-49 yaş grubunda duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve toplam tükenmişlik puanının 50 yaş üzeri gruptan fazla olduğu, ancak yaş gruplarına göre kişisel başarı puanları arasında fark olmadığı bulunmuştur.

TTB'nin çalışmasında 35-44 yaş grubu hekimlerde duygusal tükenme puanı daha fazla bulunmuş ve 25-34 yaş grubunda duyarsızlaşma puanının en yüksek olduğu, yaş arttıkça duyarsızlaşma puanının azaldığı görülmüştür^[17]. Öztürk'ün çalışmasında da genç ve görev süresi kısa olan hekimlerin tükenmişlik puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir^[6]. Buğdaycı'nın çalışmasında ise yaş arttıkça duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanlarının azaldığı belirlenmiştir^[28]. Tüm bu çalışmalar genç hekimlerin tükenmeye daha yatkın olduklarını göstermektedir. Bizim çalışmamızda da yaşla birlikte duygusal ve toplam tükenmişlik puanlarının azaldığı gösterilmiştir.

Hizmet süresi ile tükenmişlik ilişkisi için literatürde farklı sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur. Sünter, Ay ve Kurçer çalışmalarında hizmet süresi ile tükenmişlik puanları arasında bir ilişki saptanmamıştır^[22-24]. Bizim çalışmamızda da hizmet süresi tükenmişlik puanları üzerinde etkili bir faktör olarak bulunmamıştır. Kaya ve Üner ise çalışmalarında meslekte çalışma süresi ile duyarsızlaşma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı, azalan bir ilişki bulmuşlardır^[16, 29]. Ancak çalışmamızın önemli bir sonucu aile hekimliğinde çalışılan süre ile birlikte duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanlarının artıyor olmasıdır. Hekimin bu sistem içinde çalışırken giderek ailesine, kendisine ve sosyal hayatına, mesleki gelişimine ayırdığı zamanın azaldığını ifade etmesi, ayrıca hekimler arası ilişkilerin bozulduğunu, rekabetin ve etik yozlaşmanın arttığını düşünmesi, bu artan tükenmişlikte birer etken olarak düşünülmüştür.

Tanı konmuş bir sağlık probleminin varlığı ile tükenme arasında bir ilişki saptanmamıştır. TTB'nin çalışmasında herhangi bir hastalığı olduğunu ifade eden hekimlerin duygusal tükenme ve kişisel başarı açısından tükenme düzeyleri yüksek bulunmuştur^[17]. Aile hekimliğinin kendisine uygun olduğunu ifade edenlerde, uygulamada yer almaktan memnun olan ve beklentilerinin karşılanmış olduğunu belirten hekimlerde tükenmişlik puanları daha düşük bulunmuştur. Buna benzer bir sonuç Esteva'nın çalışmasında da bulunmuştur. Esteva çalışmasında, yapılan işten memnuniyetin kişileri tükenmişlikten koruduğunu ifade etmektedir^[30]. İş yükünün ve iş stresinin arttığını ifade edenlerle, çalışma ortamından memnun olmayanlarda tükenmişlik puanları yüksektir.

Goehring de çalışmasında iş koşullarından memnun olmamayı tükenmişlik için bir risk faktörü olarak bulmuştur^[18].

Çoklu doğrusal regresyon analizinde beklentilerinin karşılanmadığını düşünme, iş yükü ve stresinde artış olduğunu ifade etme faktörlerinin yer aldığı model duygusal tükenmişlik durumundaki değişimin %52,8'ini açıklayabilmektedir. Oluşan denkleme göre beklentilerinin karşılanmadığını düşünen ve iş yükü ve stresinde artış olduğunu ifade eden bir aile hekiminin duygusal tükenmişlik puanı 29,079 olarak öngörülebilir.

Keza beklentilerinin karşılanmadığını düşünme ve iş yükünde artış olduğunu ifade etme faktörlerinin yer aldığı model toplam tükenmişlik durumundaki değişimin %58,2'sini açıklayabilmektedir. Oluşan denkleme göre beklentilerinin karşılanmadığını düşünen ve iş yükünde artış olduğunu ifade eden bir aile hekiminin toplam tükenmişlik puanı 50,429 olarak öngörülebilir.

Bildiğimiz kadarıyla çalışmamız aile hekimliği uygulamasına geçtikten sonra birinci basamakta çalışan hekimlerin tükenmişlik düzeylerini belirlemek için yürütülmüş ilk çalışmadır; ancak sadece il merkezinde çalışan aile hekimlerinin çalışmaya dâhil edilmiş olması çalışmamızın sınırlılığıdır.

Sonuç ve öneriler

Aile hekimlerinin büyük bir kısmı aile hekimliği uygulamasının hekimler arasındaki rekabeti, iş yükünü, etik yozlaşmayı ve iş stresinin artırdığını; yarısı kişinin sosyal hayatına ve mesleki gelişimine ayırdığı zamanı azalttığını düşünmektedir. Aynı zamanda hekimlerin yarısının zaman içinde uygulamada yer almaktan memnuniyetleri azalmıştır. Aile hekimliğinde çalışılan süre ile duygusal tükenmişlik ve toplam tükenmişlik puanları arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Bu durum gün geçtikçe hekimler arasında tükenmişliğin daha da artmasına ve yaygınlaşmasına neden olabilecektir. Hekimlerin beklentilerinin karşılanma durumu ve iş yükü de tükenmişlik için önemli birer faktör olarak saptanmıştır. Bu nedenle planlanacak çalışmalarda hekimlerin uygulamadaki beklentilerinin değerlendirilmesi de önemli bir ihtiyaç gibi gözükmektedir. Sağlık sektöründe çalışan kişilerin tükenmişliğinin hizmet sundukları özellikli grup nedeni ile ayrı bir öneme sahip olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle gelecekte hekimlerin tükenmişlik durumlarını değerlendiren daha geniş katılımlı çalışmalara ihtiyaç olduğu açıktır.

Teşekkür: İstatistiksel değerlendirmelerde yardımlarını esirgemeyen Yrd. Doç. Ferhan Elmalı, Araş. Gör. Gözde Ertürk ve Araş. Gör. Gökmen Zararsız'a teşekkür ederim.

Extended Summary

Burnout syndrome of family practitioners and related factors

Background and Aim: Burnout syndrome is a social state that affects the individual, his/her workplace and environment. Various factors effect burnout syndrome, including the changes in workplace environment. In Turkey since 2005, there has been grate changes in health care system, especially in primary care, under the name of health reforms. Studies show that burnout syndrome leads to serious problems such as unemployment, various social problems and even psychiatric diseases. This study aims to understand the burnout level of family physicians and related factors.

Method: A descriptive study was planned among the 280 family physicians who work in central Kayseri in 2013. In the survey there were 24 questions that covered the socio-demographic traits of the participants and the situation that has progressed since the health reforms regulations. In order to identify the burnout level, Maslach exhaustion scale was used. The ethical approval was given by the Erciyes University Ethics Committee. For the analysis of the data, two independent sample t tests, one way variant analysis and Kruskal-Wallis test were made; and in order to determine variables that affect the emotional and total burnout measures, a multiple linear regression analysis was used. $p < 0.05$ is accepted as statistically significant.

Results: 143 of 280 family practitioners who worked in central Kayseri have participated in the study (respond rate 51.1%). The average working years were 19.0 ± 5.4 years. %83.9 of the physicians have been in the practice since the last primary care regulation. %53.2 has stated that family practice was suitable/ very suitable for them. According to participants, the most significant positive change since the beginning of primary care regulations was the increase of the income (%67.4). The increase of workload, stress and the daily working hours as well as the decrease of the time that physicians can allocate for themselves, for their families and for professional development were noted as negative changes. Three out of four of the physicians have thought that the competition among physicians and ethical corruption have increased (78% and 73.9% respectively). Three out of five physicians (67.4%) have stated that their levels of burnout syndrome have increased. The contentment level was higher for 16.2% of the physicians, not changed for 22.4% and, decreased for 61.3%, considering the beginning of the health reforms in primary care.

The mean score of emotional burnout was 16.1 ± 7.2 , mean desensitization score was 4.3 ± 3.2 and mean personal success score was 21.0 ± 3.7 . There were no statistical differences between burnout scores according genders, marital statuses or any diagnosed health issues ($p > 0.005$). Emotional burnout ($p < 0.001$), desensitization ($p < 0.05$) and total burn out ($p < 0.001$) scores were higher with the physicians who have stated that the workload and the stress have increased and were no longer content with the workplace. The ones who have stated that family practice was suitable for them ($p = 0.004$), who were happy to be in the practice ($p < 0.001$) and who were satisfied with their expectations ($p < 0.001$) had lower burnout scores. No correlation was determined between total employment time and burnout points ($p > 0.05$). There was weak positive correlation between the time spent as family physician, emotional burnout and total burnout scores ($p < 0.05$). The most significant factors that affect emotional and total burnout scores were: the meeting of expectations and workload.

Conclusion: A large portion of family physicians think that primary care regulation has increased competition among physicians, workload, ethical corruption and work stress; and half of them think that it decreased the time they can spend on social life and professional development. Also half of their contentment has decayed over time. A positive correlation has been found out between time employed in primary care and, emotional and total burn out scores. This situation might enable the increase and widespread of burnout syndrome among physicians over time.

Key words: physician, family physician; burnout; primary care.

Kaynaklar

1. Türk Dil Kurumu. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.51824f3c2f2383.70095824/ Erişim Tarihi: 05.08.2013.
2. Arı Sağlam G., Bal Çına E. Tükenmişlik Kavramı: Birey ve Örgütler Açısından Önemi. *Yönetim ve Ekonomi* 2008;15 (1):131-48.
3. Balcıoğlu İ. Memetali S. Rozant R. Tükenmişlik sendromu. *Dirim Tıp Gazetesi* 2008;83:99-104.
4. Maslach C. Jackson SE. The measurement of experienced burn out. *Journal of Occupational Behaviour* 1981; 2: 99-113.
5. Lee RT. Ashforth BE. On the meaning of Maslach's three dimensions of burnout. *J Appl Psychol* 1990 Dec; 75(6): 743-7.
6. Öztürk G. Çetin M. Yıldırım N. Türk YZ. Fedai T. Hekimlerde Tükenmişlik Ve İş Doyumu Düzeyleri. *Anatol J Clin Investig* 2012;6(4):239-45.
7. Yavuzylmaz A. Topbaş M. Çan E. Çan G. Özgün Ş. Trabzon İl Merkezindeki Sağlık Ocakları Çalışanlarında Tükenmişlik Sendromu İle İş Doyumu Düzeyleri Ve İlişkili Faktörler. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (1): 41-50.
8. Shanafelt TD. Bradley KA. Wipf JE. Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med* 2002; 136(5): 358-67.
9. CMAJ. Healthier doctors healthier patients. *CMAJ* 2012; 184(17): E 895-896 DOI: 10.1503/cmaj.109-4327.
10. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. Resmi Gazete: 25 Mayıs 2010. s. 27591.
11. Çetinkaya F. Baykan Z. Naçar M. Öksüzkaya A. Kayseri İlindeki Aile Hekimlerinin Mevcut Durumları, Sorunları Ve Aile Hekimliği Sistemi İle İlgili Düşünceleri. *Erciyes Tıp Dergisi* (Yayınlanmak üzere kabul edildi).
12. Kurt Ö.A. Ögenler O. Yapıcı G ve ark. Mersin İlinde Hekimlerin Sağlıkta Dönüşüm Programından Etkilenme Durumu ve Görüşlerini Değerlendirilmesi. *Trabzon: 14. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitapçığı; 2011. s.319.*
13. Aktaş E. Çakır G. Aile Hekimlerinin, aile hekimliği uygulaması hakkındaki görüşleri: Bir anket çalışması. *Ege Tıp Dergisi* 2012; 51(1): 21-29.
14. Ergin C. Doktor ve Hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin Uyarlanması. Ankara: Hacettepe Üniversitesi VII. Ulusal Psikoloji Kongresi Düzenleme Kurulu ve Türk Psikologlar Derneği Yayını; 1992.
15. European Forum of Medical Associations and the WHO. http://www.cpme.eu/european_forum_of_medical_associations_and_the_who/#/ Erişim tarihi: 05.08.2013.
16. Kaya M. Üner S. Karanfil E. Uluyol R. Yüksel F. Yüksel M. Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tükenmişlik Durumları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(5): 357-63.
17. Aslan D. Kiper N. Karaağaoğlu E. Topal F. Güdük M. Cengiz ÖS. Türkiye'de Tabip Odalarına Kayıtlı Olan Bir Grup Hekimde Tükenmişlik Sendromu ve Etkileyen Faktörler. *Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları; 2005.*
18. Goehring C. Bouvier Gallacchi M. Künzi B. Bovier P. Psychosocial and professional characteristics of burnout in Swiss primary care practitioners: a cross-sectional survey. *Swiss Med Wkly.* 2005 Feb 19; 135(7-8): 101-8.
19. Grassi L. Magnani K. Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession: an Italian study of general practitioners and hospital physicians. *Psychother Psychosom* 2000 Nov-Dec; 69(6): 329-34.
20. Kirwan M. Armstrong D. Investigation of burnout in a sample of British general practitioners. *Br J Gen Pract* 1995 May; 45(394): 259-60.
21. Arigoni F. Bovier PA. Mermillod B. Waltz P. Sappino AP. Prevalence of burnout among Swiss cancer clinicians. paediatricians and general practitioners: who are most at risk? *Support Care Cancer* 2009 Jan; 17(1): 75-81.
22. Sünter AT. Canbaz S. Dabak Ş. Öz H. Pekşen Y. Pratisyen Hekimlerde Tükenmişlik. İşe Bağlı Gerginlik Ve İş Doyumu Düzeyleri. *Genel Tıp Derg* 2006; 16(1): 9-14.
23. Ay S. Güngör N. Özbaşaran F. Manisa İl Merkezi Sağlık Ocaklarında Çalışan Personelin Sosyo-Demografik Özelliklerin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi. Ankara: 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı; 2004. s. 306.
24. Kurçer M. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Hekimlerinin İş Doyumu ve Tükenmişlik Düzeyleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 2(3): 10-15.
25. Ekerbiçer H. Çelik M. Aral M. Buğdaycı R. Kahramanmaraş'ta Çalışan Hekimlerde Mesleki Tükenmişlik Düzeyi ve Bazı Kişisel Özelliklerle İlişkisi. Diyarbakır: 8. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kongre Kitabı; 2002. s. 700-3.
26. Lee FJ. Stewart M. Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician* 2008 Feb; 54(2): 234-5.
27. Adám S. Torzsa P. Györfy Z. Vörös K. Kalabay L. Frequent high-level burnout among general practitioners and residents. *Orv Hetil* 2009 Feb 15; 150(7): 317-23.
28. Buğdaycı R. Kurt AÖ. Şaşmaz T ve ark. Mersin İlinde Görev Yapan Hekimlerde Ruhsal Tükenmişlik Durumu ve Etkileyen Faktörler. *9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı.* Hacettepe Üniversitesi. Ankara. 2004. s: 307.
29. Üner S. Bossi TB. Erçeltik Ö. Ertuğrul İ. Göde S. Kılıç L ve ark. Keçiören İlçesi Sağlık Grup Başkanlığı'na Bağlı Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Göre İncelenmesi. Ankara: 9. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Bildiri Özet Kitabı; 2004. s. 303.
30. Esteva M. Larraz C. Jiménez F. Mental health in family doctors: effects of satisfaction and stress at work. *Rev Clin Esp* 2006 Feb; 206(2): 77-83.

Geliş tarihi: 07.08.2013

Kabul tarihi: 11.02.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Zeynep Baykan

e-posta: zebaykan@yahoo.com

Kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenleri

Contraceptive method usage according to women's socio demographic characteristics and the reasons for choice of methods

Ruhuşen Kutlu¹, Seher Sayın², Mehmet Uçar³, Raziye Aslan⁴, Oğuz Demirbaş⁵

Özet

Amaç: Bu araştırmanın amacı 18-49 yaş grubu evli kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenlerini belirlemektir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma 2 Ekim - 2 Kasım 2012 tarihleri arasında Konya il merkezinden rasgele seçilen 3 Aile Sağlığı Merkezinde yapılmıştır. Çalışma bu zaman diliminde Aile Sağlığı Merkezlerine herhangi bir nedenle başvuran 416 evli kadında yapılmıştır. Standart bir ankette katılımcıların sosyodemografik özellikleri ve kontraseptif yöntem ile ilgili deneyimleri sorgulandı.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 30,7±6,9, ortalama çocuk sayısı 2,2±1,4, ortalama evlilik süresi 10,1±7,2 ve evlenme yaşı 20,6±2,5 yıl idi. Katılımcıların %11,1'i okuryazar değil, %22,4'ü okuryazar, %34,6'sı ilkököl, % 8,2'si ortaokul, % 13,7'si lise ve %10,1'i üniversite mezunu idi. Yüzde 66'sı (s=252) şehir merkezinde yaşıyor, %80,8'i ev hanımı ve tamamı evli idi. Katılımcıların %71,4'ü (s=297) modern bir yöntem, %13,5'i (s=56) geleneksel yöntem kullanıyor, %15,1'i (n=63) ise herhangi bir yöntem kullanmıyordu. En sık kullanılan yöntemler kondom (%42,3), rahim içi araç (RİA) (%17,1) ve hap (%8,9) idi. İlkokul ve üzeri eğitim sahibi olmak, şehirde yaşamak ve eşin eğitimi ile modern yöntem kullanımı anlamlı olarak artarken (p<0,001); yaş, gravida, ekonomik statü, aile tipi ve eşinin mesleği ile bir ilişkisi yoktu (p>0,05).

Sonuç: Kadınlar arasında aile planlaması yöntemleri kullanma oranı oldukça yüksekti. Çalışmamızda hem kadınların hem de eşlerinin eğitim seviyeleri yükseldikçe modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımının arttığı görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Kontraseptif yöntem, sosyodemografik özellikler, kadın.

Summary

Objective: The aim of this study was to evaluate the affecting factors for contraceptive method usage among reproductive aged women.

Methods: This descriptive, cross-sectional study was carried out between 2 October – 2 November 2012 at three primary health care units selected randomly, in Konya. This study consisted of 416 married 18-49 aged women who applied to these primary health care units with any complaints during this study period. In a standardized questionnaire, their socio-demographic characteristics and experiences with contraceptives were asked.

Results: The participants had a mean age of 30.7 years (SD±6.9), 2.2 children (SD±1.4), 10.1 years of marriage duration (SD±7.2), and marriage age 20.6 (SD±2.5). Of the respondents, 11.1% were illiterate, 22.4% literate and 34.6% had primary school education, 8.2% secondary school, 13.7% high school, 10.1% university degree. 60.6% (n=252) were living in the city, 80.8% were housewives and never employed and all of them were officially married. Of all the participants and 71.4% (n=297) were using a modern contraceptive method where as 13.5% (n=56) natural family planning, while 15.1% (n=63) were not using any contraceptive method. The most frequently used methods are condoms (42.3%), intra uterin devices (IUD) (17.1%), and pills (8.9%). Whilst having primary education or above, living in a city, husband's education significantly increased the use of effective methods (p<0.001), age, gravida, economic status, occupation, type of family, husband's occupation had no effect (p>0.05).

Conclusion: The rate of using family planning methods among the women was rather high. While both women and their partners' education levels were increasing, using rates of the modern family planning methods were getting higher.

Keywords: Contraceptive methods, sociodemographic features, woman.

Günümüzde aile planlaması genel kadın sağlığı ve güvenli annelik programlarının da ayrılmaz bir parçasıdır.^[1] Kişilerin istedikleri kadar ve istedikleri zaman çocuk sahibi olmalarına, ailelerinin büyüklüğünü belirlemelerine aile planlaması denir.^[1] Aile planlaması için gebeliğin önlenmesine kontrasepsiyon, bu amaçla kullanılan yöntemlere de kontraseptif

yöntemler denir.^[1] Birçok kişi, çocuk sayılarını uygun zaman aralıklarında planlamak amacıyla kontrasepsiyonu kullanır. Bazı kişiler ise hastalıkları ve sağlık problemleri nedeni ile kontrasepsiyon arayışı içinde olabilirler. Sağlık problemleri nedeni ile kontrasepsiyon kullanırken, yan etkisi en az olan uygun kontrasepsiyon seçimi de önem taşır.^[2]

1) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Konya
2) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Arş. Gör. Dr., Konya
3) Konya Selçuklu 48 Nolu Özalan Aile Sağlığı Merkezi, Dr., Konya
4) Konya Karatay 52 Nolu Karbel Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Konya
5) Konya Selçuklu Tepeköy Aile Sağlığı Merkezi, Dr., Konya

Günümüzde tıp alanındaki gelişen teknolojilere rağmen birinci basamak sağlık kuruluşlarında verilen hizmetlerin önemi büyüktür. Birinci basamak hekimleri hastalarına sadece tedavi edici bir yaklaşım göstermez, aynı zamanda toplum sağlığını da gözetilen bir yaklaşım sergiler. Ülkemizde aile planlaması kullanımı ile ilgili en önemli kaynak Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nce yürütülen Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları'nın (TNSA) verileridir. TNSA 2008 verilerine göre, gebeliği önleyici modern yöntemlerin elde edildiği kaynaklar ile ilgili olarak, %61 devlet sektörünün etkin olması ve bunun da en büyük kesimini %33 ile aile sağlığı merkezlerinin oluşturması aile planlamasında özellikle birinci basamak hekiminin rolünü göstermesi açısından değerlidir.^[3]

Bu nedenle bireylere ve ailelere çok yönlü bakım hizmeti veren aile hekimlerinin bu yöntemlerin danışmanlığı, etkinliği, güvenilirliği ve yan etkileri konusunda güncel bilgilere sahip olmaları şarttır. Ayrıca hastasının sağlık ve hastalık durumunu sürekli olarak izlediğinden hangi aile planlaması yöntemlerinin uygun olduğu konusunda da kişiye daha sağlıklı bilgi verebilecektir.^[2]

Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemini neden tercih ettiklerinin belirlenmesinin, hizmetin planlanmasında sağlık çalışanlarına ışık tutması açısından önemli olduğu düşünülmektedir. Etkili yöntemi tercih etme nedenlerinin yaygınlaştırılması, etkin olmayan yöntemlerin tercih edilme nedenlerinin önüne geçilmesi için bu tanımlamanın yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.^[4,5]

Bu araştırmanın amacı 18-49 yaş grubu evli kadınların sosyodemografik özelliklerine göre kontraseptif yöntem kullanma durumları ve bu yöntemleri tercih nedenlerini belirlemektir.

Gereç ve yöntem

Araştırmanın tipi, yapıldığı yer ve örneklem seçimi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu araştırma Konya il merkezinde 2 Ekim 2012 – 2 Kasım 2012 tarihleri arasında rasgele olarak seçilen üç Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) yapılmıştır. Konya ilinde Meram, Selçuklu ve Karatay olmak üzere 3 merkez ilçe vardır. Her ilçeden rasgele sayılar tablosu kullanılarak birer ASM seçilmiştir. Katılımcıların yaş, eğitim, gelir düzeyleri Konya ili geneli ile uyumludur. Araştırmanın örneklem grubu bu tarihler arasında üç ASM'ye herhangi bir nedenle başvuran 18-49 yaş grubundaki 520 evli kadından oluşmuştur. Araştırmaya katılım oranı %80'dir (n=416). Araştırmaya başlamadan önce Meram Tıp Fakültesi Etik Kurulu onayı alınmıştır. Katılımcılara çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onamları alınmıştır. Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler araştırmaya dahil edilmemişlerdir. Çalışma protokolü belirlenerek, İl Halk Sağlığı Müdürlüğü ve Valilik onayından sonra, ASM doktorlarının da desteği sağlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Çalışmaya başlamadan önce anketin çalışıp çalışmadığını anlamak için 20 kişilik bir kontrol grubuna anket uygulanmıştır. Anket formu kadınların yaş, eğitim durumu, meslek ve yaşadığı yer gibi sosyodemografik özellikleri ve son altı ayda kullandıkları kontraseptif yöntemleri sorgulayan kapalı uçlu sorular ile bu yöntemleri niçin tercih ettiklerini belirleyen açık uçlu sorulardan oluşmuştur. Açık uçlu sorulara verilen yanıtlar veri toplama işlemi bittikten sonra araştırmacılar tarafından gruplanarak kodlanmıştır.

Kontraseptif yöntemler ve sınıflaması

Aile planlaması yöntemlerine genel olarak bakıldığında geleneksel ve modern yöntemler olarak iki gruba ayrıldığını görüyoruz. Geleneksel yöntemler; menstrüel siklusla ilgili olanlar (servikal mukus yöntemi=Billings metodu, bazal vücut ısısı yöntemi, takvim yöntemi), laktasyonel amenore, koitus interruptus ve vajinal duş olarak sınıflandırılmaktadır. Modern yöntemler ise bariyer yöntemler, rahim içi araç ve kombine oral kontraseptifler (KOK), enjeksiyonlar, cilt preparatları ve halkalar, yalnız progesteron içeren yöntemler (mini hap, enjeksiyonlar "depo-provera", implantlar "norplant, implanon", geriye dönüşümsüz yöntemlerden (kadın ve erkek sterilizasyonu) oluşmaktadır.^[1,2]

İstatistiksel analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 programı kullanıldı. Frekanslar, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler; niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-kare testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Kadınların yaş ortalaması 30,7±6,9 yaş (18-48 yaş arası) olup, % 34,5'i (s=144) ilköğretim mezunu, % 80,8'i (s=336) ev hanımı, %60,6'sı (s=252) şehir merkezinde yaşıyor, % 70,9'u (s=295) çekirdek aileye sahip, ve %82,6'sı (s=344) hiç sigara içmemiştir. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

Kadınların eşinin eğitimine bakıldığında %5,5'i (s=23) okuryazar, %42,5'i (s=177) ilköğretim mezunu, % 16,1'i (s=67) ortaokul mezunu, %21,2'si (s=88) lise mezunu ve % 14,7'si (s=61) üniversite mezunu idi. Eşin mesleğine bakıldığında %40,6'sı (s=169) işçi, %28,1'i (s=117) esnaf, %16,8'i (s=70) memur, %4,6'sı (s=19) emekli, %1,2'si (s=5) diğer meslek gruplarından (serbest meslek vs.) ve %8,7'si (s=36) işsizdi. Eşin sigara içme durumu incelendiğinde %45,9'u (s=191) içiyor, %18,0'ı (s=75) bırakmış ve %36,1'i (s=150) hiç içmemiştir.

Kadınların ortalama evlenme yaşı $20,6 \pm 2,5$ (15-32 yaş arası) idi. Doğurganlık özelliklerine bakıldığında ortalama gravida $2,49 \pm 1,6$ (0-9 arası), parite $2,25 \pm 1,4$ (0-7 arası), yaşayan çocuk $2,23 \pm 1,3$ (0-7 arası), abortus $0,25 \pm 0,6$ (0-6 arası) idi. Kontraseptif yöntem kullanma durumuna bakıldığında kadınların %71,4'ü (s=297) herhangi bir modern yöntem, % 13,5'i (s=56) herhangi bir geleneksel yöntem kullanmakta idi. Kadınların aile planlaması yöntem kullanım durumları **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Kadınların korunmama nedenlerine bakıldığında %57,2'si (s=36) çocuk isteği, %12,6'sı (s=8) infertil olması, %12,6'sı (s=8) menozda olması, %11,2'si (s=7) eşin istememesi ve % 6,4'ü (s=4) hamile olması sebebiyle kontraseptif yöntem kullanmamakta idi. Kadınların aile planlaması yöntemlerini tercih etme nedenleri **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Kadınların kontraseptif yöntem kullanma özelliklerinin bazı sosyo-demografik ve obstetrik değişkenlere göre dağılımı **Tablo 4**'te verilmiştir. Eğitim durumlarına göre kadınların kontraseptif yöntem kullanma özellikleri istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermekteydi ($\chi^2=10,101$; $p=0,039$). Hiç okula gitmemiş kadınlarda korunmama sıklığı, ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda ise modern yöntem kullanma sıklığı daha yüksekti. Şehir merkezinde yaşayan kadınlar köyde yaşayan kadınlara göre daha çok modern yöntem kullanmaktaydı ($\chi^2=13,053$; $p=0,001$). Eşlerin eğitim düzeyi de kadınların kontraseptif kullanma özelliklerini anlamlı ölçüde etkilemekteydi ($\chi^2=11,620$; $p=0,020$). Eşi hiç okula gitmemiş kadınlarda korunmama sıklığı, eşinin ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda modern yöntem kullanma sıklığı daha yüksek idi.

Kadınların doğurganlık özellikleri ile yöntem kullanma durumları karşılaştırıldığında parite ve yaşayan çocuk sayısı 1-2 olan grupta modern yöntem kullanma sıklığı daha fazla idi ($p=0,023$). Kontraseptif kullanma özellikleri kadınların evlenme yaşı ile de ilişki göstermekteydi ($\chi^2=10,240$; $p=0,037$). Yirmi beş yaş ve üstünde evlenen kadınlarda modern yöntem kullanma sıklığı daha düşüktü; daha geç evlenen kadınlar daha çok geleneksel yöntem kullanma ya da hiç yöntem kullanmama eğilimindeydiler (**Tablo 4**).

Kadınların kontraseptif kullanım durumları ile yaş grupları, meslek, gelir düzeyi, aile tipi, eşinin mesleği ve abortus durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (**Tablo 4**).

Tablo 1. Kadınların demografik özelliklerinin dağılımı (s=416)

| Özellikler | Sayı | Yüzde |
|---------------------------|------|-------|
| Yaş grupları | | |
| 15-19 | 5 | 1.2 |
| 20-24 | 72 | 17.3 |
| 25-29 | 139 | 33.4 |
| 30-34 | 82 | 19.7 |
| 35-39 | 54 | 13.0 |
| 40-44 | 45 | 10.8 |
| 45-49 | 19 | 4.6 |
| Eğitim durumu | | |
| Okuryazar değil | 46 | 11.1 |
| Okuryazar | 93 | 22.4 |
| İlkokul mezunu | 144 | 34.5 |
| Ortaokul mezunu | 34 | 8.2 |
| Lise mezunu | 57 | 13.7 |
| Yüksekokul mezunu | 42 | 10.1 |
| Mesleki durum | | |
| Ev hanımı | 336 | 80.8 |
| Memur | 50 | 12.0 |
| İşçi | 28 | 6.7 |
| Emekli | 2 | 0.5 |
| Yaşadığı yer | | |
| Şehir merkezi | 252 | 60.6 |
| Köy | 164 | 39.4 |
| Gelir düzeyi | | |
| Geliri giderinden yüksek | 105 | 25.2 |
| Geliri giderine eşit | 243 | 58.4 |
| Geliri giderinden az | 68 | 16.4 |
| Aile tipi | | |
| Çekirdek aile | 295 | 70.9 |
| Geniş aile | 121 | 29.1 |
| Sigara içme durumu | | |
| İçiyor | 26 | 6.3 |
| Bırakmış | 46 | 11.1 |
| İçmiyor | 344 | 82.6 |
| Evlenme yaşı | | |
| 19 yaş ve altı | 115 | 27.6 |
| 20-24 | 270 | 64.9 |
| 25-30 | 29 | 7.0 |
| 30 yaş ve üzeri | 2 | 0.5 |

Tablo 2. Kadınların kullandıkları aile planlaması yöntemleri

| Yöntemler | Sayı | Yüzde |
|--|------|-------|
| Herhangi bir modern yöntem | 297 | 71,4 |
| Kondom | 176 | 42,3 |
| RİA | 71 | 17,1 |
| Oral kontraseptifler | 37 | 8,9 |
| İğne enjeksiyonu ayda bir | 7 | 1,7 |
| Tüp ligasyonu | 6 | 1,4 |
| Herhangi bir geleneksel yöntem | | |
| Geri çekme | 27 | 6,5 |
| Emzirek korunma | 21 | 5,0 |
| Diğer geleneksel yöntemler (takvim, vajinal duş vd) | 8 | 1,9 |
| Herhangi bir yöntem kullanmıyor | 63 | 15,1 |
| Toplam | 416 | 100,0 |

Tablo 3. Kadınların aile planlaması yöntemi tercihlerinin nedenleri

| Özellikler | Sayı | Yüzde |
|---|------|-------|
| Korunmama nedenleri (s=63) | | |
| Çocuk istemeleri | 36 | 57,2 |
| İnfertil olması | 8 | 12,6 |
| Menopozda olması | 8 | 12,6 |
| Eşinin korunmayı istememesi | 7 | 11,2 |
| Hamile olması | 4 | 6,4 |
| Kondomun tercih edilme nedenleri (s=176) | | |
| Kullanabilecek başka uygun bir yöntem olmaması | 52 | 29,5 |
| Kullanımının rahat olması | 48 | 27,3 |
| Sağlıklı olması | 30 | 17,0 |
| Eşinin bu yöntemi tercih etmesi | 26 | 14,8 |
| Güvenilir olması | 20 | 11,4 |
| RİA'nın tercih edilme nedenleri (s=71) | | |
| Güvenilir, riski yok | 35 | 49,3 |
| Hiçbir problem yaşamaması | 21 | 29,6 |
| Kullanımının rahat olması | 15 | 21,1 |
| Hapın tercih edilme nedenleri (s=37) | | |
| Siklusu düzenlediği için | 21 | 56,7 |
| Doktorunun özellikle önermesi | 9 | 24,3 |
| Güvenilir olması | 7 | 19,0 |
| Geri çekmenin tercih edilme nedenleri (s=27) | | |
| Eşin tercihi | 16 | 59,3 |
| Ekonomik olması | 11 | 40,7 |

RİA: Rahim içi araç

Tartışma

Çalışmamızda herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanılan kadınların sıklığı %84,9 olarak bulunmuştur (modern yöntem kullanma %71,4, geleneksel yöntem kullanma %13,5). TNSA'nın 2008 yılındaki araştırmasında ülkemizde aile planlaması yöntemi kullanan kadınların oranı %73'tür. Evli kadınların %46'sı modern yöntem kullanırken, %27'i geleneksel yöntemleri tercih etmektedir.^[3] 2007 yılında Konya'da yapılan bir çalışmada ise aile planlaması yöntemi kullanan kadınların sıklığı %61,4 olarak bulunmuştur; modern yöntem kullanma sıklığı %36,4'tür.^[6] Çalışma evrenleri örtüşmemekle birlikte bölgemizde son beş yıl içinde aile planlaması yöntem kullanımında iyileşme olduğu söylenebilir. Düzce ve Bingöl illerinde yapılan iki çalışmada elde edilen kontraseptif yöntem (sırasıyla %66,8 ve %83,2) ve modern yöntem kullanma sıklıkları (sırasıyla %45,7 ve %60,1) bizim elde ettiğimiz oranlardan daha düşüktür.^[7,8] Bizim araştırmamızda elde ettiğimiz modern yöntem kullanım oranı TNSA 2008 verilerinden de yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda kadınların en çok tercih ettikleri kontraseptif yöntemler kondom (%42,3) ve RİA'dır (%17,1). Çalışmamızda kondom kullanma sıklığı diğer çalışmalardan oldukça yüksektir; geri çekme yöntemi ise daha düşük oranda kullanılmaktadır. Gazi Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılan bir çalışmada, doğum öncesi ve doğum sonrası dönemde kondom (sırasıyla %31,7 ve %42,0) ve geri çekme yöntemi (sırasıyla %16,1 ve %26,7) en fazla tercih edilen yöntemler olarak bulunmuştur.^[5] 2007 yılında Konya'da yapılan çalışmada RİA (%18,5) ve kondom (%12,7)^[6]; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi'nin 2002 yılında yaptığı çalışmada geri çekme (%41,6) ve RİA (%32,1)^[9]; Çanakkale'de yapılan çalışmanın sonuçlarına göre kadınların %32,8'i RİA ve %24,1'i kondom^[4] ve 2007 yılında Bingöl'de yapılan çalışmada ise geri çekme (%23,1) ve RİA (%21,5)^[8] en çok tercih edilen yöntemler olarak bulunmuştur.

Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda bizim ve ülkemizdeki diğer çalışmaların tersine oral kontraseptif kullanımı öne çıkmaktadır. Sarah Johnson ve ark.'nın 2010 yılında beş katılımcı ülkenin (İngiltere, Almanya, İspanya, İtalya ve ABD) her birinden yaklaşık 500 kadının katılımıyla yaptıkları çalışmada tüm ülkelerde oral kontraseptif ve kondom en sık kullanılan yöntem olarak bulunmuştur.^[10]

Çalışmamızda yöntem kullanmama nedeni olarak en sık çocuk istemi görülmektedir. Ankara'da yapılan bir çalışma da bizim çalışmamızı destekler niteliktedir.^[11] TNSA 2008 verilerinde ise 30 yaşın üzerindeki kadınların gelecekte yöntem kullanmak istememe nedenleri ile daha genç yaşlarda olan kadınların nedenleri birbirinden farklıdır. 30 yaşın üzerindeki kadınlar daha çok gebelik riski altında olmadıkları için gelecekte herhangi bir aile planlaması yöntemi kullanma niyetinde olmadıklarını belirtmişlerdir. Diğer taraftan, zor gebe kalma ya da kısırlık, 30 yaşından genç olan kadınların yöntem kullanmama nedeni olarak en sık beyan ettikleri nedendir.^[3]

Tablo 4. Kadınların bazı özellikleri ile kontraseptif yöntem kullanımları arasındaki ilişki

| | Yöntem kullanmıyor | | Geleneksel yöntem | | Modern yöntem | | x ² | p |
|-------------------------|--------------------|-------|-------------------|-------|---------------|-------|----------------|-------|
| | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | Sayı | Yüzde | | |
| Yaş grupları | | | | | | | | |
| 15-19 | 1 | 20,0 | 1 | 20,0 | 3 | 60,0 | 0,384 | |
| 20-24 | 8 | 11,1 | 8 | 11,1 | 56 | 77,8 | | |
| 25-29 | 24 | 17,3 | 20 | 14,4 | 95 | 68,3 | | |
| 30-34 | 10 | 12,2 | 15 | 18,3 | 57 | 69,5 | | |
| 35-39 | 7 | 13,0 | 5 | 9,3 | 42 | 77,7 | | |
| 40-44 | 6 | 13,3 | 4 | 8,9 | 35 | 77,8 | | |
| 45-49 | 7 | 36,8 | 3 | 15,8 | 9 | 47,4 | | |
| Eğitim durumu | | | | | | | | |
| Eğitimi olmayanlar | 27 | 19,4 | 13 | 9,4 | 99 | 71,2 | 10,101 | 0,039 |
| İlkokul düzeyinde | 21 | 14,6 | 28 | 19,4 | 95 | 66,0 | | |
| Ortaokul ve üzeri | 15 | 11,3 | 15 | 11,3 | 103 | 77,4 | | |
| Meslek | | | | | | | | |
| Ev hanımı | 54 | 16,1 | 50 | 14,9 | 232 | 69,0 | 0,249 | |
| Memur | 4 | 8,0 | 4 | 8,0 | 42 | 84,0 | | |
| İşçi | 5 | 17,9 | 2 | 7,1 | 21 | 75,0 | | |
| Emekli | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 2 | 100,0 | | |
| Yaşadığı yer | | | | | | | | |
| Şehir merkezi | 34 | 13,5 | 23 | 9,1 | 195 | 77,4 | 13,053 | 0,001 |
| Köy | 29 | 17,7 | 33 | 20,1 | 102 | 62,2 | | |
| Gelir düzeyi | | | | | | | | |
| Geliri giderinden fazla | 16 | 15,3 | 12 | 11,4 | 77 | 73,3 | 0,653 | |
| Geliri giderine eşit | 36 | 14,8 | 31 | 12,8 | 176 | 72,4 | | |
| Geliri giderinden az | 11 | 16,2 | 13 | 19,1 | 44 | 64,7 | | |
| Aile tipi | | | | | | | | |
| Çekirdek aile | 42 | 14,2 | 40 | 13,6 | 213 | 72,2 | 0,727 | |
| Geniş aile | 21 | 17,4 | 16 | 13,2 | 84 | 69,4 | | |
| Eşinin eğitimi | | | | | | | | |
| Eğitimi olmayan | 6 | 26,1 | 3 | 13,0 | 14 | 60,9 | 11,620 | 0,020 |
| İlkokul düzeyinde | 31 | 17,5 | 32 | 18,1 | 114 | 64,4 | | |
| Ortaokul ve üzeri | 26 | 12,0 | 21 | 9,7 | 169 | 78,2 | | |
| Eşinin mesleği | | | | | | | | |
| Memur | 9 | 12,9 | 5 | 7,1 | 56 | 80,0 | 0,172 | |
| İşçi | 24 | 14,2 | 26 | 15,4 | 119 | 70,4 | | |
| Emekli | 5 | 26,3 | 4 | 21,1 | 10 | 52,6 | | |
| Esnaf | 18 | 15,4 | 13 | 11,1 | 86 | 73,5 | | |
| İşsiz | 7 | 19,5 | 8 | 22,2 | 21 | 58,3 | | |
| Diğer | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 5 | 100,0 | | |
| Parite | | | | | | | | |
| 0 | 7 | 25,9 | 0 | 0,0 | 20 | 74,1 | 11,345 | 0,023 |
| 1-2 | 39 | 16,0 | 32 | 13,2 | 172 | 70,8 | | |
| ≥3 | 17 | 11,6 | 24 | 16,5 | 105 | 71,9 | | |
| Yaşayan çocuk | | | | | | | | |
| Çocuk yok | 7 | 25,9 | 0 | 0,0 | 20 | 74,1 | 11,345 | 0,023 |
| 1-2 çocuk | 39 | 16,0 | 32 | 13,2 | 172 | 70,8 | | |
| ≥3 çocuk | 17 | 11,6 | 24 | 16,5 | 105 | 71,9 | | |
| Abortus | | | | | | | | |
| Yok | 47 | 13,9 | 46 | 13,6 | 244 | 72,5 | 0,394 | |
| Var | 16 | 20,3 | 10 | 12,6 | 53 | 67,1 | | |
| Evlenme yaşı | | | | | | | | |
| 19 yaş ve altı | 17 | 14,8 | 14 | 12,2 | 84 | 73,0 | 10,240 | 0,037 |
| 20-24 yaş | 37 | 13,7 | 34 | 12,6 | 199 | 73,7 | | |
| 25 yaş ve üzeri | 9 | 29,0 | 8 | 25,8 | 14 | 45,2 | | |

Çalışmamızda kadınların eğitim durumlarıyla kullandığı aile planlaması yöntemleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ortaokul ve üzeri eğitim almış kadınlar daha çok modern yöntem kullanma eğilimindeyken, okula gitmemiş olanlar daha çok yöntem kullanmama eğilimindeydiler. Edirne'deki çalışmada eğitim düzeyi arttıkça modern yöntem kullanma oranının artmasına karşın, kadınların eğitim durumlarıyla kullandığı aile planlaması yöntemi sınıfı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.^[12] TNSA 2008 verilerinde de çalışmamıza benzer şekilde kadınların eğitim düzeyi arttıkça modern yöntem kullanma oranının arttığı görülmektedir.^[3]

Çalışmamızda şehir merkezinde yaşayan kadınlarda modern yöntem kullanma sıklığı köyde yaşayan kadınlara göre anlamlı ölçüde yüksektir. İzmir'de yapılan çalışmada kadınların en uzun süre yaşadığı yerin kasaba/şehir olmasının modern yöntem kullanımını anlamlı olarak artırdığı bulunmuştur.^[13] TNSA 2008 verilerinde de çalışmamıza benzer şekilde kentli kadınlar arasında modern yöntem kullanımı kırsal alandaki kadınlara kıyasla daha yaygın bulunmuştur.^[3]

Çalışmamızda eşi hiç okula gitmemiş kadınlarda korunmama sıklığı anlamlı olarak yüksek iken, eşinin ortaokul ve üzeri eğitimi olan kadınlarda modern yöntem kullanma sıklığı anlamlı ölçüde yüksektir. Malatya'da yapılan çalışmada da eşi yüksek okul mezunu olan kadınların modern aile planlaması yöntemlerini daha fazla kullandığı belirlenmiştir.^[14] Ayrıca TNSA 2008 ve diğer bazı çalışmalarda da gerek kadınların gerekse eşlerinin eğitim düzeyi yükseldikçe modern aile planlaması yöntemi kullanımının arttığı belirlenmiştir.^[3, 13, 15, 16]

Çalışmamızda kadınların doğurganlık özellikleri ile yöntem kullanma durumları karşılaştırıldığında parite ve yaşayan çocuk sayısı 1-2 olan grupta modern yöntem kullanma sıklığı daha fazladır. Malatya'da yapılan çalışmada modern

yöntem kullanımı tek çocuklu kadınlarda hiç çocuğu olmayanlara ve iki ve daha fazla çocuğu olanlara kıyasla daha düşük bulunmuştur.^[17] TNSA 2008 verilerinde de kadınlar çocuk sahibi olduktan sonra yöntem kullanımının hızla arttığı görülmektedir. Çocuk sahibi olmayan evli kadınların %28'i yöntem kullanırken, bu oran bir veya iki yaşayan çocuğu olan evli kadınlar arasında %78'e yükselmektedir.^[3]

Çalışmanın sınırlılıkları:

Çalışmanın üç ASM'de gerçekleştirilmesi genel popülasyonu yansıtmaması açısından yetersiz olmakla birlikte yerel verilerin elde edilmesi açısından önemlidir. Ayrıca eğitim önemli bir faktör olarak karşımıza çıkarken, kontrasepsiyon yöntemleri ile ilgili özgün eğitim alınıp alınmadığının sorulmaması önemli bir eksiklik olmuştur. Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı tipte olduğu için kullanım süreleri ve yöntem değiştirme sıklığı konusunda bilgi vermemektedir.

Sonuç

Çalışmamıza katılan kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma oranı oldukça yüksektir. Diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcı kadınlar tarafından kondom yönteminin ilk sırada ve yüksek oranda kullanıldığı, geri çekme yönteminin daha az tercih edildiği saptanmıştır. Hem kadınların hem de eşlerinin eğitim seviyeleri yükseldikçe modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı artmaktadır. Bu nedenle bireylerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesi yoluyla toplumda modern aile planlaması yöntemlerinin kullanımı artırılarak istenmeyen gebeliklerden sağlıklı ve güvenli olarak korunma sağlanabilir. Ayrıca etkin yöntemlerin oranını arttırmak için, aile planlaması ile ilgili eğitim programlarının genişletilmesi ve sürekli olması gerekir. Araştırmanın sonuçlarının toplum içinde geçerliliğini göstermek üzere daha geniş ölçekli araştırmalara gereksinim vardır.

Extended Summary

The Reasons and Situations of Women Using Contraceptives Regarding Their Social Demographic Traits

Background and Aim: Family planning is a fundamental part of women's health and safe motherhood programs in modern day. The goal of this study is to determine the state and reasons of using contraceptive methods of women aged between 18 and 49, regarding the socio-demographic features.

Method: This descriptive and cross-sectional study was made in three randomly selected Family Health Centers (FHC) from Konya central in between the dates of 2 October and 2 November 2012. The sample group of this study was comprised from 520 married women between the ages of 18-49, who have consulted to any of these FHC for any reasons. The participation rate to the study is %80 (n=416). Meram Medicine Faculty Ethical Committee has approved the study. Verbal consent of the participants was obtained. The survey which was prepared by the researchers and was created according to the literature, questioned social and demographic traits such as age, education level, employment and the place of living, and asked what kind of contraceptive methods was used in the last six months. For statistical analysis, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 program was used. Frequencies, average, standard deviation, median, minimum and maximum values; and in order to compare quality data, khi-square test was used. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$.

Results: Mean age of the participants was 30.7 ± 6.9 (min: 18, max: 48), mean number of children was 2.2 ± 1.4 , mean marriage duration was 10.1 ± 7.2 years and the mean age of getting married was 20.6 ± 2.5 years. 11.1% of the participants were illiterate, 22.4% of them were literate; 34.6% of them graduated from elementary school, 8.2% of them graduated from middle-school, 13.7% of them graduated from high school and 10.1% of them graduated from college; 66% (n=252) of them lived in city central, 80.8% of them were unemployed and all of them were married. 70.9% (n=295) of the women had nuclear family and 82.6% (n=344) of them have never smoked. 71.4% (n=297) of the women used any modern method as contraceptives 13.5, % (n=56) of them used any traditional method and 15.1% (n=63) of them used no contraceptives at all. The most frequent methods used were condoms (%42.3), intrauterine device (IUD) (17.1%) and pills (8.9%). The reasons for not using contraceptive methods were for 57.2% (n=36) the will for having children, for 12.6% (n=8) being infertile, for 12.6% (n=8) menopause, for 11.2% (n=7) husbands decision, and for 6.4 % (n=4) being pregnant already.

The frequency of not using contraceptive methods was higher among the women who have never gone to school, and the frequency of using modern methods was higher among women who have graduated from middle school or higher. The use of modern methods was higher among the women who lived in the city central compared to the women who lived in rural areas ($\chi^2=13.053$; $p < 0.001$).

There was no statistically significant difference between using contraceptive methods and women's ages, employment status, income level, family types, the job of the spouse and their abortion conditions ($p > 0.05$). The education level of the spouses significantly affected the women's contraceptive usage behavior ($\chi^2=11.620$; $p=0.020$). The frequency of not using contraception with women whose spouses have never gone to school and the frequency of women using modern methods for protection whose spouses have gone to middle school or higher education institutions were higher.

Conclusion: The rate of using contraceptive methods among women was determined to be quiet high. In our study it was observed that as the education level of both the women and their spouses have increased the rate of using modern methods increased as well. Determining the reasons of using or not using certain methods for contraception is important for health care workers to plan health care services as well as to spread the usage of effective methods.

Key words: contraceptive methods, demographic factors, woman.

Kaynaklar

1. Yücesoy İ, Çalışkan E. Kontrasepsiyon ve Aile Planlaması. In: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. 2. basım. Güneş Kitabevi, Ankara; 2006. p.789–805.
2. Durmuşoğlu F. Kontrasepsiyon. In: Çolgar U, Reprodüktif Endokrinoloji ve İnfertilite. İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul; 2006. p. 303–318.
3. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf Erişim tarihi: 12.08.2014.
4. Tanrıverdi G, Özkan A, Şenveli S. Çanakkale'deki Kadınların Aile Planlaması Yöntemlerini Tercih Nedenleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2008;13(4):251-4.
5. Şentürk-Erenel A, Kavlak T, Bingöl B. Kadınların Doğum Sonrası Altı Ay Sonunda Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu. *Van Tıp Dergisi* 2011;18(2):68-76.
6. Marakoğlu K, Çivi S, Demiröz S, Kutlu R. Bir Doğum Evinde, Doğum Yapan Kadınların Doğurganlık Öyküleri ve Aile Planlaması Davranışları. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2008;9:49-56.
7. Mayda A, Arslan T, Bozkurt B, Dedeli İ, Özkan M. Düzce İli Kalcı Konutlar Bölgesinde 15-49 Yaş Arası Kadınlarda Yöntem Kullanma Oranları ve Tercih Nedenleri. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4(5):265-79.
8. Kaya H, Tatlı H, Açık Y, Deveci S. Bingöl İli Uydükent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15–49 Yaş Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008;22(4):185-91.
9. Öçal P, Cansever İ, Salıhoğlu F, Çepni İ, Işıloğlu H. Cerrahpaşa Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği' nde Kontraseptif Kullanımı. *Klinik Gelişim* 2004;17(3):37-41.
10. Johnson S, Pion C, Jennings V. Current methods and attitudes of women towards contraception in Europe and America. *Reproductive Health* 2013;10(7):1-9.
11. İlhan M, Yıldırım A, Maral I. Ankara'da Yarı Kentsel ve Kentsel Bölgede Yaşayan 15-49 Yaş Grubundaki Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Yöntem Kullanmama Nedenleri. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetri Dergisi* 2002;12(1):66-72.
12. Tokuç B, Eskiocak M, Ekuklu G, Saltık A. Edirne Merkezinde 15-49 Yaş Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemleri Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Yöntem Kullanım Oranları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2005;14(1):8-14.
13. Giray H, Keskinoglu P. Işıkkent Sağlık Ocağı'na Başvuran 15-49 Yaş Evli Kadınların Etkili Aile Planlaması Yöntemi Kullanımı ve Etkileyen Etmenler. *STED* 2006;15.
14. Oltuluoğlu H, Başer M. Malatya İl Merkezinde Yaşayan Evli Kadınların Kullandıkları Aile Planlaması Yöntemleri ve Seçme Nedenlerinin İncelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2012;19(3):167-74.
15. Ersin F, Gözükara F, Şimşek Z, ve ark. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntemi Bırakma Nedenleri. *Hemşirelik Araştırma Geliştirme (HEMAR-G)* 2003;5(1):30-7.
16. Tekinsoy P, Albayrak E, Özkan T, ve ark. Kayseri İli Mithat Paşa AP Merkezine Başvuran Kadınların Kullandıkları AP Yöntemleri ve Bunu Etkileyen Durumlar. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı, Ankara 2005;191.
17. Karaoğlu L, Çetin F, Ilgar M, ve ark. Turgut Özal Tıp Merkezinde Çalışan Evli Kadınların Doğurganlık Özellikleri ve Gebeliği Önleyici Yöntem Kullanımları. *İnönü Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;12(2):93–7.

Geliş tarihi: 06.09.2013

Kabul tarihi: 10.02.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

mail: ruhuse@yahoo.com

Çocukların vücut ağırlığı ve görünüşleri ile iştahları hakkındaki ebeveyn değerlendirmelerinin nesnel ölçütlerle ilişkisi?

The comparison of parent's perception on weight, appearance and appetite of their children with objective criteria

Emel Peker¹, Naci Topaloğlu², Erkan Melih Şahin³, Ertan Eşsizoglu⁴, Ayşegül Uludağ³, Selen Güngör³, Hasret Ağaoğlu³

Özet

Amaç: Ebeveynlerin çoğunun çocuklarının vücut ağırlığı ya da iştahları ile ilgili endişelerinin olması çok yaygın bir durumdur. Hekimler ebeveynlerin çocukları hakkındaki yargılarına güvenmezler. Bu çalışmada ebeveynlerin, çocuklarının vücut ağırlığı ve görünüşleri hakkındaki görsel algısı ile iştahları hakkındaki yargılarının, çocuklarının ve kendilerinin beden kitle indeksi (BKİ) gibi nesnel ölçütlerle karşılaştırmalı olarak incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine Ocak-Şubat 2012 tarihleri arasında herhangi bir yakınma ile başvuran, ortalama yaşları 6,4±2,8 (2-14 yaş arası) olan 150 çocuk ile anne veya babaları çalışmaya alındı. Ebeveyn ve çocukların BKİ değerleri ile çocukların yaşa göre BKİ persentilleri hesaplandı. Ebeveynlerden, çocuklarının iştahını nasıl değerlendirdikleri sorulup, çocuklarının görünümünü yaş grupları ve cinsiyete göre beden gelişimi için hazırlanmış zayıftan obeze değişen 7 setlik resimlerden uygun bulduklarıyla eşleştirmeleri istendi.

Bulgular: Çocukların gerçek BKİ persentil aralıklarıyla karşılaştırıldığında, ebeveynlerin görseller üzerinden yaptığı eşleştirmelerde 55 (%36,7) çocuğun olduğundan daha zayıf değerlendirildiği görüldü. İki değerlendirme arasındaki fark ebeveynlerin veya çocuğun cinsiyetine göre farklılık oluşturmuyordu ve çocuğun yaşı, ebeveyn eğitimi veya BKİ değeri ile korele değildi.

Sonuç: Ebeveynlerin çocuklarının vücut ağırlığı ve iştahı hakkındaki algıları ve değerlendirmeleri çocuğun durumunu nesnel olarak yansıtmamaktadır. Ebeveynlerle çocukların vücut ağırlığı ve iştahları hakkında konuşmak çocuk sağlığı danışmanlığının temel parçalarından biri haline getirilmelidir.

Anahtar kelimeler: İştah, vücut ağırlığı, beden kitle indeksi

Summary

Objective: Parental concerns about the development and appetite of their children are common. Physicians do not trust the judgements of parents regarding their children. In this study, our aim was to assess parents' visual perception of children's body weight and appearance and judgement of their appetite. Then assessment results will be compared with objective criterion like body mass index (BMI) of both parents and their children.

Methods: One hundred and fifty children with the average age of 6.4±2.8 (2-14) years who attended to Çanakkale Onsekiz Mart University Medical Faculty, Training and Research Hospital, Child Health and Disease Outpatient Clinics for any complaints during January and February 2012 were involved in the study. BMIs of both parents and children and BMI percentile of children for age were calculated. Parents were asked to evaluate appetite of their children and match the suitable appearance of their children with a previously constructed set of seven pictures, reflecting physical development adjusted for age and sex varying from lean to obese.

Result: When we compared the real BMI percentiles of children with the visual assessments of parents, 55 (36.7%) of children were evaluated thinner than they were. The difference was not significant according to parents or gender of child and not correlated with the age of child, and education or BMI of parents.

Conclusion: The perception of the parents related to their children's physical development and appetite does not objectively reflect the development of child. Talking to parents about body weight and appetite of children should be a fundamental component of child health counseling.

Keywords: Appetite, body weight, body mass index

Ebeveynlerin çoğunun çocuklarının vücut ağırlığı ve görünüşleri ya da iştahları ile ilgili endişelerinin olması çok yaygın bir durumdur. Çocukluk çağında iştahsızlık ve yeme problemleri nedeniyle doktora getirilen sağlıklı çocukların oranı %20-35 arasında değişmektedir.^[1] Bu durum hekimler

tarafından sıklıkla normal durumun abartılması olarak değerlendirilir.

Birçok çalışmada ebeveynlerin çocuklarının aşırı kilolu olduğunun farkında olmadıkları ve bu durumu bir sağlık tehdidi olarak algılamadıkları gösterilmiştir.^[2,3]

1) Ayancık Aile Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Sinop

2) Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yrd. Doç. Dr., Çanakkale

3) Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Çanakkale

4) Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Biyokimya Anabilim Dalı, Asist. Dr., Çanakkale

Ebeveynlerin kendi beden kitle indeksleri (BKİ) ve vücut algıları ya da toplumsal eğilimleri bu algıları etkiliyor olabilir.

Konunun dünyanın büyüyen sorunlarından pediatrik obezite ile bağlantısı ise önemini daha da arttırmaktadır. Bugün birçok enfeksiyöz ve bulaşıcı hastalık eradike edilmiş veya kontrol altına alınmış olup obezite gibi kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklar bunların yerini almıştır.^[4,7] Çalışmalar kardiyovasküler hastalıkların ana nedeni olan aterosklerozun çocukluk çağına uzandığını, yüksek tansiyon ve hiperlipidemi gibi obezitenin de çocuklarda ateroskleroz için risk faktörü olduğunu göstermiştir. Bu problemle savaşta ebeveynlerin çocuklarının kiloları ile ilgili görsel algıları büyük önem taşımaktadır.^[8,9] Ebeveynlerin çocuklarının kilolarını doğru değerlendirememeleri, onları sağlıklı beslenmeye yönlendirmelerine de engel olabilir.

Aile hekimliğinin temel ilkeleri arasında süreklilik ve kapsamlılık yer almaktadır. Aile hekimleri ebeveynlerin sağlık hizmeti almada en kolay ulaşılabileceği danışmanlardır. Ebeveynlerle çocuklarının vücut ağırlığı ve iştahları hakkında görüşmek ve rutin kilo ve boy izlemleri yapmak, sağlam çocuk polikliniği yapan ve bu konuda danışmanlık vermekle yükümlü aile hekimlerinin günlük rutinleri arasındadır.

Bu çalışmada ebeveynin, çocuğunun vücut ağırlığı ve görünümü hakkındaki görsel algısının ve iştah durumu hakkındaki yargısının, çocuğunun ve kendisinin BKİ gibi nesnel ölçütlerle karşılaştırılması ve ilişkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem

Katılımcılar

Kesitsel tanımlayıcı araştırma desenindeki çalışmanın evrenini Ocak, Şubat 2012 tarihleri arasında herhangi bir yakınma nedeniyle Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran 2-17 yaş aralığındaki çocuklar ve ebeveynleri oluşturdu. Kronik hastalığı bulunan, ebeveyni dışında bir refakatçi ile başvuran, ateşi, diyaresi, solunum sıkıntısı, alt solunum yolu enfeksiyonu olan ve acil girişim gerektiren çocukların ebeveynleri çalışma dışında bırakıldı. Bunun dışındaki hasta grubunun ebeveynleri çalışmaya katılmaları için davet edildi. Ebeveynlere çalışmanın amacı hakkında bilgi verilerek, sözel onamları istendi. Belirtilen çalışma süresinde poliklinikteki her çalışma günü çalışmayı kabul ettiğini sözel olarak beyan eden beş ebeveyn çalışmaya alındı ve toplam 150 ebeveyn ulaşıldığında veri toplama sonlandırıldı. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalı olup girişimsel bir işlem içermeyen anket çalışması olduğundan etik kurul

başvurusu yapılmadı.

Veri toplama araçları

Çalışmaya alınan ebeveynlere yüz yüze uygulanan 12 soruluk anket formu ile çocuklar ve ebeveynlere ait yaş, cinsiyet, eğitim durumu, alışkanlıklar, bilgileri sorgulandı. Katılımcıların ve çocuklarının boy ve kiloları ölçülüp kaydedildi ve BKİ hesaplandı. Çocukların BKİ değerleri Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control, CDC) yaşa göre BKİ persentil eğrileri kullanılarak persentil değerlerine dönüştürüldü ve buna bağlı obezite sınıflamasındaki durumları belirlendi (Tablo 1) (CDC, 2013)^[10].

Tablo 1. CDC Çocuk Obezite Sınıflaması

| Yaşa göre BKİ* persentil değeri | Obezite sınıfı |
|---|----------------|
| 5 persentilin altı | Zayıf |
| 5 persentil ve üzeri ile 85 persentilin altı | İdeal kiloda |
| 85 persentil ve üzeri ile 95 persentilin altı | Fazla kilolu |
| 95 persentil ve üstü | Obez |

*BKİ: *Beden kitle indeksi*

Ebeveynlerden çocukların iştahını 5'li Likert ölçeğinde "çok kötü", "kötü", "normal", "iyi", ve "çok iyi" ifadelerinden uygun bulduklarını seçerek sözel olarak değerlendirmeleri istendi ve ifadeler sırasıyla 1-5 puan ile eşlendi.

Ayrıca ebeveynlerden çocuklarının görünümünü yaş ve cinsiyete göre beden gelişimi için hazırlanmış resimlerle görsel olarak eşleştirmeleri istendi (**Şekil 1**). Scott Millard tarafından hazırlanmış resim setinin bu çalışmada kullanımı için grafik sanatçısından yazılı izin alındı.

Millard tarafından çocuk gelişimi ile ilgili olarak çizilmiş resimler her yaş grubu için 7 resim setinden oluşmuştur. Her sette dördüncü sıradaki resim 50. persentile uyacak şekilde çizilmiştir; diğer resimler ise belirli bir oran ile bağlantılı değildir^[11]. Her setteki 7 resim en zayıf olandan en şişmana doğru 1-7 puan ile eşleştirilmiştir. Bu resimler çocuk beslenmesi ve gelişiminde iki uzman tarafından incelenmiş ve uygun olduğu belirtilmiştir.

Ebeveynlerin, çocuklarının beden görünümleriyle ilgili resim setleri üzerinden yaptıkları değerlendirmeler çocukların obezite sınıflamasındaki durumlarıyla ne kadar uyduğunu belirlemek ve ayırma varsa bunun yönünü belirlemek amacıyla karşılaştırıldı. Resim setlerinin bu amaçla kullanımı için bir yöntem önerilmemiş olduğundan ve resimlerin obezite sınıflamasındaki karşılıkları kesin belirlenmiş olmadığından bir resimlik üst üste binen bir çevrim tablosu uygun bulundu.

Buna göre zayıf sınıftaki çocuklar için 1 ve 2. resimler, ideal kilodaki çocuklar için 2-5. resimler, fazla kilolu çocuklar için 5-6. resimler ve obez çocuklar için 6-7. resimler denk kabul edildi.

Ebeveynin görsel olarak seçtiği resim çocuğun obezite sınıfının denk düştüğü resim grubundaysa “denk”, daha zayıf gruptaysa “olduğundan zayıf”, daha kilolu gruptaysa “olduğundan şişman” dönüşümü yapıldı ve elde edilen değışkene istatistik testler uygulandı.

İstatistiksel değerlendirme

Çalışmada veriler SPSS 16.0 kullanılarak değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları Kruskal Wallis analizi ile değerlendirildi ve normal dağılımda olmadıklarından parametrik olmayan testler kullanıldı. İstatistiksel analizlerde Ki Kare, Mann-Whitney U ve Kendal’s tau-b korelasyon analizleri kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi; test sabitleri ve mutlak p değerleri verildi.

Bulgular

Katılımcıların demografik özellikleri

Çalışmaya katılmayı kabul eden 121 (%80,7) anne, 29 (%19,3) baba toplam 150 ebeveynin ortalama yaşları $33,0 \pm 5,7$ (23-54 yaş arası) idi. Babaların tamamı annelerin ise 35’i (%28,9) gelir getirici bir işte çalışmaktaydı. Okula devam etmemiş dört (%3,3) anne vardı. Babaların eğitim aldıkları süre (medyan 12 yıl) annelerinkinden (medyan 8 yıl) anlamlı ölçüde yüksekti ($U=1196,0$; $p=0,006$). Annelerin BKİ ($26,0 \pm 5,1$),

babaların BKİ’nden ($28,8 \pm 4,9$) anlamlı ölçüde düşüktü ($U=1123,5$; $p=0,003$).

Çocukların 63’ü (%42,0) kız 87’si (%58,0) erkek ve ortalama yaşları $6,4 \pm 2,8$ (2-14 yaş arası) idi. Çocukların yaşları cinsiyetlerine göre farklılık göstermemekteydi ($p > 0,05$).

Çocukların BKİ değerleri ortalama $16,9 \pm 2,6$ ($13,5-27,0$ arası), yaşa göre BKİ persentil değerleri ise ortalama $54,8 \pm 33,0$ (4-97 persentil arası) idi. Çocukların yaşa göre BKİ persentil grupları incelendiğinde 2 (%1,3) çocuk zayıf, 106 (%70,7) çocuk ideal kilolu, 22 (%14,7) çocuk fazla kilolu ve 20 (%13,3) çocuk ise obez grupta yer alıyordu.

Ebeveynlerin algılarına ait bulgular

İştah değerlendirmesi: Ebeveynlere göre çocukların iştahları 9 (%6,0) çocukta çok az, 44 (%29,3) çocukta az, 57 (%38,0) çocukta normal, 24 (%16,0) çocukta iyi ve 16 (%10,7) çocukta çok iyiydi. Sözel iştah değerlendirmeleri ebeveynin ve çocuğun cinsiyetine göre anlamlı bir fark göstermiyordu ($p > 0,05$). Benzer şekilde çocuğun yaşı, ebeveynin yaşı veya ebeveynin eğitim süresiyle de iştah değerlendirmeleri arasında bir korelasyon mevcut değildi ($p > 0,05$).

Ebeveynlerin sözel iştah değerlendirmeleri, çocuğun yaşa göre BKİ persentil değerleri ve obezite sınıflaması ile zayıf bir pozitif korelasyon gösteriyordu (sırasıyla $\tau-b=0,222$ ve $p < 0,001$; $\tau-b=0,200$ ve $p=0,006$); ancak ebeveynin BKİ ile bir korelasyon göstermiyordu ($p > 0,05$).

Tablo 2. Ebeveynlerin görseller* üzerinden yaptığı değerlendirmelerin çocukların obezite sınıflamasına göre dağılımı

| Ebeveyn değerlendirmesi | Persentile göre obezite sınıflaması | | | | |
|-------------------------|-------------------------------------|------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|----------------|
| | Zayıf (<5p) s (%**) | İdeal kiloda (5-84p) s (%**) | Fazla kilolu (85-94p) s (%**) | Obez ($\geq 95p$) s (%**) | Toplam s (%**) |
| Resim 1 (en zayıf) | - | 25 (23,6) | - | - | 25 (16,7) |
| Resim 2 | - | 31 (29,2) | 2 (9,1) | 2 (10,0) | 35 (23,3) |
| Resim 3 | 1 (50,0) | 26 (24,5) | 5 (22,7) | 2 (10,0) | 34 (22,7) |
| Resim 4 (ideal kiloda) | 1 (50,0) | 13 (12,3) | 5 (22,7) | 6 (30,0) | 25 (16,7) |
| Resim 5 | - | 8 (7,5) | 7 (31,8) | 8 (40,0) | 23 (15,3) |
| Resim 6 | - | 2 (1,9) | 1 (4,5) | 2 (10,0) | 5 (3,3) |
| Resim 7 (en şişman) | - | 1 (0,9) | 2 (9,1) | - | 3 (2,0) |
| Toplam s (%***) | 2 (1,3) | 106 (70,7) | 22 (14,7) | 20 (13,3) | 150 (100,0) |

* Yaşa özgü gelişim resimleri. (c 2003 Scott Millard.) (Şekil 1)

** sütun yüzdesi *** satır yüzdesi; p: persentil

Ebeveynlerin görsel değerlendirmeleri: Ebeveynlerin görsel değerlendirmelerinin çocukların obezite sınıflamasına göre dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Ebeveynlerin görsel değerlendirmeleri ebeveyn ya da çocuğun cinsiyeti ile farklılık göstermiyordu ($p>0,05$).

Çocukların boy, vücut ağırlığı, BKİ, yaşa göre BKİ persentili ve yaşa göre BKİ persentil grupları ile çocuğun cinsiyeti arasında anlamlı bir farklılık yoktu. Çocukların yaşa göre BKİ persentili ebeveynin yaşıyla veya ebeveynin eğitim süresiyle korelasyon göstermiyordu. Çocukların yaşa göre BKİ persentil grupları ebeveynin BKİ ile ilişkili idi ($\tau\text{-}b=0,131$, $p=0,043$).

Çocukların gerçek BKİ persentil aralıklarıyla ebeveynlerin görseller üzerinden yaptığı değerlendirmeler 88 (%58,7) çocuk için denkken, 7 (%4,7) çocukta olduğundan daha şişman, 55 (%36,7) çocukta ise olduğundan daha zayıf idi. Ebeveynlerin görsel değerlendirmelerinin çocukların gerçek BKİ persentillerinden farklarının çocukların obezite sınıflamasına göre dağılımları **Tablo 3**’te verilmiştir. İki değerlendirme arasındaki fark ebeveynlere veya çocuğun cinsiyetine göre farklılık oluşturmuyordu ve çocuğun yaşı, ebeveyn eğitimi veya BKİ değeri ile korele değildi.

Ebeveynlerin çocuklarının iştahı hakkındaki sözel değerlendirmeleri ile çocuklarının vücut ağırlığı ve gelişimleri hakkındaki görsel değerlendirmeleri arasında anlamlı bir korelasyon bulunmaktaydı ($\tau\text{-}b=0,418$, $p<0,001$).

Tartışma

Çalışmamızda ebeveynlerin çocuklarının iştahı hakkındaki yargıları ile vücut ağırlığı ve görünümleri hakkındaki görsel değerlendirmeleri nesnel ölçütler ile karşılaştırılarak, bu konudaki öznel ebeveyn görüşlerinin güvenilir olmadığına dair hekimler arasındaki yaygın görüş, denklik için geniş aralıklarda bir eşleştirme yapılmasına rağmen %41,3 oranında bir

fark ortaya koyan çalışma bulgularımızla onaylandı. Ebeveynlerin görsel algıları, çocukları büyük oranda (%36,7) olduklarından daha zayıf olarak yargılayacak şekilde nesnel ölçütlerden sapmaktaydı.

Ebeveynlerin çocuklarının iştahları hakkındaki değerlendirmeleri çocuğun vücut ağırlığı ve görünümü için uygun bir ölçüt olamaz. Ancak iştah değerlendirmelerinin görsel değerlendirmeler ile korelasyonu ($\tau\text{-}b=0,418$) çocuğun yaşa göre BKİ persentil sınıflamasıyla olandan ($\tau\text{-}b=0,200$) daha güçlüdür ve ebeveynin çocuğunun gelişimi hakkındaki öznel yargısıyla bağlantılıdır.

Yapılan pek çok çalışmada %32-%90 arasında ebeveynin çocuklarının ağırlıklarını yanlış algıladıkları görülmüştür.^[2,12,14] Bizim çalışmamızda da çocukların %40’ından fazlasının bedensel görünümleri ebeveynleri tarafından yanlış değerlendirilmiştir ve benzer araştırma sonuçlarıyla uyumludur. Ülkemizde, çocuklarında iştahsızlık ve gelişememe yakınmasıyla hastaneye başvuran ebeveynlerde, aynı resim seti ancak farklı analiz yöntemiyle yapılan bir çalışmada çocukların ağırlığı hakkındaki görsel algılar %83,3 oranında yanlış olarak yorumlanmıştır.^[15] Yine ülkemizde yapılan bir çalışmada yetişkinlerin kendi boy ve vücut ağırlığı konusundaki beyanlarının da geçerliliği düşük bulunmuş olup sonuçların benzer etmenlere bağlı olabileceği değerlendirilmiştir.^[16]

Çocuğun beslenmesi ve büyümesi ile ebeveynlerin beklentileri çoğu kez farklı olabilir. Ebeveynlerinin iştahsız olduğunu hatta hiçbir şey yemediğini ifade ettikleri çoğu çocuğun büyümesi yaşına uygun bulunurken fazla kilolu veya obez çocukların durumu ebeveynleri tarafından fark edilmeyebilir. Ebeveynlerin çocukları hakkında vücut algıları pek çok etkiyle çocuğun nesnel gelişiminden farklılaşmaktadır. Ebeveynler çocuklarının zayıf veya iştahsız olmalarından kilolu olmalarına kıyasla daha çok endişe duymaktadır. İspanya’da yapılan bir çalışmada okul öncesi 200 obez çocuğun ebeveynlerinden %35,5’inin

Tablo 3. Ebeveynlerin görsel algılarının nesnel değerlendirmeden farklarının çocukların obezite sınıflamasına göre dağılımı

| | Zayıf (<5p) s (%*) | İdeal kiloda (5-85p) s (%*) | Fazla kilolu (85-95p) s (%*) | Obez (>95p) s (%*) | Toplam s (%*) |
|-------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------|---------------|
| Olduğundan zayıf | - | 25 (23,6) | 12 (54,5) | 18 (90,0) | 55 (36,7) |
| Denk | - | 78 (73,6) | 8 (36,4) | 2 (10,0) | 88 (58,6) |
| Olduğundan şişman | 2 (100,0) | 3 (2,8) | 2 (9,1) | - | 7 (4,7) |
| Toplam s (%**) | 2 (1,3) | 106 (70,7) | 22 (14,7) | 20 (13,3) | 150 (100,0) |

*Sütun yüzdesi; ** Satır yüzdesi; BKİ: Beden kitle indeksi; p: Persentil

çocuklarının obez olmadığını düşündükleri bildirilmiştir.^[17] Yapılan bir başka çalışmada obez çocuğu olan 300 annenin %79'u çocuklarının obez olduğuna inanmazken, kendilerini fazla kilolu olarak değerlendirmişlerdir.^[2] Çeşitli araştırmalarda annelerin çocuklarının kilo durumunu cinsiyetlerine göre farklı yorumladıkları bildirilmiştir.^[3,18,19] Yaptığımız çalışmada ise ebeveynlerin görsel değerlendirmelerinde çocuğun cinsiyetine göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Bu çalışma kapsamında incelenmeyen ırk ve sosyokültürel etkenler de dahil olmak üzere bir çok başka faktör ebeveyn algısını etkilemektedir. Çalışmalar arasındaki farklılıkların sebeplerinin de ebeveyn algısını etkileyen bu etkenler olduğu düşünülmüştür. Ebeveynlerin yanlış algıları düşük eğitim seviyesi, daha büyük ve BKİ fazla olan başka çocuklarının olması ile de ilişkilendirilmiştir.^[2,12,13]

Kardeş sayısı fazla ve diğer kardeşleri kilolu olan bir çocuğun normal kilolu olsa bile ebeveynleri tarafından zayıf olarak algılanması beklenen bir durumdur. Çocukluk çağı obezite problemiyle savaşta ebeveynlerin görsel algısı önem taşımaktadır. Yapılan bir çalışmada kilolu annelerin, normal kilolu annelere göre görsel algılarının daha yanlış olduğu bildirilmiştir.^[2] Bizim çalışmamızdaysa iştah değerlendirmeleri ebeveynlerin BKİ ile korelasyon göstermemiştir.

Birçok çalışmada düşük eğitim düzeyi ve düşük geliri ebeveynlerin çocuklarının kiloları ile ilgili yanlış algılarının olduğu gösterilmiş, bazı çalışmalarda ise ilişki saptanamamıştır.^[9,12] Bizim bulgularımıza göre de ebeveynlerin iştah değerlendirmeleri ile ebeveynin eğitim süresi arasında ilişki bulunmamıştır.

Çalışmanın sınırlılıkları:

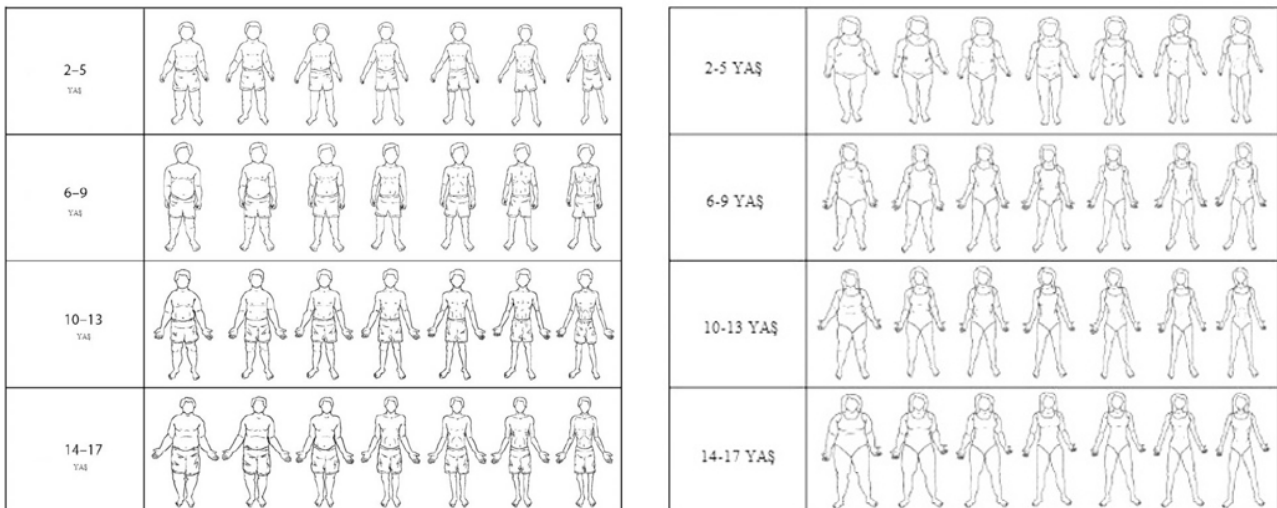
Çalışma sonuçları, incelenen hipotez açısından önemli veri sağlasa da, örnekleme hastane başvurularından

seçildiğinden ve konuyla ilgili etmenlerin tamamı incelenmediğinden sonuçların genele uygulanmasında dikkatli davranılmalıdır. Daha büyük ve toplumu temsil gücü yüksek çalışmalarla bu çalışmada incelenmemiş ya da etkisi belirlenmemiş başka özellikler saptanması olasıdır.

Çalışmamızda çocukların nesnel değerlendirmeleri için pratik kaygılarla Amerika Birleşik Devletleri standartlarını gösteren Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (Center for Disease Control, CDC) yaşa göre BKİ persentil eğrileri kullanılmıştır. Ancak bireysel hasta değerlendirmeleri için ülkemize ait güncel standartların kullanımının uygun olacağı unutulmamalıdır.^[20]

Resimlerden elde edilen verinin çevrimi ve kappa analizi: Çalışmamızın amacı ebeveynlerin çocukları hakkındaki yargılarının nesnellik durumu ve bundan sapmanın yönünü ortaya koymaktır. Scott Millard tarafından hazırlanan ve çocukların fiziksel gelişimini göstermesi için önerilmiş olan görseller ebeveynlerin görsel algılarını belirlemede güzel bir araç sağlasa da obezite sınıflamasına uygun sınırları yoktur ve bu konuda yapılmış bir uyum çalışması bulunmamaktadır. Kappa yaklaşımı ile resimlerin obezite sınıflaması ile uyumunu göstermek için denk aralıklar içeren ölçekler kullanmak gereklidir. Yedi resimlik setleri beşli obezite sınıflamasına denkleme için bizim çalışmada kullandığımız aksine kesin sınırlarla bir çevrim yapılması gereklidir. Resimlerin obezite sınıflamasına uyumunu belirlemek çalışma amaçlarımız arasında yer almamaktadır. Bu nedenle kesin sınırlı ayırmadan sakınılmış, bunun yerine daha gevşek ve sınırları üst üste binen bir çevrim kullanılmıştır. Bu tercih nedeniyle kappa analizi yapılamaz durumdadır. Bizim kullandığımız çevrim tablosunda örneğin 5. resim birden fazla gruba dahil olabilebile bir çocuk sadece bir grupta yer alabilir.

Şekil 1. Yaşa özgül gelişim resimleri. En solda şişman 7 puan, ortada 50 persentile uyan resim 4 puan ve en sağda çok zayıf 1 puan (c 2003 Scott Millard).



Sonuçta örneğin “zayıf” sınıflamasına giren bir çocuk için uyumlu resim seti sadece birinci resimle sınırlandırılmamış, ebeveynin birinci veya ikinci resmi seçmesi sınıflamayla uyumlu kabul edilmiştir. Ancak üçüncü resimden sonraki seçimler “olduğundan daha kilolu” bir seçim yapıldığı şeklinde yorumlanmıştır. Sınırlarda yapılmış olan bu üst üste binme ile resim setinin obezite sınıflamasıyla uyumun gösterilmemiş olmasının yarattığı metodolojik kısıtlılıktan sakınılmaya çalışılmış ayrıca bu uyumu yani sınırların ne olması gerektiği konusu da çalışma amacında yer almadığından

çalışma dışı bırakılmıştır.

Sonuç

Ebeveynlerin çocuklarının vücut ağırlığı ve görünümü hakkındaki algıları pek çok etkiyle çocuğun nesnel gelişimini yansıtmaktan uzaklaşmaktadır. İncelediğimiz ailelerde ebeveynlerin önemli bölümünün çocuklarını olduğundan daha zayıf gördüğü yani daha kilolu olmayı normalleştirdiği anlaşılmaktadır. Bunun sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve çocukluk çağı obezitesi ile olan bağları ayrıca incelenmelidir.

Kaynaklar

1. Wright C, Birks E. Risk factors for failure to thrive: a population-based survey. *Child Care Health Dev* 2000;26:05-16.
2. Baughcum A, Chamberlin L, Deeks C, Powers S, Whitaker R. Maternal perceptions of overweight preschool children. *Pediatrics* 2000;106:1380-6.
3. Campbell M, Williams J, Hampton A, Wake M. Maternal concern and perceptions of overweight in Australian preschoolaged children. *Med J Aust* 2006;184:274-7.
4. Tremblay M, Katzmarzyk P, Willms J. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2002;26:538-43.
5. Lobstein T, Baur L, Uauy R. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obes Rev* 2004;5(1):4-104.
6. Hedley A, Ogden C, Johnson C, et al. Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002. *JAMA* 2004;291:2847-50.
7. Livingstone M. Childhood obesity in Europe: a growing concern. *Public Health Nutr* 2001;4:109-16.
8. Kumanyika S, Wilson J, Guilford-Davenport M. Weight-related attitudes and behaviors of black women. *J Am Diet Assoc* 1993;93:416-22.
9. Jain A, Sherman S, Chamberlin L, et al. Why don't low-income mothers worry about their preschoolers being overweight? *Pediatrics* 2001;107:1138-46.
10. CDC. BMI Percentile Calculator for Child and Teen. <http://apps.nccd.cdc.gov/dnpabmi/Calculator.aspx?CalculatorType=Metric>
11. Eckstein K, Mikhail L, Ariza A, et al. Parents' perceptions of their child's weight and health. *Pediatrics* 2006;117:681-90.
12. Maynard L, Galuska D, Blank H, Serdula M. Maternal perceptions of weight status of children. *Pediatrics* 2003;111:1226-31.
13. Etelson D, Brand D, Patrick P, Shirali A. Childhood obesity: Do parents recognize this health risk? *Obes Res* 2003;1:1362-8.
14. Young-Hyman. Care giver perception of children's obesity- related health risk: a study of African American families. *Obes Res* 2000; 8:241-8.
15. Yılmaz R, Ofıaz MB. İştahsız çocukların anne babalarının çocuklarının vücut ağırlığı ve gelişimi hakkında görsel algıları. *Bakırköy Tıp Dergisi* 2009;5:11-7.
16. Günay O, Aykut M, Öztürk A, ve ark. Türk yetişkin bireyler tarafından bildirilen boy ve ağırlık değerlerinin doğruluğu ve şişmanlık tanısındaki yeri. *Türkiye Klinikleri J CardiovasSci* 2012;24(1):15-22.
17. Myers S, Vargas Z. Parental perceptions of the preschool obese child. *Pediatr Nurs* 2000;26:23-30.
18. Fisher L, Fraser J, Alexander C. Caregivers' inability to identify childhood adiposity: a cross-sectional survey of rural children and their caregivers' attitudes. *Aust J Rural Health* 2006;14:56-61.
19. Jeffery A, Voss L, Metcalf B, Alba S, Wilkin T. Parents' awareness of overweight in themselves and their children: cross sectional study within a cohort (EarlyBird 21). *BMJ* 2005;330:23-4.
20. Öztürk A, Borlu A, Çiçek B ve ark. 0-18 yaş çocuk ve adolesanlarda büyüme eğrileri. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2011;15(3):112-29.

Geliş tarihi: 27.08.2013

Kabul tarihi: 10.02.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletiflim adresi:

Dr. Emel Peker

e-posta: dremelpeker@hotmail.com

Extended Summary

The Comparison of Parents' Perception on Weight, Appearance and Appetite of Their Children with Objective Criteria

Background and Aim: It is very common for parents to have concerns about their children's body weight or their appetites. Physicians do not trust with parents about their judgments on their children. In many studies, it was shown that some parents are not aware of the extensiveness of the child's weight and do not see this situation as a health issue. The parents' own body mass index and their perception of their bodies or social tendencies might be affecting these misconceptions. The issue's connection to pediatric obesity which is one of the world's growing problems, increases its importance. In this study it was aimed to compare using objective measures such as the parents' and their children's body mass indexes (BMI) and the parents' perception of the children's appearance and their judgments on the children's appetite.

Method: 150 children and either of their parents who have applied to Çanakkale Onsekiz Mart University Medical Faculty Training and Research Hospital Pediatrics outpatient clinic with any complaint, between January and February of 2012, were included in the study. The BMI of the parents and their children calculated, and percentile of BMI of the children according to their ages were marked. It was asked to parents about their children's appetite and the parents were asked to choose the category that they think their children fit into among pictures of seven sets picturing obese and not obese children.

Result: The mean age of the children was 6.4 ± 2.8 (2-14), the mean BMI was 16.9 ± 2.6 (13.5-27.0), and the mean percentile of BMI according to their age was 54.8 ± 33.0 (4-97%). When the BMI percentile groups of the children were observed 2 (1.3%) of them were thin, 106 (70.7%) of them were ideal in weight, 22 (14.7%) of them were overweight and 20 (13.3%) of them were obese. According to parents 9 (6.0%) of the kids had poor appetite, 44 (29.3%) of them had some, 57 (38.0%) of them had normal, 24 (16.0%) of them had good and 16 (10.7%) of them had very good appetite. The parents' verbal evaluation of the appetite had a weak positive correlation with the BMI percentiles of the children and categorization of obesity. For 88 (58.7%) of children, the factual BMI percentiles and the evaluation of the parents on the pictures were the same and for 7 (4.7%), children were perceived to be fatter than they are and for 55 (36.7%), they were perceived to be thinner than they are. The difference between the two evaluations did not differ according to children's or parent's gender, age of the child, education level of the parents or parent's body mass index.

Conclusion: The parents' perception of their children's body weight and their appetite do not reflect the children's conditions objectively. In the studies it was shown that 32% to 90% of the parents do not comprehend the facts about their children's body weights. The expectations of the parents and the nourishment and the growing rate of the children might be different. Children that are claimed to have poor appetite or to eat nothing at all by the parents can have healthy growing and some obese or overweight children might be perceived as healthy by their parents. The fundamental principles of family practice comprises of continuity and comprehensiveness. Family physicians are the consultants easiest to reach by the parents. A family physician is supposed to interview the parents about children's body weight and their appetite and check the children's weight and height regularly.

Key words: appetite, body weight, body mass index

Bir aile planlaması polikliniğine başvuran kadınların rahim içi aracı terk etme nedenleri

The reasons of intrauterine device discontinuation in women applied to a family planning policlinic

Ruhuşen Kutlu¹, Ayşe Özlem Kılıçaslan²

Özet

Amaç: Rahim içi araç (RİA) uygulaması aile planlamasında yaygın olarak kullanılan, güvenilir, ekonomik bir metottür. Bu çalışmada, bir aile planlaması polikliniğine başvuran kadınlarda RİA'yı terk etme nedenlerini ve etkileyen faktörleri araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 01.12.2012-31.12.2012 tarihleri arasında, Konya Faruk Sükan Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi aile planlaması polikliniğine RİA çıkarılmak üzere başvuran 18 yaş ve üstü 190 kadında yapıldı. Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen katılanların sosyodemografik özellikleri ve RİA'yı terk nedenlerini sorgulayan bir anket formu kullanıldı.

Bulgular: Katılanların yaş ortalaması 33,52±8,78 yaş (20-58) idi. Kadınların %64,2'si ilköğretim, %23,2'si ortaokul-lise mezunu ve bunların %92,1'i ev hanımı idi. Kullanılan RİA tipi %97,8 sıklıkta en fazla bakırlı RİA idi. RİA kullanımı sırasında karşılaşılan şikayetler sorgulandığında %52,6'sı RİA öncesine göre menstrüel kanama miktarının arttığını, %51,6'sı kanama süresinin uzadığını, %40,0'ı menstrüel siklusunun ağırlı olduğunu, %51,6'sı kötü kokulu akıntının, %35,8'i cinsel ilişki sırasında ağrısının olduğunu bildirdi. RİA kullanmayı terk etme nedenleri incelendiğinde; sıklık sırasıyla %34,2'si çocuk istedikleri için, %17,9'u menstrüel kanamanın uzaması, %14,2'si uterin enfeksiyon, %10,5'i RİA'nın spontan atılması nedeni ile RİA'yı terk ettiklerini bildirmişlerdi. Yaş, çocuk sayısı ve evlilik süresi arttıkça RİA'yı terk etme sıklığı da artmakta idi. Bu fark istatistiksel olarak önemli idi (p=0,001). RİA kullanma süresi ile çıkarılma nedenleri arasındaki ilişki incelendiği RİA kullanma süresi özellikle çocuk isteyen kadınlarda daha kısa süreli iken, menopozdaki kadınlarda daha uzun süreli idi (p=0,001).

Sonuç: RİA kullanımının bırakılmasında çocuk sahibi olma isteği birinci neden olarak yer alırken uzun ve ağırlı menstrüel kanama, uterin enfeksiyon, RİA+gebelik olması diğer nedenler arasında yer alıyordu.

Anahtar sözcükler: Rahim içi araç, menstrüel kanama, kadın.

Summary

Objective: Intrauterine device (IUD) application is a widely used effective, safe and economic method for family planning. In this study, we aimed to assess the reasons of intrauterine device discontinuation in women applied to a family planning policlinic.

Methods: This descriptive study was performed in a family planning policlinic with 190 women, aged 18 and older, who admitted for IUD removal between 01.12.2012-31.12.2012. Their socio-demographic characteristics and the IUD discontinuation reasons were surveyed by a questionnaire which is developed by researchers according to the literature.

Results: The participants mean age was 33.52±8.78 years. Of the respondents, 64.2% had primary school, 23.2% had middle/high school education and 92.1% of them were housewives. The most frequently used IUD type (97.8%) was copper-containing intrauterine device (Cu-IUD). The complaints due to IUD use were; 52.6% increase in menstrual bleeding comparing to previous, 51.6% prolonged bleeding time, 40.0% dysmenorrhea, 51.6% foul-smelling discharge, 35.8% pain during sexual intercourse. The causes of discontinuation were; the desire to have children (34.2%), intermenstrual spotting or prolonged menstrual bleeding (17.9%), uterine infection (14.2%), spontane expulsion (10.5%) respectively. Increase in age, number of children and duration of marriage was related with higher frequency of IUD discontinuation. This difference was statistically significant (p=0.001). When we searched for the relationship between the duration of IUD use and reasons for removal, IUD using time was short in women who want child whereas it was long in menopausal period (p=0.001).

Conclusion: Whilst the desire to have children was the privileged reason of IUD discontinuation, prolonged and heavy menstrual bleeding, dysmenorrhea, uterine infection, IUD plus pregnancy were the other causes.

Keywords: intrauterine device, menstrual bleeding, woman.

1) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Konya
2) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dr., Konya

Aile planlaması hizmetlerinde amaç; istenmeyen gebelikleri ve buna bağlı olarak anne ve bebek ölümlerini önlemek, her aileye istedikleri zaman ve istedikleri sayıda çocuk sahibi olabilmeleri için yardım ve danışmanlık hizmeti sunmaktır. İyi bir aile planlaması hizmeti çocuk sahibi olmayan (infertil) çiftlerin, çocuk sahibi olabilmeleri için onlara sunulacak yardım hizmetlerini de kapsar.^[1-5] Rahim içi araç (RİA) dünyada en yaygın olarak kullanılan ikinci modern yöntemdir.^[2]

Kontrasepsiyon metodu olarak RİA, Çin'de kadınların %33,0'ı, Avrupa'da %29,0'ı, Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) çok düşük oranlarda kullanılmaktadır.^[2] Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları (TNSA) verilerine göre %16,9 oranıyla en sık tercih edilen modern kontrasepsiyon yöntemidir.^[3] Etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişkiden bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü ve ekonomik oluşu gibi özellikleri bu yöntemin daha sık tercih edilmesini sağlamaktadır.^[4-6]

RİA'nın olumsuz yönleri ise menstrüel kanamada artmaya yol açmaları (özellikle bakırlı RİA'lar, uygulama sonrası ilk 3-6 ayda), adet düzensizliği, kramp ve ağrı, daha az sıklıkla da atılma ve perforasyon oluşmasıdır. Ayrıca çeşitli ülkelerde yapılan çalışmalar RİA'nın vulvovajinal enfeksiyonlara yatkınlığı arttıran bir etken olduğu sonucunu doğurmuştur.^[7] Uygulamayı izleyen ilk 3 haftada pelvik inflamatuvar hastalık (PİH) riskinde geçici bir artış olur. Bu olumsuz yönlerle ilgili RİA kullanımı terk edilebilmektedir. Ülkemizde TNSA 2008'e göre RİA ile korunmayı bırakma hızı %13,4'dür.^[3]

Bu çalışmada bir aile planlaması polikliniğine RİA çıkarmak için başvuran kadınlarda RİA kullanımı sırasında oluşan şikayetleri, terk etme nedenlerini, bunun eğitim ve diğer parametreler ile olan ilişkisini incelenmeyi amaçladık.

Gereç ve yöntem

Araştırmanın tipi, yapıldığı yer ve örneklem seçimi

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 01.12.2012-31.12.2012 tarihleri arasında Konya Faruk Sükan Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi aile planlaması polikliniğine RİA çıkarılmak üzere başvuran 18 yaş ve üstü kadınlarda yapıldı. Araştırmaya başlamadan önce Meram Tıp Fakültesi etik kurul onayı alındı. Daha önce yapılan çalışmalarda evli kadınların RİA terk oranı %13,4^[3] sıklıkta bulunduğundan $n=t2pxq/d2$ formülü kullanılarak en az 183 hastanın

çalışmaya alınması planlandı.^[8] RİA çıkarılmak üzere başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul eden 190 kadın çalışmaya alındı. Çalışmaya başlamadan önce hastalardan yazılı ve sözlü onam alındı. Araştırmaya katılmak istemeyenler hariç tutulduğu için çalışmaya katılım oranı %86,4 olarak (220/190) tespit edildi.

Verilerin toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen katılanların sosyodemografik özellikleri ve RİA'yı terk nedenlerini sorgulayan bir anket formu kullanıldı. Anketler araştırmacı tarafından (A.Ö.K) yüz yüze görüşme sırasında dolduruldu. Kadınların ve eşlerin yaş, eğitim, meslek, çalışma durumu, kaçınıcı evlilik olduğu, evlilik süresi, aile tipi ve gelir düzeyi sorgulandı. Ayrıca kadınların gebelik, doğum, düşük ve yaşayan çocuk sayısı ile RİA kullanma süresi, RİA kullanma sırasında öncesine göre adetlerinin miktarının artıp artmadığı, kanama süresi, ağrı, kötü kokulu akıntı olup olmadığı, cinsel ilişki sırasında ağrı ve kanama gibi şikayetlerin varlığı ve RİA bırakma nedenleri sorgulandı. RİA'yı terk nedenlerine yönelik danışmanlık hizmeti verildi ve enfeksiyon tespit edilen olgulara da tıbbi tedavi önerildi. Herhangi bir soru/sorunları olursa kliniğe tekrar başvurmaları gerektiği vurgulandı.

İstatistik değerlendirme

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Frekanslar, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler hesaplandı. Ortalamaların karşılaştırılmasında Students T, Oneway ANOVA testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanıldı. Önemlilik düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edildi.

Bulgular

Tanımlayıcı tipteki bu çalışma 01.12.2012-31.12.2012 tarihleri arasında Konya Faruk Sükan Çocuk Hastalıkları ve Doğumevi aile planlaması polikliniğine RİA çıkarılmak üzere başvuran 18 yaş ve üstü 190 kadında yapıldı. Katılanların yaş ortalaması $33,52\pm 8,78$ (20-58) ve RİA kullanma süresi ortalaması $5,1\pm 3,7$ (1-20) yıl idi. Gebelik sayısı ortalaması $3,1\pm 1,6$ (1-10), doğum sayısı ortalaması $2,5\pm 1,3$ (1-10), yaşayan çocuk sayısı ortalaması ise $2,5\pm 1,1$ (1-7), evlilik süresi ortalaması $13,7\pm 8,7$ (2-39) yıl idi. Kadınların % 64,2'si (n=122) ilköğretim, %23,2'si (n=44) orta-lise eğitilmiş, % 92,1'i (n=175) ev hanımı idi. Diğer sosyodemografik özellikler **Tablo 1**'de yer almaktadır.

Eşlerin %56,8'i (n=108) ilkököl mezunu, %48,4'ü (n=92) işçi idi. Kullanılan RİA tipi %97,8 (n=186) sıklıkta en fazla bakırlı RİA tipi idi. RİA kullanımı sırasında karşılaşılan şikayetler sorgulandığında %52,6'sı (n=100) RİA öncesine göre menstrüel kanama miktarının arttığını, %51,6'sı (n=98) kanama süresinin uzadığını, %40,0'ı (n=76) menstrüel siklusunun ağırlı olduğunu, %51,6'sı (n=98) kötü kokulu akıntısının, %35,8'i (n=68) cinsel ilişki sırasında ağrısının, %18,9'u (n=36) cinsel ilişki sırasında kanamasının olduğunu bildirdi (**Tablo 2**). RİA kullanmaya devam etmeme nedenleri sorgulandığında; sıklık sırasıyla %34,2'si (n=65) çocuk istedikleri için, %17,9'u (n=34) menstrüel kanamanın uzaması, %14,2'si (n=27) uterin enfeksiyon, %10,5'i (n=20) RİA'nın spontan atılması, %5,3'ü (n=10) RİA'nın gereksiz olduğunu düşünme, %2,6'sı (n=5) RİA+gebelik, %1,6'sı (n=3) ağır anemi gelişmesi, %1,6'sı (n=3) menopoza girmesi nedeni ile RİA'yı terk ettiklerini bildirmişlerdi (**Tablo 3**).

RİA'nın gereksiz olduğunu düşünen kadınlardan 6'sı eşinden ayrıldığı, 3'ü eşi yurt dışında bulunduğu, 1 kişi de eşinin cinsel problemi olduğu için RİA'yı terk ettiğini bildirmişti. Kadınların RİA kullanımını bırakma nedenleri ile kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi ve meslekleri karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p>0,05$). RİA kullanma süresi ile çıkarılma nedenleri incelendiği zaman aralarında istatistiksel olarak önemli bir ilişki vardı ($p=0,001$). RİA kullanma süresi özellikle çocuk isteyen kadınlarda daha kısa süreli iken, menopoza girme nedeniyle RİA'yı terk eden kadınlarda daha uzun süreli idi. Yaş, çocuk sayısı ve evlilik süresi arttıkça RİA'yı terk etme sıklığı da artmakta idi. Bu fark istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0,001$). Kadınların çalışma durumu ile RİA'yı terk nedenleri karşılaştırıldığı zaman aralarında istatistiksel olarak bir anlamlı bir fark yoktu ($p=0,434$). Ailenin gelir düzeyi ile RİA'yı terk nedenleri arasında anlamlı bir fark yoktu ($p=0,287$).

Tartışma

Çalışmamızda kadınların RİA'yı bırakma nedenleri incelendiğinde; en yüksek oranda (%34,2) çocuk istemi RİA terk nedeni iken, daha sonra sırasıyla menstrüel kanamanın uzaması (%17,9), uterin enfeksiyon (%14,2), RİA'nın spontan atılması (%10,5), RİA'nın gereksiz olduğunu düşünme (%5,3), RİA+gebelik (%2,6), ağır anemi gelişmesi (%1,6) gibi sebeplerle RİA'nın terk edildiği görüldü. Çalışmaya katılan kadınların %64,2'si ilkököl eğitime sahip olup, %92,0'ı ev hanımı idi. Çalışma grubumuzun eğitim düzeyi TNSA 2008 verileri ile uyumlu idi.^[3]

Tablo 1. Katılanların sosyodemografik özellikleri

| | S | Yüzde |
|-------------------------------|-----|-------|
| Yaş | | |
| 20-29 yaş arası | 73 | 38,4 |
| 30-39 yaş arası | 62 | 32,6 |
| 40- 49 yaş arası | 46 | 24,2 |
| ≥ 50 yaş | 9 | 4,8 |
| Meslek | | |
| Ev hanımı | 175 | 92,1 |
| Memur | 8 | 4,2 |
| İşçi | 3 | 1,6 |
| Emekli | 4 | 2,1 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil/ okuryazar | 11 | 5,8 |
| İlköğretim | 122 | 64,2 |
| Orta-lise | 44 | 23,2 |
| Üniversite | 13 | 6,8 |
| Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 12 | 6,3 |
| Çalışmıyor | 178 | 93,7 |
| Ekonomik Durum | | |
| Geliri giderinden fazla | 17 | 8,9 |
| Geliri giderine eşit | 96 | 50,5 |
| Geliri giderinden az | 77 | 40,6 |
| Aile Tipi | | |
| Çekirdek aile | 140 | 73,7 |
| Geniş aile | 45 | 23,7 |
| Dağılmış aile | 5 | 2,6 |
| Kullanılan RİA Tipi | | |
| Lippes loop | 2 | 1,1 |
| Bakırlı RİA | 186 | 97,8 |
| Progesteronlu RİA | 2 | 1,1 |

Tablo 2. RİA kullanımı sırasında oluşan şikayetler

| | EVET | | HAYIR | |
|--|------|------|-------|------|
| | s | % | s | % |
| Menstrüel kanama miktarı arttı mı? | 100 | 52,6 | 90 | 47,4 |
| Menstrüel kanama süresi uzadı mı? | 98 | 51,6 | 92 | 48,4 |
| Menstrüel kanamanız ağrılı oldu mu? | 76 | 40,0 | 114 | 60,0 |
| Kötü kokulu akıntı oldu mu? | 98 | 51,6 | 92 | 48,4 |
| Cinsel ilişki sırasında ağrı oldu mu? | 68 | 35,8 | 122 | 64,2 |
| Cinsel ilişki sırasında kanamanız oldu mu? | 36 | 18,9 | 154 | 81,1 |

Kadınlar birden fazla neden belirtmişlerdir

Kadının eğitim düzeyi, hem kadının aile ve toplumdaki statüsünü hem de doğurganlık davranışı ile AP yöntemini kullanmayı etkileyen bir faktör olması bakımından önemlidir. İran’da Fathizadeh ve arkadaşlarının doğum kontrol yöntemlerini bırakan

bulgularımızla uyumlu idi. Çalışmamızda kadınların eşlerinin eğitimi kendilerine göre daha yüksekti. Ancak kadınların RİA kullanımını terk etmesi ile kendilerinin ve eşlerinin eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

Tablo 3. RİA kullanmaya devam etmeme nedenleri

| Parametreler | s | Yüzde |
|-----------------------------|-----|-------|
| Parametreler | 65 | 34,2 |
| Çocuk istemi | 34 | 17,9 |
| Menstrüel kanamanın uzaması | 27 | 14,2 |
| Uterin enfeksiyon | 20 | 10,5 |
| RİA’nın spontan atılması | 10 | 5,3 |
| Gereksiz olduğunu düşünme | 5 | 2,6 |
| RİA+gebelik | 3 | 1,6 |
| Ağır anemi gelişmesi | 3 | 1,6 |
| Menopoz | 23 | 12,1 |
| Diğer sebepler | 648 | 100,0 |

Kadınlar birden fazla neden belirtmişlerdir

kadınlarda yaptıkları bir çalışmada eğitim düzeyi ile psikolojik ve fiziksel nedenlerin yöntem bırakmada etkili olduğu gösterilmiştir.^[9]

Bizim çalışmamızda katılımcıların eşlerinin %56,8’i ilkökul mezunu, %41,0’ı ortaokul ve üstü eğitimli idi. Pasinlioğlu ve arkadaşlarının çalışmasında da kadınların eşlerinin %49,1’inin eğitiminin ilkökul ve altı düzeyde olduğu belirlenmiştir.^[10] Bu sonuçlar bizim

Uzun etkisi, etkinliği, güvenli oluşu, cinsel ilişki-den bağımsız olması, emzirmeye engel olmayışı, yöntem bırakıldıktan sonra doğurganlığın hızla geri dönüşü ve ekonomik oluşu gibi özellikleriyle RİA, günümüzde ülkemizde en sık tercih edilen modern kontrasepsiyon yöntemi olmasına rağmen TNSA 2008 verilerine göre %13,4 oranında terk edilmektedir. Fransa’da yapılan bir çalışmada RİA bırakma oranı ilk 12 aylık sürede %11,0, 4 yıllık dönemde ise %30.0 olarak bulunmuştur.^[11]

Çocuk istemi dışlandığında diğer terk nedenleri %46.8 gibi yüksek bir oranla RİA’nın bilinen yan etkileri ve komplikasyonlarıdır. Çalışmamıza katılan kadınların RİA’ya bağlı şikayetlerini sorguladığımızda en yüksek oranda menstrüel kanama miktarının artması (%52,6) ve menstrüel kanama süresinin uzaması (%51,6) şikayetleri ile karşılaştık. Zincir ve arkadaşlarının 2006’da Kayseri’de yaptığı çalışmada da aile planlaması polikliniğine RİA çıkartmak için başvuran kadınların en yüksek oranla (%34,1) kanama miktarının artması nedeniyle polikliniğe başvurduğu görülmektedir.^[12] Bu beklenen bir sonuçtur. Çünkü menstrüel kanamanın miktar ve süresinde artış olması ile menstrüel düzenin bozulması RİA’nın en sık görülen yan etkileridir. Buna ek olarak, ilk birkaç siklus boyunca adet sancıları (dismenore) artabilir. Bu yakınmalar üçüncü siklustan itibaren azalır.^[4] Bizim çalışmamızda kadınlarda %40,0 oranında adet sancuları mevcuttu.

Tang ve arkadaşlarının 2012 yılında ABD’de 25 yaş ve altı kadınlarda RİA ve oral kontraseptiflere (OKS) devamlılık süresiyle ilgili yaptığı bir çalışmada RİA’nın ağrı nedeniyle OKS’e göre daha sık bırakıldığı gözlemlenmektedir.^[13] Yine çalışmamızda kadınların %51,6’sında kötü kokulu akıntı şikayeti vardı ve katılımcıların %14,2’si uterin enfeksiyon nedeniyle RİA’yı bırakmıştı. Zincir ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer şekilde kadınların %12,3’ünün enfeksiyon nedeniyle RİA’yı terk ettikleri görülmektedir.^[12] RİA’ya bağlı pelvik inflamatuvar hastalık riski yalnızca takılmadan sonraki 20 günde artar. Tümyle RİA’larla ilişkili tek pelvik enfeksiyon aktinomikozistir.^[14] RİA kullananlarda enfeksiyon gelişip gelişmemesini etkileyen çeşitli etkenler vardır. Bunlar RİA uygulama tekniği, tipi, kullanma süresi, yaş vb. dir. RİA vajinal florayı değiştirerek anaerob bakterilerde artışa yol açmaktadır. Çalışmamıza katılan kadınların %10,5’inde RİA’nın spontan olarak atıldığı görüldü. Teal ve arkadaşları adolesan annelerde yaptıkları çalışmada bu oranı %14,2 olarak bulmuşlar ve adolesanlarda genel popülasyona göre RİA atılım oranının daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.^[15] Garbers ve arkadaşlarının bakırlı RİA kullanan 306 kadında yaptığı çalışmada RİA takıldıktan sonraki 6 aylık süreçte kadınların %4,2’sinde spontan atılım görülmüş, RİA’ya özgü danışmanlık eğitimi almayanlarda bu oran daha fazla bulunmuştur.^[16]

Bizim çalışmamızda en önemli RİA terk nedeni çocuk isteme dışında RİA’ya bağlı yan etkiler olmuştur. Ersin ve arkadaşlarının 15-49 yaş evli kadınlarda yaptıkları çalışmada yöntem bırakma nedenleri incelendiğinde %67,8 sıklık ile RİA yan etkileri ve sağlık kaygısı, %17,8 sıklık ile çocuk istemi nedeni ile RİA’yı terk etmişlerdi.^[17] Pasinlioğlu ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı bir çalışmada RİA bırakma nedeni olarak en fazla kanamanın yer aldığı, bunu enfeksiyon, ağrı ve servikal erozyon gibi RİA’nın diğer yan etkilerinin izlediği görülmektedir.^[10]

Azmat ve arkadaşlarının 2009 yılında Pakistan’da gerçekleştirdikleri çalışmada da başlıca RİA terk nedeni bizim çalışmamızdakine benzer şekilde %69,4 sıklıkta RİA’ya bağlı yan etkilerdir ve bu yan etkiler içinde büyük çoğunluğu (%45,2 sıklık ile) kanamanın artmasıdır.^[18] Yine Thapa ve arkadaşlarının Nepal’de yaptıkları çalışmada en sık bırakma nedeni olarak RİA’nın yan etkileri gözlemlenmiştir.^[19] 2008 TNSA verileri incelendiğinde en sık bırakma nedeni olarak, sırasıyla %37,1 sıklıkta yan etkiler, %23,1 çocuk istemi, %12,9 diğer nedenler yer almaktadır.^[3] Bu verilere göre bizim çalışmamızdaki en sık RİA bırakma nedeni ile literatürde yer alan çalışmalardaki nedenler uyumludur. Öte yandan yöntem başarısızlığı yani RİA+gebelik TNSA 2008 verilerine göre %5,7 iken bizim çalışmamızda %2,6 dır. Yine Ersin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada yöntem başarısızlığı %2,2’dir.^[17] Bu sonuç bizim çalışmamızla uyumludur. Eğer RİA takılı birinde gebelik olursa olguların %5’inde ektopik gebelik olacaktır. Bu fallop tüplerinin uterusu göre gebeliğe karşı daha az korunmasındandır. Ancak hiç kontrasepsiyon kullanmayan kadınlarla karşılaştırıldığında RİA takılı kadınlarda ektopik gebelik riskinde %80-90’lık azalma mevcuttur.^[14]

Sonuç

Bu çalışmada RİA kullanımının bırakılmasında çocuk sahibi olma isteği birinci neden olarak yer alırken, uzun ve ağrılı menstrüel kanama, uterin enfeksiyon, RİA+gebelik olması gibi RİA’nın bilinen yan etki ve komplikasyonları arasında yer alıyordu. Bu nedenle RİA takılırken yeterli hijyenik koşullar sağlanmalı, RİA’yı seçenlere uygulama sırasında danışmanlık eğitimi verilmeli, izleme çağrılmalı, izlemin önemi ve uyarı belirtileri görürlerse ya da herhangi bir soru/sorunları olursa kliniğe başvurmaları gerektiği tekrarlanmalıdır. İzlem ziyaretlerinde de danışmanlık bilgileri pekiştirilmelidir.

Extended Summary

The reasons of women who applied to a family planning clinic for removal of intrauterine device

Background and objective: Intrauterine device (IUD) application is a widely used, reliable and economic contraceptive method. IUD's side effects are menstrual bleeding, uterine infection, irregular periods, cramp and pain; and also in rare cases rejection and perforation. In this study we aimed to investigate the complaints due to IUD, the reasons of abandoning it and its correlation with education and other parameters among women who have applied for removal of IUD to a family planning clinic.

Method: This descriptive study was conducted among 190 women who have applied to Konya Faruk Sükan Children's Illness and Maternity Hospital, family planning clinic for removal of IUD between the dates of 01-31.12.2012 and were older than 18 years. Ethical approval was obtained from Meram Medicine Faculty Ethical committee. The participation was based on volunteering, the participation rate was 86.4% (220/190). A questionnaire was used which was generated by the researchers for gathering information, and it aimed to question the reasons for removing the IUD and the social demographic background of the participants. For statistical analysis, SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 program was used. Significance level was accepted as $p < 0.05$.

Results: The mean age of the participants was 33.52 ± 8.78 (20-58). 64.2% of women was elementary school graduates, 23.2% of them were middle and high school graduates and 92.1% of them were unemployed. The IUD that was used with a 97.8% rate was copper IUD. When the side effects of IUD was questioned, 52.6% of women complained from heavy menstrual bleeding, 51.6% from increased bleeding time, 40.0% from dysmenorrhea, 51.6% from bad odor with discharge, 35.8% from pain during the sexual intercourse. When the reasons for stopping of using IUD was observed; 34.2% was because of the will to have children, 17.9% was because of the lengthening of menstrual bleeding, 14.2% was uterine infection and 10.5% was a spontaneous removal of the IUD. There was no statistically significant relation between the education level of the women or their spouses and the reasons of removing the IUD ($p > 0.05$). There was a statistically significant relationship between the duration of using IUD and the reasons of removing it ($p = 0.001$). The duration of using IUD was shorter with women who wanted to have children and it was longer with woman who stopped using it because they entered their menopause stages. There was no statistically significant relationship between the employment situation of the women and the reason of stopping using IUD ($p = 0.434$). As the age, number of children and duration of marriages were increased the rate of stopping using IUD increased as well. This difference was statistically significant ($p = 0.001$). When the relationship between the duration of IUD and the reasons for removing it was observed, the duration of using IUD was shorter with women who wanted to have children and it was longer with woman who were in menopause ($p = 0.001$). There was no significant relationship between the income of the family and the reasons for stopping using IUD ($p = 0.287$). Among the women who have stated that IUD was useless for them; six of them had separated from their spouses, three of them had spouses who were abroad and one of them stated that her husband had sexual problems.

Conclusion: The most frequent reason for removing IUD was the will to have children; other reasons included long and painful menstrual bleeding, uterine infection, spontaneous rejection of IUD, entering menopause, and pregnancy. That is why adequate hygienic circumstances should be met, and counseling should be served while applying IUD. After application of IUD, women must be visited regularly and encouraged for asking questions and sharing their concerns. The information given during the first counseling should be repeated to enhance their knowledge.

Key words: intrauterine device, menstrual bleeding, woman.

Kaynaklar

1. Kaya H, Tatlı H, Açıık Y ve ark. Bingöl İli Uydukent Sağlık Ocağı Bölgesindeki 15-49 Yaş Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanım Düzeyinin Belirlenmesi. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2008;22:185-91.
2. Dilbaz B. Intrauterine Device. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci* 2006;2(22):51-9.
3. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi tarafından basılmıştır Yayın No: NEE-HÜ.09.011ISBN 978-975-491-274-6. 2009;134:43-94.
4. T.C Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi, Ankara, 2005;2:453-495.
5. Wildemeersch D, Pett A, Jandi S, et al. Precision intrauterine contraception may significantly increase continuation of use: a review of long-term clinical experience with frameless copper-releasing intrauterine contraception devices. *Int J Womens Health* 2013;5:215-25.
6. Rimmer E, Jamieson MA, James P. Malposition and expulsion of the levonorgestrel intrauterine system among women with inherited bleeding disorders. *Haemophilia* 2013. doi: 10.1111/hae.12184.
7. Zincir H, Bayık-Temel A. RİA'ya Özel Danışmanlık İlkesine Göre RİA Uygulanması, Genital Hijyen Eğitimi ve Vulvovajinal Enfeksiyonların Görülme İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health Sciences)* 2010;19(1):60-67.
8. Aksakoğlu G. Sağlıkta araştırma teknikleri ve analiz yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayın Komisyonu. İzmir. 2001.
9. Fathizadeh N, Salemi P, Ehsanpour S. Dissatisfaction with contraceptive methods. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011;16(1):79-82.
10. Pasinlioğlu T, Bülbül F. Çiftlerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bırakma Nedenleri Atatürk Üniv. *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2003;6(2):40-49.
11. Moreau C, Bouyer J, Bajos N, et al. Frequency of discontinuation of contraceptive use: results from a French population-based cohort. *Hum Reprod* 2009;24(6):1387-92.
12. Zincir H, Albayrak E, Başer M, ve ark. Kadınların Rahim İçi Aracı Bırakma Nedenleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2009;18(6):103-106.
13. Tang JH, Lopez LM, Mody S, et al. Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;11:CD009805. doi: 10.1002/14651858.CD009805.pub2.
14. Güner H. Korucuoğlu Ü. Aile Planlaması ve Kontrasepsiyon Yöntemleri. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Editör, Nedim Çiçek. Publisher, Güneş Kitabevi, 2007.p 533-534
15. Teal SB, Sheeder J. IUD use in adolescent mothers: retention, failure and reasons for discontinuation. *Contraception* 2012;85(3):270.
16. Garbers S, Haines-Stephan J, Lipton Y, et al. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. *Contraception* 2013;87(1):101-6.
17. Ersin F, Gözükarar F, Şimşek Z ve ark. Bir Sağlık Ocağı Bölgesinde Evli Kadınların Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumları ve Yöntemi Bırakma Nedenleri. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi (HEMAR-G)* 2003;1:30-7.
18. Azmat SK, Hameed W, Mustafa G, et al. IUD discontinuation rates, switching behavior, and user satisfaction: findings from a retrospective analysis of a mobile outreach service program in Pakistan. *Int J Womens Health* 2013;5:19-27.
19. Thapa S, Sharma Paudel I, Bhattarai S, et al. Factors Affecting IUCD Discontinuation in Nepal: A Nested Case-Control Study. *Asia Pac J Public Health* 2012 Sep 14. doi: 10.1177/1010539512458522.

Geliş tarihi: 26.09.2013

Kabul tarihi: 05.05.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu

e-posta: ruhuse@yahoo.com

Tek doz Doksisisiklin kullanımına bağlı gelişen özofagus ülseri: Bir olgu sunumu

Esophageal ulcer development after a single dose of Doxycycline: a case report

Seher Sayın¹, Ruhuşen Kutlu², Serhat Sayın³, Hüseyin Ataseven⁴

Özet

İlaça bağlı özofagus ülseri literatürde sık görülmemekle birlikte yol açabileceği komplikasyonlar açısından önemlidir. Doksisisiklin yeterli miktarda su ile alınmaz ise veya alındıktan kısa süre sonra yatılırsa özofagusta mukozal hasara neden olur. Bu olguda akne nedeniyle doksisisiklin tedavisi başlanmış 24 yaşındaki kadın hasta sunuldu. Hasta ilacın ilk dozundan sonra retrosternal yanma, disfaji semptomlarıyla başvurdu. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus 1/3 orta bölümünde 2 santimetrelilik bir segmentte yüzeysel ülserasyonlar görüldü. Anamnez ve endoskopik bulgularla, hastaya doksisisiklin kullanımına bağlı ilaç özofajiti teşhisi konuldu. Doksisisiklin tedavisi ve oral alımı kesildi. İntravenöz sıvı tedavisi, sukralfat ve lansoprazol tedavisi başlandı. İlerleyen günlerde hastanın şikâyetleri azalarak kayboldu. Olgumuzda olduğu gibi, ilacın süresinden bağımsız olarak tek doz kullanım sonrasında dahi özofageal ülser gelişebilmektedir.

Anahtar sözcükler: Akne, özofagus, ülser, doksisisiklin.

Summary

Although it is not so frequent in medical literature, drug-induced esophageal ulcer is important due to its possible complications. Doxycycline can cause esophageal irritation if not taken with sufficient water or just before going to sleep. In this case report, a 24 year-old female patient who had been prescribed doxycycline for acne is presented. She was admitted with retrosternal pain and dysphagia which had started after taking the first oral dose of the drug. Endoscopic examination showed superficial ulcerations in the area of 2 cm of the mid esophagus. Based on the endoscopic findings, the patient was diagnosed as drug-induced esophageal injury resulting from doxycycline treatment. Doxycycline treatment and oral intake were stopped. Intravenous fluid therapy, sucralfate and lansoprazole treatment were started. In the following days, the patient's complaints disappeared gradually. As in our case, irrespective of the exposure duration, even after a single dose, esophageal ulcer may develop.

Keywords: acne vulgaris, esophagus, ulcer, doxycycline.

L iteratürde özofajit veya özofageal ülserasyona neden olan pek çok ilaç rapor edilmiştir. Potasyum klorid, tetrasiklin, kinidin, asetil salisilik asit, ferroz sulfat, klindamisin, kaptopril, alprenolol, çeşitli steroid ve nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar suçlanmıştır.^[1,2] Doksisisiklin ve tetrasiklin ilaca bağlı özofajit olgularının %50'sinden fazlasının nedenidir.^[3]

Akne vulgarisde çok çeşitli tedaviler bulunmakla birlikte doksisisiklin, günde tek doz kullanılmasıyla hasta uyumunun iyi olduğu bilinen ve halen sık kullanılan bir antibiyotiktir.^[4] Doksisisiklin yeterli miktarda suyla alınmazsa veya alındıktan kısa süre sonra yatılırsa özofagusta mukozal iritasyona neden olabilir.^[4,5] İlaç kullanımına bağlı gelişen özofagus patolojilerinin tipik klinik belirtisi saatler veya günler içerisinde gelişen

retrosternal yanma, disfaji ve odinofajidir.^[4,6] Tanıda özofagogastroendoskopi veya baryumlu özofagus grafisi kullanılır. Etken ilaç kesildikten sonra, tedavide sukralfat ve mide asidini baskılayan ilaçlar verilir.^[4] Bu makalede, akne tedavisi sırasında tek doz doksisisiklin kullanımına bağlı özofagus ülseri gelişen bir olgu sunulmuştur.

Olgu sunumu

24 yaşında kadın hastaya akne tedavisi için doksisisiklin 2x100 mg başlanmıştır. Gece yatmadan önce oral tek doz 100 mg doksisisiklin alan hasta ertesi gün yutma güçlüğü, ağrılı yutma ve epigastrik ağrı yakınması ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Gastroenteroloji polikliniğine başvurdu.

- 1) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Arş. Gör., Konya.
- 2) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Konya.
- 3) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Arş. Gör., Konya.
- 4) Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Bölümü, Doç. Dr., Konya.

Özgeçmişinde aspirin, nonsteroid antiinflamatuar ilaç, alkol ve sigara kullanım öyküsü yoktu. Hastanın fizik muayenesi epigastrik hassasiyet dışında normal idi. Tam kan sayımı, rutin biyokimya ve tam idrar tahlilleri ve akciğer grafisi normaldi. Yapılan üst gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagus 1/3 orta bölümünde 2 santimetrelik bir segmentte üzerine beyaz plak, etrafında hiperemik lezyonların yer aldığı yüzeysel ülserasyonlar görüldü (**Şekil 1**).

Öykü ve endoskopik bulgularla, hastaya doksisisiklin kullanımına bağlı ilaç özofajiti teşhisi kondu. Doksisisiklin tedavisi ve oral alımı kesildi. İntravenöz sıvı tedavisi, sukralfat ve lansoprazol tedavisi başlandı. İlerleyen günlerde hastanın yakınmaları azalarak kayboldu. Bir ay sonra yapılan kontrol endoskopide, özofagus ülserlerinin iyileştiği saptandı.

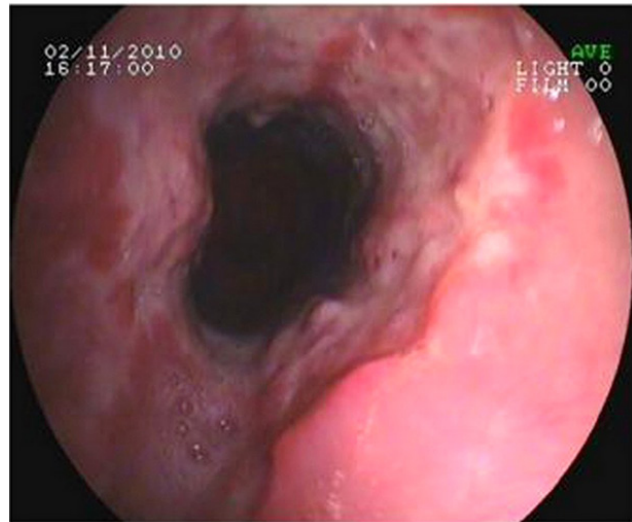
Tartışma

Çok sayıda ilacın özofajite neden olduğu bilinmektedir. İlaça bağlı özofajit olguları incelendiğinde, etken ilaç %40-45 oranında doksisisiklin olarak saptanmıştır.^[6,7] Doksisisiklin, doğrudan etkiyle özofagus mukozasında hasara neden olur.^[7] Özofajit mekanizmasında, doksisisiklinin çözülmesi sırasında serbest kalan asidik bileşenler suçlanmaktadır.^[7-9] Mukozal hasarda ilaca ve kişiye ait bazı faktörler etkilidir.^[10] İlaça ait faktörler; ilacın kimyasal içeriği, mukozayla temas süresi, büyüklüğü ve üzerinin jelatinle kaplı (kapsül) olmasıdır.^[6-10] Kişiye ait faktörler ise; özofagus motilite bozuklukları, ilacın az miktarda suyla alınması, sol atrial dilatasyon varlığı, tortikoze aterosklerotik aorta bulunması, yaş ve cinsiyettir.^[7,11,12] Özofagus motilite bozuklukları, ilacın mukozayla temas süresini artırarak özofajite neden olur. Sol atriyal dilatasyon varlığı ve tortikoze aterosklerotik aorta bulunması, dıştan baskıyla obstrüksiyon yapıp ilacın özofagusta kalış süresini artırır. Özofajit, 25-35 yaş arasında ve kadınlarda sık görülür.^[7,11,13] Özofajit gelişiminde en sık rastlanan nedenler, olgumuzda olduğu gibi ilacın az suyla alınması ve alındıktan kısa süre sonra yatılmasıdır.^[5,7,11,12] İlaç kullanımına bağlı gelişen özofajitin tipik klinik belirtisi saatler veya günler içerisinde gelişen retrosternal yanma, disfaji ve odinofajidir.^[4,6,9] Olgumuzda da retrosternal yanma ve disfaji yakınmaları vardır.

İlaça bağlı özofajitlerin tanısında endoskopi %100'e yakın duyarlılığa sahiptir.^[7,11] Doksisisikline bağlı özofajitlerin büyük bir kısmında, hasarın özofagusun orta üçte birlik bölümünde gözlemlendiği bildirilmiştir.^[7,11-13] Hastamızda da ülserler özofagusun orta üçte birlik bölümünde saptanmıştır. İlaça bağlı özofajitlerin en sık rastlanan endoskopik bulgusu; tek veya birden fazla sayıda, ayrı ayrı veya kümeleşme

eğilimi gösteren yüzeysel ülserlerdir.^[6,10,14] Olgumuzda da birkaç tane yüzeysel ülser görülmüştür. Saçıkara ve arkadaşları doksisisiklin kullanımını sonucu retrosternal ağrı, odinofaji ve disfaji yakınmalarıyla başvuran iki olguda yapılan endoskopik incelemede; birinci hastada özofagus üst 1/3, ikinci hastada ise orta 1/3 segmentte ülserler görüldüğünü bildirmişlerdir.^[15] Aktuğ-Demir ve arkadaşlarının bruselloz nedeniyle doksisisiklin tedavisi başlanan 47 yaşındaki olgusunda ilacın dördüncü dozundan sonra retrosternal yanma, disfaji semptomları başlamış, yapılan endoskopik incelemede özofagusun 30. santimetresinde 2x1cm çapında soliter ülser saptanmıştır.^[16] Öztürk ve arkadaşları akne vulgaris tedavisi sırasında doksisisiklin kullanımına bağlı özofajit ve ülser gelişen bir olgu sunmuşlar, yapılan endoskopik incelemede özofagus orta kesiminde mukozal hipertrofi ve sirküler tarzda düzensiz sınırlı hemorajik karakterli ülser alanları saptandığını bildirmişlerdir.^[7] Ülserler genellikle küçük ve yüzeysel fokal inflamasyon şeklindedir. Nadiren de olsa derin ülserler saptanabilir. Mediasten veya büyük damarlara penetrasyon gösteren ilaca bağlı ülserler, bazen mediastinit veya ciddi kanamalara (%7) neden olmaktadır.^[12,14] Hastamızda özofajite bağlı komplikasyon izlenmemiştir.

İlaça bağlı özofajitlerin tedavisinde, özofajite neden olan ilaç kesildikten sonra sukralfat, topikal anestezi ve asit baskılayıcı ilaçlar kullanılmaktadır.^[10,13] Sukralfatın hasarlı mukoza, nekrotik doku ve ülserlerde mukozal rejenerasyonu ve prostoglandin salınımını uyardığı gösterilmiştir.^[8] Hastamızın kullandığı doksisisiklin kesilmiş ve özofajitin tekrarlama olasılığı nedeniyle, bundan sonra doksisisiklin kullanmaması önerilmiştir. Hastamızda, özofajit tedavisi ile olağan seyri içinde iyileşme sağlanmıştır.



Şekil 1. Özofagus 1/3 orta bölümünde 2 santimetrelik bir segmentte yüzeysel ülserasyonların endoskopik görüntüsü

Doksisiklin geniş spektrumu ve atipik mikro-organizmalara etkisi nedeniyle oldukça sık kullanılan bir antimikrobiyal ilaçtır. Doksisiklin kimyasal özofajite neden olabilir. Olgumuzda olduğu gibi, ilacın süresinden bağımsız olarak tek doz kullanım sonrasında dahi özofageal ülser gelişebilmektedir. İlaça bağlı özofajit önlenemez bir morbidite nedenidir. İlaçların az su ile alınması veya ilaç alındıktan kısa bir süre sonra yatılması, ilaca bağlı özofajit gelişiminde düzeltilebilir en önemli iki etkidir. Ayrıca doksisiklin reçetelenen hastalara yan etkileri ve önlenmesi konusunda gerekli uyarıların yapılması, ilaca bağlı ülser gelişimini azaltmada oldukça etkili olacaktır.

Adölesan dönemde akne sık görülmekte ve tedavisinde tetrasiklin grubu ilaçlar tercih edilmektedir. Bu grup ilaçlar nadirde olsa direkt ösefagus ya da mide mukozasına yapışarak o bölgede erozyona sebep olabilir. Birinci basamak hekimleri öykü ve fizik bakıya dayanarak bu gibi olguları tanıyabilir ve yönetebilirler, endoskopi mutlaka gerekmemektedir. Hastaya birkaç gün bol sıvı alması, katı gıdalardan uzak durması ve mukoza koruyucu olarak proton pompa inhibitörleri ve antiasit ilaçlar alması önerilir. Ancak lezyonun büyüklüğü, özofagus ülseri olup olmadığı kesin olarak endoskopi ile anlaşılır. Bu yazıda tek doz doksisiklin kullanımına bağlı oluşan özofagus ülseri olgusu sunularak birinci basamakta ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen bu durumların önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Kaynaklar

- Jaspersen D. Drug-induced oesophageal disorders: Pathogenesis, incidence, prevention, and management. *Drug Safety* 2000; 22(3):237-49.
- Eng J, Sabanathan S. Drug-induced esophagitis. *Am J Gastroenterol* 1991;86(9):1127-33.
- Kearney D, McDonald GB. Esophageal disorders caused by infection, systemic illness, medications, radiation, and trauma. In: Feldman M, Freidman LS, Sleisenger MH, editors. *Gastrointestinal and Liver Disease Pathophysiology, Diagnosis, Management*. Philadelphia: Saunders; 2002.623-47.
- Acar MA, Aksungur VL. Acne and similar diseases. 3rd ed. Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroğlu S, Oğuz O, Aksungur VL editors. *Dermatoloji*. 3rd ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2008.1189-216.
- Jaspersen D. Drug-induced esophageal disorders: pathogenesis, incidence, prevention, and management. *Drug Safety* 2000;22(3):237-49.
- Kikendall JW. Pill esophagitis. *J Clin Gastroenterol* 1999;28(4):298-305.
- Aytaç Ş, Türkay C. Drug-induced esophageal injury. *Akademik Gastroenteroloji* 2005;4(1):43-5.
- Öztürk S, Berçin S, Kırtak N. Esophagitis and ulcer induced by doxycycline. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2011;9(3):195-7.
- İşler M, Bahçeci M, Aksakal G. Doxycycline-Induced Esophageal Ulceration: Report of two cases. *T Klin J Gastroenterohepatol* 2001;12(3):191-3.
- Arıcı DS, Göze F, Akbayır N. Doxycycline-induced esophagitis. *Türk J Gastroenterol* 1999;10(2):179-81.
- Akbayır N, Alkim C, Erdem L, Sakız D, Sökmen MH. A case report of doxycycline induced esophageal and gastric ulcer. *Türk J Gastroenterol* 2002;13(4):232-5.
- Bott S, Prakash C, McCallum RW. Medication-induced esophageal injury: survey of the literature. *Am J Gastroenterol*. 1987;82(8):758-63.
- Agha FP, Wilson JA, Nostrand TT. Medication-induced esophagitis. *Gastrointest Radiol*. 1986;11(1):7-11.
- Pinos T, Figueras C, Mas R. Doxycycline-induced esophagitis treatment with liquid sucralphate. *Am J Gastroenterol* 1990;85(7):902-3.
- Baher PH, Mc Donald GB. Esophageal disorders caused by infection, systemic illness, medication, and trauma. In: Feldman M, Schar Schmidt BF, Sleisenger MH, editors. *Gastrointestinal and Liver Diseases*. 6th. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 1998.5119-39.
- Saçıkara M, Nazlıgül Y, Kızılca G, Bulur O. Doxycycline-induced esophagitis: Report of two cases and review of the literature. *Dicle Medical Journal* 2010;37(3):297-9.
- Aktuğ-Demir N, Ural O. Esophagitis Induced By Doxycycline Treatment. *Turkish Journal of Infection* 2007;21(4):205-9.

Geliş tarihi: 27.03.2014

Kabul tarihi: 28.05.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Ruhuşen Kutlu

e-posta: ruhuse@yahoo.com

Olgu sunumu: Şizofren hastanın renal kolik tablosundan doğuma giden hikayesi

Case report: the story of schizophrenic patient from renal colic to childbearing

Burcu Kayhan Tetik¹, İrep Karataş Eray², Özlem Öztaş³, Seval Öztürk⁴

Özet

Şizofreni; tanımı, sınırları, klinik belirtileri ve gidişi bakımından çeşitlilik gösteren, her toplumda ve sosyo-ekonomik ortamda görülebilen ciddi bir ruhsal bozukluktur. Hastalık sıklıkla erkeklerde 15-25, kadınlarda ise 25-35 yaşlarında başlar. Çocuk doğurmanın psikiyatrik hastalığı olan kadınların sağlığını koruması ya da psikiyatrik hastalıklara yatkınlık yaratması ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Olgumuzda kendisi ve ailesi tarafından hamile olduğu bilinmeyen ve herhangi bir gebelik takibi olmayan hastanın, sağlıklı erkek bebek dünyaya getirmesi ilginç geldiği için vakamızı paylaştık.

Anahtar sözcükler: Şizofreni, doğum, aile hekimi

Summary

Schizophrenia is a serious mental disorder that shows diversity in every society and socio-economic environment in terms of its definition, boundaries, clinical symptoms and course. The peak ages of onset are 15-25 years for males and 25-35 years for females. However, very little is known regarding childbearing either it protects health of women with psychiatric disorders or predispose women to psychiatric disorders. We present our case report as we found it interesting that though the pregnancy of the patient was unknown by herself and her family and no pregnancy tracking was done, she delivered a healthy boy.

Key words: schizophrenia, birth, family physician

Şizofreni psikiyatrik işlev bozukluklarının en ağırıdır. Duygulanım, biliş, nesne ilişkileri, kimlik, algı, psikomotor davranış ve savunma işlevlerindeki bozukluklarla kendini gösterir.^[1] Türkiye’de günümüze kadar psikoz epidemiyolojisine odaklanan çok az araştırma yapılmış ve yayınlanmıştır.^[2] Yapılan bir çalışmada şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %0,8 olarak bulunmuştur.^[3] Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre ülkemizde 15-49 yaş kadın nüfusu 20.147.022 kişidir.^[4] Bu verilere göre yaklaşık 3500 kayıtlı bireyi olan bir aile hekiminin ortalama yedi psikotik ve doğurganlık çağında kayıtlı hastası olabilir. Bu kadınların cinsel ilişkiye zorlanabildikleri; kalacak yer, gıda, para gibi şeylerin karşılığında cinsel aktivitede bulunabildikleri; tecavüze uğrayabildikleri; buna bağlı olarak istenmeyen ve planlanmayan gebeliklerin oluşabileceği belirtilmektedir.^[5]

Bu raporda iki taraflı böğür ağrısı ve idrarında kanamayla gelen ve doğum yapan olgumuzu sunarak, ruhsal sorunları olan bireylerin bedensel yakınmalarının değerlendirilmesinde daha dikkatli olunması gerektiğini vurgulamak istedik.

Olgu sunumu

Otuzyedi yaşındaki kadın hasta Kalecik Devlet Hastanesi aile hekimliği polikliniğine daha önce herhangi bir hekim tarafından görülmeden "iki taraflı böğür ağrısı ve idrarında kanama" şikayeti ile yakınları tarafından getirildi. Öyküsünde ağrının sabaha karşı başladığı, uykudan uyandırdığı ve idrarının kanlı, kötü kokulu olduğu, beraberinde 2-3 kez kustuğu öğrenildi. 12 yıldır bilinen şizofreni tanısı olan hastanın fizik bakışında genel durumu orta, ateş 38,7°C, kan basıncı 140/80 mmHg, nabız sayısı 88/dk ve EKG’si taşikardik idi. Hasta 1. sınıf obez idi (boy 157cm, ağırlık 82 kg, BKİ 33,2 kg/m²).

Gelişte yapılan tam idrar tetkikinde pH:5, dansite 1025, protein ve glukoz negatifti. İdrar mikroskobisinde bol eritrosit, 20-30 lökosit, az miktarda bakteri mevcuttu. Tam kan sayımında beyaz küre 3200 K/mm³, hemoglobin 9 g/dl, hematokrit %28,4; kan biyokimyasında glukoz düzeyi 155 mg/dl, kalsiyum 8,3mg/dl, albumin 3,2 g/dl ve alkalin fosfat 362 U/L saptandı. Diğer değerleri normaldi.

1) Bağlar Toplum Sağlığı Merkezi, Uzm. Dr., Diyarbakır.

2) Ankara Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi, Uzm. Dr., Ankara.

3) Erzurum Tekman İlçe Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., Erzurum.

4) Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşire, Ankara.

Batın muayenesinde derin palpasyonda ele gelen sert kitlesi ve karın derisinde mor striaları vardı. Bunun üzerine gebelik şüphesiyle fetoskopa çocuk kalp sesi bakıldı ve pozitif olarak tespit edildi. Hastanın vajinal muayenesi yapıldı ve bebeğin başının çıkımında olduğunun tespit edilmesi üzerine hasta kadın hastalıkları ve doğum servisinde doğum masasına alındı. Epizyotomi açılarak normal vajinal yoldan 3000 g ağırlığında, 10 APGAR'la sağlıklı erkek bebek doğurtuldu.

Anne ve babasından alınan öyküsünde; hastanın 15 yaşında bir kızı olduğu, ilk olarak 25 yaş civarında babası ve eşi arasında yaşanan şiddetli bir kavganın ardından 6 ay süren bir mutizm tablosunun geliştiği, daha sonra kendine ve çevresine zarar verici davranışlarda bulunduğu öğrenildi. Bunun üzerine ailesi tarafından götürüldüğü psikiyatri polikliniğinde şizofreni tanısı konduğu ve risperidon tedavisi başlandığı; bu süre zarfında eşi ile sorunlar yaşadığı ve 10 yıl önce boşandığı, kızı ile beraber ailesinin köyüne taşındığı öğrenildi.

Hem kendisi hem aile büyükleri tarafından gebe olduğu bilinmeyen ve gebelik izlemi olmayan hastamız, sağlıklı bir bebek doğurdu. Ancak anne hiçbir şekilde bebeğini kabul etmedi. Aile büyüklerinde aynı tepkileri vermesi üzerine bebek sosyal hizmet uzmanlarına teslim edildi, adli olgu bildirim yapıldı ve gerekli işlemler başlatıldı. Bu süre zarfında bakımının sağlanabilmesi için bebek üçüncü basamağa sevk edildi.

Tartışma

Şizofreni psikiyatrik işlev bozukluklarının en ağırıdır. Psikotik hastalarda, muhakeme bozukluğu, düşünce, davranış algı bozuklukları ve gerçeği değerlendirme yeteneğinde değişik derecelerde bozulma olmaktadır. Psikiyatrik kadın hastalar, buna bağlı olarak, hayatın her alanında olabileceği gibi cinsel yaşam, evlilik ve çocuk bakımı gibi önemli konularda da zorlanmaktadır.^[6] Olgumuzda muhakeme ve algı bozukluğu tespit edilmiş olup, bir kızı olmasına rağmen bu bebeği sahiplenme konusunda herhangi bir çabası gözlemlenmemiştir. Günümüzde psikiyatrik hastaların hastanede kalış sürelerinin kısalarak yaşamlarının daha

büyük kısmını toplum içinde geçirmelerinin sonucu olarak, evlilik ve doğurganlık oranlarının arttığı söylenebilir.

Gebeliğin şizofreni, bipolar hastalık ve depresyon gibi psikiyatrik hastalıklar üzerindeki etkilerinin olumsuz olmadığı, hatta endojen psikozlarla yapılan çalışmalarda olumlu etkisinin gösterildiği ileri sürülmektedir.^[7] Ancak, çocuk doğurmanın psikiyatrik hastalığı olan kadınların sağlığını koruması ya da psikiyatrik hastalıklara yatkınlık yaratması ile ilgili çok az şey bilinmektedir.^[8] Prospektif bir çalışmada, şizofrenlerin çocuklarında fetal ve neonatal ölüm oranlarında artış olduğu bildirilmiştir.^[9] Bir başka çalışmada prematurite, düşük doğum ağırlığı, düşük APGAR skorunun ruhsal hastalıkların şiddetiyle ilişkili olduğu saptanmıştır.^[10] Olgumuzda annenin gebe olduğunu bilmediği, herhangi bir gebelik izleminin olmadığı bu süre zarfında risperidon tedavisine devam ettiği öğrenilmiştir. Ancak hastamız bu olumsuzluklara rağmen 3000 g ağırlığında, 10 APGAR skoruyla sağlıklı bir erkek bebek dünyaya getirmiştir.

Kronik psikiyatrik hastalığı olanların çocukları, sıklıkla kendi annelerinin yanında yetişmemekte ve çocuklarda ebeveynlerinden erken ayrılmanın etkileri ortaya çıkmaktadır^[11]. Akıl hastalığı olan annelerin %30'unun çocuk bakımı için kimseden yardım almadığı, %43'ünün eş/biyolojik baba/erkek arkadaş gibi bir erkekten, %33'ünün büyük ebeveynlerden, %25'inin diğer akrabalarından yardım aldığı gösterilmiştir.^[12] Olgumuzda ise annemiz bebeği kabul etmemiştir.

Aile sağlığı merkezleri, sağlık sisteminin ilk temas noktası olması bakımından ruhsal bozuklukları tanımada özel bir öneme sahiptir. Aile hekimleri, kendilerine bağlı olan nüfusun bedensel ve ruhsal sağlık problemlerinin birinci basamak sağlık hizmetleri içinde tanısı, tedavisi ve izleminden sorumludur. Olgumuz gibi psikotik ve mental retarde hastalarda hekimin hasta ve ailesi ile etkili iletişim içinde olması; hastanın bakım planını yakından izlemesi, cinsel istismara açık olan bu hastaların korunması açısından uygun olacaktır.

Kaynaklar

1. Söylemezoğlu U, Cansever A. Şizofreni Tedavisinde Psikososyal Yaklaşımlar. *Psikiyatri Dünyası* 1999;3:96-103.
2. Alptekin K, Ulas H, Akdede BB ve ark. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in the city of Izmir, Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44:905-10.
3. Binbay T, Ulaş H, Elbi H ve ark. Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemantik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2011; 22(1): 40-52.
4. Türkiye İstatistik Kurumu. Doğum istatistikleri, 2012. Haber Bülteni. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=13618> Erişim tarihi: 10/02/2014.
5. EfeSevim M, Özden SY, Vedi F. Şizofrenlerde CinselYaşam, Aile Planlaması ve Sterilizasyon. *Düşünen Adam* 2003;16(1):4-13.
6. Grunebaum HU, Abernethy VD, Rofman ES et al. The family planning attitudes, practices, and motivations of mental patients. *Am J Psychiatry* 1971;128:740-4.
7. Kaschkat G. Pregnancy in mental patients. *Med Klin* 1977; 26: 1320-6.
8. McCullough LB, Coverdale J, Bayer et al. Ethically justified guidelines for family planning interventions to prevent pregnancy in female patients with chronic mental illness. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:19-25.
9. Zax M, SameroffAJ, Babigian HM. Birth outcomes in the offspring of mentally disordered women. *Am J Orthopsychiatry* 1977; 47: 218-30.
10. Miller WH, Resnick MD, Williams MH, Bloom SD. Pregnant psychiatric inpatient: a missed opportunity. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;12:373-8.
11. McLennan JD, Ganguli R. Family planning and parenthood needs of women with severe mental illness: clinicians’ perspective. *Community Ment Health J* 1999;35:369-80.

Geliş tarihi: 05.12.2013

Kabul tarihi: 11.06.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Burcu Kayhan Tetik

e-posta: drburcukayhan@hotmail.com

Birinci basamakta çalışan hekimlerin dinlenme hakkı bağlamında aile hekimliğinde nöbet uygulaması

Implementation of On-Call Duty for family practice regarding to “Right to Rest” of primary care physicians

Zeynep Şişli¹

Özet

Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerine nöbet yükümlülüğü getiren düzenlemelerin, çalışma süreleri ve dinlenme hakkı ile ilişkisi açısından irdelenmesidir. Yaşam hakkının en temel bileşeni olan sağlığın korunmasında, çalışanlar açısından dinlenme önemli bir ihtiyaçtır. Dinlenme, bağımlı çalışanların çalışma sürelerinin sınırlandırılması ile sağlanabilecek bir hak. Dinlenme hakkı, çalışma süresinin sınırlandırılması mücadelesi sonucu uluslararası ve ulusal hukukta düzenlenmiştir. Aile hekimlerine getirilen nöbet yükümlülüğü, haftalık ve günlük en fazla çalışma sürelerine ilişkin düzenlemeler ışığında dinlenme hakkına etkisi açısından değerlendirilmiştir. Avrupa Çalışma Süresi Yönergesi (2003/88/EC) hükümlerini yorumlayan Avrupa Adalet Divanı kararları, hekimlerin sağlık kuruluşunda buldukları tüm nöbet süresinin haftalık çalışma süresinden sayılması gerektiği yolundadır. Uzun çalışma süreleri, karşılaştırmalı ülke örneklerinde araştırmalarla belirlendiği üzere, hekimlerin sağlıklarını olumsuz etkilemekte ve mesleki hata endişesine yol açmaktadır. Avrupa ülkelerinde sağlık hizmetlerinin, Çalışma Süresi Yönergesi ve Avrupa Adalet Divanı kararlarına uygun olarak, en fazla haftalık çalışma süresini aşmayacak şekilde düzenlenmesi yolunda eleştiri ve çabalar sürmektedir. Türkiye’de ise aile hekimlerinin haftalık çalışma süreleri en az 40 saat olarak belirlenmiş iken, ayrıca en fazla 30 saat nöbet yükümlülüğü düzenlenerek, haftalık çalışma süresinin en az 70 saat olmasının önü açılmaktadır. Bu çerçevede, teorik kaynakların taranması yöntemi ile yapılan bu çalışmada, Türkiye’de aile hekimleri için öngörülen nöbet uygulamasının, dinlenme haklarını ihlal edici nitelikte olduğu sonucuna varılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimi, nöbet, dinlenme hakkı

Summary

The aim of this paper is to explicate the legislation about on-call duty requirement of family physicians within the context of working time and right to rest. For the protection of health as the basic component of right to live, rest is an important need for workers. Rest only can be provided by the way of limiting working time of employees. “Right to rest” is regulated by international and national legal rules as a result of the struggle for the limitation of working time. Legal requirement of on call duty for family physicians is evaluated in the light of regulations about maximum daily and weekly working hours regarding to the effects on right to rest. European Court of Justice decisions interpreting European Work Time Directive 2003/88/EC state that all the time period in which the doctors are ready for duty in health institution will be counted as a part of weekly working time. Long working times affect negatively workers’ health and cause them to concern about malpractice as determined through researches comparatively in different countries. The critics and efforts still go on for the regulation of working hours, keeping the total number below the maximum weekly hours in health service compatible with European Working Time Directive and European Court of Justice decisions in European Countries. But however in Turkey, weekly working time of family physicians were determined as minimum 40 hours and for on-call duty as maximum 30 hours, which means that weekly working time will possibly be at least 70 hours. In this study by the review of theoretical sources, it is concluded that the implementation of regulation about on-call duty will violate the right to rest of family physicians in Turkey.

Key words: primary care, on call duty, right to rest.

1) İzmir Ekonomi Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Yrd. Doç. Dr., İzmir

Aile Hekimliği Kanunu'nun 8. Maddesi aile hekimi ve aile sağlığı elemanlarının çalışma usul ve esaslarının yönetmelikle düzenleneceğini hükme bağlamaktadır. Bu maddenin iptali için Danıştay 5. Dairesi tarafından 28.02.2014 günlü karar ile Anayasa Mahkemesi'ne başvurulmuştur. Başvuruda 8. Maddenin Anayasa'nın kamu görevlilerinin özlük haklarının yasa ile düzenlenebileceğine ilişkin 128. Maddesi ve dinlenme hakkını düzenleyen 50. Maddesine aykırılığı iddia edilmiştir.^[1] Danıştay'ın bu kararı, Aile Hekimliği Kanunu 3. Maddesine 02.01.2014 günlü kanun ile eklenen, aile hekimleri ve aile sağlığı elemanlarına nöbet görevi verilebileceğine ilişkin düzenlemenin, sağlık hizmetlerinin yanı sıra, çalışanların dinlenme hakları açısından da değerlendirilmeye muhtaç olduğunu göstermektedir.

Tıp mesleğinin niteliği gereği hizmetin mesai saatleri ile sınırlandırılması mümkün olmadığından, nöbet hizmetleri gerek çalışma saatlerinin sınırlandırılması, gerek ücretlendirilmesi açısından, ulusal ve uluslararası hukukta tartışma konusudur. Avrupa Birliği 2003/88/EC sayılı Çalışma Süresi Yönergesi çerçevesinde Avrupa Adalet Divanı'nın hekimlerin nöbet çalışmaları ile ilgili kararları, birçok Avrupa ülkesinde uygulamada etkili olmuştur. Bu makalede konunun, birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin dinlenme hakkı açısından irdelenmesi amaçlanmıştır. Bu çerçevede önce dinlenme hakkı, uluslararası ve ulusal kaynaklara atıfla yargı kararlarına da değinilerek açıklanacak, ardından Avrupa ülkelerindeki duruma değinildikten sonra Türkiye'de birinci basamakta çalışan hekimlerin çalışma saatlerine ilişkin düzenlemeler aktarılacak ve sonuç olarak nöbetle ilgili yeni düzenlemelerin hukuka uygunluğu tartışılacaktır.

I. Uluslararası Hukukta “Dinlenme Hakkı” ve “Çalışma Süreleri”

Dinlenme hakkı, tarihsel olarak sanayileşme ile ortaya çıkan bağımlı çalışmaya bağlı olarak çalışma sürelerinin sınırlandırılması ihtiyacından doğmuştur. Bağımlı çalışma, işverenin talimatına uygun iş görme anlamına gelmekte, dolayısı ile çalışma saatlerinin işveren tarafından belirlendiği bir çalışma ilişkisini ifade etmektedir. Bağımlı çalışma başlangıçta işveren ile işçi arasındaki ilişkiyi tanımlamakta iken, günümüzde ücret karşılığı kamu veya özel sektörde, memur veya işçi sıfatı ile tüm çalışanlarla işverenleri arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bu açıdan çalışma sürelerinin sınırlandırılması, bağımlı çalışan hekimler açısından da önem arz etmektedir.

Sanayileşme sürecinde iş ilişkisinde yaşanan

insanlık dışı ağır çalışma koşullarından en önemli uzun çalışma süreleridir. Bugün tüm dünyada ve Türkiye'de emek bayramı olarak kutlanan 1 Mayıs'ın tarihi anlamı bilindiği üzere, günlük çalışma süresinin 8 saatle sınırlandırılması mücadelesinde, birçok işçinin hayatını kaybettiği bir direniş günü olmasından gelmektedir. İşçiler toplu iş mücadeleleri sonucu, direnerek ve örgütlenerek sekiz saatlik iş gününü bir hak olarak kabul ettirmişlerdir. Toplumda zayıf olan kişi ve grupların devlet müdahalesi ile korunması anlamında, sosyal devlet ilkesinin temelini oluşturan iş mücadelelerinin önemli kazanımlarından birisi, dinlenme hakkının evrensel kabulü olmuştur.

Dinlenme hakkı, günümüzde sadece bağımlı çalışanlar için değil, tüm insanlar için bir hak olarak tanınmaktadır. Çalışanın sağlığının korunması, en temel insan hakkı olan “yaşam hakkı”nın sağlanması için zorunludur. Fazla çalışmanın iş kazaları ve meslek hastalıklarına uğrama riskini artırdığı yapılan araştırmalarla görülmüştür.^[2] İnsanın sağlığını koruması, çalışma ile harcadığı gücünü toplaması ve tekrar çalışma sürecinde yer alabilmesi için dinlenmeye ihtiyacı bulunmaktadır. Çalışanın uygun bir dinlenme süresine sahip olması, kendisine iş dışında zaman ayırabilmesi açısından da önemlidir.^[3] Avrupa İşçi Sendikaları Konfederasyonu, dinlenme hakkının gerçekleştirilmesi için çalışma saatlerinin sınırlandırılması ihtiyacı genellikle sağlık ve güvenlik amaçlarıyla açıklanmakla birlikte, çalışanın kişilik hakları ve onuru ile de yakından ilgili olduğunu, herkesin kendisini geliştirebilmek için boş zamana ihtiyacı bulunduğunu ayrıca vurgulamaktadır.^[4] Günlük çalışma saatlerinin sınırlandırılması, haftalık ve yıllık izin hakları ile birlikte, dinlenme hakkının yaşama geçirilmesinin araçlarıdır.

Dinlenme hakkı, II. Dünya Savaşından sona bir temel hak olarak uluslararası sözleşmelerle düzenlenmiştir. 1948 tarihli Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Bildirgesi 24. Maddesinde, herkesin dinlenme ve boş zaman hakkı olduğu, bunun iş saatlerinin makul ölçüde sınırlandırılması ve belirli aralıklarla ücretli tatil yapma hakkını kapsadığı belirtilmektedir.^[5]

Birleşmiş Milletler çatısı altında, çalışma ilişkileri konusunda uzman kuruluş olarak Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO), sosyal taraflar olan çalışan, işveren ve devlet temsilcilerinin katılımı ile oluşmuştur. Çalışma ile ilgili uluslararası kuralları düzenlemeye ve uygulanmasını denetlemeye çalışmaktadır. ILO sözleşmeleri, bağımlı çalışma ilişkisi içindeki tüm çalışanlara, bu kapsamdaki hekimlere de uygulanması gereken uluslararası standartları düzenlemektedir.

ILO'nun 1919 yılında Washington'da toplanan ilk Genel Konferansı'nda kabul edilen 1 Nolu Sözleşme, sanayi işlerinde haftalık çalışma süresini 48 ve günlük çalışma süresini 8 saatle sınırlandırmıştır.^[6] ILO takip eden yıllarda farklı sektörler için haftalık çalışma süresini sınırlayan sözleşmeler kabul etmiştir. Türkiye tarafından onaylanmamış olan 1935 tarihli 47 sayılı ILO Sözleşmesinde, haftalık çalışma süresinin kırk saate indirilmesi öngörülmektedir.^[6] Türkiye'nin 1946'da onayladığı 14 Nolu Haftalık Dinlenme Sözleşmesi, sanayi işlerinde hafta tatili ile ilgilidir. Bu sözleşmede sekiz saatlik işgünü ve haftalık 48 saat azami çalışma süresine ilişkin 1 Nolu Sözleşmeye de atıf yapılmaktadır.^[7] ILO'nun sağlık sektörüne özel bir çalışma süresi sözleşmesi bulunmamaktadır. Sağlık hizmetleri ile ilgili çalışmalarında, 1930 tarihli ve 30 sayılı Ticaret ve Büro İşleri ile ilgili Çalışma Saatleri Sözleşmesi'ne referansla, uluslararası çalışma standartlarına göre haftada en fazla 48 saat çalışma süresi, en az bir tatil günü (24 saatlik dinlenme süresi) ve en az üç haftalık yıllık izin süresi hakları belirtilmektedir.^[8]

Türkiye tarafından 2003'te onaylanan Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Uluslararası Sözleşmenin 7. Maddesi herkesin adil ve elverişli çalışma koşullarından faydalanmaya hakkı olduğunu belirttikten sonra, (d) bendinde; dinlenme, boş zaman ve çalışma saatlerinin makul ölçülerde sınırlanması gereğini vurgulamaktadır.^[9]

Gözden Geçirilmiş Avrupa Sosyal Şartı (1996) ve Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı (CFREU), işçilerin sağlık, güvenlik ve onurlarının korunması amacıyla çalışma saatlerinin sınırlandırılmasına ilişkin hükümler içermektedir. CFREU 31. Maddesinde, “adil ve hakkaniyete uygun çalışma koşulları” başlığı altında ikinci paragrafta her işçinin kendi sağlığı, emniyeti ve onuruna saygı gösteren çalışma koşullarından yararlanma, günlük ve haftalık dinlenme için azami çalışma saatlerinin sınırlandırılmasına, ücretli izin ve yıllık izin kullanmaya hakkı bulunduğu ile ilişkin hükümler yer almaktadır.^[4]

II. Avrupa Ülkelerinde Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Çalışma Süreleri ile İlgili Avrupa Adalet Divanı Kararları ve Çalışma Süreleri Yönergesi (2003/88/EC)

Avrupa Birliği'nin 2003/88/EC sayılı Çalışma Süresi Yönergesi, çalışma süresini, “ulusal yasa ve uygulamalarla belirlenen, işçinin, işverenin gözetimi ve denetimi altında işverence verilen görevleri yerine getirirken geçen, dinlenme süresi hariç tüm süreler” şeklinde tanımlamaktadır.^[6] Yönergede maksimum haftalık çalışma süresi iş sağlığı ve güvenliği koşullarının sağlanması için 48 saat olarak kabul edilmekte, haftalık

çalışma süresinin işçinin onayı ile aşıldığı dönemlerde azami dört aylık sürede denkleştirme usulünü benimsemektedir.^[10]

Bu noktada ILO sözleşmeleri ve 2003/88/EC ile konulmuş en fazla 48 saatlik haftalık çalışma süresinin, uluslararası sözleşmelerin en genel çerçeve içinde tüm ülkelerin kabul edebileceği aşılmaması gereken sınırları gösterdiğini, birçok Avrupa ülkesinde 38 ila 40 saatlik sınırların kabul edilmiş olduğunu hatırlatmakta yarar bulunmaktadır.^[11]

Avrupa Adalet Divanı'nın birinci basamakta çalışan hekimlerle ilgili iki ayrı dava sonucu verdiği kararlar, kısaca Jaeger ve Simap kararları olarak anılmaktadır. Nöbetlerde geçen tüm sürelerin haftalık çalışma süresi kapsamında değerlendirilmesi gerektiğine hükmedilen bu kararlar, 2003/88/EC sayılı Direktifin yorumu ile ilgili ülke hukukları açısından emsal kabul edilmektedir. İngiltere'de çalışanların sağlık ve güvenliklerinin sağlanması amacıyla ulusal sağlık sisteminde yapılan düzenlemelerde, Avrupa Birliği Yönergesinin her 24 saatlik sürede en az 11 saat dinlenmeyi zorunlu kılan hükümleri gereği nöbet sürelerinin en fazla 13 saatle sınırlandırılması açısından, tüm nöbet süresini çalışma saatleri kapsamında değerlendiren Avrupa Adalet Divanı'nın Jaeger ve Simap kararlarına da atıf yapılmaktadır.^[12]

Simap kararı, bir İspanyol mahkemesinin Birinci Basamakta çalışan hekimlerin çağrıldığında görev yapmak üzere bekledikleri sürelerin haftalık çalışma süresine dahil edilip edilmeyeceğine ilişkin soruları üzerine verilmiştir. Karar, sağlık merkezinde bulunmak koşulu ile aktif çalışma dışında göreve hazır bekleme sürelerinin de çalışma süresi sayılacağı yolundadır. Jaeger kararında, içinde yatak da bulunan bir oda tahsis edilen ve aktif olarak sağlık hizmeti yapmadığı zamanlarda dinlenmesine izin verilen hastane doktoru Dr. Jaeger'in, fiziksel olarak ihtiyaç olduğunda çalışmak üzere hazır beklediği sürelerin çalışma süresinden sayılacağına karar verilmiştir. Hekimlerin nöbette geçen sürelerinin çalışma süresi olarak sayılması ile ilgili bir diğer karar ise, Çek Cumhuriyetinde yaşayan Dr. Vogel'in açtığı dava sonucu verilmiştir. Avrupa Adalet Divanı bu davada da, fiilen çalışılmamakla birlikte işyerinde nöbet hizmeti için bulunulan sürelerin, çalışma süresinden sayılması gerektiği yolundaki görüşü doğrultusunda karar vermiştir. Avrupa Adalet Divanı, 2003/88/EC sayılı Çalışma Süresi Yönergesinin yorumunda, hekimlerin çalışmaya hazır sağlık kurum ve kuruluşlarında bulunduğu tüm nöbet sürelerini çalışma süresi olarak kabul etmektedir.^[13] Bunun önemi, nöbetlerde geçirilen tüm sürenin haftalık çalışma süresi kapsamında göz önüne alınması gereğini ortaya koymasındır.

Bu kararlar birçok Avrupa ülkesinde Yönergeye uygun düzenlemeler yapılmasında etkili olmuştur. Örneğin İngiltere parlamento sayfasında, bu kararların sağlık sistemine etkileri tartışılmakta, Yönergeye uygun yapılan düzenlemeler sonucu kararlara uygun çalışma ortamının yaratıldığından söz edilmektedir.^[13]

Kısaca Çalışma Süresi Yönergesi olarak adlandırılan “Çalışma Süresinin Organizasyonuna ait Belirli Hususlara ilişkin 2003/88/EC sayılı ve 4 Kasım 2003 tarihli Avrupa Parlamentosu ve Konsey Yönergesinin Avrupa Birliği (AB) Üye Devletleri tarafından uygulanmasına ilişkin Avrupa Komisyonu tarafından hazırlanan COM (2010) 802 final sayılı ve 21 Aralık 2010 tarihli raporda, bu konuda yapılan çalışmalara atıfla, uzun çalışma saatleri ve yetersiz dinlenme sürelerinin yüksek hata ve kaza oranı, stres ve yorgunluk, kısa ve uzun dönemli sağlık sorunları gibi olumsuz sonuçlara sebep olduğuna işaret edilmekte, Yönergenin çalışma sürelerini düzenleme amacının asgari sağlık ve güvenlik gerekliliklerini sağlama olduğu hatırlatılmaktadır.^[14]

Bu raporda genel olarak Avrupa devletlerinin 2003/88/EC’ye uygun haftalık çalışma sürelerini fazla çalışmalar dâhil 48 saatle sınırlayan düzenlemeler yaptığı belirtilmekte, ancak özellikle sağlık alanında olumsuz örneklerden söz edilmektedir. Avusturya’daki doktorlardan rızaları dışında, haftada ortalama 60 saat çalışmalarının talep edilebildiği, Fransız mevzuatında ise doktorların çalışma süreleri ile ilgili belirsizlik yaratan hükümlerin kamu hastanelerindeki doktorların çalışma sürelerinin 48 saati aşmasına yol açtığı belirtilmekte, Bulgaristan, Romanya, Slovenya ve İspanya’da uygulamanın çalışma süresi sınırlarına uygunluğu konusunda belirsizlikler bulunduğu belirtilmektedir.^[14]

Nöbet süreleri, çağrı üzerine çalışma (icap nöbeti) başlığı altında ele alınmakta, sağlık kuruluşunda bulunarak görev beklenen sürenin çalışma süresi kapsamında olacağı kabul edilmektedir. Adalet Divanı kararlarına uygun olarak işyerinde bulunarak tutulan nöbet süresinin dokuz üye Devlette (Güney Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Estonya, İtalya, Letonya, Litvanya, Malta, Hollanda ve Birleşik Krallık) tamamen çalışma süresi olarak kabul edildiği, sınırlı sektörel istisnalar dışında Avusturya ve Macaristan’da da genel düzenlemenin bu şekilde olduğu, İş Kanunu kapsamında işyerindeki nöbet süresinin, tüm kamu sektörü için olmasa da, özel sektörde İspanya ve Slovakya’da çalışma süresi olarak dikkate alındığı ve kamu sağlığı alanında Fransa, Polonya, Slovakya ve İspanya’da işyerinde geçirilen nöbet süresinin çalışma süresi sayıldığı belirtilmektedir. İrlanda ve Yunanistan’da nöbet sürelerinin çalışma süreleri kapsamında olacağına ilişkin bir düzenleme bulunmamaktadır. Nöbet sırasında aktif çalışılmayan dönem İrlanda, Danimarka ve Yunanistan’da tam olarak

çalışma süresinden sayılmamaktadır. Raporda bu ülkeler Avrupa Adalet Divanı kararlarına uygunsuz uygulamalara örnek olarak belirtilmektedir.^[14]

Avrupa Birliğine üye devletlerden 16’sı çalışanlar için daha yüksek düzeyde bir koruma sağlaması, ulusal mevzuatı basitleştirmesi ve daha önceden yasa kapsamında olmayan grupların da yasal koruma altına alınması açısından Yönergenin iç mevzuata aktarılmasının pozitif bir etkisinin olduğunu dile getirmiştir. Buna karşın 11 üye devlet, sağlık ve itfaiye gibi 24 saat çalışılması gereken alanlarda Yönergenin negatif etkisi olduğu düşüncesindedir. Avrupa düzeyindeki sendikalar ve 11 üye devletten uzmanlar, Yönergenin iç hukuka aktarılması ve etkin denetimi açısından endişelerini dile getirirken belirttikleri sorunlu alanların başında özellikle nöbetteki doktorlara ilişkin olarak, devlet hastanelerindeki aşırı çalışma saatleri ve kullanılmayan asgari dinlenme süreleri gelmektedir.^[14]

Avrupa ülkesi olmamakla birlikte, Kanada’da yapılan bir araştırmada ortalama bir Kanadalının haftalık çalışma süresi 36,2 saat iken, aile hekimlerinin ortalama haftalık çalışma süresinin 49,8 saat olduğu, doğrudan hasta tedavisi için harcanan süre azalırken bürokratik form doldurma ve benzeri işlerin arttığına dikkat çekilmektedir.^[15] Amerika’da yapılan bir araştırmada bir aile hekiminin bir günlük ortalama çalışma süresi 8,6 saat olarak belirlenmektedir.^[16] Aile hekiminin haftada 40 saat doğrudan hasta görme, 10 saat hastayla ilgili diğer işler için olmak üzere 50 saat çalışmaları söz konusudur.^[17] İsveç’te yapılan bir araştırmada, diğer ülkelerde ulaşılan sonuçlara benzer şekilde uzun çalışma haftaları ve ücretsiz mesai dışı çalışmaların hekimleri olumsuz etkilediği, çalışma süreleri ve iş yükünün hata yapma endişesini artırdığı sonucuna ulaşılmaktadır.^[18]

III. Türkiye’de Birinci Basamakta Çalışan Hekimlerin Çalışma Saatleri ile ilgili düzenlemeler

Dinlenme hakkı, Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının “Çalışma ile İlgili Hükümler” konulu Beşinci Bölümünde düzenlenmektedir. “Çalışma şartları ve dinlenme hakkı” başlıklı 50. Maddede dinlenmenin çalışanların hakkı olduğu belirtilmektedir.

a. Bağımlı Çalışanların Çalışmalarının Düzenlenmesine İlgili Mevzuat

Türk Hukukunda bağımlı çalışanlar; atama yolu ile kamu kuruluşlarında çalışanlar ve iş sözleşmesine dayalı olarak kamu veya özel işyerlerinde çalışanlar olmak üzere iki ayrı statü temelinde tanımlanmaktadır. Kamuda atama yolu ile çalıştırılanlar, başta memurlar olmak üzere özlük haklarının düzenlendiği 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun

4. Maddesinde sayılan kamu görevlileridir. İş sözleşmesine dayalı çalışanlar ise İş Kanunu'na tabidir. Dinlenme hakları açısından, bu kanunlarda yer alan çalışmanın düzenlenmesi ile ilgili hükümler önem taşımaktadır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun çalışma saatleri ve izinlerle ilgili bölümünde 99. Maddede, haftalık çalışma süresinin genel olarak 40 saat ve cumartesi ve pazar günlerinin tatil olduğu, ancak özel kanunlar veya tüzük ve yönetmeliklerle kurumlar ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınarak farklı çalışma sürelerinin belirlenebileceği düzenlenmektedir. Kanunun 101. Maddesinde günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan devlet memurlarının çalışma saat ve şekillerinin kurumlarınca düzenleneceği belirtilmektedir.^[19]

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun, sağlık hizmetlerinde nöbetle ilgili tek hükmü Ek Madde 33'tür. Bu maddede, yataklı tedavi kurumları, seyyar hastaneler, ağız ve diş sağlığı merkezleri ve 112 acil sağlık hizmetlerinde haftalık çalışma süresi dışında normal, acil veya branş nöbeti tutan sağlık personeline ödenecek ücretlerle ilgili düzenleme yapılmaktadır. Makalenin kapsamı dışında olması nedeniyle nöbet ücretleri tartışılmamaktadır, ancak haftalık çalışma süresi olan 40 saatin dışında tutulan nöbet sürelerinin ücretlendirilmesinin, fazla çalışma niteliğinin gereği olduğunu belirtmek gereklidir.

İş Kanunu 63. Maddesinde genel olarak çalışma süresinin haftada en çok 45 saat olduğu ve aksi kararlaştırılmadıkça haftanın çalışılan günlerine eşit bölüneceği düzenlenmektedir. İki aylık denkleştirme süresi içinde ortalama haftalık çalışma süresi, normal haftalık çalışma süresini aşmamak koşulu ile tarafların anlaşması ile haftanın çalışılan günlerine günde 11 saati aşmamak üzere dağıtılabilecektir. İş Kanunu 41. Maddesinde haftalık çalışma süresi olan 45 saati aşan çalışmaların fazla çalışma olduğu, çalışılan saatin bir buçuk katı süre ile izin veya %50 artırımlı ücret ile karşılanacağı belirtilmektedir.^[19] Bu düzenleme 2003/88/EC hükümleri ile uyumludur. Nöbet ücretleri tam karşılamamakla birlikte, Devlet Memurları Kanunu ile nöbetlerin izin veya ücret ile karşılanması esası ile de benzerlik göstermektedir.

a. Birinci Basamak Hekimlerinin Çalışma Saatleri ile ilgili Hukuki Düzenlemeler

Sağlık hizmetlerinde ikinci basamak olarak tanımlanan yataklı tedavi dışında kalan koruyucu ve ayakta tedavi hizmetleri birinci basamak olarak adlandırılmaktadır. Birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları kapsamında bulunan aile hekimlerinin

birçoğu, sağlıkta dönüşüm programı uygulanmadan önce kamu sağlık kurumlarında devlet memuru veya özel sağlık kuruluşlarında işçi statüsünde bağımlı çalışmakta idiler. Aile hekimliği uygulamasına geçilmesi ile birinci basamakta görev yapan hekimlerin büyük bir çoğunluğu aile hekimi olmuştur. Bunun dışında kalan toplum sağlığı merkezleri, 112 acil servis, verem savaş dispanserleri gibi birimlerde görev yapan hekimlerin hukuki statüleri ise devlet memuru olarak kalmıştır. Bu hekimler özlük hakları açısından 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi olmaya devam etmektedir. Aile hekimleri ise, Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun kapsamında sözleşme ile çalıştırılan sağlık personeli olarak tanımlanmıştır. Anayasa Mahkemesi'nin 21.02.2008 gün ve E.2005/10, K.2008/68 sayılı kararı ile aile hekimlerinin, Anayasanın 128. Maddesinde memurlarla birlikte anılan diğer kamu görevlileri statüsünde olduklarına hükmedilmiştir. Bunun anlamı hukuken özlük hakları kanun ile düzenlenmesi gereken kamu hizmeti görevlisi olarak kabul edilmiş olmalarıdır.^[1]

Bu çerçevede bakıldığında, aile hekimlerinin özlük haklarının belirlenmesinde genel statü kanunlarına tabi olmasalar da, özel kanun hükümleri ile düzenleme yapılması zorunludur. Ancak hizmetin niteliği gereği, çalışmalarının düzenlenmesinde özel kanunda hüküm olmayan konularda Devlet Memurları Kanunu hükümleri de uygulama alanı bulacaktır. Nöbet ücretlerinin ödenmesinde 657 sayılı yasa Ek 33. Maddesine atıf yapılması buna örnektir.

Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Kanun, 11.10.2011 tarihli ve 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname'nin 58 inci maddesi ile "Aile Hekimliği Kanunu" olarak değiştirilmiştir. Kanunun 1. Maddesinde düzenlenen amacı, birinci basamak sağlık hizmetleri için görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir. Kanunun, personelin statüsü ve mali haklar başlıklı 3. Maddesine, 02.01.2014 gün ve 6514 sayılı Kanun'un 52. Maddesi ile eklenen cümlelerle aile hekimlerine nöbet görevi verilebileceği düzenlenmiştir. Bu hükümde, aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına 657 sayılı Kanunun Ek 33. Maddesinde belirtilen yerlerde haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında ayda asgari sekiz saat, ihtiyaç halinde ise bu sürenin üzerinde nöbet görevi verileceği, nöbet ücretleri ile ilgili 657 sayılı Kanunun Ek 33. Maddesinin uygulanacağı belirtilmektedir. Kanun değişikliğinin ardından "Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik" ile aile hekimlerinin ikinci basamakta acil servislerde görevlendirilmesi

yeniden düzenlenmiştir. Aile Hekimliği Kanununa 02.01.2014'de eklenen cümlelere paralel olarak, entegre sağlık hizmeti sunulan merkezler dışında, hastanelerde aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet tutturulmaması esas olduğu, ancak 657 sayılı Kanunun Ek 33. Maddesinde belirtilen yerlerde ihtiyaç ve zaruret hâsıl olduğunda haftalık çalışma süresi ve mesai saatleri dışında aile hekimlerine ve aile sağlığı elemanlarına nöbet görevi verilebileceği, nöbete ilişkin planlamanın aile hekimliği uygulamasında aksamaya mahal vermeyecek şekilde yapılması gerektiği, hafta içi sekizer saat hafta sonu ise on altı saatten fazla olmamak üzere haftalık 30 saatten fazla nöbet tutturulamayacağı ve aile hekimliği çalışanlarına tuttukları nöbetler karşılığında ilgili kurumlarca nöbet ücreti ödeneceği düzenlenmiştir.^[20]

Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik'in Çalışma Saatleri başlıklı 9. Maddesinde; "Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları, görevlerini haftalık çalışma süresi kırk saatten az olmamak kaydıyla, Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinde belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde yerine getirir" hükmü yer almaktadır.^[21] Aile hekimlerinin çalışma saatlerinin haftalık 40 saatten az olmaması gerektiği, esnek mesai uygulaması kapsamında aile hekimlerinin söz konusu çalışma saatlerini, aile sağlığı merkezinin asgari 54 saat açık olmasını sağlayacak şekilde düzenlemelerinin beklendiği örnek genelgelerde belirtilmektedir.^[22]

Aile hekimlerinin iş yükü ve insan gücü ile ilgili Manisa'da yapılan araştırmada, bir aile hekimine günlük ortalama 60 başvuru olduğu, bunun 35 başvuru alan İngiltere'deki hekimlerden çok fazla olduğu belirtilmektedir. Yine birçok Avrupa ülkesine kıyasla daha fazla nüfustan sorumlu oldukları tespit edilmiştir.^[23] 2003/88/EC uygulaması ile ilgili raporda, Avrupa ülkelerinde en fazla çalışmanın sağlık sektöründe hekimler tarafından yapıldığının belirlenmesi karşısında, Türkiye'de aile hekimlerinin çok daha uzun sürelerle çalıştıkları sonucuna varılmaktadır.

Sonuç

Dinlenme hakkının yaşama geçirilmesi açısından çalışma sürelerinin sınırlandırılması önemlidir. Avrupa Birliği Çalışma Süreleri Yönergesinin üye ülkelerde uygulanması açısından en problemlili alan olarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin öne çıktığı görülmektedir. Yönergenin yorumlanmasında emsal kabul edilen

Avrupa Adalet Divanının iki kararı da, birinci basamak hekimlerinin nöbette geçen süreleri ile ilgilidir. Ancak gerek direktifin uygulanması ile ilgili raporda, gerek Adalet Divanı kararlarında dikkat çeken husus, sağlık kuruluşunda çalışmaya hazır beklenen nöbet sürelerinin haftalık çalışma süresi kapsamında ele alınmasıdır.

Türkiye'de haftalık çalışma süresinin en az 40 saat olması öngörülen aile hekimlerinin, bu mesai saatleri dışında en az sekiz ve en fazla otuz saat nöbetle yükümlü tutulmasına ilişkin düzenlemelerin, uluslararası hukuka aykırı olduğu düşünülmektedir. Çünkü ILO sözleşmeleri ve Avrupa Çalışma Süreleri Yönergesi (2003/88/EC) hükümleri ile azami olarak düzenlenen çalışma süreleri, Türkiye'de asgari olarak düzenlenmektedir. Avrupa'da birinci basamak hekimlerinin çalışma sürelerinin genel olarak ve diğer sektörlerde göre fiilen yüksek olması, bu düzenlemelere gerekçe gösterilemez. Çünkü bu ülkelerde, en çok çalışma süreleri konusunda Yönergeye uygun düzenleme ihtiyacı çerçevesinde uygulamanın düzeltilmesi çabaları söz konusudur. Türkiye'de ise azami süreler, asgari yükümlülük oluşturacak şekilde kurala bağlanmaktadır. Sonuç olarak Türkiye'de aile hekimlerinin, ortalama hasta sayısı ve yapmakla yükümlü oldukları tıp dışı görevleri de düşünüldüğünde, yasal mevzuat gereği 40 saatten az olmaması öngörülen çalışma sürelerine mesai saati dışında 30 saatlik fazla çalışmanın eklenmesi durumunda, haftada en az 70 saat çalışmaları söz konusu olacaktır. Öte yandan diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırma yapılırken, hekimlerin ücretlerinin de göz önüne alınması gereklidir. Bu makalenin konusunun çalışma süreleri ile sınırlı olması nedeniyle değinilmeyen nöbet ücretleri, hekimlerin özlük haklarının değerlendirilmesinde ikinci önemli etken olarak ayrıca irdelenmeye muhtaçtır. Aile hekimlerine getirilen nöbet yükümlülüğünün, yine bu çalışmanın konusu dışında olmakla birlikte, ayrıca sağlık hizmetlerine etkisi yönünden işlevsel açıdan da tartışılması yararlı olacaktır. Öte yandan aile hekimlerine getirilen nöbetin ikinci basamak hastanelerde olması konusu da bu yazıda ele alınmamıştır.

Türkiye'de aile hekimlerine getirilen nöbet düzenlemelerinin, görev tanımları ve ücretler göz önüne alınmaksızın, çalışma süresi ile sınırlı ele alındığında, uluslararası ve ulusal hukuk kurallarının çalışanlar açısından öngördüğü haftalık en fazla 48 saatin fazlası ile aşılması sebebiyle, dinlenme hakkının ihlaline yol açacağı sonucuna varılmaktadır.^[24]

Extended Summary

Implementation of on-call duty for family practice regarding to “Right to Rest” of primary care physicians

Abstract: Based on Law 5258 regarding Family Practice, family physicians are contracted by the Ministry of Health in Turkey. The first article of law 5258, titled “Purpose and Extent”, regulates that family physicians will work “with the guarantee of improving health services of primary care, focusing preventive health services towards the needs of the individual, keeping personal health records and having an equal access to these services.” With the addition of the sentences that are based on the 33rd additional article of the 657th law to the 5th paragraph of the 3rd article at 01.02.2014 it is regulated that family physicians will work at minimum eight hours on top of their weekly work routine and if the need arises more working hours will be added as **on call duty**. In the 10th article of “The Regulation of Family Practice” it is stated that the maximum number of hours of **on call duty** given to a family physician can be eight hours during weekdays, sixteen hours during weekends and thirty hours for the whole week. The purpose of this study is to examine the laws and regulations that create **on call duty** obligations for family physicians regarding their right to rest in relation with their working time.

The essay was prepared with the method of review of theoretical sources. After explaining the rules about the right to rest by reference to international and national sources, the situation about the working hours of health workers who work in primary care was examined based on the decisions of European Court of Justice and Working Time Directive (2003/88/EC), and then constitutional and legal regulations in relation to working hours of physicians who work in primary care were described and in the conclusion part, new regulations about the **on call duty** regarding the right to rest of the physicians were evaluated.

Maintaining one’s health is a fundamental component of the right to live. Workers must rest their body and minds to combat the fatigue caused by work. Resting can be done only by limiting the working hours for employees. As a result of the struggles of workers, “rest” was accepted as a fundamental right both in national and international law. In this essay, the **on call duty** obligations that family physicians face are evaluated in the light of laws and regulations that dictate weekly and daily maximum working times with regards to its effects on the right to rest.

European Court of Justice have interpreted the provisions of the European Working Time Directive (2003/88/EC) and concluded that the **on call duty** that the physicians spend in health organizations should be counted among their maximum total working time for the week. As it is determined in international comparative researches, long working periods result in concern of malpractice, regarding work and negative effects on the physicians’ health. In Europe, efforts continue to regulate working hours to be no longer than the maximum working time appropriated by the Work Time Directive and European Court of Justice.

In a research about the work load and manpower of family physicians in Turkey that was done in Manisa, it was detected that the average number of applications to a family physician in a day is 60 which is much higher than any other European countries. For example in England this number is only 35. In the report of 2003/88/EC regulation it was stated that the most time spent on working is done by physicians and in the health sector. This concludes that family physicians in Turkey work in even longer periods.

Although weekly working time of family physicians’ is established as minimum 40 hours, the upper limit of **on call duty** has not been set in law. Considering the regulation which limits **on call duty** working to 30 hours in a week, with the regular working periods, the weekly working time of a family physician increases up to 70 hours. The presumed **on call duty** conditions for family physicians in Turkey is more than what is determined in international and national law (48 hours) as weekly working time, so the right to rest of family physicians is being violated.

In this essay, the **on call duty** regulations of family physicians in Turkey have been discussed regarding their working periods and their right to rest. The legal status of the family physicians, their job descriptions, payments and their effects on health services are not considered. It is suggested to be studied of these aspects in future comparatively the fact and law of other countries.

Key words: family physician, on call duty, right to rest.

Kaynaklar

1. Danıştay 5.Dairesi 2011/4869 E. sayılı 28.02.2014 günlü "İtiraz Yoluyla Anayasa Mahkemesi'ne Başvurulması Kararı". http://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2014/aym_karar.pdf Erişim tarihi: 20.04.2014.
2. Dembe AE, Erickson JB, Delbos RG, Banks SM. The impact of overtime and long work hours on occupational injuries and illnesses: new evidence from the United States. *Occup Environ Med* 2005; 62:588-97. doi: 10.1136/oem.2004.016667. oem.bmj.com Erişim tarihi:18.04.2012.
3. Sangheon L, Mccan,et all. Working time around the world. Geneva: Routledge Publishers; 2007.p.9.
4. European Trade Union Confederation. "ETUC Resolution The Working Time Directive; Limitation of Working Hours and Greater Influence of Workers for the Benefit of Healthier Working Lives" adopted at the Executive Committee on 8-9 March 2011. www.etuc.org Erişim tarihi: 15.04.2012.
5. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi. <http://www.ihd.org.tr/index.php/san-haklarylgeleri-mainmenu-96/156-insan-haklari-evrensel-beyannames.html> Erişim tarihi:01.05.2014.
6. Yıldırım K. Uluslararası düzenlemelerde fazla çalışma ve ülke uygulamaları. TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi, Cilt 23, Sayı.4, Mayıs 2011;33-103. pp.36-37. <http://www.tuhis.org.tr/upload/dergi/1347536887.pdf> Erişim tarihi:20.04.2014.
7. 14 Nolu Haftalık Dinlenme (Sanayi) Sözleşmesi. <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/sozlesmeler.htm> Erişim tarihi: 20.04.2014.
8. Health WISE_Work improvement in health services_action manuel. http://www.ilo.org/wemsp5/groups/public/ed_dialogue/sector/documents/instructionalmaterial/wems_237276.pdf Erişim tarihi: 20.04.2014.
9. Ekonomik Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Sözleşmenin Onaylanması Hakkında Karar. <http://www.tbmm.gov.tr/komisyon/insan-haklari/pdf01/83-93.pdf> Erişim tarihi:20.04.2014.
10. Working conditions-Working time directive. <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=706&langId=en&intPageId=205> Erişim tarihi: 20.04.2014.
11. European Commission staff working paper. Detailed report on the implementation by member states of Directive 2003/88/EC concerning certain aspects of the organisation of working time (The Working Time Directive), p.62. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6426&langId=en> Erişim tarihi: 15.04.2014.
12. Clarke RT, Pitcher A, Lambert TW, Goldacre M. UK doctors' views on the implementation of the European Working Time Directive as applied to medical practice: a qualitative analysis. (Introduction). *BMJ Open* 2014;4:e004390doi:10.1136/bmjopen-2013-004390. <http://bmjopen.bmj.com/content/4/2/e004390.full#ref-2> Erişim tarihi: 20.04.2014.
13. Astarlı M. Avrupa Birliği Adalet Divanının doktorların nöbet hizmetinde geçen çalışma sürelerine ilişkin Vogel kararının incelenmesi. *Kamu İş Dergisi*:9(3) 2007:19-29. <http://www.kamu-is.org.tr/pdf/932.pdf> Erişim tarihi: 20.04.2014.
14. Select Committee on European Union Ninth Report: Chapter 3 Impact of Simap and Jaeger European Court of Justice Judgments. <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldselect/ldcom/67/6706.htm> Erişim tarihi: 20.04.2014.
15. Report from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions on implementation by Member States of Directive 2003/88/EC (The Working Time Directive). <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=6420&langId=en> Erişim tarihi: 15/04/2014.
16. Grava-Gubins I, Safarov A, Ericsson J. 2010 National survey workload patterns of canadian physicans CAHSR. 2012, Montreal. <http://nationalphysiciansurvey.ca/cahspr-2012-workload> Erişim tarihi: 20.04.2014.
17. Gottschalk A, Flocke SA. Time spent in face-to-face patient care and work outside the examination room. www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16338911 Erişim tarihi: 20.04.2014.
18. Staiger DO, Aurbach DI, Buarhaus PI. Trends in the work hours of physicians in the United States. *JAMA* 2010; 303(8):747-53. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=185433> Erişim tarihi: 20.04.2014.
19. Tucker P, Bejerot E, Kecklund G, Aronsson G, Åkerstedt T. Doctors' work hours in Sweden: Their impact on sleep, health, work-family balance, patient care and thoughts about work. http://www.stressforskning.su.se/polopoly_fs/1.132355.1366293086!/menu/standard/file/Stressforskningsrapport%20325.pdf Erişim tarihi: 15.04.2014.
20. Devlet Memurları Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf> Erişim tarihi: 20.04.2014.
21. İş Kanunu. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.4857.pdf> Erişim tarihi: 20.04.2014.
22. Hızal A. Aile hekimliği uygulamasında nöbet hizmeti. <http://www.tahud.org.tr/hukuk/duyurular/aile-hekimligi-uygulamasinda-nobet-hizmeti/656> Erişim tarihi: 01.05.2014.
23. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=924:aile-hekimlii-uygulamas-kapsamnda-salk-bakanlnca-caltrlan-personele-yapilacak-oedemeler-le-soezleme-usul-ve-esaslar-hakknda-yoenetmelik&catid=42:yoenetmelikler&Itemid=223 Erişim tarihi: 20.04.2014.
24. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sayı: B.10.0.TSH.0.20.00.01 23 Ağustos 2011 / 27320. Konu: Esnek Mesai Uygulaması Hk. www.orduhalksagligi.gov.tr/.../asm-esnek_mesai_uyg Erişim tarihi: 20.04.2014.
25. Tay Z, Tuncal AN, Atasoylu G, Sertel M, Koroğlu G. Manisa ilinde aile hekimlerinin 2011 yılındaki iş yükü ve insan gücünün değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2014;18(1):5-15TAHUD 2014
26. Sorularla Aile Hekimliği Acil Nöbet Rehberi, <http://www.ttb.org.tr/index.php/Haberler/aile-4564.html> Erişim tarihi: 12.05.2014.

Geliş tarihi: 22.05.2014

Kabul tarihi: 25.06.2014

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.08.2014

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Zeynep Şişli

e-posta: zeynepsisli@gmail.com

Hırvatistan 2014 Değişim Programı Gözlemleri

WONCA'nın bir alt topluluğu olarak başlatılan Vasco da Gama Hareketi (VdGM) çerçevesinde, kurulduğu günden beri asistanlık döneminde ya da uzmanlığın ilk beş yılındaki Aile Hekimleri'ni desteklemek amacı ile birçok etkinlik planlanmıştır. Bunlardan birisi de "Minihippokrat Değişim Programı"dır. Minihippokrat Değişim Programı; Aile Hekimliği uzmanlığı öğrencilerinin veya uzmanlığının ilk 5 yılındaki aile hekimlerinin katılımıyla gerçekleştirilen bir konferansı ve bu konferansın öncesinde bir veya iki günlük bir sağlık merkezi ziyaretini kapsamaktadır. Hırvatistan Aile Hekimliği Derneği (KoHOM)'nin düzenlediği program 20-25 Mayıs 2014 tarihleri arasında VdGM bünyesinde Hırvatistan / Sibenik'te 6 farklı ülkeden 10 Genç Aile Hekimi ve Aile Hekimliği Uzmanlık Öğrencisinin katılımıyla gerçekleştirildi. Ülkemizi temsilen Uzm. Dr. Tayfun Bektaş ve ben düzenlenen programa katıldık. Bu yazıda Minihippokrat Değişim Programı ile Hırvatistan Aile Hekimliği sistemine dair gözlemlerimi aktardım. Hırvatistan Aile Hekimliği Derneği (KoHOM)'nin düzenlediği bu organizasyonun bilimsel programı iki gün süreyle 08.00- 17.00 saatleri arasında kırsal veya kentsel alanda birinci basamak Aile Hekimliği uygulamalarını gözleme, bir gün öğleden sonra birkaç saat süreyle bölge hastanesi Acil Servisi'nde gözlem yapma ve programın son üç gününde 08.00-18.30 saatleri arasında Sibenik şehrindeki Hotel Solaris'de gerçekleştirilen Hırvatistan Aile Hekimliği Derneği'nin Beşinci Kongresi olan "Jubilarni Kongres KOHOM-a"ya katılımı içermektedir.



Uzmanlık eğitimi ve genel bilgiler

Hırvatistan'da Aile Hekimliği eğitimi 1960 yılında gündeme gelmiş fakat savaşlar nedeniyle devamlılığı sağlanamamıştır. Daha sonra 2003 yılında 3 farklı koldan eğitim tekrar başlatılmıştır. Genç doktorlar için 3 yıl süreli, orta yaş doktorlar için 3 yıl süreli, daha ileri yaşlı doktorlar için 20 ay süreli eğitim programları şeklinde düzenlenmiştir. Bu süreç rotasyonları, acil servis nöbetlerini ve Sağlık Merkezi'nde aile hekimliği eğitimini kapsamaktadır. Her üç programı tamamlayan hekimler; hazırlık (olgu sunumu, tez hazırlama) ve final (yazılı ve pratik) aşamalarından oluşan ortak sınava girmek zorundadır. 2012 yılından itibaren eğitim 4 yıla çıkarılmıştır. Eğitime hastanelerde yapılan Dahiliye, Kadın Doğum, Acil ve Pediatri rotasyonları ilave edilmiştir.

Aile Hekimleri uzmanlık eğitimini tamamladıklarında zorunlu hizmet bulunmadığından; Sağlık Merkezi veya Hastanelere özgeçmişleriyle iş başvurusu yapmaktadırlar. Ülkede sevk zinciri sistemi bulunduğu için hastalar birinci basamakta muayene olup, Aile Hekimleri tarafından sevk edilmeden ikinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadır. Sadece acil durumlarda hastane acil servislerinde muayene olabilmektedir.



Her bir aile hekimine kayıtlı yaklaşık 1500-2000 civarında birey bulunmakta ve günlük hasta başvurusu sayısı yaklaşık 80- 100 arasında değişmektedir. Bireyler kendi aile hekimlerini isterlerse değiştirebilmekte ancak kendi aile hekimleri dışında başka bir aile hekimine başvuramamaktadırlar. Gebe olan hastalar Kadın Doğum Uzmanları tarafından izlenmektedir. Çocuk hastaların bağıışıklanmaları da Çocuk Hastalıkları Uzmanları tarafından yapılmaktadır.

Hastane ziyareti

Değişim programı çerçevesinde bir diğer aktivite de bölgedeki hastanelerin ziyareti idi. Hastanenin bir kaç polikliniği Aile Hekimleri için tahsis edilmişti. Diğer servislerin kendi uzmanları bulunduğundan Aile Hekimleri sadece kendi polikliniklerinde çalışabilmektedir, acil serviste nöbet tutmamaktadır. Bir diğer önemli nokta ise; Aile Hekimlerine başvuran hastalara aynı gün içerisinde gerekli tahliller yaptırılabilen ve gerekli birimlere konsülte edilebilmektedir. Hastanede Nöroloji, Kadın doğum, Anestezi ve Reanimasyon, Pediatri, Dahiliye ve Genel Cerrahi yataklı servisleri ve poliklinikleri hizmet vermektedir. Ayrıca Fizyoterapi Merkezi de bulunmaktadır. Bu merkezde hergün yaklaşık 200 hastaya kriyoterapi, drenaj, lenf masajı gibi hizmetler verilebilmektedir.

Konferans

Değişim programının son üç günü Sibenik şehrindeki Hotel Solaris’de gerçekleştirilen Hırvatistan Aile Hekimliği Cemiyeti’nin Beşinci Kongresi “Jubilarni Kongres KoHOM-a”ya katılımı içermektedir.

Bu konferans çerçevesinde Hırvatistan’a diğer ülkelerden bizim gibi Değişim Programı çerçevesinde gelen meslektaşlarımızın değişim programı süreci ve kendi ülkelerindeki uygulamalarla ilgili deneyimleri hakkında bilgi verildi. Kongrenin bir oturumu değişim programlarına dair gözlemlerimizi ve kendi ülkemizdeki aile hekimliği sistemlerimizi anlattığımız grup çalışmalarına ayrılmıştı. Kongre kapsamında düzenlenen Değişim Çalıştayı (Workshop: Crash Course in Change) ise ülkedeki sağlık problemlerine yönelik değişim planlarını incelememiz açısından oldukça faydalı oldu. Ayrıca katıldığım konferansta WONCA’nın kırsal uygulama ile ilgili çalışan grup başkanı John Wynn-Jones ile aile hekimliği sistemi hakkında konuşma fırsatı buldum ve kendi ülkemizdeki kırsal bölgede sağlık sistemi uygulamalarına dair bireysel gözlemlerimi aktarma şansı elde ettim.



Kongrede yürütülen bir diğer çalıştayda da “Şiddet gören bayan hastalara nasıl yaklaşabiliriz?” konusu üzerine tartıştık. Tüm Dünya’nın ortak sorunu olan, kırsal kesimde yaşayanlarda daha fazla rastladığımız fakat şehir yaşantısında da azımsanmayacak ölçüde varolan kadınların güven eksikliği, korkuları, mahalle baskısı, karşılaştıkları maddi manevi mobing sorunları konuşuldu. Hastalarla empati kurmamız gerektiği ve hastalara karşı ön yargılı olmamamız gerektiği konusunda hemfikir olduk. Çalıştaylar sonunda hepimiz yepyeni fikirler, değiştirmeyi hedeflediğimiz konular ve geleceğe dair umutlarımızla bilimsel aktiviteleri tamamladık.

Konferans bitiminde unutulmayacak anılar ve güçlü dostluk bağları ile Sibenik’e veda ettim. Konferans öncesi ve sonrası tüm ekip kocaman bir aileydik. Bilimsel aktiviteler sonrası Adriatik Denizi’nin engin sularının ve kumsalının ve Sibenik’in muhteşem doğasının tadını çıkardık. Hırvat dostlarımızın misafirperverlikleri ve içtenlikleri kendimi evde gibi hissetmemi sağladı. VdGM ekibinin katkıları ile düzenlenecek olan yeni değişim programlarını heyecanla beklemekteyim. Aile Hekimliği disiplinime ve gelecekteki hedeflerime dair umut var artık içimde. Tüm meslektaşlarımı böyle bir deneyimi yaşamaya davet ediyorum, hep birlikte şanslar yaratıp paylaşımlarımızı artırmak dileğiyle.

Araş. Gör. Tuğba ONAT
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
 tcangelkorn83@hotmail.com

Dünya Aile Hekimleri Günü



WONCA'nın 2010 yılında Meksika'da "Dünya Aile Hekimleri Günü" ilan ettiği 19 Mayıs'ı bu yıl "İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı" uzmanlık öğrencileri olarak bir etkinlik düzenleyerek kutlamak istedik. Amacımız, disiplinimizin gelişmesi için geleceğe dair neler yapılabileceğini konuşabileceğimiz toplu bir organizasyon düzenlemek ve bu özel günü hep birlikte kutlayabilmektir.

19 Mayıs 1919'da Ulu Önder Atatürk'ün Samsun'a ayak basması üzerine kutlanan 19 Mayıs Atatürk'ü Anma Gençlik ve Spor Bayramı'na Dünya



Aile Hekimleri Günü'nün de eklenmesiyle bu gün, biz aile hekimliği uzman ve uzmanlık öğrencileri için çifte bayrama dönüştü. Geçmiş yıllarda ülkemizdeki kutlamalar "Ulusal Aile Hekimliği Kongresi" kapsamında olmakta iken bu sene 19 Mayıs'a özel İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği ve İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ile birlikte TAHUD (Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği) İzmir Şubesi'nin desteğiyle İzmir'de bir etkinlik planlamaya karar verdik.

Milli bayram ile aynı güne denk gelmesi nedeniyle etkinlik tarihimizi 15 Mayıs Perşembe olarak belirleyerek bisikleti olanların kendi bisikletleri ile katılım gösterdiği, olmayanlar için de organizasyon ekibi tarafından bisiklet temin edilerek katılımlarının sağlandığı bir bisiklet turu planladık. Çevremizdeki farkındalığı artırmak ve bu özel güne dair hafızalarımızda anı bırakmak adına beyaz tişörtler üzerine çalıştığımız yer isimlerini içeren baskılar yaptırarak bu günü ölümsüzleştirmeye karar verdik. Sosyal medyanın farklı kanallarını kullanarak (Facebook, Familya Google Grup vb.) etkinliğimizin duyurusunu yaptık.

Ne üzücüdür ki; biz bu etkinliği planlarken Manisa'nın Soma ilçesinde bir maden ocağı felaketi



yaşandı ve tüm ülke derin bir yasa büründü. Bir yandan etkinliğimizi gerçekleştirerek destek verme çabasındayken bir yandan da etkinliği iptal etme düşünceleri gündeme geldi.

Neticede bu etkinliğin bu yıl bizim için bir kutlanmadan ziyade Soma'da hayatını kaybeden yurttaşlarımıza bir anma töreni olmasına ve WONCA'ya yazacağımız Dünya Aile Hekimleri Günü etkinlik yazısıyla da bu felakete dikkat çekmeye karar verdik.

15 Mayıs Perşembe günü mesai çıkışında İnciraltı Kent Ormanı'nda toplandık. Beyaz tişörtlerimizi giyerek hatıra fotoğrafı çekiminin ardından bisiklet turumuzu gerçekleştirerek bu özel günü tamamladık.

Çok daha iyi bir yere geleceğine inandığımız disiplinimizin gelecek yıllarda önemli gelişmeler kaydedeceğine inanıyoruz. Duyurumuzu yaptıktan sonra disiplinimizdeki deneyimli kişilerden aldığımız geribildirimlerin verdiği motivasyonla kısa süre içinde

de olsa katılan herkesin memnun kalmasını sağlayacak bir etkinlik gerçekleştirmeyi amaçladık.

Bu yıl ülkemizde yaşanan üzücü olay nedeniyle yeterince coşkuyla kutlanamayan 19 Mayıs Dünya Aile Hekimleri Günü'nün bundan sonraki yıllarda tüm ülke çapında yapılacak çeşitli faaliyetlerle coşkuyla kutlanmasını umuyoruz.

Bisiklet etkinliğinin tüm ülke çapında yaygınlaştırılarak sürdürülmesini düşünüyoruz. Birlik ve beraberlikle kutlayacağımız nice 19 Mayıs'lar geçirmek dileklerimizle...

Dr. Candan Kendir Çopurlar

Dr. Tuğba Onat

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

tcangelkorn83@hotmail.com



Orta Asya'da ilk aile hekimliği izlenimleri: Türkistan / Kazakistan



Kazakistan'ın Türkistan şehrinde bulunan Hoca Ahmet Yesevi Türk-Kazak Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ders ve seminer vermek üzere 04-18 Mayıs 2014 tarihleri arasında görevlendirildim. Görevlendirme gönüllülük esasına dayalı olup, iki üniversite arasında imzalanan protokol ile gerçekleştirilmiştir. Türkistan'da bulunduğum süre boyunca edindiğim bilgileri ve yaşamış olduğum tecrübeyi sizlerle ve camiamızla paylaşmak adına bu yazıyı hazırlamış

bulunmaktayım. Öncelikle Kazakistan sağlık sistemi ve üniversite hakkında genel bir bilgi vermek gerekirse:

Kazakistan sağlık sistemi: "Sağlık sisteminde oblast adlı yerel yönetimlerce programlar uygulanmakta, sağlık hizmetleri oblast sağlık bölümleri (hastaneler ve poliklinikler) tarafından idare edilmektedir. Sağlık hizmet sunumu kırsal ve kentsel alanlarda farklılık göstermekte olup, kırsal alanlardaki birincil sağlık hizmetleri feldşer noktaları, kırsal kesim klinikleri ve küçük kırsal kesim hastaneleri tarafından sağlanmaktadır. Kırsal alanlarda sağlık ocakları, doğumevleri, kırsal doktor klinikleri bulunmaktadır. Kentsel alanlarda birincil ve ikincil bakım rayon hastanelerinde polikliniklerde, uzmanlaşmış bakım oblast veya şehir hastanelerinde polikliniklerde, üçüncül bakım ise ulusal ihtisas kuruluşlarında sağlanmaktadır. Özel sağlık hizmetleri uygulamaları toplumun düşük satın alma gücü nedeniyle, eczaneler ve özel muayene yapan doktorların dışına çıkamamıştır. Özel klinikler; aile danışmanlığı, özel tıbbi danışmanlık, rehabilitasyon merkezi şeklinde hizmet vermektedir."



Ülkede koruyucu sağlık hizmetine ayrılan finansman yeterli değildir. Daha çok tedavi edici hizmetlere yönelinmiştir. Bugünkü haliyle sistem sıkı bir devlet kontrolindedir. Halk, sağlık hizmeti ihtiyaçlarını kendi imkanlarıyla sağlamaya çalışmaktadır.^[1] Ülkemizde bulunan birkaç özel hastane ve kurumun ülkede özel sağlık hizmeti verme yönünde girişimleri mevcuttur.

Hoca Ahmet Yesevi Türk-Kazak Üniversitesi

Tıp Fakültesi: Fakülte, 1991 yılında Kentav şehrinde Alternatif ve Tedavi-Tıp adıyla kurulmuş olup, şuan bölümlerin büyük kısmı Türkistan şehrinde. Tıp Fakültesinde yaklaşık 800 öğrenci eğitim görmektedir. Üniversitenin Türkistan yerleşkesinde, Rektörlük ana binasına ek olarak, bütçesinin tamamı Türkiye Cumhuriyeti tarafından karşılanan 100 yatak kapasiteli Tıp Fakültesi Hastanesi bulunmaktadır. Hastanede tüm yönlendirmeler Türkçe ve Kazakça yapılmakta olup, otomasyon sistemi de bu diller üzerine tasarlanmıştır. Fakülte öğrencileri için, Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi başta olmak üzere, Türkistan Şehir Hastanesi, Kentav Şehir Hastanesi, Türkistan Doğumevi, Talgat Hastanesi, Sanitas Hastanesi, Dermatoloji Dispanseri, Kentav Psikiyatri Dispanseri, Türkistan Pediatri Hastanesi, Türkistan Verem Dispanserinde uygulama dersleri yapılmaktadır. Fakülte, 2008 yılından itibaren uluslararası standartlarda eğitim vermeye başlamış olup, Genel Tıp ve Diş Hekimliği olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Kazakistan yönetimi tarafından da büyük destek gören üniversite hastanesi, aynı zamanda ülkenin ilk üniversite hastanesi olma özelliğine sahiptir.^[2]

Ulaşım ve Günlük Yaşam: Kazakistan'ın Türkistan kentine ulaşımım biraz meşakkatli oldu. İzmir'den İstanbul'a, oradan da Kazakistan'ın Çimkent havaalanına uçak ile yapılan seyahat ve yaklaşık 2 saatlik kara yolculuğu sonrası Türkistan kentine ulaştım. İzmir'den 04.05.2014 tarih 22.00'da başlayan yolculuğum Türkistan'da 05.05.2014 saat 15.00'da yerini yoğun bir çalışma temposunda bıraktı. Eğer kalış süreniz bir ayı geçmiyorsa vize almanıza gerek kalmıyor, ülkeye giriş ve çıkışta size verilen ve yerel karakolda onaylatmış olduğunuzu bir evrak yeterli oluyor. Ülkemiz ile Türkistan arasındaki 3 saatlik zaman dilimi farkına ve aşırı sıcak havaya bir anda alışmak biraz güç oldu. Kaldığım üniversite misafirhanesi (hotel) ile üniversite arasında sürekli taksi ile ulaşım sağladım. Aslında taksi dediğime bakmayın, elinizi kaldırdığımızda duran her arabaya binip "üniversite" demeniz yeterli oluyordu. Her araç



farklı bir fiyat uygulamasına rağmen ortalama 200 Tenge (100 Tenge=1.15 Lira) ulaşım sağlanıyordu. Eğer toplu taşıma aracına binmek isterseniz ortalama 40 Tenge birçok yere ulaşımınızı sağlayabilmektesiniz. Bulduğum süre zarfında yemek ihtiyacımı da bulduğum bir Türk lokantasında giderdim (Adı: Burgerland). Gece 01.00'a kadar rahatlıkla ulaşımımı sağlayabildim. Tabi Kazakistan'a gidip kımız (at sütü) ve kımran (deve sütü) içmemek olmazdı. Doğrusunu söylemek gerekirse kımızı pek sevmedim. Ülkede at eti, diğer etlere göre daha pahalı ve genelde özel kişilere ikram edilmekte. Ancak ben at etine pek yanaşmamayı tercih ettim. Yaşlı bir öğretim üyesinin bir sözünü ise unutmuyacağım: "Siz Anadolu'daki Türkler ata bindiniz ve Anadolu'ya kadar gittiniz, biz Kazaklar ise atı kesip yedik ve burada kaldık". Şehir içerisinde görülebilecek en büyük tarihi yapı Hoca Ahmet Yesevi Türbesi. Hatta şehirde saygıdan dolayı hiçbir binanın bu türbeden daha yüksek yapılmasına izin verilmiyor.

Dersler ve Aile Hekimliği: Türkistan'daki ilk günüm Rektörlük, Üniversite ve Tıp Fakültesi ziyaretleriyle geçti. Bulduğum süre zarfında resmi olarak 36 saat ders anlatmış olmakla birlikte, dersler sonrası öğrencilerle küçük gruplar halinde ders anlatımına devam ettik. Çoğunluğu Tıp Fakültesi birinci sınıf öğrencisi olmakla birlikte, Diş Hekimliği birinci sınıf ve Tıp Fakültesi ikinci sınıf öğrencilerine de ayrıca ders anlattım.

Program boyunca anlatmış olduğum derslerin konu başlıkları şu şekilde idi: “Korunma Kavramı ve Koruyucu Hizmetleri”, “Sağlıkta Yaşam Kalitesi”, “Yaşam Tarzı Değişikliklerinin Sağlığa Etkisi”, “Birinci Basamakta Araştırmanın Önemi ve Temel Araştırma Yöntemleri”, “Periyodik Sağlık Muayenesi ve Check-up”, “Aile İçi Şiddet”, “Aile Planlaması-Kontrasepsiyonda Güncel Yaklaşımlar”, “Temel İlk Yardım”, “Obezite ve Obezite İle Mücadele”.

Gerek öğretim üyelerinin gerekse öğrencilerin Aile Hekimliği ile ilgili bilgileri yoktu. Bu fırsatı kaçırmamak adına, biraz müfredat dışına çıkarak “Aile Hekimliği Tanımı ve Temel İlkeleri” konusunda konuşmalar gerçekleştirdik. Öğretim üyelerinin de zaman zaman katılmış olduğu dersler sırasında en ilgi çekici noktanın “biyopsikososyospiritüel yaklaşım” olduğu şeklinde geri bildirimler aldım. Eğitim programlarının ve sağlık sistemlerinin koruyucu sağlık hizmetleri ve hastaya yaklaşım konusunda birçok eksiklikleri bulunduğunu kendileri de ifade ettiler. Öğrenciler derslere bir hayli ilgi gösterdiler (her ders ortalama 50 öğrenci), zaman zaman yaşadığımız Türkçe dil sorunu dışında herhangi bir sorun yaşamadım. Kazak ve Rus grubu sınıflarda, öğrenciler Türkçe hazırlık görmelerine rağmen iletişim kurmak çok da kolay olmadı.

Kendi adıma yaşadığım ilginç bir tecrübe ol-



makla birlikte, aslında eğitim konusunda oldukça yol almış olduğumuzu gördüm. Bazen hep ileriye bakmaktan aslında bulunduğumuz yerin ne kadar değerli olduğunu unutuyoruz. Her ne kadar ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri istenilen düzeye ulaştırılmamış olsa da Aile Hekimliği adına ciddi mesafe alınmıştır. Avrupa ve Amerika'nın yanı sıra Orta Asya ülkelerine de Aile Hekimliği konusunda açılımların yapılması gerektiğini ve gerek TAHUD gerekse camiamızın önde gelen hocaları ile bir planlama içerisine gidilebileceğini düşünmekteyim.

Kaynaklar:

1. Sargutan EA ve ark. Ülkelerin Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri. Kazakistan Sağlık Sistemi. <http://www.sargutan.com/KAZAK-ISTAN%20SAGLIK%20SISTEMI.pdf> Erişim tarihi: 17.05.2014
2. Hoca Ahmet Yesevi Türk Kazak Üniversitesi Tıp Fakültesi. http://www.yesevi.edu.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=99 Erişim tarihi: 17.05.2014

Yrd. Doç. Dr. Hüseyin CAN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı

drhuseyincan@hotmail.com