

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt | Sayı | Ekim-Aralık
Volume | Number | October-December 2016

Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri

Fikriye Yılmaz, Çağla Çağlayan



Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü
basamak sağlık kuruluşuna başvuru
sebeplerinde olan değişiklikler

Yıldız Atadağ, Abdulkadir Aydın, Didem Kaya, Hatice Dilber Köşker, Fatih Başak, Sema Uçak

medikal
Akademi

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

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

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

* Dergimiz ve demeginin 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 alıntı, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

* Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İncelenme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurullarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın 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 yayın 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.

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

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

Yazı Çeşitleri

Özgün araştırmalar: Özet, Giriş, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazım Kuralları: <http://www.turkailehkekderg.org/yazarlara-bilgi>. **Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun niçin seçildiği, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri verilerek araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır. **Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçüklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarı kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazısı sonuçlara varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi 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: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirimi ve tartışmalarıdır. Aile hekimliği

uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Yorum yazıları ve editöre mektuplar: 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. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Siz olsaydınız ne yapardınız: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan sorumluluğundadır.

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında ulusal kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberler ile uluslararası kurum ve kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme ve rehberlerin çevirilerine Dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantılı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıyan 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 hekimliğini ve aile hekimliği uygulamalarını geliştirmek ve iyi uygulamaları yaygınlaştırmak amacı ile uygulamada yaşananları ve kullanılan yenilikleri vb. ele alan yazılardır. Yazım biçimi serbesttir; 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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 gerektiğinde daha uzun olabilmekle birlikte 1000 sözcüğü geçmemesi önerilir.

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında 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 konular tartışmak amacıyla yazılan yazılardır. Esas olarak Editörler Kurulu üyeleri tarafından yazılır. Özel durumlar dışında başmakalenin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimlerine (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

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

Kaynaklar: Kaynak numaraları metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir. Kaynaklar makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullandığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile HekDerg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler: Örneklerle ilgili tüm detaylara web sitemizdeki "Yazarlara Bilgi" bölümünden ulaşılabilir: <http://www.turkailehkekderg.org/yazarlara-bilgi>

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



Kapak Resmi: Old Memories

(American genre painter, 1831-1913)

John George Brown

Baş Editör | Editor-in-Chief

Prof. Dr. Esra Saatçı

Editörler | Editors

Prof. Dr. Ersin Akpınar
Doç. Dr. Ümit Aydoğan
Doç. Dr. Serdar Öztora
Doç. Dr. Dilek Toprak
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Uğur Bilge
Uzm. Dr. Birgül Coşkun
Uzm. Dr. Işık Gönenç
Uzm. Dr. Erdiñç Yavuz

Sahibi | Owner

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Doç. Dr. Serdar Öztora, droztora@yahoo.com

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

Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator

Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design

Perihan Demirbaş, info@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. Nezih Dağdeviren (Aile Hekimliği)
Trakya Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Edirne
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu (Aile Hekimliği)
Dışkapı Eğitim ve Araş. Hast. / Ankara
Prof. Dr. Cahit Özer (Aile Hekimliği)
Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Aile Hek. ABD. / Hatay
Prof. 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 / UEA
Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)
Nijmegen Medical Centre, Radboud University /
Nijmegen, The Netherlands

Başmakale | Editorial

Yeni sayımızda yine önemli çalışmalar var! | 127

There are important research in our new issue again

Ümit Aydoğan

Araştırmalar | Research Articles

Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri | 129

The effects of healthy lifestyle on the quality of life among elderly

Fikriye Yılmaz, Çağla Çağlayan

Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler | 141

Changes in causes of admission to tertiary health care center with family medicine implementation

Yıldız Atadağ, Abdulkadir Aydın, Didem Kaya, Hatice Dilber Köşker, Fatih Başak, Sema Uçak

Ergen danışma merkezine başvuranların Beck Depresyon Ölçeği ve CES Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi | 152

Assessing adolescents admitting to adolescent counseling & health center with Beck Depression Scale and CES Depression Scale

Berk Geroğlu, Haluk Mergen, Bakiye Nurdan Tekgül, Fikret Merter Alanyalı

Olgu Sunumu | Case Report

Steril piyüri ile gelen pediyatrik hastada üriner sistem tüberkülozu | 161

Comes with sterile pyuria tuberculosis of the urinary tract in pediatric patients

Hatice Dülek, Işık Gönenç, Mebrure Yazıcı, Zeynep Tuzcular Vural

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice

‘One for All, All for One’: SoMaMFyC

Konferansı ve Değişim Programı Madrid 2016| i-vi

‘One for All, All for One’: SoMaMFyC Conference and Exchange Programme Madrid 2016

Saliha Şahin

Yeni sayımızda yine önemli çalışmalar var!

There are important research in our new issue again

Ümit Aydoğan¹

Değerli okurlarımız ve meslektaşlarımız,

2016 yılının son sayısı ile karşınızdayız. Bu sayımızda üç araştırma, bir olgu ve bir editöre mektup ile sizlerle birlikteyiz.

Araştırma makalelerimizin ilki, Sn. Yılmaz ve Çağlayan tarafından yapılmış olan “**Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri**” adlı çalışmadır. Bu çalışma, Ankara'nın Yenimahalle ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 382 yaşlı bireyde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının yaşam kalitesi üzerine etkilerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

İkinci araştırma makalemiz, Sn. Atadağ, Aydın, Kaya, Köşker, Başak ve Uçak tarafından yapılmış olan “**Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler**” başlıklıdır. Çalışmada, Sağlık Bakanlığının “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında yaptığı değişikliklerden biri olan Aile Hekimliği Uygulaması ile hastaların üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına olan başvurularının ni-

teliklerinde değişiklik olup olmadığına dair değerlendirme yapılmıştır. Değerlendirme, İstanbul ili ile sınırlı kalmakla birlikte Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası dönemler karşılaştırılarak yapılmıştır.

Üçüncü makalemiz Sn. Geroğlu, Mergen, Tekgül ve Alanyalık tarafından yapılmış olan “**Ergen danışma merkezine başvuranların Beck Depresyon Ölçeği ve CES Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi**” başlıklı çalışmadır. Bu çalışmada, ergenlerde en sık kullanılan depresyon tarama ölçekleri olan Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve CES Depresyon Ölçeği (CES-DÖ) kullanılarak ergen danışma merkezine başvuranlarda depresyon sıklığının belirlenmesi ve ilişkili sosyodemografik özelliklerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Dördüncü makalemiz bir olgu sunumudur. Sayın. Dülek, Gönenç, Yazıcı ve Vural tarafından sunulmuş olan “**Steril piyüri ile gelen pediyatrik hastada üriner sistem tüberkülozu**” başlıklıdır.

1) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörler Kurulu Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

Aile Hekimliğinden Haberler ise Sn. Şahin tarafından kaleme alınmış olan “One for All, All for One: SoMaMFyC Konferansı ve Değişim Programı Madrid 2016” başlıklıdır. Bu yıl konferans değişim programlarından biri 13-20 Mart 2016 tarihlerinde İspanya’nın başkenti Madrid’de, Madrid Aile ve Toplum Hekimliği Cemiyeti (SoMaMFyC) ev sahipliğinde gerçekleştirilmiş olup bu yazıda değişim programı ile ilgili gözlem ve deneyimler paylaşılmıştır.

Yeni yılda meslektaşlarımızın gerek yazarlık gerekse de hakemlik katkılarının artarak devam etmesini arzu ediyoruz.

2017 yılının hem ülkemize hem de Aile Hekimliği disiplinimize huzur, hepimize sağlık ve mutluluk getirmesini temenni ediyoruz.

Dergimizin çıkmasında emek veren tüm hakemlerimize, yazarlarımıza, dergimizin baş editörüne, Editörler Kurulu ve Teknik Kurul üyelerine ve Medikal Akademi çalışanlarına teşekkür ederim.

Devam eden sayılarımızda buluşmak üzere

Saygılarımla!

Doç. Dr. Ümit Aydoğan

*Türkiye Aile Hekimliği Dergisi
Editörler Kurulu Üyesi*

Yaşlılarda sağlıklı yaşam tarzının yaşam kalitesi üzerine etkileri

The effects of healthy lifestyle on the quality of life among elderly

Fikriye Yılmaz¹, Çağla Çağlayan²

Özet

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Ankara'nın Yenimahalle ilçesinde yaşayan yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının, yaşam kalitesi üzerine etkilerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırmada, Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında Ankara'da Yenimahalle ilçesinde yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 65 yaş ve üzeri 382 kişiye anket uygulanmıştır. Anket formu yaşlı bireylerin sosyo-demografik özelliklerini ve sağlık durumlarını belirlemeye yönelik sorular ile Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği ve Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Yaşlı Modülünden (WHOQOL-AGE) oluşmaktadır. Araştırma verileri Ki-Kare Testi, Bağımsız İki Örneklem T Testi, Tek Yönlü Varyans Analizi ve İkili Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 382 yaşlının %53,7'si kadın olup, yaş ortalaması 69,80±4,55 yıldır; %36,9'unun eğitim düzeyi lise altıdır. Katılımcıların %27'si "Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği" ne göre sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahiptir. Katılımcılar sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına ilişkin en çok %87,7 ile aşırı alkol tüketmeye ve %70,2 ile günde en az 7 saat uyuma göstergelerinde ideal davranışlara sahiptir. Araştırmaya katılan yaşlı bireyler arasında; kadınların, evli olanların, üniversite mezunlarının, ekonomik durumu iyi olanların ve sağlığını iyi olarak değerlendirenlerin daha fazla sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Çalışmada aylık gelirin düşük olması (OR=2,308), daha önce herhangi bir işte çalışmama (OR=1,579), sağlığını kötü (OR=1,188) ya da orta (OR=1,103) olarak değerlendirme, ekonomik nedenlerle sağlık hizmetine başvurmama (OR=4,500), yetersiz meyve sebze tüketimi (OR=4,652) ve düzenli egzersiz yapmama (OR=1,894) düşük yaşam kalitesi için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir (p<0,05).

Sonuç: Çalışmada yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının, özellikle meyve-sebze tüketimi ve düzenli egzersiz yapmanın yaşam kaliteleri için önemli bir belirleyici olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, sağlıklı yaşam tarzı, yaşam kalitesi

Summary

Objective: The aim of this study is to determine healthy lifestyle behaviors and their effect on the quality of life among elderly people living in Yenimahalle district of Ankara.

Methods: In the study, a questionnaire was applied to 382 elderly people living in Yenimahalle district of Ankara and accepting to participate in the survey between March-May 2016. The questionnaire consists of questions related to socio-demographic characteristics and health status of elderly and Healthy Lifestyle Composite Scale, World Health Organization Quality of Life-Ageing Module (WHOQOL-AGE). Data were analyzed with Chi-Square Test, Independent Samples T test, one-way analysis of variance and binary logistic regression analysis.

Results: Of 382 elderly people included to the study, 53,7% were female, mean age was 69,80±4,55 years and 36,9% of the participants had educational degree lower high school. 27% of participants had healthy lifestyle behaviours according to "Healthy Lifestyle Composite Scale" score. When healthy lifestyle behaviors of participants were evaluated it was seen that 87,7% of them didn't have excessive alcohol consumption, and 70,2% slept at least 7 hours a day. It was found that women, married, those graduated from the University, those having good economic status and those who rated their health as good had more healthy lifestyle behaviors than other groups (p<0,05). In analysis, to have lower monthly income (OR=2,30), to work in any job before (OR=1,57), to rate their health as bad (OR=1,18) or moderate (OR=1,103), to not apply for health care services because of economic reasons (OR=4,50), inadequate fruit and vegetable consumption (OR=4,652) and to not do exercise regularly (OR=1,894) were defined as the important risk factors for low quality of life (p<0,05).

Conclusion: It has been concluded that healthy lifestyle behaviors of elderly people, especially fruit and vegetable consumption and regularly doing exercise, were determined as an important determinant of the quality of life.

Key words: Elderly, healthy lifestyle, quality of life

¹⁾ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Yrd. Doç. Dr., Ankara

²⁾ Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Mezunu, Dr., Ankara

Giriş

Yaşlılık bireyin öncelikle anatomik yapı ve fizyolojik işlevlerinde olmak üzere, zihinsel yeteneklerinde, sosyal ilişkilerinde ve psikolojisinde farklılıklara neden olan, olağan ve kaçınılmaz bir süreçtir.^[1,2] Birleşmiş Milletlerin “Yaşlanan Dünya Nüfusu: 1950-2050” raporuna göre, tüm dünya ülkelerinde yaşam beklentisinin artması ve doğurganlık oranlarının azalmasıyla 65 yaş ve üstü insanların sayısı diğer yaş gruplarından daha hızlı artmaktadır.^[3] Nüfus projeksiyonlarına göre Türkiye’nin yaşlı nüfus oranının 2023 yılında %10,2’ye yükseleceği ve Birleşmiş Milletlerin tanımına göre, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10’u aşacağı için “çok yaşlı” nüfuslu ülkeler arasında yer alacağı tahmin edilmektedir.^[4]

Yaşlanma ile birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı da artmaktadır.^[3, 5-8] Bu nedenle yaşlı nüfusun genç nüfusa oranla çok daha fazla sosyal ve tıbbi hizmet ihtiyacı olduğu bilinmektedir. Son yıllarda yapılan araştırmalar ve halk sağlığı uygulamaları bazı yaşam tarzı değişiklikleri ile kronik hastalıkların önlenebileceğini ve yaşlı bireylerin sosyal ve tıbbi hizmet ihtiyacının azaltılabileceğini göstermiştir.^[6, 8-14]

Değiştirilebilir yaşam tarzı davranışları; mortalite ve kronik hastalık gibi sağlık sonuçları ile ilişkilerini gösteren epidemiyolojik çalışmalara dayanarak; fiziksel hareketsizlik, tütün kullanımı, kötü beslenme, madde kullanımı (alkol dâhil) olarak kabul edilmektedir.^[6, 7, 10, 11, 15-19] Dünyada her yıl en az 5,1 milyon kişi tütün kullanma, 3,2 milyon kişi fiziksel hareketsizlik, 2,8 milyon kişi fazla kilolu veya şişman olma ve 2,7 milyon kişi yetersiz sebze ve meyve tüketmeye bağlı sorunlar nedeniyle ölmektedir.^[7,20] Kanıtlar bu faktörlerde iyileşmelerin, ileri yaşla artan fonksiyonel sınırlamaları önleyebileceği ve böylece daha sağlıklı, daha aktif ve daha bağımsız yaşlanmanın sağlanabileceğini düşündürmektedir.^[11, 17, 19] Uykunun sağlık ve mortalite ile ilişkili olduğunu kanıtlayan birçok çalışmanın ardından, son zamanlardaki sağlık önerilerine değiştirilebilir yaşam tarzı davranışı olarak eklenmiştir. Yapılan çalışmalarda kısa süreli uykunun (özellikle bir gecede 7 saatten az); hipertansiyon, diyabet ve kardiyovasküler hastalık riskini artırdığı, soğuk algınlığına duyarlılığı artırmak da dahil bağışıklığı zayıflattığı ifade edilmiştir.^[18,19,21]

Sağlıklı yaşam tarzının standart olarak kabul edi-

len bir ölçümü bulunmamakta, yapılan çalışmalarda farklı şekillerde tanımlanmakta ve farklı göstergeler kullanılabilmektedir. Türkiye’de yaşlı bireylerde yapılan çalışmalarda Walker ve arkadaşları (1987) tarafından geliştirilen ve 52 maddeden oluşan “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği” kullanılmış^[22-25] ya da tek tek sağlıklı yaşam tarzı davranışları değerlendirilmiştir.^[26-30] Uluslararası araştırmalarda ise eğilim önemli davranışsal risk faktörlerinin bir arada değerlendirildiği bileşik ölçümlerin kullanılması yönündedir.^[12,15, 17-19] Bu çalışmada düşük mortalite ve daha iyi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olan davranışlar bütünü “sağlıklı yaşam davranışları” olarak kabul edilmiş ve Adams, Katz ve Shenson (2016) tarafından geliştirilen “Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği” ile incelenmiştir.

Sağlıklı yaşam tarzı davranışlarının sağlık üzerindeki tutarlı kanıtlarına rağmen,^[10, 12, 17] bu davranışlar ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki özellikle yaşlılar açısından çok az ilgi görmüştür.^[9, 11, 14, 16, 18, 23] Yaşam kalitesi, “Bireylerin içinde yaşadıkları kültür ve değerler sistemi içinde; amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları açısından, yaşamdaki pozisyonları algılaması” olarak tanımlanmaktadır.^[5] DSÖ bireylerin yaşam kalitelerinin %60’ının onların sağlıklı yaşam tarzı davranışlarından kaynaklandığını işaret etmektedir.^[5, 9] Yaşam kalitesi ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalarda fiziksel aktivite, orta düzeyde alkol tüketimi, sigara kullanmama yaşam kalitesi ile pozitif ilişkili bulunmuştur.^[11, 16, 18, 23, 30, 31]

DSÖ’nün aktif ve sağlıklı yaşlanma hedefi kapsamında, yaşlılarda hastalıkları önlemek ve yaşam kalitesini geliştirmek için sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Bu hedef için ilk olarak yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları belirlenmeli ve müdahale alanları ortaya konulmalıdır. İkinci aşamada, bu müdahale alanlarına yönelik sağlığı koruyucu ve geliştirici önlemler alınmalıdır. Bu çalışmada, “Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği” ile yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını belirlemek ve bu durumun yaşam kaliteleri üzerine etkilerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmanın, yaşlı sağlığı politikaları ve koruyucu sağlık hizmeti sunucuları için değiştirilebilir sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını ve en önemli müdahale alanlarını kolay ve hızlı şekilde belirlemeye yönelik yol gösterici olması hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, yaşlı bireylerde sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının, yaşam kaliteleri üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla kesitsel saha çalışması olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evrenini TÜİK 2015 yılı verilerine dayalı olarak Ankara'nın Yenimahalle ilçesinde yaşayan 65 yaş ve üzeri toplam 49.480 birey oluşturmaktadır. Çalışmanın örnekleme %95 güven düzeyinde %5 sapma ile 382 adet 65 yaş ve üzeri birey olarak belirlenmiştir. Örnekleme dâhil edilen 382 yaşlı, olasılıksız örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi ile seçilmiştir.

Veri Toplama Aracı

Çalışmada katılımcılara 4 bölümden oluşan anket formu uygulanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde demografik bilgiler ve sosyo-ekonomik durumla ilgili 10, genel sağlık durumunun belirlenmesine yönelik 6 soru yer almaktadır. İkinci bölümde katılımcıların sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını belirlemek üzere "Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği (Healthy Lifestyle Composite Measure)" ve son bölümde genel yaşam kalitesi değerlendirmesi amacıyla WHOQOL-AGE ölçeği bulunmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği, Adams, Katz ve Shenson (2016) tarafından "Sağlıklı İnsanlar 2020" hedefleri dikkate alınarak Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyans Sistemi'nden seçilen 5 göstergeden oluşmaktadır. Bu göstergeler; sigara kullanımı, meyve-sebze tüketimi, fiziksel aktivite, aşırı alkol tüketimi ve yeterli uykudur. Sigara kullanım durumu Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyans Sistemi'ndeki iki soru ile belirlenmiştir: "Tüm yaşamınız boyunca en az 100 sigara içtiniz mi?" ve cevap evet ise "Şu anda sigara kullanıyor musunuz?" Hayatı boyunca en az 100 sigara içenler ve şu anda her gün ya da bazen sigara kullananlar "sigara içen" olarak tanımlanmıştır. Fiziksel aktivite için Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyans Sistemi'nde yer alan sedanter yaşam tarzı sorusu kullanılmıştır: Egzersiz (yürüme, koşma, yüzme, bisiklete binme, ya da herhangi bir spor) yapıyor musunuz? Ve cevap evet ise "Egzersiz yaptığınızda ne kadar süre ile yapıyorsunuz?" Haftada en az 3 kez 30 dakika

süre ile egzersiz yaptığını belirtenler "düzenli egzersiz yapanlar" olarak tanımlanmıştır. Meyve ve sebze tüketimi 6 ayrı soruya verilen cevaplar ile belirlenmiştir: taze meyve suyu, taze meyve, kuru meyve, yeşil yapraklı sebzeler, sarı sebze-ler ve diğer sebzelerin bir günde ortalama tüketim miktarı. Cevaplar bir günde tüketilen toplam meyve-sebze porsiyonunu belirlemek üzere toplanmıştır. Bir günde ortalama 5 ve daha fazla porsiyon meyve sebze tüketimi "yeterli" olarak kabul edilmiştir.

Katılımcıların yeterli uyuyup uyumadıkları "Bir günde ortalama kaç saat uyuyorsunuz?" sorusu ile belirlenmiş ve 7 ve daha fazla uyku saati "ideal" olarak tanımlanmıştır. Son olarak aşırı alkol tüketimi; Davranışsal Risk Faktörleri Sürveyans Sistemi'nden uyarlanan "Alkol kullanıyor musunuz?" ve cevap evet ise "Alkol aldığınız zamanlarda ne kadar tüketirsiniz?" soruları ile belirlenmiştir. Erkekler için haftada birkaç gün 2 bardaktan fazla, kadınlar için haftada birkaç gün 1 bardaktan fazla alkol tüketimi "aşırı" olarak değerlendirilmiştir. Seçilen 5 göstergeden toplam bir bileşik ölçüm elde etmek için, "ideal" davranışlar 1 olarak puanlanmış ve toplanmıştır. Bu doğrultuda toplam ölçek puanı 0 ile 5 arasında değişebilmektedir ve ölçek puanı 4 ve 5 olarak hesaplanan katılımcıların sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olduğu kabul edilmektedir.^[19]

Anketin son bölümünde yer alan WHOQOL-AGE; yaşlı bireylerin yaşam kalitesini ölçmek üzere^[32], Türkçe geçerliliği ve güvenilirliği yapılan WHOQOL-OLD ve EUROHIS ölçeklerinden uyarlanmış bir ölçektir.^[33-34]

Verilerin Toplanması

Veriler Mart-Mayıs 2016 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmaya dâhil edilme kriterleri; 65 yaş ve üzeri olmak, fiziksel engeli bulunmamak ve akıl sağlığı yerinde olmak olarak belirlenmiştir. 382 yaşlı katılımcıya anketler dağıtıldıktan sonra, katılımın gönüllü olduğu ifade edilmiş ve çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Anketlerin tamamlanması 20-25 dakika arasında zaman almaktadır.

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi PASW 18.0 paket programında (SPSS Inc., Chicago, 2009) gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın bağımlı değişkeni yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puan olarak belirle-

nirken, bağımsız değişkenler ise demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu göstergeleri ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları olarak kabul edilmiştir. Yaşam kalitesi ölçek puanı Caballero ve diğerlerinin (2013) çalışmasında açıklanan şekilde hesaplanmış,^[32] ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Ölçek puanının normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ile demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum ve sağlık durumu göstergeleri arasındaki ilişkileri belirlemek üzere ki-kare analizi yapılmıştır. WHOQOL-AGE puanları parametrik varsayımları sağladığı için yaşam kalitesi puanı ortalamaları ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemek üzere; Bağımsız İki Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi yapılmıştır.

Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini belirlemek amacıyla olasılırlık oranına dayalı geriye doğru yöntemi ile ikili lojistik regresyon analizi kullanılarak model geliştirilmiştir. Model için yaşlılar yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlara göre düşük ve yüksek yaşam kalitesine sahip gruplar olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Bu ayrımın gerçekleştirilmesinde puanlar normal dağıldığı için kesim noktası olarak aritmetik ortalama kullanılmıştır.

Katılımcıların ölçekten alınan puanlara ilişkin ortalaması yaklaşık olarak 71 olup, bu değer ve üzerinde puana sahip yaşlılar “yüksek”, altında puana sahip yaşlılar ise “düşük” yaşam kalitesi kategorisine atanmıştır. Bu doğrultuda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri belirlemek üzere geliştirilen modelde yaşam kalitesi düzeyi bağımlı değişken, yaşam kalitesi puanı ile ilişkili bulunan demografik özellikler, sosyo-ekonomik durum, sağlık durumu göstergeleri ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ise açıklayıcı değişkenler olarak analiz edilmiştir. Değerlendirmelerde istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik Konular

Bu çalışma Başkent Üniversitesi Tıp ve Sağlık Bilimleri Araştırma Kurulu ve Etik Kurulu tarafından onaylanmış (Proje no:KA16/128) ve Başkent Üniversitesi Araştırma Fonunca desteklenmiştir.

Bulgular

Sosyo-demografik özellikler

Katılımcıların yaş ortalaması $69,80 \pm 4,55$ yıldır. Katılımcıların %86,1'i (n=328) 65-74 yaş grubunda, %53,7'si (n=205) kadın, %75,7'si (n=289) evlidir. Katılımcıların sosyo-ekonomik durumları incelendiğinde; %36,9'unun (n=141) lise altı eğitim düzeyinde olduğu, %53,4'ünün (n=204) daha önce çalışmadığı, %80,4'ünün (n=306) ev sahibi olduğu ancak %67,8'inin (n=259) aylık hane halkı gelirinin 4.561 TL (TÜİK Mart 2016 verilerine göre yoksulluk sınırı)'den az olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan yetişkinlerin %95,3'ü (n=364) SGK kapsamında sigortalıdır.

Sağlık durumu değerlendirmesi

Katılımcıların %71,2'sinin (n=272) en az bir kronik hastalığı bulunmaktadır. Kronik hastalığı olanların %36,6'sı (n=140) hipertansiyon, %32,9'u (n=126) diyabet ve %22,7'si (n=87) kalp ve damar hastalıkları olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %48,2'si (n=184) sağlığını iyi olarak değerlendirmiştir. Katılımcıların %48,2'si (n=184) sağlık hizmeti ihtiyacında ilk olarak devlet hastanesine başvurduğunu, %24,6'sı (n=94) son bir yılda ekonomik nedenlerle tıbbi yardım aramayı ertelediğini belirtmiştir.

Sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları

Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği'ne göre sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları **Tablo 1**'de gösterilmektedir. **Tablo 1**'de görüldüğü gibi katılımcılar sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına ilişkin en çok %87,7 ile (n=335) aşırı alkol tüketme ve %70,2 ile (n=268) günde en az 7 saat uyuma göstergelerinde ideal davranışlara sahiptir. Toplam olarak değerlendirildiğinde katılımcıların %27'sinin (n=103) 4 ve üstünde puan ile sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olduğu söylenebilir. **Tablo 2**'de katılımcıların bazı özelliklerine göre sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olma durumları gösterilmektedir. **Tablo 2**'de görüldüğü gibi ki-kare testi sonucunda kadınlar, evli olanlar, ev sahibi olanlar, aylık geliri 4.561 TL'den fazla olanlar ve sağlığını iyi olarak değerlendirenler arasında sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olan daha fazla kişi olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$).

Yaşam kalitesi değerlendirmesi

Araştırmaya katılan 382 yaşlı bireyin ortalama WHOQOL-AGE ölçeğinden aldıkları puan $70,63 \pm 12,84$ olarak hesaplanmıştır. **Tablo 3**'de katı-

lınıncıların sosyo-demografik özelliklerine, sağlık durumlarına ve sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına göre WHOQOL-AGE ölçeği puan ortalamaları yer almaktadır. **Tablo 3**'de görüldüğü gibi evli olanların, üniversite ve üstü eğitim düzeyinde olanların, daha önce herhangi bir işte çalışanların, ev sahibi olanların ve aylık hane halkı geliri 4.561 TL'den fazla olanların yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek belirlenmiştir ($p<0,05$).

Ayrıca kronik hastalığı olanların, genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirenlerin, sağlık hizmeti ihtiyacı olduğunda ilk başvuru yeri kamu kurumları olanların ve son bir yılda ekonomik nedenlerle sağlık hizmeti ihtiyacını erteleyenlerin yaşam kalitesi puanları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur ($p<0,05$).

Analiz sonuçlarına göre düzenli egzersiz yapmanın ve yeterli sebze meyve tüketiminin yaşam kalitesi puanı üzerinde olumlu etkisi olduğu, sağlıklı

yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip bireylerin yaşam kalitesi puanının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (**Tablo 3**). Yine **Tablo 4**'de yaşam kalitesini etkileyen bağımsız değişkenleri belirlemek üzere geliştirilen ikili lojistik regresyon modelleri yer almaktadır.

Tablo 4'de görüldüğü gibi, ilk modele sadece yaşlı bireylerin yaşam kalitesi puanında farklılık olan sosyo-demografik özellikler, ikinci modele sosyo-demografik özelliklerin yanı sıra sağlık ile ilgili değişkenler ve son modele sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları da dâhil edilmiştir. Tabloda yer alan Nagelkerke testi sonuçları modele alınan bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken olan yaşam kalitesindeki değişimi ne kadar açıkladığını göstermektedir. Tabloda son sütunda geliştirilen modellerle değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığı yer almaktadır.

Bu doğrultuda sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ile oluşturulan 3. modelde bağımsız değişkenlerin yaşam kalitesindeki değişimin yaklaşık %48'ini açıklayabildiği ve değişkenlerin doğru sınıflandırma olasılığının %79,1 olduğu belirlenmiştir. **Tablo 4**'de yer alan model 3'e göre daha önce herhangi bir işte çalışmayanların çalışanlara göre ($OR=1,579$), aylık geliri 4.561 TL ve altında olanların 4.561 TL'den fazla aylık geliri olanlara göre ($OR=2,308$), sağlığını kötü olarak değerlendirenlerin ($OR=1,188$) ve orta olarak değerlendirenlerin ($OR=1,103$) iyi olarak değerlendirenlere göre, son bir yılda ekonomik nedenlerle sağlık hizmeti ihtiyacını erteleyenlerin ertelemeyenlere göre ($OR=4,500$), günde 5 porsiyon meyve sebze tüketmeyenlerin tüketenlere göre ($OR=4,652$) ve düzenli egzersiz yapmayanların yapanlara göre ($OR=1,894$) düşük yaşam kalitesi grubunda yer alma riski daha fazladır ($p<0,05$).

Tartışma

Yaşlılarda, sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarını ve yaşam kalitesi üzerine etkilerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada; Ankara Yenimahalle İlçesinde kolayda örnekleme yöntemiyle seçilen 65 yaş ve üzeri bireylerin sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ve yaşam kaliteleri incelenmiştir.

Araştırmaya katılan 382 yaşlının %27'si "Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği"ne göre sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahiptir. Katılımcıların ölçekte yer alan beş temel gösterge içerisinde en fazla sahip

Tablo 1. Katılımcıların Sağlıklı Yaşam Tarzı Alışkanlıklarına Göre Dağılımı

	Sayı (n)	Yüzde (%)
Sigara içmeyenler	151	39,5
Fiziksel aktivite yapanlar	85	22,3
Günde 5 porsiyon meyve/sebze tüketenler	116	30,4
Günde 7 saat ve daha fazla uyuyanlar	268	70,2
Aşırı alkol tüketmeyenler	335	87,7
Sahip olunan sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarının sayısı		
0	5	1,3
1	27	7,1
2	89	23,3
3	158	41,4
4	89	23,3
5	14	3,7
Toplam	382	100,0

Tablo 2 Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Sağlıklı Yaşam Tarzına Sahip Olup Olmamalarının Dağılımı

	Sağlıklı yaşam tarzına sahip olmayanlar (<4 puan) (%)	Sağlıklı yaşam tarzına sahip olanlar (≥4 puan) (%)	p
Cinsiyet			
Kadın	66,3	33,7	0,001*
Erkek	80,8	19,2	
Yaş			
<75	73,6	26,4	0,338
≥75	69,8	30,2	
Medeni Durum			
Evli	68,2	31,8	0,000*
Bekar/Boşanmış/Eşi ölmüş	88,2	11,8	
Eğitim			
Lise ve altı	74,5	25,5	0,789
Lise mezunu	73,7	26,3	
Üniversite	70,9	29,1	
Meslek			
Çalışan	75,7	24,3	0,060
Çalışmayan	67,5	32,5	
Konut Durumu			
Ev Sahibi	70,0	30,0	0,004*
Kiracı/Diğer	85,3	14,7	
Aylık Kazanç			
≤4.561 TL	77,6	22,4	0,003*
>4.561 TL	63,4	36,6	
Genel Sağlık Durumu			
İyi	67,4	32,6	0,026*
Orta	76,4	23,6	
Kötü	86,5	13,5	

Sınıflamalar: Yaş sınıflandırması, DSÖ'nün 65-74 yaş grubu, 75 ve üzeri yaş grubu sınıflandırmasına göre yapılmıştır. Meslek sınıflandırması daha önce çalışma ya da çalışmama durumuna göre yapılmıştır. Genel sağlık durumu değerlendirmesi 5'li likert ölçeğinde yapılmış olup, sıklıkların yetersizliği nedeniyle "çok iyi" ve "iyi" değerlendirmeler "iyi", "kötü" ve "çok kötü" değerlendirmeler "kötü" olarak yeniden gruplandırılmıştır. Aylık gelir TÜİK Mart 2016 verilerine göre yoksulluk sınırının altı ve üstü iki grup olarak değerlendirilmiştir. *p<0,05

Tablo 3 Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma	p
Cinsiyet			
Kadın	70,5610	12,71046	0,867
Erkek	70,7100	13,03695	
Yaş			
<75	70,6494	12,65795	0,328
≥75	70,5094	14,08667	
Medeni Durum			
Evli	68,8530	14,03287	0,015*
Bekar/Boşanmış/Eşi ölmüş	71,2018	12,41190	
Eğitim			
Lise ve altı	65,3073	13,73728	0,000*
Lise mezunu	71,3333	11,40770	
Üniversite	75,9081	10,60046	
Daha Önce Çalışma Durumu			
Çalışan	72,1274	12,84066	0,001*
Çalışmayan	67,4770	12,32403	
Konut Durumu			
Ev Sahibi	71,8567	12,34945	0,000*
Kiracı/Diğer	65,6089	13,68186	
Aylık Kazanç			
≤4.561 TL	68,5444	12,4667	0,000*
>4.561 TL	75,0217	12,5697	
Genel Sağlık Durumu			
İyi	78,0652	9,55268	0,000*
Orta	65,6832	10,45040	
Kötü	55,1802	12,64486	
Sağlık hizmeti için ilk başvuru yeri			
Kamu	69,2883	12,42152	0,000*
Özel	78,4405	12,59455	

Tablo 3 Devam Katılımcıların Bazı Sosyo-demografik Özelliklerine Göre Yaşam Kalitesi Puan Ortalamaları

	Ortalama	Standart Sapma	p
Tıbbi yardım aramayı erteleme**			
Var	61,9716	13,27394	0,000*
Yok	73,4560	11,37566	
Sigara kullanımı			
Var	70,34	12,70	0,598
Yok	71,05	13,08	
Aşırı Alkol Kullanımı			
Yok	73,21	12,47	0,140
Var	70,26	12,87	
Düzenli Egzersiz			
Yok	69,62	13,19	0,004*
Var	74,15	10,89	
Yeterli Uyku			
Yok	70,98	11,10	0,723
Var	70,47	13,53	
Yeterli Meyve Sebze Tüketimi			
Yok	64,05	13,33	0,000*
Var	73,49	11,52	
Sağlıklı yaşam tarzı			
<4 puan	69,01	12,84	0,000*
≥ 4 puan	74,99	11,85	

*p<0,05.

** Son bir yılda ekonomik nedenlerle tıbbi yardım aramayı erteleme durumunu ifade etmektedir.

olduğu alışkanlıkların yeterli uyku (%70,2) ve aşırı alkol tüketmeme (%87,3) olduğu belirlenmiştir. Yazılı kaynaklarda 65 yaş üzeri bireylerin yaklaşık %50'sinin uyku bozuklukları yaşadığı ifade edilmesine rağmen,^[26] Türkiye'de ortalama uyku saati ile ilgili istatistiklere rastlanmamıştır. Türkiye Sağlık Araştırması (2014)'na göre Türkiye'de 65-74 yaş grubunda hiç alkol kullanmayanların payı %71, 75 yaş üstü grupta %81,7'dir.^[35] Çalışmanın sonuçları da düşünüldüğünde Türkiye'de yaşlı bireyler arasında

aşırı alkol tüketim alışkanlığının olmadığı görülmektedir. Diğer taraftan katılımcıların az bir bölümünün yeterli meyve-sebze tükettiği (%30,4) ve düzenli egzersiz yaptığı (%22,3) ortaya çıkmıştır. Türkiye geneli istatistikleri yaşlıların DSÖ tarafından yeterli ve dengeli beslenme için günde 400 g (5 porsiyon) meyve-sebze tüketimi kriterini sağladığı gösterse de,^[36] bu çalışmaya paralel olarak Uzunçakır ve Çakıroğlu (2007) ve Şahin (2014) tarafından yapılan çalışmalarda da yaşlı bireylerde meyve-

sebze tüketiminin artırılması gerektiğine işaret edilmiştir.^[37-38] “Kronik Hastalıklar Risk Faktörleri Araştırması”na göre Türkiye’de; kadınların %87’si, erkeklerin ise %77’si yeterli ölçüde fiziksel aktivite yapmamaktadır.^[20] Kulakçı ve diğerleri (2012), Şenol ve diğerleri (2012) ve Polat ve Kahraman Bayrak (2013) tarafından yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları araştırıldığı çalışmalarda da; yaşlı bireylerin egzersiz puanları düşük olarak belirlenmiştir.^[22-24]

Araştırmaya katılan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları sosyo-demografik özelliklere göre

incelendiğinde; kadınlar, evli olanlar, üniversite mezunları, ekonomik durumu iyi olanlar ve sağlığını iyi olarak değerlendirenler arasında sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıklarına sahip olan daha fazla kişi olduğu belirlenmiştir. Sosyo-demografik özelliklere ilişkin bu sonuçlar Türkiye geneli istatistiklerle,^[20, 35-36] Türkiye’de sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına yönelik yaşlılar üzerine yapılan çalışmalarla^[22-25, 30] ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarla^[8, 13-16, 18-19] paralellik göstermektedir.

Araştırmaya katılan 382 yaşlının WHOQOL-AGE ölçeği toplam skoru ortalaması 70,63±12,84

Tablo 4 Yaşlılarda düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bağımsız değişkenlerin lojistik regresyon analiz sonuçları

Düşük yaşam kalitesi	OR	%95 GA	p	Nagelkerke R2	Doğru sınıflandırma
Model 1				0,18	%66,2
Eğitim (Lise)	1,52	1,114-2,596	0,003*		
Eğitim (Lise altı)	2,64	1,516-4,609	0,001*		
Aylık gelir (≤4.561 TL)	3,06	1,870-5,013	0,000*		
Model 2				0,41	%74,9
Aylık gelir (≤4.561 TL)	2,958	1,751-4,997	0,000*		
Çalışma (Yok)	1,617	1,368-2,034	0,005*		
Sağlık Değerlendirmesi (Orta)	1,105	1,042-1,263	0,000*		
Sağlık Değerlendirmesi (Kötü)	1,173	1,104-1,290	0,000*		
Erteleme (Var)	4,651	2,554-8,468	0,000*		
Model 3				0,48	%79,1
Çalışma (Yok)	1,579	1,331-2,010	0,045*		
Aylık gelir (≤4.561 TL)	2,308	1,304-4,084	0,004*		
Sağlık değerlendirme (Orta)	1,103	1,038-1,278	0,000*		
Sağlık değerlendirme (Kötü)	1,188	1,109-1,324	0,000*		
Erteleme (Var)	4,500	2,393-8,462	0,000*		
Günde 5 porsiyon meyve sebze tüketimi (Yok)	4,652	2,564-8,443	0,000*		
Egzersiz (Yok)	1,894	1,085-3,640	0,035*		
Var	70,26	12,87	0,140		

*p<0,05, OR: Odds Ratio, GA: Güven Aralığı

olarak belirlenmiştir. Yaşlı bireylerin yaşam kalitesini belirleyen faktörler ele alındığında; sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları ile oluşturulan modelin sadece sosyo-demografik özelliklere ve sağlıklı ilgili özelliklere göre geliştirilen modellere göre yaşam kalitesindeki değişimi daha yüksek oranda açıklayabildiği ve doğru sınıflandırma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada aylık gelirin düşük olması, daha önce herhangi bir işte çalışmama, sağlığını kötü ya da orta olarak değerlendirme, ekonomik nedenlerle sağlık hizmetine başvurmama, yetersiz meyve sebze tüketimi ve düzenli egzersiz yapmama düşük yaşam kalitesi için önemli risk faktörleri olarak belirlenmiştir.

Daha önce yapılan çok sayıda kesitsel ve kohort çalışmada sosyo-ekonomik faktörlerin yaşlı yaşam kalitesi üzerine etkisi kanıtlanmıştır.^[39-42] Bu çalışmanın temel konusu olan sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları açısından yaşam kalitesi değerlendirildiğinde; yeterli meyve-sebze tüketiminin yaşlı sağlığı ve yaşam kalitesini olumlu etkilediğini gösteren çalışmalar mevcuttur.^[43-46]

Türkiye’de ve dünyanın farklı ülkelerinde yapılan çok sayıda çalışmada da yaşlı bireylerde fiziksel hareketliliğin yaşam kalitesi üzerine olumlu etkisi kanıtlanmıştır. Bu çalışmalara örnek olarak; Lima ve diğerleri (2011) tarafından Brezilya’da yapılan kesitsel çalışma,^[16] Hekmatpou ve diğerleri (2013) tarafından İran’da yapılan yarı-deneysel müdahale çalışması,^[11] Mura ve diğerleri (2014) tarafından İtalya’da randomize kontrollü deney çalışması,^[31] Vatansver ve diğerleri (2015) tarafından Tokat ilinde 45-59 yaş grubunda yapılan kesitsel çalışma^[30] verilebilir.

Araştırmanın sonuçlarını bir takım sınırlılıkları ile değerlendirmek doğru olacaktır. Araştırmanın kesitsel bir saha çalışması olarak planlanması ve katılımcıların kolayda örnekleme yöntemiyle seçilmesi nedeniyle sonuçlar genellenememektedir. Bunun yanında çalışmada veri toplama aracı olarak kullanılan “Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği”nin de sınırlılıkları bulunmaktadır. Ölçekte yer alan uyku süresi göstergesi uyku ihtiyacındaki bireysel

farklılıkları hesaba katmamaktadır. Ayrıca meyve sebze tüketiminde bir günde kaç porsiyon tüketildiği bildirilmiştir ancak ölçümde porsiyon büyüklüğü dikkate alınmamıştır. Meyve sebze tüketimi dışında diğer beslenme faktörleri ve diğer tütün ürünlerinin kullanımı ele alınmamıştır.

Sonuç

Çalışmanın bulguları doğrultusunda sağlıklı yaşam tarzı için meyve-sebze tüketimi ve düzenli egzersiz alışkanlıklarının belirleyici olduğu ve sağlığı koruma ve geliştirme programları için öncelikli müdahale alanları olduğunu söylemek mümkündür. Yaşlı bireyler için sağlık eğitiminin yanı sıra özellikle egzersiz yapmalarını ve düzenli meyve-sebze tüketim alışkanlığı kazanmalarını sağlayacak girişimlerde bulunmak yaşlı bireylerin yaşam kalitelerini artırabilir.

Ayrıca alışkanlıkların kuşaklararası aktarımı dikkate alındığında, bu alışkanlıkların topluma yansması daha büyük kazançlar sağlayacak ve “sağlıklı yaşlanma”, “başarılı yaşlanma” hedeflerine ulaşmak mümkün olacaktır.

Sağlık çalışanlarının sağlıklı yaşam tarzı alışkanlıkları konusunda duyarlılıklarının artırılması ve daha sonra sağlık çalışanları aracılığıyla toplumsal farkındalığın artırılmasına yönelik mikro ve makro düzeyde çalışmalar yararlı olabilir. Herhangi bir nedenle sağlık kuruluşlarına başvuran yaşlı bireylerin yaşam tarzı alışkanlıkları sorgulanabilir, risk durumu değerlendirilerek duruma göre gerekli danışmanlık ve tarama testleri yapılabilir. Davranışsal risk faktörlerinde tek tek ya da çoklu değişimi ve gelişimi hedefleyen sağlık eğitimi ve uygulama programları geliştirilip yaşam kalitesi üzerine etkileri değerlendirilebilir ve başarılı programların yaygınlaştırılması sağlanabilir.

Gelecek çalışmalarda bu çalışmada kullanılan “Sağlıklı Yaşam Tarzı Bileşik Ölçeği”nde yer alan beslenme göstergeleri geliştirilebilir. Örneğin DSÖ de dâhil, beslenme uzmanları tarafından önerilen Akdeniz diyeti’ne uygun beslenilip beslenilmediği sorgulanabilir.

Kaynaklar

1. Kırımlı Y. Nüfus sayımlarına yansıyan yönleriyle yaşlı nüfus. III. Ulusal Yaşlılık Kongresi, 16-19 Kasım 2005, İzmir. Kongre Kitapçığı 2005: 38.
2. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı. Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2013, Ankara.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Ageing 2013. ST/ESA/SER.A/348. United Nations, New York, 2013.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). İstatistiklerle Yaşlılar, 2015. TÜİK Haber Bülteni 2016; 21520.
5. World Health Organization (WHO). Ageing and Health Programme. Growing Older Staying Well. (WHO/HPR/AHE/98.2). Geneva, Switzerland, 1998.
6. Senol Y, Akdeniz M. Yaşlılık ve koruyucu tıp. *GeroFam* 2010; 1(1): 49-67.
7. Kılıç M. Kronik hastalıkların önlenmesinde davranışsal risk faktörlerinin önemi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011; 10(6): 733-40.
8. Yin Z, Geng G, Lan X, et al. Status and determinants of health behavior knowledge among the elderly in China: a community-based cross-sectional study. *BMC public health* 2013; 13(1): 1.
9. Küçükberber N, Özdilli K, Yorulmaz H. Kalp hastalarında sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi. *Anadolu Kardiyol Derg* 2011; 11: 619-26.
10. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçı E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *TFMPC* 2012;6(1):13-21.
11. Hekmatpou D, Shamsi M, Zamani M. The effect of a healthy lifestyle program on the elderly’s health in Arak. *Indian J Med Sci* 2013; 67(3): 70.
12. May AM, Struijk EA, Franssen HP, et al. The impact of a healthy lifestyle on Disability-Adjusted Life Years: a prospective cohort study. *BMC Med* 2015;13(1) 1.
13. Motaghi M, Dolatabadi ED. Lifestyle of elderly people of Isfahan’s villages in Iran in 2014. *IJHCS* 2016; April:790-803.
14. Zanjani S, Tol A, Mohebbi B, Sadeghi R, Jalyani KN, Moradi A. Determinants of healthy lifestyle and its related factors among elderly people. *JEducHealth Promot* 2015; 4(1): 103.
15. Paulik E, Bóka F, Kertész A, Balogh S, Nagymajtényi L. Determinants of health-promoting lifestyle behaviour in the rural areas of Hungary. *Health Promot Int* 2010; daq025.
16. Lima MG, Barros MBDA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Alves MCGP. Health-related behavior and quality of life among the elderly: a population-based study. *Revista de Saúde Pública* 2011; 45(3): 485-93.
17. Ford ES, Bergmann MM, Boeing H, Li C, Capewell S. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. *Prev Med* 2012; 55(1): 23-7.
18. Duncan MJ, Kline CE, Vandelanotte C, Sargent C, Rogers NL, Di Milia L. Cross-sectional associations between multiple lifestyle behaviors and health-related quality of life in the 10,000 Steps cohort. *PLoS one* 2014; 9(4): e94184.
19. Adams ML, Katz DL, Shenson D. A healthy lifestyle composite measure: Significance and potential uses. *Prev Med* 2016; 84: 41-7.
20. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 909, Ankara, 2013.
21. Tanaka H, Shirakawa S. Sleep health, lifestyle and mental health in the Japanese elderly: ensuring sleep to promote a healthy brain and mind. *J Psychosom Res* 2004; 56(5): 465-77.
22. Kulakçı H, Kuzlu Ayyıldız T, Emiroğlu ON, Köroğlu E. Huzurevinde yaşayan yaşlıların öz yeterlilik algılarının ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının değerlendirilmesi. *DEUHYO ED* 2012; 5 (2): 53-64.
23. Şenol V, Soyuer F, Ünal D. Geriatrik popülasyonda sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ilişkisi. 15. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 2-6 Ekim 2012, Bursa.
24. Polat Ü, Kahraman BB. Yaşlı bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişki. *F Ü Sağ Bil Tıp Derg* 2013;18(4): 213-8.
25. Softa HK, Bayraktar T, Uğuz C. Yaşlı bireylerin algılanan sosyal destek sistemleri, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2016;9(1): 1-12.
26. Kaymak SU, Peker S, Cankurtaran EŞ, Soygür AH. Yaşlılarda uyku sorunları. *Akad Geriatri* 2010;2: 61-70.
27. Şahin U, Güven GS. Yaşlılarda sigara kullanımı ve bıraktırmaya yönelik çabalar: Uğraşmaya değer mi. *Akad Geriatri* 2011;3: 1-12.
28. Saraç ZF, Yılmaz M. Yaşlılık ve sağlıklı beslenme. *Ege Tıp Dergisi* 2015; 54 (Özel sayı) : 1-11.
29. Soygüden A, Cerit E. Yaşlılar için egzersiz uygulamalarının önemi. *HÜSBED* 2015;8(1): 197-224.
30. Vatansever Ş, Ölçücü B, Özcan G, Çelik A. Orta yaşlılarda fiziksel aktivite düzeyi ve yaşam kalitesi ilişkisi. *Inesjournal Uluslararası Eğitim Bilimleri Dergisi* 2015; 2(2): 63-73.
31. Mura G, Sancassiani F, Migliaccio GM, Collu G, Carta MG. The association between different kinds of exercise and quality of life in the long term. Results of a randomized controlled trial on the elderly. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health* 2014;10(1): 36-41.
32. Caballero FF, Miret M, Power M, et al. Validation of an instrument to evaluate quality of life in the aging population: *WHOQOL-AGE. Health Qual Life Outcomes* 2013;11(1): 1.
33. Eser S, Saatlı G, Eser E, et al. The reliability and validity of Turkish version of the World Health Organization Quality of life instrument- older adults module (WHOQOL-OLD). *Turkish Journal of Psychiatry* 2010; 21(1): 37-48.
34. Eser E, Lagarlı T, Baydur H, et al. Psychometric properties of The Turkish version of the EUROHIS-Tr (WHOQOL-8-Tr) in a Turkish population. *Turkish Journal of Public Health* 2010; 8(3): 136-52.
35. Türkiye İstatistik Kurumu. Türkiye Sağlık Araştırması, 2014. TÜİK Haber Bülteni 2015; 18854.
36. Sağlık Bakanlığı. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması, 2010. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara, 2014.
37. Uzundikme F, Çakıroğlu FP. Yaşlılıkta Sebze Meyve Tüketimi. Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara, 2007.
38. Şahin MA. Yetişkin Bireylerde Diyet Kalitesi ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Beslenme ve Diyetetik Bölümü Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara.
39. Yılmaz F, Celik C, Numanoglu Tekin R. Investigating the effects of poverty on health and quality of life in poor people aged 65 and over in Etimesgut district, Ankara. *Turkish Journal of Geriatrics* 2014;17(4): 397-403.
40. Bielderman A, de Greef MHG, Krijnen WP, van der Schans CP. Relationship between socioeconomic status and quality of life in older adults: a path analysis. *Quality of Life Research* 2015; 24(7): 1697-705.
41. Lucumi DI, Gomez LF, Brownson RC, Parra DC. Social capital, socioeconomic status, and health-related quality of life among older

- adults in bogota (Colombia). *Journal of Aging and Health* 2015; 27(4): 730-50.
42. Sun W, Aodeng S, Tanimoto Y, et al. Quality of life (QOL) of the community-dwelling elderly and associated factors: A population-based study in urban areas of China. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2015; 60(2): 311-6.
43. McNaughton SA, Crawford D, Ball K, Salmon J. Understanding determinants of nutrition, physical activity and quality of life among older adults: the Wellbeing, Eating and Exercise for a Long Life (WELL) study. *Health and quality of life outcomes* 2012;10(1): 1.
44. Gopinath B, Russell J, Flood VM, Burlutsky G, Mitchell P. Adherence to dietary guidelines positively affects quality of life and functional status of older adults. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 2014; 114(2): 220-9.
45. Chi SH, Wang JY, Tsai AC. Combined association of leisure-time physical activity and fruit and vegetable consumption with depressive symptoms in older Taiwanese: Results of a national cohort study. *Geriatrics & Gerontology International* 2016;16(2): 244-51.
46. Hews JA. Nutrition and Health-Related Quality of Life in Older Adults in the US, NHANES 2009-2012. The Faculty of California Polytechnic State University, San Luis Obispo. MS in Agriculture - Food Science and Nutrition, Master Thesis, 2016.

Geliş tarihi: 25.07.2016

Kabul tarihi: 10.11.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2016

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Yrd. Doç. Dr. Fikriye Yılmaz

e-posta: fyilmaz@baskent.edu.tr

Aile hekimliği uygulamasıyla üçüncü basamak sağlık kuruluşuna başvuru sebeplerinde olan değişiklikler

Changes in causes of admission to tertiary health care center with family medicine implementation

Yıldız Atadağ¹, Abdulkadir Aydın², Didem Kaya³, Hatice Dilber Köşker⁴, Fatih Başak⁵, Sema Uçak⁶

Özet

Amaç: Çalışmamızda Sağlık Bakanlığının “Sağlıkta Dönüşüm Projesi” kapsamında yaptığı değişikliklerden biri olan Aile Hekimliği Uygulaması (AHU) ile hastaların hastanelere olan başvurularının niteliklerinde değişiklik olup olmadığına dair değerlendirme yapmak istenmiştir. Aile hekimlerinin muayenesi ve tetkikleriyle de yönetebileceği hastalık gruplarında değişiklik varsa bunların hangi yönde olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Materyal ve Metod: Değerlendirme dönemi olarak İstanbul’da başlanan AHU öncesi ve sonrası iki dönem seçildi. AHU öncesi dönem 2007-2010 yılları, AHU sonrası dönem 2011-2014 yılları arası dörder yıllık periyotlar olarak alındı. Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde zorunlu rotasyon yapılan branş poliklinikleri ve ek olarak acil servis de olmak üzere sekiz adet branştaki en sık saptanan tanılar değerlendirilmeye alındı.

Bulgular: Aynı ayrı branşlarda incelemeye alınan tanı grubu oranlarına ve nüfusa göre düzeltme uygulandığında AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda konulmuş tanılar saptanmıştır. Bu anlamlı düşüş iç hastalıklarında 10 tanının 5’inde; kardiyojide 10 tanının 1’inde; psikiyatride 12 tanının hiçbirinde; genel cerrahide 14 tanının 3’ünde; göğüs hastalıklarında 9 tanının 5’inde; kadın hastalıkları ve doğumda 9 tanının 2’sinde; pediatri 11 tanının 1’inde; acil serviste ise 12 tanının 2’sinde olmuştur.

Sonuç: Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan Aile Hekimliği Uygulamasındaki yapılanma için bunun olduğu diğer ülkelerdeki örneklerle bakılarak, sistemdeki sağlık çalışanlarının ve halkın da görüşleri alınarak mevcut sağlık sistemimize adaptasyon çalışmaları yaparak eksiklerin giderilmesiyle daha işleyişli ve memnuniyet artırıcı bir sistem olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar kelimeler: Aile Hekimliği, Sevk ve konsültasyon, Birinci basamak bakım

Summary

Aim: Our study attempted to assess whether any changes have occurred in the reasons for patients’ hospital applications with regard to family medicine implementation (FMI), which is one of the changes that the Ministry of Health carried out within the scope of the Health Transformation Project. Efforts were made to determine the direction of any changes in disease groups, especially those patients whose family physicians can manage their problems with the physician’s range of examinations and tests.

Methods: For the study assessment period, two periods before and after the FMI in Istanbul were selected. The period before the FMI was taken as the four years between 2007 and 2010 and the period after the FMI was the four-year period from 2011 and 2014. Our assessments included the diagnoses most frequently made in eight clinics, including the branches in which compulsory rotations are conducted within the scope of the specialty training in family medicine and emergency department.

Results: The number of diagnoses groups assessed in different medical areas and the number of diagnoses that were made were significantly less in the post-FMI period when compared with the pre-FMI period after an adjustment was made in terms of population: 1) Five of 10 diagnoses were in internal medicine; 2) one of 10 in cardiology; 3) none of 12 in psychiatry; 4) three of 14 in general surgery; 5) five of nine in chest diseases; 6) two of nine in gynecology and obstetrics; 7) one of 11 in pediatrics, and; 8) two of 12 in emergency.

Conclusion: After this study, it appears that FMI, which is one of the fundamental steps within the scope of the health transformation project in Turkey, will be a more efficient and satisfying system for evaluating the system in other countries that perform the FMI. Taking the opinions of the health care personnel and the public community within that system and making up any deficiencies through an adaptation suitable for Turkey will be of top priority.

Keywords: Family Medicine; Referral and Consultation; Primary Health Care

¹ Gaziantep Şahinbey Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., Gaziantep

² İstanbul Ümraniye Adem Yavuz Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., İstanbul

³ İstanbul Üsküdar 23 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., İstanbul

⁴ İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ass. Dr., İstanbul

⁵ İstanbul Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi, Uzm. Dr., İstanbul

⁶ İstanbul Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları, Doç. Dr., İstanbul

Giriş

Günümüzde sağlık, sosyal gelişmenin temel bir ögesidir. Çağdaş sağlık sistemlerinde öncelikli amaç, birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliği ve bu hizmetlerden herkesin ihtiyacı oranında yararlanabilmesini sağlamak, böylece kişilerin yaşam kalitelerini ve sağlık standartlarını yükseltmektir.^[1] Birinci basamak sağlık hizmetlerinin etkili şekilde verilebilmesi, toplumun hastalık yükünün azaltılmasının yanı sıra, ikinci ve üçüncü basamak tedavi kuruluşlarının daha kaliteli sağlık hizmeti ve sağlık eğitimi vermelerine fırsat tanyacaktır.^[2] Aile hekimliği uygulamasıyla, başarılı bir sevk zinciri oluşturulması, hastanın doğru uzmanlık dalına ve merkezine sevkini sağlamak daha kolay olmaktadır. Böylelikle yüksek maliyetli ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımı sağlanarak bu tesislerdeki gereksiz yığılma ve hasta mağduriyeti engellenecektir.^[3]

Aile Hekimliği Uygulamasının (AHU) amaçlarından biri hastaların uygun sağlık hizmet basamaklarında hizmet alabilmesidir. AHU ile hastaların hastanelere olan başvuruların niteliklerinde değişiklik olup olmadığı konusu çok çalışılmamış bir konudur. Bu çalışmada amacımız AHU'nun üçüncü basamak sağlık kuruluşundaki yansımaları tanı bazlı değerlendirmektir.

Gereç ve yöntem

Tipi retrospektif gözlemsel olan çalışmamızın protokolü hastane yerel etik kurulu tarafından onaylandı (Onay tarihi: 26.08.2015 sayı:12560). Değerlendirme dönemi AHU öncesi ve sonrası olarak ikiye ayrıldı. İstanbul'da AHU'ya 30 Ekim 2010 tarihinde geçilmiş olup AHU başlangıcı iki aylık geçiş dönemi göz önüne alınarak 2011 yılbaşı olarak kabul edildi. AHU öncesi dönem 2007-2010 yılları arasındaki dört yıllık periyot olarak alınmış olup, AHU sonrası dönem 2011-2014 yılları arasındaki dört yıllık periyot olarak alındı.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminde Tıpta Uzmanlık Kurulu tarafından zorunlu rotasyon olarak belirlenen yedi klinik branş (iç hastalıkları, pediatri, genel cerrahi, kadın hastalıkları ve doğum, psikiyatri, göğüs hastalıkları ve kardiyoloji) ve bunlara ek olarak acil servis olmak üzere toplam sekiz klinik üzerinden değerlendirme yapıldı. Hastanemiz ilgili kliniklerine yapılan poliklinik başvuruları ICD-10

tanı kodlama sistemi vasıtasıyla hastane otomasyon sistemi üzerinden elde edildi. Benzer konu hakkındaki hastalık tanıları üst başlık ICD-10 tanı kodu veya ilgili hastalık adı altında birleştirildi. Gebeliğin normal süreciyle ilgili olan tanıları (Gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı, Gebelik ile ilgili durumlar diğer-tanımlanmış, Normal gebeliğin gözlemi, Gebelik durumu) gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı tanısı altında birleştirildi. Üst solunum yolu (tonsillit, farenjit gibi) ve alt solunum yolu enfeksiyonları (pnömoni, bronşit gibi); Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu (ÜSYE) ve Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu (ASYE) olarak tek çatı altında toplandı. İlgili kliniklere yapılan hasta başvurularından sık görülenlerden başlanarak toplam başvurunun %70'ini oluşturan tanıları kayıt edildi. AHU öncesi ve sonrası dönemde yapılan başvurular, nüfus değişikliklerine göre düzeltme yapılarak karşılaştırıldı. Nüfus veri değerlendirmesi için Türkiye İstatistik Kurumundan alınan İstanbul Anadolu bölgesi nüfus verileri kullanıldı.^[4]

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler MedCalc Statistical Software version 12.7.7 (MedCalc Software bvba, Ostend, Belgium; <http://www.medcalc.org>; 2013) programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışma verileri değerlendirmesinde tanımlayıcı istatistiksel metodlar (Ortalama, oran) kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

İç hastalıkları polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre esansiyel hipertansiyon, demir eksikliği anemisi, insülin bağımlı DM, sistit, akut farenjit tanılı hastaların daha düşük oranda görüldüğü ; peptik ülser, insülin bağımlı olmayan DM, dislipidemi, miyalji, tirotoksikoz tanılı hastaların ise daha yüksek oranda başvurduğu saptandı ($p < 0,001$, **Tablo 1**).

Kardiyoloji polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre kronik iskemik kalp hastalığı tanılı hastaların daha düşük oranda başvurduğu; kalp yetmezliği, esansiyel hipertansiyon, atriyal fibrilasyon ve flutter, hiperlipidemi, dispne, çarpıntı, kalp kapağı protezi, kardiyak üfürüm, göğüs ağrısı tanılı hastaların ise daha yüksek oranda başvurduğu ($p < 0,001$, **Tablo 2**) saptandı.

Tablo 1. İç hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	AHU öncesi dönem N (%)	AHU sonrası dönem N (%)	p
Esansiyel hipertansiyon	102038 (52)	94279 (48)	<0,001
Peptik ülser	79296 (48,9)	82990 (51,1)	<0,001
İnsülin bağımlı olmayan DM	60514 (41,6)	84928 (58,4)	<0,001
Dislipidemi	27840 (49,3)	28662 (50,7)	<0,001
Miyalji	22662 (47,6)	24977 (52,4)	<0,001
Tirotoksikoz	21108 (45,8)	24988 (54,2)	<0,001
Demir eksikliği anemisi	23910 (53)	21185 (47)	<0,001
Akut farenjit	23633 (69,5)	10365 (30,5)	<0,001
Sistit	12831 (60,5)	8367 (39,5)	<0,001
İnsülin bağımlı DM	11276 (61,2)	7147 (38,8)	<0,001

Tablo 2. Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
Göğüs ağrısı	6764 (27,8)	17563 (72,2)	<0,001
Esansiyel hipertansiyon	8599 (44,1)	10901 (55,9)	<0,001
Kronik iskemik kalp hastalığı	9474 (55,1)	7732 (44,9)	<0,001
Atriyal fibrilasyon ve flutter	1114 (18)	5076 (82)	<0,001
Hiperlipidemi	988 (24,7)	3004 (75,3)	<0,001
Dispne	978 (27,3)	2607 (72,7)	<0,001
Çarpıntı	764 (21,7)	2755 (78,3)	<0,001
Kalp kapağı protez	479 (19,5)	1983 (80,5)	<0,001
Kalp yetmezliği	894 (41,5)	1261 (58,5)	<0,001
Kardiyak üfürüm	411 (31,3)	904 (68,7)	<0,001

* Aile Hekimliği Uygulaması

Psikiyatri polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre depresif nöbet, anksiyete bozuklukları, aktivite ve dikkat bozukluğu, genel muayene, bipolar duygulanım bozukluğu, organik olmayan psikotik bozukluk, duygulanım bozuklukları, davranış bozuklukları, şizofreni, organik olmayan psikoz, obsesif kompulsif bozukluk, uyum bozukluğu tanıları daha yüksek oranda saptandı ($p<0,05$, **Tablo 3**).

Genel cerrahi polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre gastrit ve duodenit, yumuşak doku bozuklukları, tırnak bozuklukları tanıları hastaların daha düşük oranda başvurduğu; benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, pilonidal kist, safra taşı, meme malign neoplazmi, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, inguinal herni, anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü tanıları olan hastaların daha yüksek oranda başvurduğu saptandı ($p<0,001$, **Tablo 4**). AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında tiroid bezi bozuklukları ve umbilikal herni tanıları hastaların başvuru oranları açısından anlamlı fark görülmemiştir (sırasıyla $p=0,075$ ve $0,209$, **Tablo 4**).

Göğüs hastalıkları polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre; ASYE, miyozit, esansiyel primer hipertansiyon, astım, bronşiektazi tanıları hastaların daha düşük oranda başvurduğu;

gastro-özefajiyal reflü hastalığı, ÜS YE, allerjik rinit, tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu tanıları hastaların daha yüksek oranda başvurduğu ($p<0,001$, **Tablo 5**) saptandı.

Kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre serviks uterusun enflamatuvar hastalığı, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanıları daha düşük oranda konulduğu; ovarian kistler, abdominal ve pelvik ağrı, akut vajinit, sistit, jinekolojik muayene, menstruasyonun yokluğu azlığı seyrekliği, gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı tanıları daha yüksek oranda konulduğu ($p<0,001$, **Tablo 6**) saptandı.

Çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre vazomotor ve allerjik rinit hastasının daha düşük oranda başvurduğu; akut nazofarenjit, akut sistit, ÜS YE, astım, perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar, demir eksikliği anemisi, diyare ve gastroenterit, karın ağrısı, genel muayene tanıları daha yüksek oranda konulduğu ($p<0,001$, **Tablo 7**) saptandı. AHU öncesi dönem ile sonraki dönem arasında akut bronşiolit hastalarının başvuru oranları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,602$, **Tablo 7**).

Tablo 3. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların önce AHU ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
Depresif nöbet	35403 (47,1)	39829 (52,9)	<0,001
Anksiyete bozuklukları	12831 (31)	28493 (69)	<0,001
Genel muayene	1659 (15,5)	9031 (84,5)	<0,001
Aktivite ve dikkat bozukluğu	1266 (12,2)	9127 (87,8)	<0,001
Bipolar duygulanım bozukluğu	2833 (44,7)	3508 (55,3)	<0,001
Organik olmayan psikotik bozukluk	2536 (47,7)	2781 (52,3)	<0,001
Duygulanım bozuklukları	1945 (47)	2191 (53)	<0,001
Davranış bozuklukları	713 (22)	2522 (78)	<0,001
Şizofreni	1067 (41,2)	1524 (58,8)	<0,001
Obsesif kompulsif bozukluk	765 (34,2)	1471 (65,8)	0,001
Organik olmayan psikoz	823 (45,5)	985 (54,5)	<0,001
Uyum bozukluğu	76 (5,4)	1339 (94,6)	<0,001

* Aile Hekimliği Uygulaması

Tablo 4. Genel Cerrahi polikliniğine başvuran hastaların AHU ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
Benign meme displazisi	35631 (36,3)	62445 (63,7)	<0,001
Yumuşak doku bozuklukları	28324 (51,6)	26614 (48,4)	<0,001
Tiroid bezi bozuklukları	11721 (41,9)	16222 (58,1)	0,075
Karın ağrısı	8485 (33,4)	16955 (66,6)	<0,001
Hemoroid	9958 (47,5)	11028 (52,5)	<0,001
İnguinal herni	6326 (43,6)	8191 (56,4)	0,005
Pilonidal kist	6606 (48)	7164 (52)	0,005
Safra taşı	4823 (38,7)	7648 (61,3)	<0,001
Gastrit ve duodenit	5288 (57,2)	3960 (42,8)	<0,001
Anüs ve rektal bölge fissür ve fistülü	4104 (45,1)	4995 (54,9)	<0,001
Derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları	2652 (45,7)	3150 (54,3)	<0,001
Tırnak bozuklukları	3301 (57)	2494 (43)	<0,001
Meme malign neoplazmı	1019 (26)	2896 (74)	<0,001
Umbilikal herni	1640 (41,5)	2316 (58,5)	0,209

* Aile Hekimliği Uygulaması

Tablo 5. Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
Astım	525054 (53,1)	46004 (46,9)	<0,001
**ASYE	50229 (55,2)	40798 (44,8)	<0,001
Allerjik rinit	21516 (45)	26320 (55)	<0,001
Miyozit	14620 (57,1)	10941 (42,8)	<0,001
***ÜSYE	9288 (37,4)	15560 (62,6)	<0,001
Esansiyel primer hipertansiyon	4415 (56,9)	3344 (43,1)	<0,001
Gastro-özefajiyal reflü hastalığı	1868 (32,2)	3928 (67,8)	<0,001
Bronşiektazi	2099 (56,5)	1619 (43,5)	<0,001
Tütün kullanımına bağlı bağımlılık sendromu	165 (5,8)	2697 (94,2)	<0,001

* Aile Hekimliği Uygulaması ** Alt solunum Yolu Enfeksiyonu *** Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

Tablo 6. Kadın Hastalıkları ve Doğum polikliniğine başvuran hastaların Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
Gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı	77389 (30,8)	173916 (69,2)	<0,001
Menstruasyonun yokluğu, azlığı, seyrekliği	42127 (45,2)	51158 (54,8)	<0,001
Jinekolojik muayene	2692 (7,7)	32075 (92,3)	<0,001
Sistit	8449 (39,1)	13137 (60,9)	<0,001
Akut vajinit	2768 (22,6)	9466 (77,4)	<0,001
Abdominal ve pelvik ağrı	2584 (29,2)	6280 (70,8)	<0,001
Serviks uterusun enflamatuvar hastalığı	4903 (66,8)	2436 (33,2)	<0,001
Annenin antenatal taramasında anormal bulgular	5749 (98,1)	114 (1,9)	<0,001
Ovarian kistler	1668 (30,9)	3733 (69,1)	<0,001

* Aile Hekimliği Uygulaması

Acil serviste AHU sonrası dönemde önceki döneme göre sistit ve esansiyel hipertansiyon tanılı hastalarında daha düşük oranda başvurduğu; ÜSYE, gastrit-duodenit, akut nazofarenjit, miyalji, diyare ve gastroenterit, akut bronşit, karın ağrısı, bulantı ve kusma, gebelikle ilgili diğer durumlarda anne bakımı, astım tanılarının daha yüksek oranda konulduğu ($p<0,001$, **Tablo 8**) saptandı.

Tek tek branşlar değerlendirildiğinde en sık konulan tanı gruplarından iç hastalıklarında 10 tanının 5'inde, kardiyolojide 10 tanının 1'inde, genel cerrahide 14 tanının 3'ünde, göğüs hastalıklarında 9 tanının 5'inde, kadın hastalıkları ve doğumda 9 tanının 2'sinde, pediatri 11 tanının 1'inde ve acil serviste 12 tanının 2'sinde AHU sonrası dönemde önceki döneme göre anlamlı düşüş saptandı.

Tartışma

AHU'da aile planlaması, gebelik takibi, ana çocuk sağlığı ve aşılama hizmetleri gibi geniş kapsamlı görevler bulunmaktadır. Oysa Durusoy ve arkadaşlarının 2008 yılında İzmir'de yaptığı, ikinci ve üçüncü basamak hastanelere başvuran gebelerin incelendiği çalışmada; kadınların gebe olduğunu öğrendikten sonra ilk kontrol için aile hekimleri yerine devlet hastanelerini tercih ettikleri görülmüştür.^[5] Çalışmamızda da hastanemizdeki gebelik takipleriyle ilgili olan tanıda, AHU sonrası

dönemde anlamlı artış görüldü. Çalışmamızda kadın hastalıkları doğum polikliniğinde AHU sonraki dönemde önceki döneme göre anlamlı olarak daha düşük oranda serviks uterusun enflamatuvar hastalıkları, annenin antenatal taramasında anormal bulgular tanıları konmuştur. AHU ile serviks muayenesi ve gebe takip izlemlerinin düzenli hale gelmesinin bu hastalık tanılarının hastanede daha az görülmesine etken olduğunu düşünebiliriz.

Aile hekimliği farklı klinik tabloların uğrak yeri olabilmektedir. Aile hekimliğine başvurular en sık iç hastalıkları ile ilgili hastalıklar nedeni ile olmaktadır ve aile hekimleri bu konuda tedavi ve takipte önemli yer almaktadır.^[6] Çalışmamızda iç hastalıkları polikliniğinde demir eksikliği anemisi, esansiyel hipertansiyon, sistit ve akut farenjit tanılı hasta sayılarında AHU sonrasında anlamı düşüş görülmektedir. Bunlar aile hekimlerinin de birinci basamakta yönetebileceği hastalık gruplarıdır. AHU'nun başlamasıyla birlikte aile hekimleri tarafından takip ve tedavi edilebilen bu hastaların hastaneye başvuru miktarında azalma olduğunu düşünebiliriz.

Tip 2 DM tanısı konulma oranında AHU sonrası anlamlı bir artış görülürken, tip 1 DM tanısı konulma oranında anlamlı azalma görülmüştür. Bu durum iki sebebe bağlı olabilir; 1: Tip 1 DM'li hastaların tedavisi insülin ile olduğu için ve hasta popülasyonun

Tablo 7. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların AHU öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
Akut nazofarenjit	33309 (41,2)	47492 (58,8)	<0,001
Akut sistit	27058 (35)	50328 (65)	<0,001
Akut bronşiolit	25956 (37)	44108 (63)	0,6018
**ÜSYE	18017 (28,5)	45269 (71,5)	<0,001
Astım	16773 (38,9)	26336 (61,1)	<0,001
Perinatal dönemden kaynaklanan diğer durumlar	12627 (38,2)	20458 (61,8)	<0,001
Demir eksikliği anemisi	13635 (44,9)	16712 (55,1)	<0,001
Diyare ve gastroenterit	8592 (34,4)	16376 (65,6)	<0,001
Genel muayene	3873 (24,5)	11941 (75,5)	<0,001
Vazomotor ve allerjik rinit	7412 (65,8)	3859 (34,2)	<0,001
Karın ağrısı	2489 (24,4)	7730 (75,6)	<0,001

* Aile Hekimliği Uygulaması ** Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu

Tablo 8. Acil Servise başvuran hastaların Aile Hekimliği Uygulaması öncesi ve sonrası karşılaştırılması

	*AHU öncesi dönem N (%)	*AHU sonrası dönem N (%)	p
ÜSYE	308709 (48,3)	329807 (51,7)	<0,001
Akut nazofarenjit	69126 (40,9)	99836 (59,1)	<0,001
Miyalji	63662 (38,2)	102792 (61,8)	<0,001
Diyare ve gastroenterit	59903 (38,7)	94722 (61,3)	<0,001
Akut bronşit	59716 (39,5)	91280 (60,5)	<0,001
Karın ağrısı	33901 (24,7)	103381 (75,3)	<0,001
Sistit	67850 (61,1)	43132 (38,9)	<0,001
Gastrit duodenit	44065 (47,4)	48913 (52,6)	<0,001
Esansiyel hipertansiyon	41750 (50,6)	40765 (49,4)	<0,001
Bulantı ve kusma	10688 (15,6)	58040 (84,4)	<0,001
Gebelik ile ilgili diğer durumlarda anne bakımı	23817 (39,9)	35902 (60,1)	<0,001
Astım	16282 (40,7)	23687 (59,3)	<0,001

* Aile Hekimliği Uygulaması

daha genç ve bu yüzden tedaviye daha uyumlu oldukları için aile hekimleri tarafından doz ayarlaması yapılabiliyor ve hasta tarafından uygulanabiliyor olması, 2: Tip 2 DM'li hastaların tedavisinde kullanılan ilaçların çok çeşitliliği nedeniyle ilaç değişiminin Tip 1 DM'dekilere göre daha sık olabileceği ve sık kullanılan DM ilaçlarının bir kısmının yalnızca dahiliye uzmanlarınca raporlanabilmesi ve aile hekimliği uzmanının da rapor çıkarabileceği bir kısım diyabet ilaçları olsa dahi sahada pratisyen aile hekimlerinin sayısının aile hekimliği uzmanlarına göre daha çok olması. Başer ve arkadaşlarının bir eğitim araştırma hastanesi aile hekimliği polikliniğine başvuran tip 2 DM'li olan hastalarla yapılan anket çalışmasında DM hastalığı açısından aile hekimine takip olmayı tercih eden hastaların, hekimlerinin gerektiğinde ikinci-üçüncü basamak hekimine sevk edeceği konusunda güven duyduklarını belirttikleri vurgulanmıştır.^[7]

Kardiyoloji polikliniğinde sık konulan tanılar arasında sadece AHU sonrası dönemde anlamlı olarak azalan kronik iskemik kalp hastalığı tanısı vardır. Bu hastaların takip sürecinde aile hekimlerinin başarısı ve güvenilirliği gibi etkenlerin hastane başvurusunu azalttığı çıkarımında bulunabiliriz. Diğer konulmuş sık tanılar ise AHU sonrası dönemde arttığını görmekteyiz. Bu tanıların neredeyse yarısının (göğüs ağrısı, dispne, çarpıntı, kardiyak üfürüm) daha çok belirti / bulgu şeklindeki ICD-10 tanıları olduğu görülmektedir. Diğerleri ise kronik hastalık grubundadır (kalp yetmezliği, hiperlipidemi, atriyal fibrilasyon ve flutter, kalp kapağı protezi, esansiyel hipertansiyon). Bu artışın sebebinin hastaların kalp rahatsızlığının ölümle ilişkisinin yüksek olması nedeniyle direk dal uzmanına görünmek istediklerinden olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda psikiyatri polikliniğindeki tüm tanılarda AHU sonrası anlamlı artış görülmesi dikkati çekmektedir. Aile hekiminin depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastaları takip ve tedavi edebilmesi beklenmektedir. Aile hekimliği uzmanının Sağlık Uygulama Tebliği (SUT)a göre bazı antidepressan ilaçlara rapor çıkarma yetkisi dahi bulunmaktadır.^[8] Özellikle bu hastaların AHU sonrasında artan oranda psikiyatri polikliniğine gitmeyi tercih etmesinin bir nedeni sahadaki aile hekimlerinin çoğunun pratisyen hekim olmasından dolayı ileri görüş alınması için yapılan yönlendirmeler olabilir. Başka bir neden olarak, toplumun psikiyatri doktoruna

başvurma konusundaki gösterdiği direncin kırılmış olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Üçok ve ark. 1999 yılında bu direnç hakkında şunları belirtmiştir: “Psikiyatristlerin toplumdaki adının “deli doktoru” olduğu herkesin bildiği bir gerçektir. Psikiyatristler üzerindeki bu stigma hastaların hekime başvurmalarını güçleştirmektedir”.^[9] Günümüze geldikçe bu önyargı azalmış ve psikiyatrik nedenli başvurular artmış olabilir.

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından hazırlanmış olan Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitimi El Kitabında, genel cerrahi rotasyonu alt başlığında; preoperatif ve postoperatif hasta bakımı yapabilmek, sıvı-elektrolit tedavisi ve total parenteral beslenme düzenleyebilmek, basit cerrahi aletleri kullanabilmek, apse boşaltma, tırnak çekme yöntemlerini (örneğin lateral matrisektomi) uygulayabilmek, lipom ve sebace kist eksizyonu, yanık bakımı ve yara debridmanı yapabilmek, lokal anestezi uygulayabilmek, cilt onarımı yapabilmek bilgi ve becerisini kazanması, meme muayenesi yapabilmek, hastaya gerektiğinde kendi kendine meme muayenesi konusunda eğitim verebilmek, mamografi ve meme USG sonuçlarını yorumlayabilmek özelliklerinin kazanılması gerektiği belirtilmektedir.^[10]

Özgün ve ark. yaptığı çalışmada hekimler tarafından cerraha meme muayenesine gönderilen olgular aile hekimleri ve kadın doğum uzmanlarınca da yönlendirilmiş olmasına karşın, aile hekimi, kadın doğum uzmanı ve diğer uzmanlık alanlarından hekimler tarafından tanı konulmadığı görülmüştür.^[11] Çalışmamızda genel cerrahi polikliniğinde AHU sonrasında daha çok medikal tedaviyle veya küçük girişimlerle giderilebilecek tırnak bozuklukları, gastrit ve duodenit, yumuşak doku bozuklukları başvurularında anlamlı düşüş gözlemlendi. Oysa cerrahi müdahale gerektirebilecek benign meme displazisi, karın ağrısı, hemoroid, inguinal herni, pilonidal kist, safra taşı, anüs ve rektal bölge fisür ve fistülü, derinin ve deri altı dokunun diğer lokal enfeksiyonları, meme malign neoplazmı gibi hastalıklarda anlamlı artış saptandı. Bu artışa sebep, cerrahi müdahale gerektirmeyen başvurulardaki azalmadan oluşan relatif yükselme sayılabilir.

Pediyatri polikliniğinde konulan sık tanılar arasından vazomotor ve allerjik rinit tanısı dışında diğer tanılarda anlamlı artış görülmüştür. Aile hekimlerinin sağlam çocuk takibi yapmakla yükümlü

oldukları bu sistemde patolojik durumlar açısından artmakta olan bir oranla ebeveynlerin hastalarını pediatri uzmanlarına götürdükleri gözlemlenmiştir. Şensoy ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 2002-2004 yılları arasında aile hekimliği merkezine başvurular incelenmiş ve en sık değerlendirilen tanı üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) olarak değerlendirilmiştir.^[12] Bizim çalışmamızda hastanemiz göğüs hastalıkları, pediatri polikliniklerinde ve acil serviste AHU sonrası ÜSYE tanılarında anlamlı artış olduğu görülmektedir. Bu durum basamak ayırt etmeksizin sağlık merkezine bu hastalık grubundaki hasta başvurularında artış olduğunu, ancak aile hekimlerine olan başvuru artışının hastane başvurularındaki artışa engel olamayacak düzeyde olmuş olduğunu düşündürmektedir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Teşisleri Acil Sağlık Hizmetleri Daire Başkanlığı Kasım 2014'te acil servise başvuru miktarındaki artışın sebeplerini; birinci basamak sağlık hizmetlerinin yetersizliğine; hastane iç ve dışından acil servislere hastaların yönlendirilmesine; kronik hasta bakım olanaklarının yokluğu sebebiyle bu hastaların acil servisler dışında alternatifinin olmamasına; randevusuz bakım olanaklarının olmaması dolayısıyla randevusuz hizmet veren tek yer olan acil servislere hastaların başvurmak zorunda kalmasına bağlamıştır.^[13] Çalışmamızda ÜSYE, akut nazofarenjit ve miyalji tanılı hastalar gibi aslında acil olmayan hasta başvurularının acil servise yapılan en sık üç başvuru olduğunu görmekle birlikte AHU sonrası dönemde bu hasta başvurularında anlamlı artış saptadık.

Başka branşlardan uzmanların yararı birinci basamak ortamını iyi tanımaları ile çok yakından ilgilidir.^[14] Aile hekimliği dışındaki hekimlerin de aile hekiminin yetkinlikleri ve görevlerini iyi bilmeleri sayesinde hastaları onlar da aile hekimlerine doğru yönlendirmiş olacak ve gereksiz hastane başvuru miktarında önemli düşüş sağlanacaktır.

Aile hekimi fetüsten en yaşlısına kadar bütün aile fertlerinin sağlığından sorumludur. Başvuranın her türlü sağlık sorununu ele alır; birinci basamak sağlık hizmetini aşan sorunlar için yapacağı danışmanlık hizmetleriyle diğer uzman hekimlere, diyetisyene ya da diş hekimine hastayı sevk ederek, koordinatör görevini üstlenir. Kapı tutuculuk (gatekeeper) görevi aile hekiminin önemli bir görevidir. Bu görevi sayesinde sevk zincirinde önemli oranda başarı sağlar. Sevk etmesi gerektiğinde, kişinin sağlık bilgileriyle

le birlikte doğru uzmanlık dalına ve doğru sağlık merkezine gitmesini sağlayarak, yüksek maliyetli ikinci basamak sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanımını sağlar ve hasta mağduriyetlerini engeller.^[14,15]

1978 Alma Ata bildirgesine göre sağlık sorununun % 85-90'ı birinci basamakta çözülebilmektedir.^[14] Nesanır ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı bir çalışmada aile hekimliği uygulamasına geçen 11 il ele alınmış ve uygulamanın umut vaat edici olduğu kanaatine varmışlardır.^[16] AHU'nun hedeflediği gibi işleyiş gösterdiği ülkelere bakıldığında hastaların taktivedavisi, periyodik muayeneleri düzenli olacak ve böylelikle hastalıkların ilerlemesine mâni olunacaktır. Belirli bir nüfusa hizmet veren aile hekimi belli bir nüfusa ait olan hastalarını tanıdığı, sürekli takip ettiği ve kaydettiği için hastasının durumuna daha hakim olacaktır.

Sevk zinciriyle ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerindeki gereksiz hasta başvurularının önüne geçilmiş olacak, ikinci ve üçüncü basamak-taki sağlık hizmeti daha kaliteli olacaktır. Aynı zamanda ikinci ve üçüncü basamaktaki gereksiz iş yükünün ve israfın önüne geçilecektir. Bu durumlar göz önünde alındığında HU'nun hastalar, sağlık çalışanları ve yöneticiler için faydalı olduğu aşikardır.^[14]

Çalışmamız AHU'ya geçişin doğru değerlendirilebilmesi amacıyla hastanemizdeki sekiz kliniğe sekiz sene içinde ayaktan başvuran hastalara konulan tanıları değerlendirilerek yapıldı. Yapılan incelemeler sonucunda aile hekimi tarafından takip ve tedavisi mümkün olan tanılardan en çok dahiliye polikliniğinde anlamlı düşüşler görüldü. Aile hekimliği uzmanlığı eğitiminde en uzun rotasyon süresi olarak belirlenmiş olan pediatri polikliniklerinde ise neredeyse tüm tanılarda AHU sonrası artış görülmektedir. Bu durum, ebeveynlerin çocuklarının sağlığı söz konusu olduğunda hastanelere daha çok güven duydukları için, bu sağlık kuruluşlarını tercih etmesine bağlanabilir.

Çalışmamızda dikkati çeken bir durum da AHU sonrası dönemde iç hastalıkları ve göğüs hastalıkları polikliniğinde esansiyel hipertansiyon tanısında anlamlı düşme olurken bu tanıda kardiyoloji polikliniğinde anlamlı yükselme olmasıdır. Bunun nedeni ilk etapta kardiyoloji polikliniğine hipertansiyon hastalarının kaymış olabileceği gibi görünse de iç

hastalıkları polikliniğindeki her iki dönemde ayrı ayrı hipertansiyon tanı miktarı yaklaşık yüz binler civarındayken, kardiyoloji polikliniğinde bu miktar onar bin civarıdır. Bunun da anlamlı fark oluşturup oluşturmayacağı konusunda bir inceleme çalışmamızda yapılamamıştır.

Aile hekiminin yetkinlikleri ve görevleri konusunda tüm branş hekimlerine yapılacak doğru, etkili ve yeterli bilgilendirme ile hastalar daha doğru yönlendirilmiş olacak ve gereksiz hastane başvurusunda önemli ölçüde düşüş sağlanabilecektir. Ayrıca aile hekimlerinin uygulama alanları konusunda halka yönelik anlatımlarla bu başarı desteklenecektir.

Çalışmamızda bazı kısıtlamalar mevcuttur. Verilerin retrospektif kayıtlar üzerinden alınması ve çalışma dönemindeki poliklinik ve hekim sayısı değişiklikleri hata payını arttırıcı faktörler olarak değerlendirilebilir. Varsayım olarak poliklinik ve hekim sayısındaki artışın talebe yönelik olduğu düşünülebilir. Çalışmamızda başvuru oranlarında ki değişiklikler AHU'nun etkisi olarak değerlendiril-

miştir. Ancak bu değişikliklerin farklı beklenmedik nedenlerini gözden kaçırmamak gereklidir. Çalışmamızda en sık başvuru sebebi olan hastalıkların değerlendirilmiş olması, diğer bir kısıtlayıcı durum olarak düşünülebilir. Ancak tüm başvuruların yerine en sık tanıların ele alınmış olması, oluşabilecek hatalı yorumları en aza indirebilecek yöntem olarak kullanılmıştır.

Sonuç

Çalışmamızdaki bulgular bir bütün olarak ele alındığında; aile hekimlerinin birinci basamakta değerlendirebilecek bir grup hastayı etkin bir şekilde yönetebildiği ve bu hastaların üçüncü basamağa başvuru ihtiyacını azalttığı kanaatindeyiz. Ülkemizde Sağlıkta Dönüşüm Projesinin temel adımlarından biri olan AHU'ya verilen önemin artırılarak, sistemdeki sağlık çalışanlarının ve halkın görüşleri alınarak, yurt dışındaki örnekler incelenerek ülkemize uygun adaptasyonla eksiklerin giderilmesiyle daha işleyişli ve memnun edici bir sistem olacağı kanaatindeyiz.

Kaynaklar

1. Yalman F, Bayat M, Çatı K. Aile hekimliği uygulamasının hekimlerin sunmuş olduğu hizmetlerin kalitesine etkisi: Düzce örneği. *AİBÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2015; 15: 23-50.
2. Türkiye’de Aile Hekimliği. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>. adresinden 14.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
3. Aydın B. Sağlıkta değişim, *SB Diyalog Dergisi* 2004;7:4-6
4. Adrese Dayalı Nüfus Sistemi. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1059 adresinden 15.12.2015 tarihinde erişilmiştir.
5. Durusoy R, Davas A, Ergin I, Hassoy H, Tanık FA. Prenatal care utilization from family physicians: a study among pregnant women applying to secondary and tertiary care hospitals in Izmir. *Turkish Journal of Public Health* 2011;9(1):1-15.
6. Ertürk NT, Süt N, Sipahioğlu F. Cerrahpaşa tıp fakültesi aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların 3 yıllık profili. *Cerrahpaşa J Med* 2004; 35: 115-121.
7. Başer D, Kahveci D, Aksoy H ve ark. Tip 2 diyabetli hastaların aile hekimiyle iletişimi ile ilgili görüş ve deneyimleri: kalitatif çalışma. *Cumhuriyet Tıp Derg* 2014; 36: 495-50.
8. 18.01.2016 SUT Değişiklik Tebliği İşlenmiş Güncel 2013 SUT. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler adresinden 20/03/2016 tarihinde erişilmiştir.
9. Üçok, A. Şizofreni: damga, mitler ve gerçekler. *Psikiyatri Dünyası*, 1999;3:67-71.
10. Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Asistan El Kitabı, Şubat 2015. <http://aile.atauni.edu.tr/userfiles/files/AtaUniAileHekimligiAsistanElKitabiS9.docx> adresinden 20/03/2016 tarihinde erişilmiştir.
11. Özgün H, Soyder A, Tunçyürek P. Meme kanserinde geç başvuruyu etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5(2):87-91.
12. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu aile hekimliği merkezi’nde aile hekimliği uygulaması ve hasta profili: aile hekimliği alan eğitimi gereksinimini ne ölçüde karşılıyor? *The Medical Journal of Kocatepe* 2009;10:49-56.
13. Sağlıkta Verimlilik Bülteni. http://www.tkhk.gov.tr/bulten/izlemeolme/2.saglikta-verimlilik-bulteni/index.html#/2_5/zoomed adresinden 21/01/2016 tarihinde erişilmiştir.
14. 14. T.C Sağlık Bakanlığı, Aile Doktorları için Kurs Notları. 1. Basım. Ankara, Ata Ofset, 2004; 11-209
15. Gross R, Tabenkin H, Bramli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients’views on the role of the family physician. *Fam Pract* 2000; 17: 222-9.
16. Nesanır N, Erkman N. Aile hekimliği uygulamasına geçen ilk 11 ilin sağlık göstergeleri üzerinden bu sürece bir bakış. *TAF Prev Med Bull* 2010;9(5):493-504.

Geliş tarihi: 03.04.2016

Kabul tarihi: 28.10.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2016

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Yıldız Atadağ

e-posta: yildizatadag@gmail.com

Ergen danışma merkezine başvuranların Beck Depresyon Ölçeği ve CES Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmesi

Assessing adolescents admitting to adolescent counseling & health center with Beck Depression Scale and CES Depression Scale

Berk Geroğlu¹, Haluk Mergen², Bakiye Nurdan Tekgül², Fikret Merter Alanyalı³

Özet

Amaç: Ergenlerde en sık kullanılan depresyon tarama ölçeklerinden ikisi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve CES Depresyon Ölçeği (CES-DÖ)'dir. Çalışmamızda birincil olarak ergen danışma merkezine başvuranların depresyon sıklığının bu iki ölçek kullanılarak belirlenmesi ve risk faktörü olabilecek sosyodemografik özelliklerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Nisan 2015 - Haziran 2015 tarihleri arasında Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne başvuran ergenler çalışmaya alınmıştır. BDÖ ve CES-DÖ 12-19 yaş arası ergenlere uygulandı. Verilerin analizinde SPSS 20 demo paket programı kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya 103 kişi dahil edilmiş olup, yaş ortalamaları 15,18±1,63 (12-19) yıl idi. Katılımcıların %68,9'u (n=71) kız, %69,9'unun (n=72) eğitim düzeyi lise, %68,9'unun (n=71) aylık hane geliri 1000-3000 Lira arasında, %95,1'inin (n=98) anne ve babası hayatta, %65,0'inin (n=67) anne ve babası birlikte yaşamakta, %83,5'i (n=86) çekirdek aile yapısına sahip, %64,1'inin (n=66) anketin yapıldığı yıl içerisinde Temel Eğitimden Ortaöğretime Geçiş Sistemi Sınavı (TEOG) veya Lisans Yerleştirme Sınavı (LYS)'na katılmayacak olduğu saptandı. Uygulanan ölçekler incelendiğinde; BDÖ ortalama değerleri 15,82±9,33 (1-45), CES-DÖ ortalama değerleri 23,70±11,71 (4-52) olarak hesaplandı. BDÖ'ye göre; katılımcıların %28,2'si (n=29) minimal depresyon, %35,0'ı (n=36) hafif depresyon, %27,2'si (n=28) orta depresyon, %9,7'si (n=10) şiddetli depresyon sınıfında yer aldı. CES-DÖ'ye göre; katılımcıların %31,1'i (n=32) normal, %22,3'ü (n=23) sınırda depresyon, %46,6'sı (n=48) ileri depresyon sınıfında yer aldı.

Sonuç: Ergenler psikiyatrik problemleri için birinci basamak sağlık kuruluşlarını yeterince tercih etmemektedirler. Ergenler ve aileleri birinci basamakta depresyon tanısı ve tedavi hizmeti alabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidirler.

Anahtar kelimeler: Ergen, depresyon, depresyon ölçeği, birinci basamak.

Summary

Aim: Beck Depression Scale (BDI) and CES Depression Scale (CESD-R) are most frequently used depression scales in adolescents. The aim of this study was to find the prevalence of depression and related factors in adolescents admitting to Adolescent Counseling&Health Center.

Materials and Methods: Adolescents (n=103) admitting to Adolescent Counseling&Health Center in April 2015 - June 2015 period were included the study. BDI and CESD-R were completed by adolescents aged 12-19 years. Data was analyzed using SPSS 20 demo program.

Results: Mean age was 15.18±1.63 (12-19) years. Of participants, 68,9% (n=71) were female, 69,9% (n=72) were high school students, 68,9% (n=71) had monthly family income of 1000-3000 Turkish Liras, 95,1% (n=98) had both parents alive, 65,0% (n=67) had parents living together, 83,5% (n=86) had nuclear family structure, 64,1% (n=66) would not take exams of LYS or TEOG that year. Their mean BDI score was 15.82±9.33 (1-45) and mean CESD-R score was 23.70±11.71 (4-52). According to BDI results; 28,2% (n=29) of participants had minimal depression, %35,0 (n=36) had mild depression, 27,2% (n=28) had moderate depression, and 9,7% (n=10) had severe depression. According to CESD-R results; 31,1% (n=32) of participants were normal, 22,3% (n=23) had border depression, and 46,6% (n=48) had severe depression.

Conclusion: Adolescents do not tend to visit primary care health centers for their psychiatric problems. Adolescents and their families need to be informed that depression can be diagnosed and treated in primary care.

Keywords: Adolescent, depression, depression scale, primary care.

¹ İzmir Karşıyaka Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., İzmir

² İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., İzmir

³ Manisa Yunusemre Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uzm. Dr., Manisa

Giriş

Depresyon, kendini mutsuz hissetmeden major depresif bozukluğa kadar ilerleyen bir davranış bozukluğudur.⁽¹⁾ Amerika Birleşik Devletleri'nde prevalansı ortalama %7 olarak saptanan major depresyonun on sekiz-yirmi dokuz yaş arası bireylerdeki görülme sıklığı, 60 yaş ve üzeri bireylerdeki görülme sıklığının yaklaşık üç katı kadardır. Erken ergenlik döneminde kızlarda erkeklere göre 1,5 ile 3 kat arası daha fazla görülmektedir.⁽²⁾

Depresyon ergenlerde hafif depresif bozukluktan intihara kadar uzanan bir yelpazede klinik bulgular ile seyretmektedir. Tedaviye iyi cevap veren depresyon kronikleşme riski olan ve intihara yol açabilen bu durumdur.⁽³⁾ Bu sebeple depresyonun saptanması ve tedavisinin bir an önce düzenlenmesi büyük önem taşımaktadır. Hastalığının derecesi ne olursa olsun tüm depresif ergenler intihar düşüncesi taşıyıp taşımadıklarının belirlenmesi için mutlaka ayrıca değerlendirilmelidirler.⁽⁴⁾

Depresyon genellikle birinci basamakta saptanabilmektedir ve birinci basamak hekimleri depresif hastaların büyük çoğunluğunu psikiyristlere sevk etmeden yönetebilmektedirler.⁽⁴⁻¹⁴⁾ Buna karşın, birçok birinci basamak sağlık çalışanı eğitimlerinin ve desteklerinin depresif ergenleri yönetmede yetersiz olduğunu düşünmektedir.⁽¹¹⁾ Bu durum yeterli bir psikiyatrik anamnez elde etmede kısıtlılıklara ve dolayısıyla uygunsuz tedaviye sebep olmaktadır.⁽¹⁵⁾ Ayrıca yapılan birçok çalışmada ergenlerde intiharın, depresyonun yetersiz tedavisi ile bağlantılı olduğu saptanmıştır.⁽¹⁶⁻¹⁹⁾

Ergenlerde en sık kullanılan depresyon tarama ölçeklerinden ikisi Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve CES Depresyon Ölçeği (CES-DÖ)'dir. Çalışmamızda birincil olarak ergen danışma merkezine başvuranların depresyon sıklığının bu iki ölçek kullanılarak belirlenmesi ve risk faktörü olabilecek sosyodemografik özelliklerin ortaya konması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Alsancak ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne Nisan 2015 - Haziran 2015 arası 3 aylık zaman diliminde başvuran ergenlerin depresyon durumunun ve ilişkili faktörlerin incelenmesi amacıyla planlanan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Ça-

alışma için gerekli izin İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Bilimsel Etik Kurulu'nun 19.03.2015 tarihli toplantısında 10 numaralı karar ile alınmıştır.

Çalışmanın evrenini; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Alsancak ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne Nisan 2015 - Haziran 2015 arası 3 aylık zaman diliminde başvuran ergenler oluşturmuştur.

Çalışma evreni oluşturulurken; ÇİDEM Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezi'ne, bir ay içinde başvuran ergen sayısı 100 olarak hesaplanmıştır. Toplam nüfus tespit edildikten sonra çalışma için seçilecek örneklem grubu tespit edilmiştir. Toplam örneklem sayısının hesaplanmasında; $n = \frac{N \cdot p}{d^2 \cdot (1-p) + t^2 \cdot p}$ formülü uygulanmıştır. n= 103 olarak belirlenmiştir. Formülde; (N= Evrendeki birey sayısı, n= Örnekleme alınacak birey sayısı, p= İncelenecek olayın görülme sıklığı, q= İncelenecek olayın görülme sıklığı (1-p), t= Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan ya-nılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer, d= Olayın görülme sıklığına göre yapılmak istenen sapma) olarak simgelenmiştir. Kontrol grubu oluşturulmamıştır. Yüz üç ergene ulaşmak hedeflenmiştir.

Çalışmaya kabul edilme kriterleri şunlardır:

1. Çalışma hakkında bilgilendirilmiş ve çalışmaya katılmayı kabul etmiş olmak,
2. 12-19 yaş arasında olmak,
3. Anket sorularını eksiksiz doldurmuş olmak,
4. 1 Nisan - 1 Temmuz 2015 tarihleri arasında çalışmaya katılmak.

Çalışmadan dışlanma kriterleri şunlardır:

1. Çalışmaya katılmayı kabul etmemek,
2. 12-19 yaş aralığı dışında olmak,
3. Anket sorularını eksik bırakmak.

Çalışmaya katılma koşullarını taşıyan kişilerin onamları alındıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği ile anket katılımcılara uygulanmıştır.

Veri Toplama Araçları:

Çalışmaya katılacak kişilere uygulanacak anket üç kısımdan oluşmuştur. İlk kısımda literatür taraması

sonucunda araştırmacılar tarafından oluşturulmuş katılımcıların demografik verilerine ve Gençlik Merkezi'ne başvuru sebeplerine ulaşmaya yönelik sorulardan oluşan Demografik veri anketi, ikinci kısımda BDÖ, üçüncü kısımda ise CES-DÖ yer almaktadır.

Veri analizleri

Tüm bulgular SPSS 20 demo istatistik programına kaydedilmiştir. Rakamsal verilerin aritmetik ortalamaları, ortanca değerleri, minimum ve maksimum değerleri hesaplanmıştır. Kategorik verilerin sayısı (n) ve yüzdeleri (%) saptanmıştır. BDÖ ve CES-DÖ kendi değerlendirme ölçütlerine göre her bir katılımcı için puanlanmış ve sonuçları değerlendirilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testinden, iki grup arasındaki ortalamaların karşılaştırılmasında Student's t testinden yararlanılmıştır. $p < 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 103 kişi dahil edilmiş olup, yaş ortalamaları $15,18 \pm 1,63$ (12-19) yıl idi. Katılımcıların %68,9'u (n=71) kız, %69,9'unun (n=72) eğitim düzeyi lise, %68,9'unun (n=71) aylık hane geliri 1000-3000 Lira arasında, %95,1'inin (n=98) anne ve babası hayatta, %65,0'mın (n=67) anne ve babası birlikte yaşamakta, %83,5'i (n=86) çekirdek aile yapısına sahip, %64,1'inin (n=66) anketin yapıldığı yıl içerisinde Temel Eğitimden Ortaöğretime Geçiş Sistemi Sınavı (TEOG) veya Lisans Yerleştirme Sınavı (LYS)'na katılmayacak olduğu saptandı. Çalışmaya dahil edilen kişilerin %23,3'ü (n=24) yaşadığı problemlerin TEOG veya LYS ile ilgili olduğunu düşündüğünü belirtti. Katılımcıların %21,4'ü (n=22) daha önce psikolojik yardım aldığını belirtmiş olup, yardım alanların %45,4'ü (n=10) çocuk psikiyatrisinden, %18,1'i (n=4) ergen danışma merkezinden, %9,0'ı (n=2) psikologdan bu yardımı aldığını belirtti. Katılımcıların diğer sosyodemografik verileri **Tablo 1**'de verildi.

Uygulanan ölçekler incelendiğinde; BDÖ ortalama değerleri $15,82 \pm 9,33$ (1-45), CES-DÖ ortalama değerleri $23,70 \pm 11,71$ (4-52) olarak hesaplandı. BDÖ'ye göre; katılımcıların %28,2'si (n=29) minimal depresyon, %35,0'ı (n=36) hafif depresyon, %27,2'si (n=28) orta depresyon, %9,7'si (n=10) şiddetli depresyon sınıfında yer aldı (**Grafik 1**). CES-DÖ'e göre; katılımcıların %31,1'i (n=32) normal, %22,3'ü (n=23) sınırdan depresyon, %46,6'sı (n=48) ileri depresyon sınıfında yer aldı (**Grafik 2**).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik verileri

	n	%
Cinsiyet		
Kız	71	68.9
Erkek	32	31.1
Ortaokul		
Ortaokul	27	26.2
Eğitim durumu		
Ortaokul	27	26.2
Lise	72	69.9
Üniversite	4	3.9
Aylık hane geliri (Lira)		
<1000	8	7.8
1000-3000	71	68.9
>3000	21	20.4
Belirtilmemiş	3	2.9
Anne ve baba hayatta mı?		
Evet	98	95.1
Anne hayatta değil	1	1.0
Baba hayatta değil	4	3.9
Anne ve baba birlikte mi yaşıyor?		
Evet	67	65.0
Hayır	31	30.1
Belirtilmemiş	5	4.9
Aile yapısı		
Çekirdek aile	86	83.5
Geniş aile	17	16.5
Anketin yapıldığı yıl içerisinde TEOG veya LYS'ye katılacak mı?		
Evet	35	34.0
Hayır	66	64.1
Belirtilmemiş	2	1.9
Daha önce psikolojik yardım aldı mı?		
Evet	22	21.4
Hayır	79	76.7
Belirtilmemiş	2	1.9

Soruya cevap veren katılımcıların genel not ortalaması $71,52 \pm 12,85$ (47-99) puan olup, %9,2'si (n=6) geçer not, %40,0'si (n=26) orta not, %36,9'u (n=24) iyi not, %13,8'i (n=9) pekiyi not grubunda yer aldı.

Genel not ortalamasına göre geçer not alanlarda BDÖ sonucunda şiddetli depresyon görülme oranı orta, iyi ve pekiyi not alan gruplar kendi içerisinde değerlendirildiğinde ortaya çıkan oranlara göre daha yüksekti. Genel not ortalamasına göre pekiyi not alanlarda BDÖ sonucunda orta depresyon görülme oranı iyi ve pekiyi not alan gruplar kendi içerisinde değerlendirildiğinde ortaya çıkan oranlara göre daha az saptandı. Diğer karşılaştırmalı veriler **Tablo 2**'de verildi.

Sonuçlar incelendiğinde; erkek cinsiyette CES-DÖ sonucunda sınırdaki ve ileri depresyon saptanma oranı kız cinsiyete göre fazla oranda belirlendi. Anketin yapıldığı yıl içerisinde TEOG veya LYS'ye katılmayacak ergenlerde CES-DÖ sonucunda normal saptanma oranı, anketin yapılacağı yıl içerisinde TEOG veya LYS'ye katılacak ergen grubu kendi içerisinde değerlendirildiğinde elde edilen oranlara göre daha yüksek saptandı. Daha önce psikolojik yardım almış ergenlerde; CES-DÖ'ye normal saptanma oranının psikolojik yardım almış ergen grubu kendi içerisinde değerlendirildiğinde elde edilen oranlara göre daha önce psikolojik yardım almamış ergenlere göre daha fazla oranda olduğu, sınırdaki ve ileri depresyon görülme oranının ise psikolojik yardım almamış ergenlere göre daha az oranda olduğu saptandı. Genel not ortalamasına göre geçer not alanlarda CES-DÖ sonucunda ileri depresyon görülme oranı orta, iyi ve pekiyi not alan gruplar kendi içerisinde değerlendirildiğinde ortaya çıkan oranlara göre daha yüksekti. Peikiyi not alanlarda CES-DÖ sonucunda normal saptanma oranı iyi, orta ve geçer not alan gruplar kendi içerisinde değerlendirildiğinde orta-

ya çıkan oranlara göre yüksek belirlendi. Diğer karşılaştırmalı veriler **Tablo 3**'te verildi.

Cinsiyete göre katılımcıların yaş ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalamalar birbirine oldukça yakındı, erkek katılımcıların yaş ortalaması $15,25 \pm 1,58$ yıl, kız katılımcıların yaş ortalaması $15,15 \pm 1,66$ yıl bulundu. Katılımcıların genel not ortalamaları karşılaştırıldığında erkeklerin genel not ortalamaları $66,75 \pm 8,70$, kızların genel not ortalamaları $74,32 \pm 14,10$ saptandı. Kızların genel not ortalamaları erkeklere göre daha yüksek saptandı. Bu durum istatistiksel olarak da anlamlı saptandı ($p=0,004$).

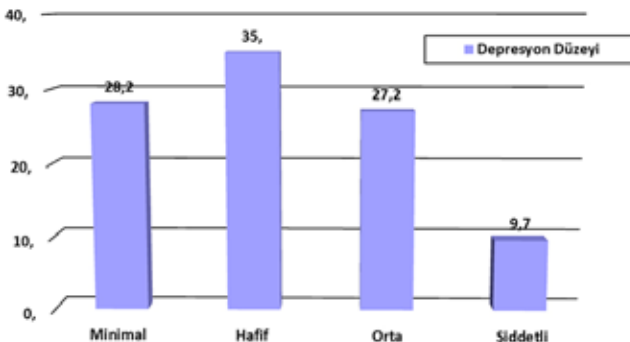
Depresyon görülme oranı CES-DÖ sonucuna göre annesi ile babası birlikte yaşayan çocuklarda daha fazla oranda belirlendi ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı saptandı ($p=0,047$).

Katılımcıların ergenlikte yaşadıkları sorunların anketin yapıldığı yıl girecekleri TEOG veya LYS'ye bağlı olup olmama durumlarına göre BDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalamalar birbirine oldukça yakındı ve yaşadıkları sorunların anketin yapıldığı yıl girecekleri TEOG veya LYS'ye bağlı olduğunu belirtenlerin BDÖ puan ortalaması $16,21 \pm 9,21$, yaşadıkları sorunların anketin yapıldığı yıl girecekleri TEOG veya LYS'ye bağlı olmadığını belirtenlerin BDÖ puan ortalaması $16,31 \pm 10,41$ saptandı.

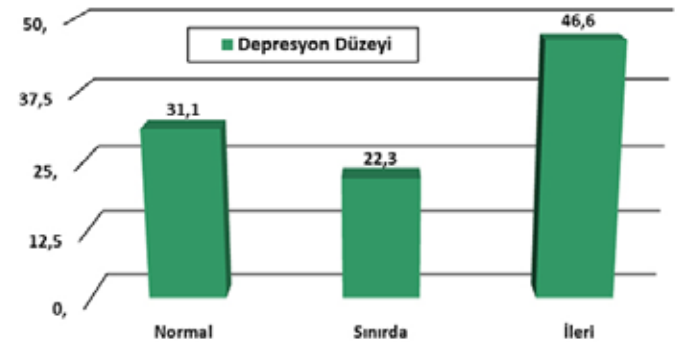
Tartışma

Çalışmamızda ergenlik döneminde BDÖ'ye göre şiddetli depresyon saptananların oranı %9,7; CES-DÖ'ye göre ileri depresyon saptananların oranı %46 olarak belirlenmiştir. Major depresif bozukluğun ergenlik döneminde görülme sıklığı çeşitli çalışmalarda %8-30 oranında bulunmuştur. Kashani ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda ise 14-16 yaş-

Grafik 1. BDÖ'ye göre katılımcıların grupları ve yüzdeleri



Grafik 2. CES-DÖ'e göre katılımcıların grupları ve yüzdeleri



Tablo 2. BDÖ sonuçları sayı ve yüzdeleri

	BDÖ Sonucu*				Toplam	P değeri
	Minimal Depresyon	Hafif Depresyon	Orta Depresyon	Şiddetli Depresyon		
Cinsiyet						
Erkek	10 (31.2)	11 (34.4)	8 (25.0)	3 (9.4)	32 (100.0)	0.969
Kız	19 (26.8)	25 (35.2)	20 (28.2)	7 (9.9)	71 (100.0)	
Aylık hane geliri (Lira)						
<1000	1 (12.5)	2 (25.0)	5 (62.5)	0 (0)	8 (100.0)	0.388
1000-3000	21 (29.6)	25 (35.2)	18 (25.4)	7 (9.9)	71 (100.0)	
>3000	5 (23.8)	8 (38.1)	5 (23.8)	3 (14.3)	21 (100.0)	
Anne ve baba birlikte mi yaşıyor?						
Evet	22 (32.8)	22 (32.8)	16 (23.9)	7 (10.4)	67 (100.0)	0.607
Hayır	6 (19.4)	11 (35.5)	11 (35.5)	3 (9.7)	31 (100.0)	
Anketin yapıldığı yıl içerisinde TEOG veya LYS'ye katılacak mı?						
Evet	10 (28.6)	11 (31.4)	13 (37.1)	1 (2.9)	35 (100.0)	0.201
Hayır	19 (28.8)	24 (36.4)	15 (22.7)	8 (12.1)	66 (100.0)	
Daha önce psikolojik yardım aldı mı?						
Evet	10 (45.5)	7 (31.8)	3 (13.6)	2 (9.1)	22 (100.0)	0.175
Hayır	19 (24.1)	28 (35.4)	25 (31.6)	7 (8.9)	79 (100.0)	
Genel not ortalaması**						
Geçer not (45-54)	1 (16.7)	1 (16.7)	2 (33.3)	2 (33.3)	6 (100.0)	0.462
Orta not (55-69)	6 (23.1)	11 (42.3)	8 (30.8)	1 (3.8)	26 (100.0)	
İyi not (70-84)	6 (25.0)	6 (25.0)	8 (33.3)	4 (16.7)	24 (100.0)	
Pekiyi not (85-100)	3 (33.3)	4 (44.4)	2 (22.2)	0 (0)	9 (100.0)	

*sayı (yüzde)

**derece (puan)

Tablo 3. CES-DÖ sonuçları sayı ve yüzdeleri

	CES-DÖ Sonucu*			Toplam	P değeri
	Normal	Sınırdaki Depresyon	İleri Depresyon		
Cinsiyet					
Erkek	9 (28.1)	8 (25.0)	15 (46.9)	32 (100.0)	0.870
Kız	23 (32.4)	15 (21.1)	33 (46.5)	71 (100.0)	
Aylık hane geliri (Lira)					
<1000	1 (12.5)	2 (25.0)	5 (62.5)	8 (100.0)	0.324
1000-3000	24 (33.8)	18 (25.4)	29 (40.8)	71 (100.0)	
>3000	5 (23.8)	3 (14.3)	13 (61.9)	21 (100.0)	
Anne ve baba birlikte mi yaşıyor?					
Evet	20 (29.9)	12 (17.9)	35 (52.2)	67 (100.0)	0.108
Hayır	12 (38.7)	9 (29.0)	10 (32.3)	31 (100.0)	
Anketin yapıldığı yıl içerisinde TEOG veya LYS'ye katılacak mı?					
Evet	10 (28.6)	9 (25.7)	16 (45.7)	35 (100.0)	0.483
Hayır	22 (33.3)	14 (21.2)	30 (45.5)	66 (100.0)	
Daha önce psikolojik yardım aldı mı?					
Evet	11 (50.0)	3 (13.6)	8 (36.4)	22 (100.0)	0.113
Hayır	21 (26.6)	20 (25.3)	38 (48.1)	79 (100.0)	
Genel not ortalaması**					
Geçer not (45-54)	1 (16.7)	0 (0)	5 (83.3)	6 (100.0)	0.319
Orta not (55-69)	9 (34.6)	7 (26.9)	10 (38.5)	26 (100.0)	
İyi not (70-84)	6 (25.0)	4 (16.7)	14 (58.3)	24 (100.0)	
Pekiyi not (85-100)	4 (44.4)	1 (11.1)	4 (44.4)	9 (100.0)	

*sayı (yüzde)

**derece (puan)

lardaki erkeklerin %2,7'si ve kızların %13,3'ünün depresyon tanısı aldıkları saptanmıştır.⁽³⁾ Dünya ortalaması ile kıyaslandığında BDÖ'ye göre saptanan şiddetli depresyon oranının literatürde saptanan depresyon tanı oranları ile uyumlu olduğu söylenebilir. Ancak CES-DÖ'ye göre saptanan ileri depresyon oranının literatürde saptanan depresyon tanı oranlarının üzerinde ve BDÖ ile saptanan şiddetli depresyon oranı ile oldukça uyumsuz olduğu söylenebilir. Bu durum, BDÖ'nün temel olarak katılımcıları 4 farklı kategoriye ayırması ancak CES-DÖ'nün buna karşın katılımcıları 3 farklı kategoriye ayırması ile açıklanabilir. Ayrıca CES-DÖ'nün ileri depresyon vakaları ile sınırdaki depresyon vakalarını yeterli düzeyde ayıramadığı da akla gelebilir.

Çalışmamıza katılan ve daha önce psikolojik yardım aldığını belirten ergenler çocuk psikiyatrisi, gençlik danışma merkezi ve psikologdan yardım aldıklarını belirtmişlerdir. Ancak katılımcıların hiçbirisinin birinci basamaktan psikolojik yardım talep etmediği saptanmıştır. Ergenlik döneminde görülen depresyon semptomları genellikle birinci basamakta saptanabilir ve birinci basamak hekimleri depresif hastaların büyük çoğunluğunu psikiyatriklere sevk etmeden yönetebilir.⁽⁴⁻¹⁴⁾

Aile hekimleri biyopsikososyal bir yaklaşımla hastayı bütüncül olarak değerlendiren hekimlerdir. Ülkemizde de ergenlik döneminde görülen depresyon semptomlarının saptanmasında aile hekimlerinin önemli bir yerinin olması gerektiği düşünülebilir. Ergenler ve aileleri, ergenlerin depresyon semptomlarının belirlenmesinde yardımcı olabilecek belirtiler hakkında bilgilendirilmelidir. Bu durumda ergenler ve ailelerinin ilk olarak birinci basamağa başvurmaları önerilebilir.

Katılımcıların cinsiyetlerine göre BDÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında, ortalamalar birbirine oldukça yakın saptanmıştır. Cinsiyete göre CES-DÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında erkeklerin CES-DÖ puan ortalamalarının kızlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı saptanmamıştır ($p=0,306$). Bu konuda yapılmış çalışmalarda major depresif bozukluğun erken ergenlik döneminde kız cinsiyette erkek cinsiyete göre 1,5 ile 3 kat arası daha fazla saptandığı belirtilmiştir.⁽²⁾ Yapılan bir çalışmada ergenlikte depresyon görülme oranının kızlarda erkeklere göre daha fazla oranda olduğu saptanmıştır.⁽²⁰⁾ Çalışmamız ile bu

konuda yapılmış diğer çalışmaların örtüşmediği söylenebilir ve bunun birkaç farklı sebebi olabilir. Ülkemizde görülen kültürel veya sosyoekonomik farklılıklar bu duruma sebebiyet vermiş olabilir. Ayrıca çalışmamızda erkek cinsiyete depresyon görülme oranının literatür ile uyumlu olmamasına sebebiyet veren başka etkenlerin olabileceği de akla gelebilir. Konu ile ilgili daha çok sayıda katılım içeren ve bu durumun sebeplerine yönelik yapılan araştırmaların artırılması uygun olabilir.

Son yıllarda ülkemizde eğitim sistemindeki sınavların sayısında artış görülmüş ve eğitim sistemi sınavları temel alan bir şekilde yapılandırılmıştır.⁽²¹⁾ Milli Eğitim Bakanlığı'nın internette yayınladığı bir açıklama 22 yaşındaki bir gencin, yaklaşık 16 yıllık eğitim-öğretim dönemi boyunca yaklaşık 1038 sınavı girdiğini belirtmektedir.⁽²²⁾ Sınavları temel alan bir eğitim sistemi sonucunda ergenlerin öncelikle hedefledikleri bir liseye, daha sonra ise hedefledikleri bir üniversiteye girmeleri hayatlarının en önemli hedefleri haline gelmektedir.⁽²¹⁾

Bu sınavlar sonucunda ergenlerin hayatları hakkında kararlar verilmektedir. Öğretimin tüm kademelerinde giriş, yerleştirme, var olan durumu sürdürme veya bir sınıftan veya bir okuldan diğerine geçiş gibi önemli kararlar yine sınav sonuçlarına göre alınmaktadır. Tüm bu sebeplerle ergenlerin birçoğu sınavları tehdit edici olarak algılayabilmekte ve sınav kaygısı yaşayabilmektedirler.⁽²²⁻²⁴⁾ Çalışmamızda anketin yapıldığı yıl TEOG veya LYS'ye katılın veya katılmasın tüm katılımcıların %23,3'ü ($n=24$) yaşadığı problemlerin TEOG veya LYS ile ilgili olduğunu düşündüğünü belirtmiştir. Bu durumun çalışmaya katılan tüm ergenlerin yaklaşık dörtte birinde görülmesi bu bireylerin yaşadığı problemlerin sınav kaygısının kaynaklandığını düşündürülebilir.

Genel not ortalamasına göre geçer not alanlarda hem BDÖ sonucunda şiddetli depresyon görülme oranı orta, iyi ve pekiyi not alanlara göre daha fazla oranda belirlenmiştir. Genel not ortalamasına göre geçer not alanlarda CES-DÖ sonucunda ileri depresyon görülme oranı orta, iyi ve pekiyi not alanlara göre daha fazla oranda belirlenmiştir. Genel not ortalamasına göre pekiyi not alanlarda CES-DÖ sonucunda normal saptanma oranı iyi, orta ve geçer not alanlara göre daha fazla oranda saptanmıştır. Çalışmamızda uygulanan her iki ölçek sonucunda elde edilen veriler, akademik başarının ergenler arasında ne derece önem-

li olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu durumun yaşanan sınav kaygısını arttırdığı düşünülebilir. Ülkemizdeki ergenlerde akademik başarı hakkındaki kaygının ve sınav kaygısının giderilmesi amacı ile Amerika Birleşik Devletleri'nde olduğu gibi okullarda öğrencilerin ruh sağlığını geliştirmek amacı ile okul tabanlı sağlık merkezleri kurulabilir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 1987'de bu şekilde 150 merkez varken, 1994'te bu sayının 607'ye yükseldiği ve etkin bir şekilde bu merkezlerin kullanıldığı görülmektedir.⁽²⁵⁾

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar bulunmaktadır. Kullanılan BDÖ ve CES-DÖ ölçeklerinin kestirim değerlerinin birbirinden farklı olması çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Çalışmamızda ergenler üzerinde uygulanan BDÖ ve CES-DÖ arasında bazı temel farklılıklar bulunmaktadır. BDÖ'de 0 puandan itibaren katılımcılar minimal depresyonda olarak değerlendirilmekte, buna karşın CES-DÖ'de 0-16 puan arası normal olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca BDÖ katılımcıları minimal, hafif, orta ve şiddetli depresyon olarak dört farklı grupta değerlendirirken, CES-DÖ katılımcıları normal, sınırda depresyon ve ileri depresyon olarak üç farklı grupta değerlendirmektedir.^(1,2,5,26,27) Ayrıca ergenlerle klinik görüşmenin yapılmaması da kısıtlılıklarımız arasındadır.

Çalışmamıza benzer ve daha kapsamlı araştırmaların yapılması ergenlerde depresyon semptomlarının birinci basamakta saptanması konusundaki farkındalığı arttırabilir ve aile hekimleri ergenlerde depresyon semptomu görülme sıklığının, şiddetinin ve sebeplerinin belirlemede önemli bir rol oynayabilir.

Sonuç

Bedenin ve ruhsal yapının hızlı bir değişim ve yeniden yapılanma geçirdiği ergenlik dönemi bireyin kendi ayakları üzerinde durmayı, bağımsızlığı, sosyalleşmeyi öğrendiği ve tecrübe ettiği bir dönemdir. Birey bu dönemde yaşadığı içsel ve dışsal kaygılara bağlı olarak farklı ruhsal problemler yaşayabilir. Ergenlik döneminde artış görülen ruhsal problemlerden biri de depresyondur.

Çalışmamıza katılan ergenlerin psikiyatrik problemleriyle ilgili desteği ikinci basamak sağlık kuruluşlarından aldıkları saptanmıştır. Birinci basamağa başvuran hastaların %95'inin tanı ve tedavisinin bu basamakta gerçekleştirilebileceği dikkate alındığında ergenler ve aileleri birinci basamakta depresyon tanı ve tedavi hizmeti alabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir. Ayrıca birinci basamaktaki aile hekimlerinin kendilerine başvuran ergenleri daha ayrıntılı değerlendirmeleri gerektiği konusunda bir farkındalık yaratacağı için çalışmamızın ayrı bir öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi için aile hekimlerine yönelik ergenlere yaklaşım ile ilgili çeşitli eğitim programları düzenlenebilir.

Çalışmamızda katılımcıların yaklaşık dörtte birinin sınav kaygısı nedeni ile psikolojik problemler yaşadığı tespit edilmiş olup ergenlerde akademik başarı hakkındaki kaygının ve sınav kaygısının giderilmesi amacı ile okullarda öğrencilerin ruh sağlığını geliştirmek amacı ile okul tabanlı sağlık merkezleri kurulması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Barker E (Çeviri: Mehmet OÖ). Pulmoner Rehabilitasyona Giden Hastalarda Psikososyal Değerlendirme ve Yaklaşım. Toraks Cerrahisi Bülteni 2015; 6: 113-24.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), American Psychiatric Association, Arlington, VA 2013.
3. Oktay K, Orhan D, Ferhat Ü, Nuray ÖK, Dilek H, Handan S, Başak T. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Ergen Sağlığı ve Gelişimi Kaynak Kitabı, 2004, s. 305-311.
4. Bonin L, Moreland CS. Overview of Treatment for Pediatric Depression. UpToDate internet sayfası. <http://www.uptodate.com> Erişim tarihi: 11.09.2015.
5. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. Pediatrics 2007; 120:e1299.
6. Stein RE, Zitner LE, Jensen PS. Interventions for adolescent depression in primary care. Pediatrics 2006; 118:669.
7. Costello EJ. Child psychiatric disorders and their correlates: a primary care pediatric sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1989; 28:851.
8. Rushton J, Bruckman D, Kelleher K. Primary care referral of children with psychosocial problems. Arch Pediatr Adolesc Med 2002; 156:592.
9. Williams J, Klinepeter K, Palmes G, et al. Diagnosis and treatment of behavioral health disorders in pediatric practice. Pediatrics 2004; 114:601.
10. Kelleher KJ, McInerney TK, Gardner WP, et al. Increasing identification of psychosocial problems: 1979-1996. Pediatrics 2000; 105:1313.
11. Olson AL, Kelleher KJ, Kemper KJ, et al. Primary care pediatricians' roles and perceived responsibilities in the identification and management of depression in children and adolescents. Ambul Pediatr 2001; 1:91.
12. Briggs-Gowan MJ, Owens PL, Schwab-Stone ME, et al. Persistence of psychiatric disorders in pediatric settings. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42:1360.
13. Skaer, TL, Sclar, DA, Robison, LM. Antidepressant trends among children and adolescents diagnosed with depression: 1990-2001. In: National Institute of Mental Health New Clinical Drug Evaluation Unit Annual Meeting. Phoenix, Arizona 2004.
14. Asarnow JR, Jaycox LH, Duan N, et al. Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial. JAMA 2005; 293:311.
15. Lewandowski RE, Aciri MC, Hoagwood KE, et al. Evidence for the management of adolescent depression. Pediatrics 2013; 132:e996.
16. Brent DA, Perper JA, Moritz G, et al. Psychiatric risk factors for adolescent suicide: a case-control study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:521.
17. Marttunen MJ, Aro HM, Henriksson MM, Lönnqvist JK. Mental disorders in adolescent suicide. DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicides among 13- to 19-year-olds in Finland. Arch Gen Psychiatry 1991; 48:834.
18. Shaffer D, Gould MS, Fisher P, et al. Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 1996; 53:339.
19. Weissman MM, Wolk S, Goldstein RB, et al. Depressed adolescents grown up. JAMA 1999; 281:1707.
20. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. Psychol Bull 1994; 115: 424-443.
21. Boyacıoğlu NE, Küçük L. Ergenlikte Mantık Dışı İnançlar Sınav Kaygısını Nasıl Etkiliyor. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(1):40-45.
22. Kabalcı T. Akademik başarının yordayıcısı olarak sınav kaygısı, benlik saygısı ve sosyo-demografik değişkenler (Yüksek lisans tezi). 2008 Ankara, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
23. Ekenel E. Matematik dersi başarısı ile bilişötesi öğrenme stratejileri ve sınav kaygısının ilişkisi (Yüksek lisans tezi). 2005 Eskişehir, Anadolu Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
24. Baltaş A. Öğrenmede ve sınavlarda üstün başarı. 2009 İstanbul, Remzi Kitabevi.
25. Weist MD. Expanded school mental health services: A national movement in progress. In: Ollendick TH, Prinz RJ, editors. Advances in clinical child psychology. New York: Plenum Press; 1997.
26. Olfson M, Blanco C, Wang S, et al. National trends in the mental health care of children, adolescents, and adults by office-based physicians. JAMA Psychiatry 2014; 71:81.
27. Costello EJ, He JP, Sampson NA, et al. Services for adolescents with psychiatric disorders: 12-month data from the National Comorbidity Survey-Adolescent. Psychiatr Serv 2014; 65:359.

Geliş tarihi: 21.11.2016

Kabul tarihi: 03.12.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2016

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Berk Geroğlu

e-posta: berkgeroglu@hotmail.com

Steril piyüri ile gelen pediyatrik hastada üriner sistem tüberkülozu

Comes with sterile pyuria tuberculosis of the urinary tract in pediatric patients

Hatice Dülek, Işık Gönenç, Mebrure Yazıcı, Zeynep Tuzcular Vural

Özet

Üriner tüberküloz çocukluk döneminde nadir görülen ekstrapulmoner tüberküloz şeklidir. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonunun ve komplikasyonlarının tedavisinde başarılı olabilmek için tanının erken dönemde konması ve patogeneze yönelik tedavinin başlatılması önemlidir.

Çalışmamızda pediyatrik yaş grubunda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonu ve tetkiklerinde steril piyüri ve hematüri olan hastalarda üriner tüberkülozdan şüphe edilmesi gerektiği değerlendirildi

Summary

Urinary childhood tuberculosis is a rare form of extrapulmonary tuberculosis. The treatment of recurrent urinary tract infections and complications to know to be successful and to be put on early initiation of treatment is important for pathogenesis.

In this study it was evaluated in the pediatric age group, recurrent urinary tract infection and tests in sterile pyuria and hematuria in patients with urinary tuberculosis should be suspected.

¹⁾ İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ass. Dr., İstanbul

²⁾ İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Uzm. Dr., İstanbul

³⁾ Bezmialem Üniversitesi, Aile Hekimliği, Uzm. Dr., İstanbul

⁴⁾ İstanbul Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Doç. Dr., İstanbul

Giriş

Tüberküloz; kronik seyirli intrasellüler bir bakteri enfeksiyonu olup, ülkemiz ve dünya için önemli bir sağlık sorunudur. 2010 verilerine göre, tüberküloz dünyada 1.4 milyon hastanın ölümüne sebep olmaktadır ve bunlar içinde en az 64000 pediyatrik vaka mevcuttur.^[1] Ekstrapulmoner tüberkülozun yaklaşık % 27'sine genitoüriner sistemde karşılaşılmaktadır^[2] ve periferik lenfadenopatiden sonra ikinci sıklıkta görülür.

Üriner tüberküloz çocuklarda nadirdir ve tüberküloz enfeksiyonun kaynağı büyük oranda erişkinlerdir. Bulaşma sıklıkla damlacık enfeksiyonu şeklinde olmaktadır. Çocuklarda ve özellikle yenidoğan döneminde, hücrel immünitinin zayıf olması enfeksiyonun hastalığa dönüşme ve ekstrapulmoner tüberküloz gelişme riskini artırır.^[3-6] Pulmoner tüberkülozun lenfomatöjen yayılımı sonucu renal tüberküloz görülmektedir. Renal parankimde infiltrasyon sonrasında, üretere yayılarak striktürlere, mesaneye yayılarak fibrozis gibi geç bulgulara sebep olabilir. Renal korteks komşuluğunda kitle oluşabilir ve renal pelvise fistüle olarak bakteriüriye neden olabilir.

Genellikle primer enfeksiyondan 4-5 yıl sonra üriner tüberküloz belirtilerine rastlanır. Az sayıda hastada bilinen tüberküloz öyküsü mevcuttur. Başlangıçta yakınmalar siliktir. Karın ağrısı, dizüri ve hematüri daha sonra ortaya çıkabilir.

Olgu

Olgumuz on yaşında kız çocuğu, 5 yıldan beri tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle bir üniversite hastanesinin pediyatrik nefroloji polikliniğinde takip edilmekteydi. Bu süreçte çok sayıda idrar tahlili yapılmış ancak sadece 3-4 idrar kültüründe bakteriyel üremeye rastlanmıştı. Altı ay boyunca oksibutin hidroklorür, sulfamethoxazole - trimethoprim tedavisi almıştı. Ailesinden alınan bilgiye göre bu tedavi sonrasında şikayetleri kaybolmuş, bir yıl tedaviye ara verilmişti. Son bir yıl içinde yapılan idrar kültüründe ise üremesi yoktu. Steril piüri mevcuttu.

Hastanın özgeçmişini incelendiğinde; 32. haftada, hastanede, normal vajinal yolla, 2200 gr ağırlığında doğduğu, doğum sonrası komplikasyon yaşanmadığı, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatmadığı öğrenildi. Hastanemize başvurusunda hastada dizüri, enürezis, bulantı şikayeti mevcuttu. Ailesi, başvurudan bir ay önce bir hafta süren kuru öksürük ve

son bir ayda 2 kg ağırlık kaybı, gece terlemesi ve iştahsızlığı olduğunu bildirdi. Boyu 129 cm (3-25p), vücut ağırlığı 25 kg (3-25p), vücut sıcaklığı aksiller 36.7°C idi. Hastanın yapılan sistemik fizik muayenesinde bir özellik tespit edilmedi. Kosta vertebral açısı hassasiyeti yoktu. Sol deltoid kas üzerinde bir adet Bacillus Calmette Guerin (BCG) aşısı skarları izlendi.

Yapılan idrar tetkikinde protein 1+, pH: 5.0, spesifik gravite: 1.016, nitrit: negatif, lökosit: 3+, eritrosit: 4+ bulundu. Spot idrarda kalsiyum, kreatinin değerleri normal sınırlarda idi. Yapılan üriner sistem ultrasonografisinde; mesane duvar kalınlığında artış ve mesane duvarında düzensizlik dışında özellik bildirilmedi. Hastada steril piyüri saptanması üzerine prufeid protein derivate (PPD) istendi. 72. saat ölçümü 18 mm olarak tespit edildi. Aile bireylerinde aktif tbc olarak bildirilen vaka yoktu. Aile bireylerinin akciğer grafileri normaldi. Sadece hastanın dedesinde 60 yıl önce geçirilmiş tüberküloz öyküsü vardı. Verem Servisi'ne yönlendirilen hastadan istenilen idrarda aside dirençli bakteri (ARB) pozitif bulundu. Çekilen kontrastlı toraks tomografisinde; sağ hilusta 13 mm lenfadenopati, paratrakeal alan ve retrokaval alanda 10 mm birkaç adet lenf nodu, sol hilusta 8 mm lenf nodu, sağ transvers fissür ve oblik fissür birleşim yerinde fokal belirginleşmeye rastlandı.

Hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulgularına göre üriner tüberküloz tanısı düşünüldü. İsoniazid, pirazinamid, rifampin, miambutol içeren bir tedavi başlandı. Bir hafta tüberküloz tedavisi sonrası hasta ilk takiplerinin yapıldığı pediyatrik nefroloji polikliniğine yönlendirildi.

Dörtlü ilaç tedavisi üç ay verildi. Pirazinamid, miambutol kesildi ve isoniazid, rifampisin tedavisi 9 aya tamamlandı. Tedavi sonrası hasta altı ay süreyle şikayetsiz bir dönem geçirdi. Sonra dizüri, bulantı şikayetleri tekrar başladı. Tekrar tüberküloz kültürü yapıldı. Üreme olmadı. Oksibutin hidroklorür, sulfamethoxazole-trimethoprim tedavisi verildi.

Tartışma

Çocukluk çağında tüberküloz hastalık bulgularının silik olması, sekonder enfeksiyonların beraberlik göstermesi, tüberküloz basilinin kültürde üretilmesinin zorluğu, tanıda altın standart olarak kabul edilen bir yöntemin olmayışı nedeniyle tüberküloz tanısında halen zorluklar yaşanmaktadır.

Ekstrapulmoner tüberküloz tanısında yakın temas

öyküsü, klinik ve radyolojik bulgular, PPD deri testi (>15mm), mikrobiyolojik incelemeler önemlidir. Pratik uygulamada 15 mm'nin üzerinde olan endüasyonlar tüberküloz enfeksiyonuna bağlı olarak değerlendirilmektedir. Tek aşı skarı mevcut olan hastamızda PPD 72. saatte 18 mm ölçülmüştü.

BCG, tüberküloz basilinin yapısal özelliklerini taşıyan ancak hastalık oluşturma yeteneği yok edilmiş atenüe canlı aşıdır. Yapılan çalışmalar BCG aşısı etkinliğini %0-80 arasında vermektedir. BCG aşısının koruyuculuğu zamanla azalmaktadır.

Akciğer grafisi, renal tüberkülozu olan hastaların %50'sinde akciğer tüberkülozu açısından patolojik bulgular taşımaktadır. Hastamızda çekilen kontrastlı toraks tomografisinde en belirgin sağ hilusta 13 mm

ve paratrakeal, retrokaval alanlarda 10 mm olmak üzere çoklu lenfadenopati izlendi. Üriner tüberküloz olan olgularda idrar aside direçli bakteri kültürlerinin %50-90 pozitif sonuç verdiği bildirilmektedir. İdrar örnekleri polimeraz zincir reaksiyonuna (PCR) %50 duyarlıdır.^[7, 8] Hastamızda idrarda ARB pozitifliği.

Sonuç olarak üriner tüberküloz çocukluk çağında nadir görülmekle beraber geç tanı alan vakalarda kalıcı böbrek hasarına sebep olabilmektedir. Çocukluk çağında en sık üriner bulgu olan steril piyüri ve nedeni açıklanamayan mikroskopik hematüri durumunda üriner tüberküloz ayırıcı tanıda akla gelmelidir. Aile hekiminin tüberküloz kontrolündeki rolü tanı, tedavi, izlem, kayıt, bildirim ve bağışıklama olarak değerlendirilir. Tanı için aile hekiminin en önemli görevi şüphe etmektir.

Kaynaklar

1. Getahun H, Sculier D, Sismanidis C, Grzemska M, Raviglione M. Prevention, diagnosis, and treatment of tuberculosis in children and mothers: evidence for action for maternal, neonatal, and child health services. *J Infect Dis* 2012;15(Suppl 2):216-27.
2. Eastwood JB, Corbishley CM, Grange JM. Tuberculosis and the kidney. *J Am Soc Nephrol* 2001;12(6):1307-14.
3. Carrol ED, Clark JE, Cant AJ. Non-pulmonary tuberculosis. *Paediatr Respir Rev* 2001; 2: 113-9.
4. Lighter J, Rigaud M. Diagnosing childhood tuberculosis: traditional and innovative modalities. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2009; 39: 61-88.
5. Rowińska-Zakrzewska E. Extrapulmonary tuberculosis, risk factors and incidence. *Pneumonol Alergol Pol* 2011; 79: 377-8.
6. Forssbohm M, Zwahlen M, Loddenkemper R, Rieder HL. Demographic characteristics of patients with extrapulmonary tuberculosis in Germany. *Eur Respir J* 2008; 31: 99-105.
7. Long S, Pickering LK, Prober CG. In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases. (ed) Long SS. 4th ed. *New York, Elsevier Saunders*. 2012.
8. Cruz AT, Starke JR. Clinical manifestations of tuberculosis in children. *Paediatr Respir Rev* 2007; 8: 107-17.

Geliş tarihi: 02.10.2016

Kabul tarihi: 14.11.2017

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2016

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Hatice Dülek

e-posta: haticedulek@hotmail.com

‘One for All, All for One’: SoMaMFyC Konferansı ve Değişim Programı Madrid 2016

‘One for All, All for One’: SoMaMFyC Conference and Exchange Programme Madrid 2016

Saliha Şahin¹

Özet

Vasco da Gama Movement (VdGM), Dünya Aile Hekimleri Organizasyonunun Avrupa kolunun (WONCA-Europe) bir çalışma grubu olup, aile hekimliği asistanları ve ilk beş yılındaki aile hekimliği uzmanları tarafından faaliyetleri yürütülmektedir. Bünyesinde araştırma, eğitim-öğretim, değişim, imaj, Avrupa ötesi olmak üzere beş farklı alt çalışma grubu bulunmaktadır. ‘Değişim’ alt çalışma grubu konferans, ön konferans, Hippocrates ve FamilyMedicine360o değişim programları ile birçok farklı ülkeden aile hekimlerini bir araya getirmektedir. Bu sene konferans değişim programlarından bir tanesi 13-20 Mart tarihlerinde İspanya’nın başkenti Madrid’de, Madrid Aile ve Toplum Hekimliği Cemiyeti (SoMaMFyC) ev sahipliğinde XVIII.Conference of Family and Community Medicine Residents öncesinde gerçekleştirildi.6 farklı ülkeden 10 katılımcı ile gerçekleşen program; ilk 3 gün birinci basamak sağlık merkezlerinin ziyareti,4.gün Universidad Rey Juan Carlos’ta konferansa katılım ve VdGM için ayrılan oturumda sunum yapılması, 5.gün Hospital Universitario12 de Octubre pediatrik acil servis ziyareti ve sosyal aktivitelerden oluşuyordu. Bu çalışma, değişim programı ile ilgili gözlem ve deneyimlerin paylaşılmasını amaçlamaktadır.

Anahtar kelimeler: SoMaMFyC 2016, konferans değişim Madrid

Summary

Vasco de Gama Movement(VdGM) is a working group of Organization of World Family Doctors’ division of Europe and it is run by family medicine trainees and specialist in their first 5 years.VdGM includes 5 different working subgroups; research, education-training, exchange, image and beyond Europe.Various Exchange programmes like conference, preconference, Hippocrates and FamilyMedicine360oare organized by Exchange subgroup and it aims to gather family doctors from various countries. This year one of these conference Exchange programmes hold in Madrid capital of Spain on 13 to 20 March before XVIII. Conference of Family and Community Medicine Residents and hosted by Socceity of Madrid of Family and Community Medicine (SoMaMFyC). The programme which has 10 participants from 6 different countries included primary care centers visit first three days, conference attendance in University of Rey Juan Carlos and make a presentation in section special for VdGM on 4th day, pediatric emergency room visit in HospitalUniversitario12 de Octubre on 5th day and social activities. This study aims to share observations and experiences regarding this Exchange programme.

Keywords: SoMaMFyC 2016, Conference Exchange Madrid

¹ Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Ass. Dr., İstanbul

Vasco da Gama Movement (VdGM), Dünya Aile Hekimleri Organizasyonunun Avrupa kolunun (WONCA-Europe) bir çalışma grubu olup, aile hekimliği asistanları ve ilk beş yılındaki aile hekimliği uzmanları tarafından faaliyetleri yürütülmektedir. Bünyesinde araştırma, eğitim-öğretim, değişim, imaj, Avrupa ötesi olmak üzere beş farklı alt çalışma grubu bulunmaktadır. VdGM'nin en önemli amaçlarından biri tüm Avrupada'ki (Avrupa Ötesi alt çalışma grubu ile bu amaç artık tüm dünyayı kapsamaktadır.) aile hekimliği asistan ve genç uzmanları arasındaki iletişim ağını güçlendirmek, farklı ülkelerdeki aile hekimliği uygulamalarının bilinmesini ve sorunların paylaşılmasını sağlamak ve sosyo-kültürel etkileşimi arttırmaktır. Bu amaçla 'Değişim' altçalışma grubu konferans, önkonferans, Hippocrates ve FamilyMedicine360o değişim programları ile farklı ülkelerden birçok aile hekimini bir araya getirmektedir.^[1]

Bu konferans değişim programlarından bir tanesi 13-20 Mart 2016 tarihlerinde İspanya'nın başkenti Madrid'de, Madrid Aile ve Toplum Hekimliği Cemiyeti (SoMaMFyc) ev sahipliğinde XVIII. Conference of Family and Community Medicine Residents öncesinde gerçekleştirildi. Türkiye'den 2, Hırvatistan'dan 1, İngiltere'den 1, Portekiz'den 3, İtalya'dan 2, İsrail'den 1 olmak üzere toplam 10 aile hekiminin katılımıyla gerçekleşen konferans değişim programı, 13 Mart günü misafirlerin ev sahipleriyle buluşmasıyla başladı. Her katılımcı İspanyol bir meslektaşıyla konaklama imkânına sahipti.

Centro de Salud Nueva Numancia ziyareti

Programın ilk üç gününde 8:30-15:00 saatleri arasında önceden belirlenen bir birinci basamak sağlık merkezi, burada çalışan bir danışman aile hekimini

gözetiminde ziyaret edildi. Ben Dr. Maria Isabel Vazquez Burgos eşliğinde Centro de Salud Nueva Numancia'yı ziyaret ettim. Merkez üç katlı idi, 16 aile hekimi, 4 pediatrist, 1 diş hekimi ve her hekimle beraber bir hemşire çalışıyordu. Merkezde ayrıca bir fizyoterapi salonu, bir sosyal çalışmacı ofisi ve bir gebe sınıfı bulunmaktaydı.

Özel bir hemşire gebe hastaları takip etmekte ve haftanın belli günleri bu sınıfta toplanan gebeler için sosyal aktiviteler düzenlenmekteydi. Her hasta önceden aldığı randevu ile kendi aile hekiminin muayene listesine kaydediliyor, randevusuz hasta bakılmıyordu. Dr. Isabel günde ortalama 40 hasta bakıyor, ev ziyaretlerini kendi planlıyordu. Aile hekimi 14 yaş ve üstü hastalardan sorumlu iken, 14 yaştan küçük hastalar pediatristlere başvuruyordu. 2. veya 3. basamak bir merkeze sevki uygun görülen hastaların randevularının alınmasından bir personel sorumlu idi ve hastanın sağlık kartındaki numara ile, diğer branşlardaki uzmanların isimlerinin ve uygun randevu saatlerinin görülebildiği makinadan randevu alınmasını sağlıyor böylece sevk hızlandırılıyordu.

Bir diğer pratik uygulama, aktif şikâyeti olmayan ve kronik hastalığı nedeniyle ilaç kullanan bireylerin, ilaçlarını hızlıca temin etmesini sağlayan, ilk bakışta posta kutusunu andıran reçete kutuları idi. Hasta eksik olan ilaçlarının adlarını yazıp, kendi hekiminin adı yazılı olan kutuya atıyor, hekimde talepler doğrultusunda ilaçları reçete edip reçeteyi bu kutuya bırakıyordu. Böylece hem zamandan tasarruf ediliyor, hem de tedavinin aksaması engelleniyordu.

Elektronik reçete sistemi kullanılıyor ve medikal kayıtların doğru ve eksiksiz tutulmasına özen gösteriliyordu. Dr. Isabel, birinci basamak sağlık hizmetler-

Resim 1. Hoşgeldin Yemeği



Resim 2. Dr. Isabel ile birlikte



inin denetlenmesini sağlayan, aile hekimlerinin klinik bilgi ve becerilerini arttıran ve tıbbi uygulama hatalarını en aza indirmeyi hedefleyen *SOAP yazılım sistemini hakkında beni ayrıntılı olarak bilgilendirdi. Bu sistem sayesinde hangi konularda eksik olduğunu ve kendini geliştirmesi gerektiğini net olarak görebilmenin faydasını anlattı.

Konferans ve Sunumlar

Programın 4. gününde Universidad Rey Juan Carlos'ta gerçekleşen 'One for All, All for One' temalı XVIII. Conference of Family and Community Medicine Residents'a katıldık. Konferansın dili İspanyolca olmakla birlikte, değişim programına katılanlar için İngilizce bir oturum düzenlendi. Bu oturumda her bir misafir aile hekimi, "What you must know and do to practice in my country" başlıklı bir sunum yaptı.

Hırvatistan

İlk sunum yapan meslektaşımız Hırvatistan'dan Petra Pongrac idi. Bismarck modeli sosyal sağlık sistemi olan ülkede, temel sağlık sigortası zorunlu ve çalışan herkes Hırvatistan sağlık sigortası bütçesi için belli bir miktar para ödemekle yükümlü. Aile hekimleri öncelikle devlete ait lokal merkezlerde çalışmaya başlıyor ve ancak 5 yıl devlet kurumlarında çalıştıktan sonra özel bir merkezde çalışabiliyor. Hırvatistan'da 6 yıllık tıp fakültesi eğitimini 5 aylık 'internship' dönemi izliyor. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi ise 4 yıl sürüyor.

Sağlık Bakanlığı her yıl kaç kişiye bu uzmanlık eğitiminin verileceğini açıkladıktan sonra, ilgilenen hekimler uzmanlık eğitimi için başvurularını lokal

sağlık merkezlerine yapıyor ve seçimi bu merkezler yapıyor. Başvurusu kabul edilen hekimler, uzmanlık eğitim sürelerinin iki katı kadar süre bu merkezde çalışacaklarını beyan eden bir kontraktı imzalamakla da yükümlüler.

Hırvatistan'da bir aile hekimi en fazla 2500 kişiden sorumlu ve günlük başvuru sayısı 60 ila 100 arasında değişiyor. Başvuruların yarısı muayene için iken, diğer yarısı telefon danışmanlığı, ilaç yazılması, bazı medikal gereçler için rapor çıkarılması vs. için oluyor. Yabancı bir hekimin Hırvatistan'da çalışabilmesi için Hırvatça bilmesi, tıp diploması ile Croatian Medical Chamber'a başvurması, iş deneyimini kanıtlaması, kendi ülkesinde bir tıp birliğine üyeliğini kanıtlaması, 5 ay Hırvatistan'da 'internship' yapması, devlet tarafından yapılan uzmanlık sınavını geçmesi ve bir mentor ile 3 yıl Hırvatistan'da çalışması gerekiyor.

İtalya

İtalyan ekip Andrea Posocco ve Giorgio Sessa'dan oluşmakta idi. Beveridge model sağlık sisteminin uygulandığı İtalya'da, federal sisteme benzer şekilde lokal sağlık birimlerinin kendilerine ait yönetim birimleri bulunuyor. Bir aile hekiminin en fazla 1500 hastadan sorumlu olduğu ülkede, birinci basamak sağlık merkezleri hafta içi ve 8:00-20:00 saatleri arasında hizmet veriyor.

İtalyan bir aile hekimi 6 yaşından küçük hastalara bakmakla yükümlü değil ve jinekolojik problemlerle ilgilenmek günlük pratiklerinde yer almıyor. Dr. Andrea, İtalya'da çalışmanın dezavantajlarını; bütçe kesintileri, bürokrasi problemleri, bölgesel fark-

Resim 3. Konferans sabahı



Resim 4. İtalya, Hırvatistan, UK ekibi ile



lılıklar olarak; avatajlarını ise çalışma saat ve düzenini kişinin kendisinin belirlemesi, hafta sonları çalışılmaması, gece nöbetlerinin olmaması, maaşının iyi olması olarak sıralıyor. Ülkede 6 yıllık tıp fakültesinden sonra aile hekimliği uzmanlık eğitimi 3 yıl sürüyor. Asistanlık eğitimi 1 yıl birinci basamak sağlık merkezinde, 2 yıl lokal sağlık birimlerinde (2. basamak) yada hastanelerde alınan rotasyonlardan oluşuyor. İtalya da yabancı bir hekim olarak çalışabilmek için, tıp diplomasının ve uzmanlık belgesinin sertifikaya edilmesi, kriminal geçmişinin olmaması, vergi pulu ve elçilik sertifikasyonu gerekiyor. Dil yeterliliği ise aranmıyor.

Portekiz

Bir diğer misafir ülke Portekiz idi ve Bruna Fernandes, Marta Almendra Rodrigues ve Eduarda Cerdeira bizlerle idi. Nüfusunun % 20 si 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşan Portekiz’de, bir aile hekiminin hasta popülasyonu yaklaşık 1900 kişidir. 6 yıllık tıp fakültesi eğitimi, 1 yıllık genel pratisyen olarak çalışma sürecinden sonra, aile hekimliği uzmanlık eğitimi 4 yıl sürmektedir. Asistanlık programı; Unidade de Saúde Familiar (USF) olarak adlandırılan birinci basamak sağlık merkezlerinde aile hekimliği uygulamalarını ve pediatri, jinekoloji & obstetrik, ruh sağlığı, acil servis ve 6 ay seçmeli rotasyonlardan oluşmaktadır. USF’ler 8:00-20:00 saatleri arasında ve hafta içi günlerde hizmet vermektedir.

Portekiz’de çalışmak isteyen yabancı hekimlerin, öğrenmesi çok da kolay olmayan Portekizce bilmesi, kalıcı oturum vizesi alması ve kriminal geçmişinin olmaması gerekmektedir. Portekiz tıp birliği tara-

findan tıp diploması ve uzmanlık diplomalarının sertifikaya edilmesi ve iletişim becerileri sınavının başarı ile tamamlanması yaklaşık 2 yıl sürmektedir.

İsrail

İsrail, Dr. Shadi Salameh’in sunumuyla oturumda temsil edildi. 1995 te kabul edilen bir yasa ile ülkede, her yurttaş 4 farklı sağlık sigortasından birine kayıtlı olmak zorundadır ve sigorta temel tıbbi tedavileri, yani aile hekimliği harcamalarını, acil servis giderlerini, elektif cerrahi ve transplant giderlerini ve ciddi hastalıklar için ilaç masraflarını karşılamaktadır. Ülkede tıp fakültesi 6 yıl sürmekte ve öğrenciler lise diploma puanlarının en az 100 olmasıyla beraber, psikometrik ölçümlerle de yeterli puanı alabildiklerinde kabul alabilmektedirler.

İsrail’de çalışmak isteyen yabancı hekimleri zor bir süreç beklemektedir: İsrail de kalıcı oturum vizesi almak, akte ditede bir tıp fakültesinden mezun olmak, mezuniyetten sonra 1 yıl intership programını tamamlamış olmak, kriminal geçmişi olmamak, fiziki ve ruhsal açıdan sağlıklı olmak, sağlık bakanlığı tarafından yapılan sınavda başarılı olmak. İsrail sağlık bakanlığı tarafından yılda 2 defa yazılı bir sınav yapılmaktadır, sınav İbranice olmakla birlikte, yabancı bir dille sınava katılacakların en az 10 kişi olması durumunda sınav bu dile de çevrilebilmektedir. USA, Kanada, Büyük Britanya, Fransa, Güney Afrika, Avustralya ve Yeni Zellanda’lı hekimler ile bu ülkelerde en az 14 yıl çalışmış olanlar bu sınavdan muafır. Yabancı hekimlere önce geçici lisans verilmekte, daha sonra en fazla 2 yıl ile sınırlı olan kalıcı lisans verilmektedir. USA’de olduğu gibi İsrail’de de yeni

Resim 5. Royal Palace önünde



Resim 6. Portekiz ve İsrail ekibi



bir uygulama ile aile hekimleri için yan dal uzmanlık fırsatı doğmuştur. 2 ila 4 yıl arasında değişen sürelerde obstetri, geriatri, ortopedi, spor tıbbi, koruyucu hekimlik gibi branşlarda uzmanlaşmanın yolu açılmıştır.

Ben de sıram geldiğinde ülkemizdeki tıp eğitimi ve aile hekimliği uzmanlık eğitim programının ayrıntılarını, Türkiye'deki birinci basamak sağlık uygulamalarını ve yaşanan problemleri yabancı meslektaşlarımla paylaştım. Türkiye'de çalışmak isteyen yabancı bir hekimin yapması gerekenler hakkında bilgiler verdim.

Bütün misafir ülkeler sunumunu tamamlayıp, tartışma bölümü de sona erdikten sonra İspanya Değişim Grubu Madrid Bölgesel Koordinatörü Dr. Elena Klusova tarafından bizler için hazırlanan 'Chest X-Ray Assesment' oturumuna katıldık ve bu konudaki bilgilerimizi arttırdık.

Hospital Universitario 12 de Octubre Pediatrik Acil Ziyareti

Programın 5. gününde Madrid'in en büyük üniversite hastanesi olan Hospital Universitario 12 de Octubre'nin pediatrik acil servisini ziyaret ettik. Acil tıbbın bir uzmanlık dalı olarak kabul edilmediği İspanya'da, tüm acil servislerde birçok farklı branş-tan hekimler çalışabilmektedir.

Günde yaklaşık 300 hastanın başvurduğu Hospital Universitario 12 de Octubre acil biriminde, triyaj hemşireler tarafından yapılmakta ve hastalar aciliyetine göre 5 farklı renk ve gruba ayrılmaktadır.

Örneğin 1- Kırmızı renk; resusitasyon yapılması gereken en acil durumu ifade ederken, 5- Mavi en az aciliyeti olan yaklaşık 4 saat bekleyebilecek olan hastayı ifade eder. Acil serviste hastalar en fazla 24 saat yatarak takip edilmekte bu süre dolduğunda ilgili branşın yataklı servisine transferi yapılmaktadır.

Sonuç

İspanya birinci basamak sağlık ve acil servis hizmetlerini yakından gözlemlene imkânı bulduğum ve diğer 5 farklı ülke ile ilgili birçok bilgi edindiğim bu değişim programının hem hekimlik pratiğime hem kişisel bilgi ve görgüme katkıları çoktur. Aile Hekimliği disiplinin ruhundan kaynaklanan bu samimi ortamda, farklı ülkelerden meslektaşlarımla bilgi, kültür, deneyim alışverişinde bulunmak; kaygılarımızı problemlerimizi paylaşarak birlikte çözümler aramak hem motivasyonumu arttırdı hem ilerdeki planlarım için ilham verici oldu.

Zengin bilimsel içeriğinin yanında sosyal programıyla da dolu dolu bir 8 gün geçirdim. Retiro Parkta ördeklere ekmek kırması atmak; İspanyol müzikleriyle dans etmek; Sangria yudumlararken Flamenço dansındaki hüznü ve isyanın tarihini merak etmek; müzeleri, meydanları, anıtlarıyla İspanya tarihinde kısa bir yolculuğa çıkmak paha biçilemezdi.

Misafirperverliği ile beni evimde hissettiren çok sevgili ev sahibim Maria Jose ve Lidia'ya; artık bir üyesi de olduğum VdGM Türkiye Değişim Grubu ekibine teşekkür ediyor, tüm meslektaşlarımı ekibin bir parçası olmaya ve benzer deneyimleri yaşamaya davet ediyorum.

Resim 7. Sunum sırası Türkiye'de



Resim 8. Pediatrik acil servis



Resim 9. Tria klasifikasyonu

CLASIFICACION TRIAGE			
NIVEL DE URGENCIA	TIPO DE URGENCIA	COLOR	TIEMPO DE ESPERA
1	RESUCITACION	ROJO	ATENCION DE FORMA INMEDIATA
2	EMERGENCIA	NARANJA	10 - 15 MINUTOS
3	URGENCIA	AMARILLO	60 MINUTOS
4	URGENCIA MENOR	VERDE	2 HORAS
5	SIN URGENCIA	AZUL	4 HORAS

'It was an amazing week for many reasons. First of all, I made some good friends, with whom I share views, passions, hobbies and I can discuss about health care and several issues listening to different perspectives. I found out how Family Medicine works in Spain and the "Health Center" model, that I hope we will export to Italy.

Resim 10. Tüm katılımcılar Türk lokumunu tadarken



I knew how Spanish trainee live and the differences in their and our formation. I could enjoy Madrid with local people and some nice international colleagues. I came back home very stimulated and inspired and I can suggest this experience to every trainee or young family doctor.'

Andrea Posocco / Italy

Kaynaklar

1. The Vasco Da Gama Movement. For New and Future General Practitioners / Family Physicians <http://vdgm.woncaeurope.org/about>

Geliş tarihi: 22.04.2016

Kabul tarihi: 09.09.2016

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.12.2016

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Saliha Şahin

e-posta: saliha_sahin@yahoo.com