

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt
Volume **22** | Sayı
Number **2** | Nisan-Haziran
April-June **2018**

Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi

Hülya Çakmur, Ümit Baran Güneş



Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi

Mahcube Çubukçu



TAHUD
Türkiye Aile Hekimleri
Uzmanlık Derneği

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. İnceleme 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 tekrarından 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 yaşananlar 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.

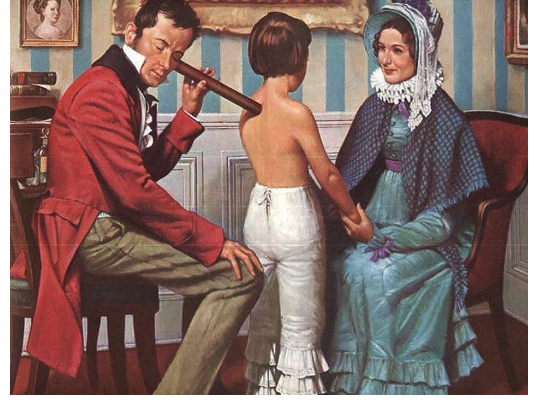
Özet: Türkçe ve İngilizce başlıklarla izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150 en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı 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.



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
Güzeltpe Mah. Ahmet Rasim Sok. No:44/3
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

Kapak Resmi: Laënnec and the Stethoscope. Painting by Robert A. Thom.

Yağlıboya (1915–1979, c. 1960.)

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 Urgan (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

17. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'ne doğru | 49

Towards the 17th National Family Medicine Congress

Esra Saatçi

Araştırmalar | Research Articles

Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi | 50

Falling risk assesment in home care patients

Mahcube Çubukçu

Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi | 58

Research the relationship between obesity and depression in outpatient clinics

Hülya Çakmur, Ümit Baran Güneş

Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların inhaler kullanım becerilerinin araştırılması | 66

Inhaler device usage skills in patients at pulmonology clinics

Şeyma Başlılar, Bengü Şaylan, Gülay Oludağ, Nesrin Sarıman

Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi | 78

Patient satisfaction in primary care and the relationship with physicians' job satisfaction

Sezgin Turgu, Serdar Öztora, Ayşe Çaylan, Hamdi Nezh Dağdeviren

Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış | 92

An overview of smoking habits of state hospital staff workers

Fatih Üzer

Olgu Sunumu | Case Report

Aplazia kutis konjenita: Olgu sunumu | 100

Presentation of Case of Aplasia Cutis Congenita Summary

Hatice Dülek, Güldehan Atış, Zeynep Tuzcular Vural, Işık Gönenç

17. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'ne doğru

Towards the 17th National Family Medicine Congress

Esra Saatçı¹

Değerli okurlarımız,

Dergimizin 22. Cildinin 2. Sayısına hoş geldiniz. Bu sayımızda, dört orijinal araştırma makalesi ve bir olgu sunumu yer alıyor. Umarım keyifle okursunuz. Önümüzde hepimizin sabırsızlıkla beklediği yaz tatili var, yorucu ve uzun bir kışın ardından hak edilmiş bu tatil dönemi umarım hepimiz için güzel geçer.

Ancak, malumunuz olduğu üzere hekimlik gibi akademisyenlikte de kesintisiz tatil kavramı yoktur. Yaz dönemini de makalelerimizi yazarak, projelerimizi yürüterek, yaklaşmakta olan 17. Ulusal Aile Hekimliği Kong-

remize bildiri, konuşma, kurs hazırlayarak değerlendireceğiz. Bu vesile ile okurlarımıza güzel bir yaz tatili ve verimli çalışmalar diliyorum, sevgi ve saygılarımı sunuyorum.

Bu sayının oluşturulmasında ve yayına hazırlanmasında emeği geçen editörler kurulu, teknik kurul, danışma kurulu üyelerine, hakemlerimize ve yazarlarımıza sonsuz teşekkürler.

Prof. Dr. Esra Saatçı

Baş Editör

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

1) Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü ve Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Adana

Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi

Falling risk assesment in home care patients

Mahcube Çubukçu¹

Özet

Amaç: Bu çalışmada evde bakıma kayıtlı hastaların düşme ile ilişkili risk faktörlerini belirlemek, düşme sıklığını saptamak ve bu sonuçlar doğrultusunda toplum düzeyinde düşmenin önlenmesi stratejilerinin etkinliğini artırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışma 01.01.2015-28.02.2015 tarihleri arasında yapıldı. 184 hasta Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Biriminde evlerinde ziyaret edildi. Aydınlatılmış onamı alınan hasta veya hasta yakınlarına sosyodemografik bilgilerini içeren anket formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği yüz yüze uygulandı. Veriler SPSS 20.00 programı ile değerlendirildi. Verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki kare ve Mann-Whitney U testi uygulandı. $p < 0,05$ anlamlı kabul edildi.

Bulgular: 184 hastanın yaş ortalaması $72,6 \pm 7,2$ idi. % 55,5'i kadındı. Hastalarımızın % 49,7'si yatağa yarı bağımlı ya da bağımsızdı. Düşme riski değerlendirdiğimiz hastalarda en sık gördüğümüz tanı Alzheimer (% 30,3, $n=56$) idi. Düşme riski, 65 yaş üstünde olanlarda, kronik hastalık ve ilaç kullanım öyküsü olanlarda daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$) Evde bakım alanların % 55,5'i yüksek düşme riskli bulunmuştur. Evde bakım hizmeti alan 184 hastanın İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre ortalama puanı $5,02 \pm 1,40$, kadınlarda $5,10 \pm 1,40$, erkeklerde $5,04 \pm 1,32$ bulunmuştur.

Sonuç: Evde bakım alanlarda düşme riski yüksektir. En sık görülen minör risk faktörü 65 yaşının üstünde olmak iken, en sık görülen major risk faktörü bilinç kapalılığı ve kooperasyon bozukluğudur. Evde bakım alanların belli aralıklarla düşme riski değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Evde bakım, evde bakım birimi, düşme, hasta

Summary

Objective: We aimed to determine the frequency and the risk factors associated with falling in patients registered to home care unit. By assesing these results to we try to increase the effectiveness of the prevention strategies at the community level.

Methods: This descriptive research was conducted between January 1-February 28, 2015. One hundred-eighty four patients were visited at home by Samsun Educatin and Research Hospital Home Care Unit. The patients or the caregivers who signed the informed consent form had a questionnaire about socio-demographic data and face to face Itaki Fall Risk Scale. The data were evaluated using the SPSS 20.00 package program. The distribution of the data was evaluated by the Pearson Ki Kare, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis test, Logistic regression analysis test. p values < 0.05 were accepted as statistically significant.

Results: The mean age of a hundred-eighty four patients were 74.4 ± 7.8 year. 55.5% of them were female. 51.3% of patients were independent on the bed. The most common diagnosis we saw in patients was Alzheimer 30.3% ($n=56$). Risk of falling were found significantly higher in those with over 65 years of age, and also in patients with chronic illness and drug usage history. (p values < 0.05) 55.5% of patients in home care have high fall risk. According the Itaki Fall Risk Scale the mean total score was 5.02 ± 1.40 , 5.10 ± 1.40 in women, 5.04 ± 1.32 in men.

Conclusion: Fall risk is higher in home care patients. The most common minor risk factor is being over sixty-five years old and the most common major risk factor is unconsciousness and lack of cooperativity. Fall risk should be assessed at certain intervals in home care patients.

Key Words: Home care, home care unit, fall, patient

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm.Dr., Samsun

Giriş

Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerleyerek çeşitli hastalıklarla birleştiği, fiziksel ve ruhsal yeteneklerin azaldığı bir durumdur. Normal yaşlanma; zamanın geçişine bağlı olarak, hastalık söz konusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır.^[1]

Düşme, kişinin herhangi bir kasıtlı hareket veya inme gibi major bir içsel faktör ya da araba çarpması gibi dışsal faktör olmaksızın bulunduğu yerden veya seviyeden daha aşağıda hareketsiz hale gelmesidir.^[2] Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre, düşme, kişinin dikkatsizlik ya da kaza nedeni ile yerde ya da kendisinden daha alt bir düzeyde uzanır duruma gelmesi olarak tanımlanmıştır.^[3]

Son 12 ay içerisinde 2'den fazla düşme meydana gelmesi, tekrarlayan düşme olarak tanımlanmaktadır.^[4] DSÖ'nün raporuna göre, 65 yaş ve üzerindeki kişilerin yaklaşık %28-35'i her yıl en az bir kez düşmektedir. Bu düşmelerin yarısı tekrarlayan düşmelerdir. Farklı çalışmalarda, 70 yaş üzerindeki kişilerde yaş arttıkça, düşmelerin sıklığı, şiddeti ve komplikasyonları %32-42'lere kadar çıkmaktadır.^[5]

ABD'de 65 yaş üstü kişilerde 2017 yılı için düşmeye bağlı ölüm 40 bine yakındır. 2030 yılı için ise öngörülen ölüm sayısının yaklaşık 100 bin kişi civarında olacağı tahmin edilmektedir.^[6]

Düşmelere bağlı olarak hastaların %15-50'sinde yaralanmalar meydana gelmektedir. Bunların %10'unu kırık ve laserasyon gibi büyük yaralanmalar oluşturmaktadır.^[7] Her yıl yaşlıların yaklaşık üçte biri düşmektedir.^[3] Düşme oranı erkeklerde (yılıda kişi başına 2,8 düşme) kadınlardan (yılıda kişi başına 1,5 düşme) daha yüksektir.^[12]

Potansiyel olarak düşmeye neden olan 400'ün üzerinde risk etmeni vardır. Çeşitli kaynaklarda risk etmenlerinin farklı sınıflandırmaları olmasına karşın genelde içsel ve dışsal nedenler olarak iki grupta toplanırlar.^[8] Dışsal risk etmenleri, ev ve çevre düzenlemeleri ile düzeltiler. İçsel nedenlerden yaş, cinsiyet ve görme kusurları dışındakiler, risk

etmenine yönelik çok yönlü girişimler gerektirir. Bu girişimlerin en önemlileri, yaşlıların işlevselliğini artıran, yaşam kalitesini iyileştiren ve tedavi edici etkisi olan bedensel etkinlik ve alıştırmalardır.^[9]

Çevresel nedenlere bağlı düşmelerin, çoğunlukla çevrede bulunan riskli materyallerden, tehlikeli aktivitelerin yapılması sırasında ya da yaşlı bireyin riskli aktivitelerdeki yetersizliğinden kaynaklandığı bulunmuştur.^[10] Yaşlıların düşme oranları sırasıyla evde % 55, evin yakın çevresinde %20 ve evden uzakta %25 olarak belirtilmektedir.^[11]

Düşmeleri önlemek açısından evin içinde ve dışında kullanılan alanların değerlendirilmesi, ev ortamında yaşlı bireylerin hareketlerinin gözlemlenmesi, yaşlı bireylerin düşme risklerinin belirlenmesi gereklidir. Değerlendirmede destek ve emniyet sağlayıcı faktörler göz önüne alınarak, bazı temel problemler üzerinde durmak gerekmektedir. Bunlar içerisinde en önemlileri; ışıklandırma, yer döşemeleri ve ıslak zeminlerdir. Sıklıkla bu kısımlar içinde; zemin döşemesinde kullanılan halılar ve kilimler, eşikler, zeminde bulunan elektrik kabloları, mobilya yükseklikleri, kullanılan alanlardaki yüzey düzgünlüğünü etkileyen ve takılmaya neden olabilecek diğer objeler değerlendirilmelidir. Benzer şekilde ev dışı bölümlerde uygun ışıklandırmaların kullanımı, merdivenlerin uygun genişlik ve yükseklikte olmaması, eve giriş alanları ve bu alanlardaki beklenilmeyen yüzey değişiklikleri sorgulanarak kaydedilmelidir. Bu değerlendirmenin sonucu olarak düşme riski ve ev kazalarını azaltmak için etkili stratejiler geliştirilerek, kişinin güvenli bir şekilde fonksiyonlarını sürdürmesi sağlanmalıdır. Bu konuda yapılan ev modifikasyonlarının, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlığının kazanılmasında ve yaşam memnuniyetinin artırılmasında etkili olduğu düşünülmektedir.^[15]

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı, kesitsel tipteki bu çalışma 01.01.2015-28.02.2015 tarihleri arasında yapıldı. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı 184 hasta evinde ziyaret edildi. Yatağa tam bağımlı olan

(%51,3, n=94) kişiler çalışma kapsamına alınmadı. Hasta veya hasta yakınlarının aydınlatılmış onam alındıktan sonra, 90 kişiye sosyo-demografik verileri içeren anket formu ve İtaki Düşme Riski Ölçeği yüz yüze görüşme esnasında uygulandı. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulmuş Evde Bakım Birimi'ne kayıtlı hasta dosyalarına göre sosyo-demografik veriler kaydedilmiştir. Yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence durumu, öğrenim durumu, ağrı ve beslenme durumu, bası yarası

varlığı, düşme öyküsü, kronik hastalık varlığı sorgulanmıştır. Okuma yazma bilmeyenlerin, afazisi olanların aydınlatılmış onam formları hasta yakını tarafından doldurulmuştur.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul onayı ve İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden yazılı izin alınmıştır.

Hasta güvenliği uygulamalarının bir parçası olan düşmelerin önlenmesi konusunda farklı ölçekler

Tablo 1. Bireylerin sosyo demografik özellikleri ve düşme risklerini etkileyen özelliklerin karşılaştırılması

		Toplam N (%)	Düşük risk N (%)	Yüksek risk N (%)	Ki kare testi p değeri
Yaş	18-41	20 (10,9)	6 (31,4)	14 (68,6)	$\chi^2=3,45$ $p=0,20$
	42-65	24 (13,0)	8 (33,1)	16 (66,9)	
	66-90	89 (48,4)	37(42,0)	52 (58,0)	
	90 ve üzeri	51 (27,7)	19 (37,3)	32 (62,7)	
Cinsiyet	Kadın	102 (55,5)	31 (30,4)	71 (69,6)	$\chi^2=1,44$ $p=0,12$
	Erkek	82 (44,5)	24 (29,2)	58 (70,8)	
Sosyal güvence	Var	180 (98,2)	72 (40,0)	108 (60,0)	$\chi^2=1,64$ $p=0,35$
	Yok	4 (1,8)	1 (25,0)	3 (75,0)	
Medeni durum	Evli	129 (70,2)	39 (30,4)	90 (69,6)	$\chi^2=0,36$ $p=0,41$
	Bekar	25 (13,6)	7 (30,0)	18 (70,0)	
	Dul/Boşanmış	30 (16,2)	8 (25,2)	22 (74,8)	
Öğrenim durumu	Okuma yazma bilmiyor	22 (12,0)	8 (33,6)	14 (66,4)	$\chi^2=1,53$ $p=0,24$
	İlkokul mezunu	72 (39,4)	24 (32,8)	48 (67,2)	
	Ortaokul mezunu	24 (13,2)	7 (28,7)	17 (71,3)	
	Lise mezunu	44 (24,1)	13 (30,5)	31 (69,5)	
	Üniversite mezunu	22 (11,3)	8 (37,9)	14 (62,1)	
Tıbbi tanı	Alzheimer	56 (30,3)	20 (46,4)	36 (53,6)	$\chi^2=2,43$ $p=0,38$
	Serebrovasküler hastalık	37 (20,2)	11 (29,7)	26 (70,3)	
	Hipertansiyon	28 (15,4)	12 (42,9)	16 (57,1)	
	Diyabetes mellitus	23 (12,6)	10 (43,5)	13 (56,5)	
	Demans	19 (10,1)	7 (36,8)	12 (63,2)	
	Parkinson	16 (8,7)	4 (25,0)	12 (75,0)	
	Onkolojik hastalıklar	5 (2,7)	2 (40,0)	3 (60,0)	

gözden geçirilerek, İtaki Düşme Riski Ölçeği geliştirilmiştir. İtaki Düşme Riski Ölçeği, Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî tarafından geliştirilmiştir. İlgili ölçek hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içermekte olup, ülkemizde Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Tablo 2. Evde bakım alanların düşme risklerini etkileyen özelliklerin dağılımı

Minör Risk Faktörleri	Var N, (%)	Yok N, (%)
65 yaşının üstünde olmak	140 (76,1)	44 (23,9)
Bilinç kapalılığı	8 (4,3)	176 (95,7)
Son 1 ay içinde düşme öyküsü	15 (8,2)	169 (91,8)
Kronik hastalık öyküsü	90 (48,8)	94 (51,2)
Fiziksel desteğe ihtiyaç duyma	118 (64,1)	66 (35,9)
Üriner/fekal kontinans bozukluğu	132 (72,0)	52 (28,0)
Görmede zayıflık	139 (75,7)	45 (24,3)
Dörtten fazla ilaç kullanımı	114 (62,2)	70 (37,8)
Üçün altında bakım ekipmanı	80 (43,5)	104 (56,5)
Yatak korkuluklarının eksikliği	89 (11,4)	95 (88,6)
Yürüme alanlarında fiziksel engeller	38 (20,6)	146 (79,4)
Major Risk Faktörleri		
Bilinç kapalı veya kooperasyon bozuk	127 (69,2)	57 (30,8)
Ayakta yürürken denge problemi	45 (24,4)	139 (75,6)
Baş dönmesi	37 (20,1)	147 (79,9)
Ortostatik hipotansiyon	25 (13,4)	159 (86,6)
Görme engeli	13 (7,2)	171 (92,8)
Bedensel engel	17 (10,7)	167 (89,3)
Hastaya bağlı üç ve üstü bakım ekipmanı	24 (16,7)	160 (83,3)
Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı	49 (26,4)	135 (73,6)

tarafından kullanılması önerilmektedir. Geliştirilen bu ölçek hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içerecek şekilde, toplam 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Risk faktörleri majör ve minör olarak kategorize edilmiş, minör risk faktörlerine 1 puan, majör risk faktörlerine ise 5 puan verilmiştir. Minör risk faktörleri 11, majör risk faktörleri 8 faktörden oluşmaktadır.

Minör risk faktörleri; 65 yaşının üstünde olmak, bilinç kapalılığı, görmede zayıflık, son 1 ayda düşme öyküsü varlığı, kronik hastalık varlığı, fiziksel destek ihtiyacı, üriner ya da fekal inkontinans durumu, zayıf görme durumu, 4'den fazla ilaç kullanımı, 3'ün altında bakım ekipmanı kullanımı, yatak korkuluklarının bulunmaması, yürüme alanında fiziksel engel varlığıydı.

Majör risk faktörleri; bilinç açık, koopere olmaması, ayakta ya da yürürken denge problemi olması, baş dönmesi varlığı, ortostatik hipotansiyon durumu, görme ve bedensel engel varlığı, hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı, son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı idi. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden risk düzeyleri belirlenmiştir.

İtaki Düşme Riski Ölçeği puanı 5 ve üzerinde olan hastalar, düşme riski yüksek olarak değerlendirilmiştir. İtaki Düşme Riski Ölçeği Puanı 5'in altında olan hastaların, düşme riski düşük kabul edilmiştir. Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gereklilikleri almak için düşme riski yüksek hastalarda "Dört Yapraklı Yonca" figürünün kullanılması öngörülmüştür.^[14] Veriler SPSS 20,0 programı ile kayıt altına alındı. $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Evde bakım hizmeti alan, düşme risk ölçeği ile değerlendirilen 90 kişinin %52,1'i (n=47) kadın idi (**Tablo1**). Hastaların yaş ortalaması $74,4 \pm 7,8$ bulunmuştur. Katılımcıların %11,8'i (n=11) ev hanımı, %36,6'sı (n=33) emekli, %51,6'sı (n=46) çalışmamaktadır. 90 kişinin %11,5'inin (n=10) geliri giderinden fazla, %51,5'sinin (n=47) geliri

giderine eşit, %37'sinin (n=33) geliri giderinden azdır. Kişilerin %48,3'ü (n=43) apartman daire-sinde, %51,7'si (n=47) müstakil evde oturuyordu. Katılımcıların %56,2'si (n=52) beslenme durumunu yeterli, %43,8'i (n=38) beslenme durumunu yetersiz olarak ifade etmiştir.

Hasta veya hasta yakınlarının %58,4'ü (n=53) genel vücut ağrısı olduğunu ifade etmiştir. 90 kişinin %31,4 ünde (n=28) bası yarası (evre I-II) mevcuttu. Hastaların %41,5'i (n=37) en az bir operasyon geçirmişti. 90 kişinin ortalama çocuk sayısı $1,32 \pm 0,54$ idi. En çok görülen kronik hastalık Hipertansiyon (%15,5, n=14 idi) (Tablo1).

Hastalara en çok aile üyeleri (%50,8, n=46) tarafından bakım verilmekteydi. Hastalarımızın

%20,8'inde (n=19) bir kez düşme hikayesi vardı. Kişilerin %60,7'sinde (n=55) dörtten fazla ilaç kullanım öyküsü vardı. Evde bakım alanlarda yaş ve kronik hastalık varlığı ile düşme riski arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($p < 0,005$) (Tablo 1).

Evde bakım alanlarda düşmeyi etkileyen en sık minör risk faktörü, 65 yaşının üstünde olmak iken, en sık görülen major risk faktörü bilinç kapalılığı ve kooperasyon bozukluğu idi (Tablo 2). Lojistik regresyon analizine göre yaş arttıkça ve kronik hastalık varlığında, düşme riskinin arttığı saptanmıştır ($p < 0,05$) (Tablo 3).

İtali Düşme Risk Ölçeğinin minör ve majör risk faktörleri sorgulanarak puanlama yapıldı. Minör

Tablo 3. Cinsiyet ve yaşa göre düşme sıklığının karşılaştırılması

		Düşmemiş	1 kez	2 veya daha fazla	Ki kare testi	p
Cinsiyet	Kadın	45	28	16	8,421	0,144
	Erkek	55	27	13		
Yaş	65-69	20	14	10	13,442	0,012
	70-74	28	18	12		
	75-79	10	18	14		
	80 ve üzeri	6	16	18		

Tablo 4. Düşme sıklığının medeni duruma göre karşılaştırılması

	Düşmemiş	1 kez	2 veya daha fazla	Ki kare testi	p
Evli	7	55	10	4,724	0,302
Bekar	5	42	15		0,431
Dul/boşanmış	3	33	14		0,543

Tablo 5. Evde bakım alanların kullanılan ilaç sayısına göre düşme sıklığı değerlendirme bulguları (n=184)

		N	Mann Whitney U testi Z	Mann Whitney U testi P
Kullanılan ilaç sayısı	Düşmemiş	87	-3,28	0,000
	1 kez	56	-1,07	0,324
	2 veya daha fazla	41	-1,42	0,235

risk faktörlerinin olması durumunda, her bir risk faktörü için 1 puan, majör risk faktörlerinin olması durumunda, her biri için 5 puan verilmiştir. Evde bakım alanların %44,6'sı düşme riski açısından düşük riskli (5 puan altı), %55,4'ü yüksek riskli (5 puan ve üzeri) bulunmuştur. Evde bakım hizmeti alan 90 hastanın İtali Düşme Riski Ölçeğine göre ortalama puanı $5,25 \pm 1,49$, kadınlarda ortalama puan $5,34 \pm 1,40$, erkeklerde ortalama puan $5,16 \pm 1,58$ bulunmuştur. Toplam puan 5'in üstünde olduğundan evde bakım hizmeti alanlarda düşme riski yüksek tespit edilmiştir (Tablo 5).

Evde bakım hizmeti alan, düşme öyküsü bulunmayan kişilerin İtali Düşme Riski Ölçeği toplam puanı, düşme sayısı 1 ya da daha fazla olan kişilerin İtali Düşme Riski Ölçeği toplam puanından yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tartışma

Düşme, yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan, sonrasında yaşanan komplikasyonların ortaya çıkardığı yetersizlikler nedeniyle fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir sorundur. Bu nedenle evde bakım alan hastalarda düşmenin tanımlanması ve risk faktörlerinin belirlenmesi, ortadan kaldırılması ya da önlemlerin alınmasının düşme insidansını azaltacağı bildirilmektedir.^[15]

Çalışmamızda evde bakım alanların bakım vericisi en sık aile üyeleriydi (%51,3). Çayır ve arkadaşlarının çalışmasında da bakım verenler %82,4 oranında aile üyeleridir.^[16] Ayabakan ve arkadaşlarının çalışmasında da evde bakım alanların bakım vericisi %87,3 oranında aile üyeleridir.^[17]

Suhr ve arkadaşlarının çalışmasında evde bakım hizmeti alan kişilerin yaş ortalaması $80,4 \pm 11,2$ tespit edilmiştir.^[18] Çalışmamızda ise evde bakım alanların yaş ortalaması $74,4 \pm 7,8$ idi.

Çalışmamızda evde bakım alanların %76,1'nin 65 yaş ve üzerinde olduğunu tespit ettik. Işık ve arkadaşlarının çalışmasında evde bakım alanların %72,5'i 61 yaş ve üzerindeydi.^[19] Evde bakım hizmeti alanların %53,5'u 70 yaş üzerindeydi. Fialova ve arkadaşlarının çalışmasında ise %82,5'u 75 yaş

üzerindeydi.^[20] Hastalarımızın çoğu 65 yaş ve üzeri yaşta olduğundan, hastalarımızda düşme riskinin yüksek (%55,5) olduğunu düşünüyoruz. Bu durum, ileri yaşlarda kronik hastalıkların artması, fiziksel aktivitenin azalması, kas güçsüzlüğü ve denge bozukluğunun artması ile 65 ve üzeri yaş grubunda düşme riskinin yüksek olmasını açıklayabilir.

Cesari ve arkadaşlarının çalışmasında evde bakım alanlarda %35,9 düşme sıklığı tespit edilmiştir.^[21] Bizim çalışmamızda da evde bakım hizmeti alanların %55,5'inde düşme riski yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni evde bakım hizmeti alan hastalarımızın çoğunun yatağa tam ya da yarı bağımlı olması olabilir.

Çalışmamızda cinsiyet ile düşme riski açısından fark bulunmamıştır. Wu ve arkadaşlarının çalışmasında ise kadınların, erkeklerden daha sık düştüğü tespit edilmiştir.^[24]

Yaş arttıkça düşme riskinin arttığı tespit edilmiştir. Chu ve arkadaşlarının çalışmasında da düşme riskinin yaşla birlikte arttığı, düşme riskinin 75-79 yaş grubunda %36,3, 80-84 yaş grubunda %38,7, 85 yaş ve üstü grupta %46,8 olduğu saptanmıştır.^[5] Karataş ve arkadaşlarının çalışmasında ise 65 yaş ve üstündeki yaş grubunda düşme riskinin, 65 yaş ve altındaki yaş grubuna göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir.^[18] Wu ve arkadaşlarının çalışmasında yaşlıların %21'i yılda 1 kez düşmüştür.^[22] Bizim çalışmamızda ise evde bakım alan kişilerin %30,2'si yılda 1 kez düşmüştür.

Lipsitz ve arkadaşları düşen bireylerin, düşmeyen bireylere oranla daha çok ilaç aldıklarını tespit etmişlerdir.^[23] Rekeneire ve arkadaşları, geçmişte düşme hikayesine sahip bireylerin genellikle daha fazla ilaç kullandıklarını rapor etmişlerdir.^[24]

Guimaraes ve arkadaşlarının çalışmasının sonucunda; kullanılan ilaç miktarının düşme sıklığını etkilediği tespit edilmiştir. 5 veya daha fazla ilaç kullananlardaki düşme sıklığını, 5'ten az ilaç kullanan gruplarla karşılaştırdıklarında anlamlı ölçüde yüksek bulmuşlardır.^[25] Çalışmamızda evde bakım alanlarda kullanılan ilaç sayısı ile düşme arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.

Bu sonuç, literatür ile benzerlik göstermektedir ve ilaç sayısının fazla olması düşme açısından bir risk faktörüdür.

Sonuç

Evde bakım alanlarda düşme riski yüksek bulunmuştur. İtaki Düşme Risk Ölçeği'ne göre en sık görülen minör risk faktörü 65 yaşının üstünde

olmak iken, en sık görülen major risk faktörü bilinç kapalılığı ve kooperasyon bozukluğuydu. Yaş arttıkça ve kronik hasta varlığında düşme riski artmıştır. Evde bakım alanlarda belli aralıklarla düşme riski değerlendirilmelidir. Düşme risk ölçeği ile düşme riski belirlenen hastalarda, çok bileşenli düşme önleme girişimlerinin uygulanması ile düşmeler önlenabilir ya da azaltılabilir.

Kaynaklar

1. Arnoğul S. Geriatri ve Gerontoloji. Birinci Baskı. Ankara, Nobel Kitabevi, 2006;393-400.
2. Fuller GF. Falls in the elderly. Am Fam Physician 2000;61: 2159-68, 2173-4.
3. World Health Organisation Falls.http://www.who.int/violence_injury_prevention/other_injury/falls/en/index.html adresinden 29/11/2017 tarihinde erişilmiştir.
4. Uysal A, Ardahan M, Ergül Ş. Evde Yaşayan Yaşlıların Düşme Risklerinin Belirlenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006;9(2):75-80.
5. Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHO Library Cataloguing in Publication Data.<http://www.who.int/ageing/Project> sayfasından 29/11/2017 tarihinde erişilmiştir.
6. Houry D, Florence C, Baldwin G, Stewens J, McClure R. The CDC Injury Center's Response to the Growing Public Health Problem of Falls Among Older Adults. American Journal of Lifestyle Medicine 2016;10(1); 74-7.
7. Schwendimann R, Buhler H, De Geest S, Millisen K. Falls and consequent injuries in hospitalized patients: effects of an interdisciplinary falls prevention program. BMC Health Serv Res 2006 ;6:69.
8. Bueno-Cavanillas A, Padilla-Ruiz F, Jiménez-Moleón JJ, Peinado-Alonso CA, Gálvez-Vargas R. Risk factors in falls among the elderly according to extrinsic and intrinsic precipitating causes. Eur J Epidemiol 2000;16(9):849-59.
9. Lin MR, Wolf SL, Hwang HF, Gong SY, Chen CY. A Randomized, Controlled Trial of Fall Prevention Programs and Quality of Life in Older Fallers. J Am Geriatr Soc 2007;55(4):499-506.
10. Taşkıran ÖÖ. Yaşlılarda düşme ve düşmeye yol açabilecek risk faktörlerinin değerlendirilmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara, 2005.
11. Baker MW, Heitkemper MM. The roles of nurses on interprofessional teams to combat elder mistreatment. Nursing Outlook 2005;53(5):253-9.
12. Lord SR, Castel S, Corcoran J "et al" The Effect of Group Exercise on Physical Functioning and Falls in Frail Older People Living in Retirement Villages: A Randomized, Controlled Trial. Journal of the American Geriatrics Society 2003;51(12):1685-92.
13. Iwarsson S, Wahl HW, Nygren C, et al. Importance of the home environment for healthy aging: conceptual and methodological background of the european enable-age project. Gerontologist 2007;47:78-84.
14. İtaki Düşme Riski Ölçeği <http://www.kalite.saglik.gov.tr> adresinden 15/06/2017 tarihinde indirilmiştir.
15. Çapacı K. İnmede düşme ve kırıklar. Türk Fizik Tıp Rehabilitasyon Dergisi 2007; 53: 7-10.

16. Çayır Y, Avşar ZÜ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan SA. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi 2013;5(3):9-12.
17. Ayabakan D, Ates E, Kurt B, Nazlıcan E, Akbala M. Investigation of depression and quality of life factors in cancer patients' caregivers. J BUON 2017;22(2): 524-29.
18. Suhr R, Lahmann NA. Urinary incontinence in home care: a representative multicenter study on prevalence, severity, impact on quality of life, and risk factors. Aging Clinical and Experimental Research 2017 :4(6):1-6.
19. Işık A, Cankurtaran M, Doruk H, Mas MR. Geriatrik Olgularda Düşmenin Değerlendirilmesi. Turkish J Geriatrics 2006;9:45-50.
20. Fiavola D, Topinkova E, Gambassi G, Soveri-Finne H. Potentially Inappropriate Medication Use Among Elderly Home Care Patients in Europe. JAMA 2005;293(11):1348-58.
21. Cesari M, Landi F, Torre S, Onder G. Prevalence and Risk Factors for Falls in an Older Community-Dwelling Population. The Journalst of Gerontology 2002;57(11):722-26.
22. Wu TY, Chie WC, Yang RS, Liu JP, Wong WK, Liaw CK. Factors Associated with Falls Among Community-Dwelling Older People in Taiwan. Annals Academy of Medicine 2013;42(7):320-7.
23. Lipsitz LA, Jonsson V, Kelley MM, Koestner JS. Causes and Correlates of Recurrent Falls in Ambulatory Frail Elderly. Journal of Gerontology 1991; 46(4):114-22.
24. Rekeneire ND, Visser M, Peila R. et all. Is a Fall Just a Fall: Correlates of Falling in Healthy Older Persons. Journal of the American Geriatrics Society 2003;51: 841-46.
25. Guimaraes JMN, Farinatti PTV. Descriptive Analysis of Variables Theoretically Associated to the Risk of Falls in Elder Women. Revista Brasileira de Medicina do Esporte 2005; 11(5):280-6.

Geliş tarihi: 05.09.2017

Kabul tarihi: 28.02.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Dr. Mahcub Çubukçu

e-posta: mahcube@gmail.com

Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi

Research the relationship between obesity and depression in outpatient clinics

Hülya Çakmur¹, Ümit Baran Güneş²

Özet

Amaç: Obezite ve depresyon, tüm dünyada ve ülkemizde, sıklığı giderek artan önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmanın amacı; obez ve obez olmayan katılımcılarda obezite ve depresyon arasında ilişki olup olmadığını incelemektir.

Yöntem: Bu çalışmaya 18 - 65 yaş grubunda, 92 obez ve 107 obez olmayan toplam 199 birey alınmıştır. Yaş grupları, ortalamaya göre sınıflandırılarak incelenmiştir. Beden bileşimi ölçümleri, Biyo-elektriksel İmpedans analizi ile yapılmıştır. Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tanımlanmasına göre; Beden Kütle İndeksi ≥ 30 olarak sınıflandırılmıştır. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği kullanılarak her iki grupta depresyon durumu incelenmiştir. Depresyon, tüm katılımcıların ölçek puan ortalamasının yer aldığı gruba göre derecelendirilmiştir.

Bulgular: Her iki grupta toplam 118 olguda "hafif depresyon" saptanmıştır (%59,3). Obez olgularda kadınlarda depresyon riski 3,1 kat (OR=3.111, GA:1.262-7.667) yüksek ve fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Obez olmayan olgularda depresyon riski kadınlarda 2,4 kat (OR=2.449, %95 GA=0.939-4.387) yüksek bulunmuş, ancak güven aralığının "1" değerini içerdiği ve farkın istatistiksel anlamlılık değerine yakın olduğu görülmüştür. Tüm katılımcılarda, depresyon riski kadınlarda 2,7 kat (OR=2.680, GA: 1.246-5.938) yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür. Obez olgularda depresyon riskinin obez olmayan olgulara göre 2,9 kat (OR=2.453, GA:1.363-6.713) yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, obez ve kadın katılımcılarda depresyon riski, obez olmayanlara ve erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: Obezite, depresyon, biyo-elektrik impedans analizi, demografi

Summary

Objective: Obesity and depression, is an important health problem whose frequency is ever-increasing. The aim of this study is to examine whether there is a relationship between obesity and depression in obese and non-obese participants.

Methods: A total of 199 individuals in the 18-65 age group, 92 obese and 107 non-obese, were included in this study. Age groups were categorized according to mean values. Body measurements were conducted through Bio-electrical Impedance Analysis. Obesity was classified as ≥ 30 according to body mass index of the World Health Organization. Depression cases in both groups were studied by using The Hamilton Rating Scale for Depression. Depression was graded according to the scale in which all participants had a scale point average.

Results: A total of 118 cases of depression were detected in both groups (59.3%). The risk of depression in women with obesity was 3.1 times higher (OR=3.111, GA:1.262-7.667) than in men, and the difference was statistically significant. The risk of depression in non-obese participants was found to be 2.4 times higher in women (OR=2.449, GA: 0.939-4.387) than in men, but the confidence interval was found to be including "1" number, and the difference was close to statistical significance. In all participants, the risk of depression was found to be 2.7 times higher in women (OR=2.680, GA:1.246-5.938) than in men, and the difference was found to be statistically significant. The risk of depression in obese subjects was 2.9 times higher (OR=2.453, GA:1.363-6.713) than in the non-obese subjects, and the difference was statistically significant.

Conclusion: In this study, the risk of depression in obese and female participants was found to be statistically significantly higher than that in non-obese and males.

Key words: Obesity, depression, bio-electrical impedance analysis, demography

¹ Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç.Dr., Kars

² Tekman Devlet Hastanesi, Uzm.Dr., Erzurum

Giriş

Obezite; harcanandan fazla kalori alımı nedeniyle oluşan, bedende yağ dokusu artışı ile karakterize, organik bozukluklara zemin hazırlayarak yaşam kalitesini düşüren, önemli ve önlenebilir bir halk sağlığı sorunudur.⁽¹⁻³⁾ Türkiye’de obezite sıklığı %32 olarak bildirilmiştir.⁽³⁾ Ülkemizde erişkin toplumun 2/3’ünün kilolu ya da obez olduğu, erkeklerde kilo fazlalığının, kadınlarda ise obezitenin daha yaygın olduğu gösterilmiştir.⁽³⁾ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2016 yılında, dünya nüfusunun yarıdan fazlasının obez ya da fazla kilolu olduğunu, obezitenin bulaşıcı hastalıklar ve açlığın yol açtığı hastalıklardan daha fazla ölüme neden olduğunu ve beş yaş altı 42 milyon çocuğun fazla kilo ya da obezite sorunu yaşadığını bildirmiştir.⁽²⁾

Bireyin düşünce, duygu ve davranışlarını olumsuz etkileyen, derin üzüntülü bir duygu durum bozukluğu olarak tanımlanan depresyon da diğer bir halk sağlığı sorunu olarak değerlendirilmekte ve sıklığı giderek artmaktadır.^(4,5) Dünyada her yaş grubunda 350 milyon insanın depresyondan etkilendiği bildirilmiştir.⁽⁵⁾

Depresyon ve obezite prevalansının giderek artması, her iki durumun da sistemik hastalık riskini artırması nedeniyle önemlidir.^(2,5,6) Obezite ve depresyonun önlenebilir ve yönetilebilir oluşları, temel sağlık hizmetlerinde, sağlığı koruyup geliştiren, böylece sağlık giderlerini de azaltan politikalar oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır.⁽⁷⁾ Depresyon ve obezite etiyolojisinde moleküler, genetik, hormonal, immünolojik ve çevresel bir çok etken araştırılmaktadır.^(1,2,4,5,8) Son yıllarda obezite ve depresyonun birbirleri arasında nedensel bir ilişki olup olmadığını inceleyen çok sayıda araştırma bildirilmiştir.^(6,9-12)

Yapılan çalışmalarda, depresyonun obezite ya da obezitenin depresyon riskini artırdığı gibi farklı sonuçlar bildirilmesine karşın, çoğunlukla depresyon ve obezite arasında karşılıklı bir etkileşim olduğu gösterilmiştir.⁽¹³⁻¹⁶⁾ Bu çalışmanın amacı; sistematik olarak oluşturulmamış, rastgele poliklinik başvurularında obezite ve depresyon arasında ilişki olup olmadığını incelemektir. Bu amaçla obez ve obez olmayan katılımcılarda depresyon durumu yaşa ve cinsiyete göre incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma; olgu (obez) ve kontrol (obez olmayan) serisini tanımlayan bir çalışmadır. Bu çalışma, 18-65 yaş grubu erişkinlerde, Kasım 2013 - Şubat 2014 tarihleri arasında, Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Aile Hekimliği - Obezite Polikliniği’nde yapılmıştır. Kafkas Üniversitesi Etik Kurul Komitesi çalışmayı onaylamıştır (protokol no: 80576354-050-99/25). Çalışmanın adı, amacı ve içeriği açıklanarak, katılımcılardan sözlü olarak aydınlatılmış onam alınmıştır. Araştırmaya yaşa ve cinsiyete göre eşleştirilmiş olan 92 obez ve 107 obez olmayan toplam 199 birey dahil edilmiştir. Obezitenin değerlendirilmesi amacıyla, Biyo-Elektrik İmpedans (BEİ) ölçümleri, poliklinik ortamında yapılmıştır.⁽¹⁷⁾ Depresyon riskinin değerlendirilmesi için Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ) kullanılmıştır.⁽¹⁸⁾ HDDÖ, klinisyen tarafından değerlendirilmesi gerektiği için doğrudan araştırmacılar tarafından, katılımcılarla yüz-yüze görüşülerek uygulanmıştır.

Dışlama Ölçütleri

Tedavi altında olan diyabetik olgular, belirgin bilişsel bozukluğu olan olgular, depresyon tanısı nedeniyle izlenen ve antidepressif ilaç kullanan olgular çalışma dışında bırakılmıştır. İleri yaşta depresyon ve obezitenin birbirinden çok, yaş değişkeninden etkilendiği gösterildiği için bu çalışmaya 65 yaş ü-zeri olgular alınmamıştır.⁽¹⁹⁾

Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği

Depresyon durumunu incelemek ve derecelendirmek amacıyla, geçerlilik - güvenilirlik analizleri yapılarak Türkçeye uyarlanmış olan, geniş kapsamlı depresyon ölçeği; “Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçekte; 0-7 puan: depresyon yok, 8-13 puan: hafif depresyon, 14-18 puan: orta düzeyde depresyon, 19-22 puan: ağır depresyon ve <23 puan: çok ağır depresyon olarak değerlendirilmektedir.⁽¹⁸⁾

Biyo-Elektrik İmpedans Ölçümü

Biyo-Elektrik İmpedans analizi, onaylı ve kalibre edilmiş, aynı adlı, hastane içi beden analiz cihazı ile yapılmıştır (Jawon X-Scan Plus 2).⁽¹⁷⁾ Biyo-Elektrik İmpedans (BEİ), elektrotlarına dokunularak, bu elektrotlar yoluyla, eş zamanlı tetra-

polar ölçüm yapan bir alettir. Elektrotlar, el ve ayak bileği olarak yerleştirilmiştir. Ayak bileği elektrot özelliği kullanıldığında, sistem içinde 12 elektrot arasından ayak tabanı ve el elektrodu veya ayak bileği ve el elektrodu seçilmesi yoluyla ölçüm yapılır. Ölçümler; yağsız beden kütlesi, iskelet kas kütlesi, yumuşak doku kütlesi, toplam beden su miktarı, hücre içi su miktarı, hücre dışı su miktarı, fazla beden yağı, beden kütle indeksi, beden yağ yüzdesi, iç organ yağ yüzeyi, bel-kalça oranı, iç organ yağ kütlesi, cilt altı yağ kütlesi, karın bölgesi yağı, bazal metabolik oran, toplam enerji miktarı, iç direnç, fazla kilo hedef kontrolü, fazla yağ hedef kontrolü ve ödem parametrelerini içermektedir.

BEİ için boy sınırı 110-200 cm, kilo sınırı 10-150 kg. dir. Ölçüm için yaş aralığı 7 - 89 yaş olarak belirtilmiştir. BEİ analizleri her bireye sabah aç olarak, ayakkabı ve çoraplar olmaksızın ve ince giysiler içinde uygulanmıştır.⁽¹⁷⁾

Beden Kütle İndeksi

Beden Kütle İndeksi (BKİ), Dünya Sağlık Örgütü tarafından öngörülen obezite ölçütleri kullanılarak beş grupta sınıflandırılmıştır. DSÖ ölçütlerine göre BKİ; $\leq 18,5$ zayıf, 18,5 - 24,9 normal kilo, 25 - 29,9 pre-obez, 30 - 34,9, birinci derece obez, ve ≥ 35 ikinci derece ya da ağır obez (morbid-ölümcül) olarak değerlendirilmektedir.⁽²⁰⁾ Çalışmada katılımcılar, ≥ 30 obez, ≤ 29 obez olmayan olarak gruplandırılmıştır.

Veri Analizi

Veri analizinde; tanımlayıcı analizler olarak sıklık, dağılım, ortalama ve standart sapma (SS) incelenmiştir. Kategorize edilen obez ve obez olmayan grupların karşılaştırılması için Ki-kare testi kullanılmıştır. Depresyon riskinin değerlendirilmesi

için Odds ratio (görelî olasılıklar oranı) analizi kullanılmış, OR Güven Aralığı %95 olarak belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınır değeri $p < 0,05$ olarak seçilmiştir. Veri analizinde SPSS 20.0 (Kafkas Üniversitesi, IP no: 194.27.41.6) yazılım programı kullanılmıştır.

Bulgular

Toplam çalışma grubunun (n=199) yaş aralığı 18 - 62 (ort:33.37 \pm 12.80 SS), %50,8'i kadındır. Obez grupta 92, obez olmayan grupta 107 birey yer almıştır. HDDÖ puanlarına göre, her iki grupta, toplam 118 olguda "hafif depresyon" saptanmıştır (%59,3). Olguların %26,2'sinde depresyon görülmemiş, %14,5 olguda "orta düzeyde depresyon" saptanmıştır. Orta düzeyde depresyon ölçek puanı olan katılımcılar, danışmanlık için yönlendirilerek çalışma dışı bırakılmıştır.

Dışlama ölçütü olduğu için olgularda "ağır" ve "çok ağır" depresyon puanı görülmemiştir. Obez ve obez olmayan katılımcıların bir arada değerlendirildiği toplam çalışma grubunda, depresyon ölçek puan ortalamasının "hafif depresyon"⁽⁸⁻¹³⁾ kategorisinde olduğu görülmüştür (puan aralığı 0-22; ort:9.10 \pm 5.08 SS). Bu nedenle karşılaştırma analizleri, puan ortalamasının yer aldığı "hafif depresyon" olguları ile yürütülmüştür (anlatım akışı için çalışmada ve tablolarda "hafif depresyon" olguları kısaca "depresyon" olarak sunulacaktır). Toplam çalışma grubunda saptanan depresyon olgularının (%59,3) %36,2'si kadın, %23,1'i erkek katılımcılardan oluşmuştur.

Cinsiyete göre incelendiğinde tüm katılımcılar içinde HDDÖ puanlarının kadınlarda, erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür (**Tablo 1**). Analizlerde önce her

Tablo 1. Katılımcılar arasında cinsiyet ve depresyon ilişkisi

Cinsiyet	Obez		Obez Olmayan		Toplam		HDDÖ (≥ 8)*		
	n	%	n	%	n	%	n	%	p
Kadın	48	52,20	53	49,50	101	50,75	72	36,18	0.007
Erkek	44	47,80	54	50,50	98	49,25	46	23,11	
Toplam	92	100,0	107	100,0	199	100,0	118	59,29	

*Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; ≤ 7 : depresyon yok, ≥ 8 : hafif depresyon olarak değerlendirilmiştir.

iki grubun; yaş, cinsiyet ve depresyon dağılımları, kendi içinde incelenmiştir (Tablo 1-3).

Obez ve obez olmayan grupların Bio-Elektrik İmpedans segmentlerinin dağılım analizleri; minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma olarak Tablo 4’te sunulmuştur. Bu değerler çalışma gruplarının homojen dağılımını göstermektedir.

Obez grubun yaş aralığı 18 - 61 (ort.34.57±11.60 SS), kadın katılımcı oranı % 52,2’dir. Bu grupta depresyon %69,6 oranında saptanmıştır (Tablo 1, 2). Kadınlarda depresyon ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek olduğu görülmüştür (Tablo 1). Yaş ortalaması temel alınarak iki grupta sınıflandırılan (≤ 35 , ≥ 36) obez katılımcılarda, yaş grupları ve HDDÖ puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (Tablo 3, 5). HDDÖ’nün minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri; obez, obez olmayan ve toplam çalışma grubu için ayrıca sunulmuştur (Tablo 5-7).

Obez olmayan grubun yaş aralığı 18 - 62 (ort. 32.77±13.33 SS) olarak saptanmıştır. Bu grupta kadın katılımcı oranı % 49,5, depresyon %50,5 olarak saptanmıştır (Tablo 1, 2). Obez olmayan katılımcılarda da yaş gruplarına göre HDDÖ pua-

nı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (Tablo 3, 6).

Depresyon riskine göre gruplar incelendiğinde; hem obez hem obez olmayan olgularda cinsiyetin önemli bir risk unsuru olduğu, yaşın her iki grupta da depresyon için risk oluşturmadığı görülmüştür. Obez olgularda kadınlarda depresyon riski 3,1 kat (OR=3.111, %95 GA:1.262-7.667) yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Obez olmayan olgularda depresyon riski kadınlarda 2,4 kat (OR=2.449, %95 GA=0.939-4.387) yüksek bulunmuştur. Ancak güven aralığı “1” değerini içerdiği için bu fark, istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 6).

Toplam çalışma grubunda depresyon riski incelendiğinde; obezite ve cinsiyetin depresyon için risk oluşturduğu, yaş faktörünün oluşturmadığı görülmüştür. Toplam grupta obez olgularda depresyon riskinin obez olmayan olgulara göre 2,9 kat (OR=2.453, GA:1.363-6.713) yüksek olduğu ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcılar değerlendirildiğinde; depresyon riski kadınlarda 2,7 kat (OR=2.680, GA:

Tablo 2. Katılımcılar arasında obezite ve depresyon ilişkisi

Depresyon	Obez		Obez Olmayan		Toplam		HDDÖ(≥ 8)*
	n	%	n	%	n	%	
Var (≥ 8)	64	69,56	54	50,47	118	59,29	0.002
Yok (≤ 7)	28	30,44	53	49,53	81	40,71	
Toplam	92	100,0	107	100,0	199	100,0	

*Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; ≤ 7 : depresyon yok, ≥ 8 : hafif depresyon olarak değerlendirilmiştir

Tablo 3. Katılımcıların yaşa gruplarına göre depresyon dağılımları ve toplam grubun yaş - depresyon ilişkisi

Yaş Grupları**	Obez		Yaş Grupları**	Obez Olmayan		HDDÖ(≥ 8)*
	n	%		n	%	
≤ 35	32	49,23	≤ 33	31	58,50	0.372
≥ 36	33	50,77	≥ 34	22	41,50	
Toplam	65	100,0	Toplam	53	100,0	

*Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği; ≤ 7 : depresyon yok, ≥ 8 : hafif depresyon olarak değerlendirilmiştir.**Yaş değişkeni, grupların kendi yaş ortalamalarına göre sınıflandırılmıştır.

Tablo 4. Obez ve obez olmayan gruplarda Bio-Elektrik İmpedans segmentlerinin tanımlayıcı analizleri

Segmentler	Obez				Obez olmayan			
	Min	Max	Ort	SS	Min	Max	Ort	SS
Yağsız Beden Kütlesi	43.80	90.60	56.95	10.67	32.50	84.50	47.69	9.25
İskelet Kas Kütlesi	16.60	53.90	25.77	6.86	2.50	57.30	22.81	7.97
Yumuşak Doku Kütlesi	39.80	80.90	51.68	9.65	30.10	79.10	43.89	8.71
Toplam Beden Su Miktarı	31.50	65.20	41.01	7.67	23.40	60.80	34.35	6.65
Hücre İçi Su Miktarı	19.40	38.70	24.80	4.50	14.40	37.20	21.02	4.14
Hücre Dışı Su Miktarı	9.40	26.80	16.09	3.26	9.50	23.60	13.34	2.52
Fazla Beden Yağı	20.20	86.90	37.49	11.97	4.50	28.30	16.30	5.54
Beden Kütle İndeksi	30.60	64.40	36.58	7.51	15.50	28.80	23.48	3.37
Beden Yağ Yüzdesi	22.80	49.00	39.02	5.31	7.40	41.20	25.16	6.63
İç Organ Yağ Yüzeyi	78.00	341.00	158.20	68.85	3.00	137.00	53.48	24.32
Bel Kalça Oranı	.81	1.13	.92	.06	.65	.96	.78	.05
İç Organ Yağ Kütlesi	2.80	16.20	5.82	2.59	.40	4.00	1.81	.81
Cilt Altı Yağ Kütlesi	17.40	70.70	31.41	9.41	.20	24.70	14.27	4.98
Karın Bölgesi Yağı	1.00	3.00	1.97	.71	1.00	5.00	2.27	1.62
Bazal Metabolik Oran	155.00	2031.00	1346.71	211.46	146.00	12766.00	1524.74	1543.94
Toplam Enerji Miktarı	1725.00	3128.00	2097.94	263.93	185.00	2960.00	2049.52	311.91
İç Direnç	256.00	500.00	392.04	60.32	248.00	725.00	484.43	86.23
Fazla Kilo Hedef Kontrolü	2.10	116.90	36.96	19.96	-17.30	23.10	4.14	9.20
Fazla Yağ Hedef Kontrolü	9.10	71.70	23.79	11.64	-8.90	13.90	2.85	5.28

Min: Minimum, Max: Maximum, Ort: Ortalama, SS: standart Sapma.

1.246-5.938) yüksek bulunmuş ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür (Tablo 7).

Tartışma

Bu çalışmada, obez ve kadın olgularda depresyon riski, obez olmayanlara ve erkeklere göre istatistiksel

olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Çalışmanın bulguları, obezite ve kadın cinsiyetin hafif depresyon için risk oluşturduğunu göstermiştir. Ancak obez olmayan olgularda da kadınlarda depresyon riskinin anlamlılık sınır değere yakın ölçüde yüksek oluşu, bu çalışmada kadın cinsiyetinin dep-

Tablo 5. Obez olgularda yaşa ve cinsiyete göre depresyon riski

Değişkenler	Kategorizasyon	HDDÖ		
		(min:0- max:21, ort:10.31, SD: 4.79)		
		P	OR	(95% GA)
Yaş	≤35	0.246	0.710	(0.331-1.525)
	≥36			
Cinsiyet	Kadın (n=48)	0.001	3.111	(1.262-7.667)
	Erkek (n=44)			

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, OR: Olasılıklar Oranı, GA:Güven Aralığı.

Tablo 6. Obez olmayan olgularda yaşa ve cinsiyete göre depresyon riski

Değişkenler	Kategorizasyon	HDDÖ		
		(min:0- max:24, ort:8.05, SD: 5.12)		
		P	OR	(95% GA)
Yaş	≤33	0.569	1.082	(0.303-3.868)
	≥34			
Cinsiyet	Kadın (n=53)	0.051	2.449	(0.939-4.387)
	Erkek (n=54)			

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, OR: Olasılıklar Oranı, GA:Güven Aralığı.

Tablo 7. Toplam çalışma grubunda yaş, cinsiyet ve BKİ' ne göre depresyon riski

Değişkenler	Kategorizasyon	HDDÖ		
		(min:0- max:24, ort:9.10, SD: 5.08)		
		P	OR	(95% GA)
Yaş	≤34	0.372	1.147	(0.649-2.027)
	≥35			
Cinsiyet	Kadın (n=101)	0.007	2.680	(1.246-5.938)
	Erkek (n=98)			
BKİ	≤29	0.002	2.923	(1.363-6.713)
	≥30			

HDDÖ: Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği, OR: Olasılıklar Oranı, GA:Güven Aralığı.

resyon için obez olmaktan daha yüksek risk taşıdığını göstermiştir. Çalışmanın kısıtlılığı, çalışma gruplarının yalnız yaş ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmiş olmasıdır. Bu inceleme sonucunda depresyon açısından sadece cinsiyet bir risk olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak kadınlar normal dağılmış popülasyon içinde de depresyon açısından daha yüksek risk taşıdıkları için obezitenin yarattığı farkı gösterebilmek mümkün olamamıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, hem obezite, hem de depresyon için çok sayıda değişkenin incelenmesi gerektiğini göstermiştir.

Obez bireylerin, obez olmayanlara göre daha yüksek oranda depresyon ve anksiyete bozukluğu yaşadıkları, depresyon ve obezite arasında güçlü bir ilişki olduğu çok sayıda araştırmada gösterilmiştir.^(13,21-25) Ancak depresyonun kilo kaybına neden olduğu, obezite ile değil, fazla kilolu oluş ile depresyon arasında ilişki olduğu da bildirilmiştir.⁽²⁶⁾ Depresyonun yeme bozuklukları ile bir arada olduğu ve depresyona, çok yeme ya da hiç yememenin eşlik ettiği bilinmektedir.⁽²⁷⁾

Depresyon gelişiminde obezitenin rolü mü olduğu yoksa obezitenin oluşmuş olan depresyonun kronikleşmesine mi neden olduğu anlamak için prospektif izlem çalışmaları yapılması gereklidir. Altı yıldan uzun süren bir araştırmada, depresyonun kronikleşmesi ve obezite arasında ilişki gösterilememiş, yazarlar; obezitenin, depresyon gelişimi riskini “hafif” olarak artırdığını bildirmişlerdir.⁽¹⁰⁾ Ülkemizde, obez ve normal kilolu bireylerin psikiyatrik değerlendirilmesine ilişkin az sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak yakın geçmişte yayınlanan bir araştırmada, depresyonun şiddetiyle, duygusal nedenlere bağlı yeme davranışı arasında pozitif korelasyon olduğu gösterilmiştir.⁽²⁸⁾

Her yaşta ve cinsten görülebilmesine karşın, depresyon ve obezitenin kadın cinsiyeti daha çok etkilediği yapılan araştırmalarda bildirilmiştir.^(29,30) Yalnız kadınlarda yapılan yedi yıl süreli prospektif bir kohort izlem çalışmasında, araştırmacılar; obez ya da düşük kilolu olanlarda gelecekte depresyon gelişme olasılığının anlamlı ölçüde yüksek olduğunu, ancak fazla kilolu olma ile depresyon arasında bir ilişki olmadığını bildirmişlerdir.⁽³¹⁾ Genç ve orta yaş grubunun incelendiği çalışmamızda, yaş grupları

ile obezite ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki görülmemiştir. Yan tutmaya göre düzeltilmiş olan bir meatanaliz çalışmasında yazarlar, genç ve orta yaş kadınlarda depresyonun obeziteye daha çok neden olduğunu, fazla kilolu olma durumu ile depresyon arasında ilişki olmadığını ve her iki cinsten depresyon ve obezite arasında karşılıklı risk olduğunu bildirmişlerdir.⁽¹³⁾

Bildirilen çalışmalarda; hangisi diğerinin riskini artırırsa artırsın, depresyon ve obezitenin, çoğu olguda bir arada oldukları görülmektedir.⁽³²⁾ Depresyon ve obezitenin bir arada oluşlarının tedaviyi de olumsuz etkilediği bildirilmiştir. Kohort tipi bir araştırmada; depresyon tanısı almış bireylerde obezitenin, antidepresan tedavi yanıtını düşürdüğü gösterilmiştir.⁽³³⁾

Obezite ve depresyon prevalansı gelişmekte olan ülkelerde dahil, tüm dünyada artmaktadır.^(2,5) Depresyon ve obezite, sistemik hastalıklara yol açarak, yaşam süresi ve kalitesini düşürmekte ve sağlık hizmetlerine önemli bir yük oluşturmaktadır.^(2,5,6) Bu durumun farkında olmak, birinci basamakta koruyucu önlemler geliştirmeyi sağlaması yönünden önemlidir. Fizik aktivite azlığı, beslenme ve çevresel etmenlerin obezite etiolojisinde yer aldığı bilinmekteyken; ayrıca depresyon etiolojisinde de rol oynadıkları bildirilmiştir.^(4,34)

Tüm bu etmenlerin yönetilebilir oluşları, obezite ve depresyonun önlenilebilir olduğunu düşündürmektedir. Obezite ve depresyon etiolojisinde yer alan hormonal, moleküler ve hatta genetik unsurların düzenlenmesi yoluyla bu durumlarla baş etme çabaları da sürmektedir.^(8,9)

Ancak her iki sorunun da ortak çözümü olarak; farkındalık eğitimiyle yaşam biçimi düzenlemeleri ve fizik aktivitenin artırılması, sürdürülebilir koruyucu sağlık hizmeti sağlamanın ve sağlığı geliştirmenin en ucuz-kolay-etkin-doğrudan yolu olarak görünmektedir.

Sonuç

Bu çalışmanın; obez bireylerin depresyon riski açısından da değerlendirilmesi gerektiğine dikkat çekeceği düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Garaulet M, Ordovás JM, Madrid JA: The chronobiology, etiology and pathophysiology of obesity. *Int J Obes* 2010;34:1667-83.
2. WHO, Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health Solarex. <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/en/> adresinden 12/12/2016 tarihinde indirilmiştir.
3. Satman İ, TURDEP Group: D Care 2002;25:1551-6 http://www.turkendokrin.org/files/file/TURDEP_II_2011.pdf adresinden 08/12/2016 tarihinde indirilmiştir.
4. Saveanu RV, Nemeroff CB. Etiology of depression: genetic and environmental factors. *Psychiatr Clin North Am* 2012;35(1):51-71.
5. World Health Organization. Depression: a global public health concern. http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf adresinden 11/12/2016 tarihinde indirilmiştir.
6. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Zitman FG: Over-weight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry* 2010;67:220-29.
7. Baughman K, Logue E, Sutton K, Capers C, Jarjoura D, Smucker W. Biopsychosocial characteristics of overweight and obese primary care patients: do psychosocial and behavior factors mediate sociodemographic effects? *Prev Med* 2003;37(2):129-37.
8. Gesta S, Tseng YH, Kahn CR. Developmental origin of fat: tracking obesity to its source *Cell* 2007;131:242-56.
9. Onyike CU, Crum RM, Lee HB, Eaton WW. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003;158:1139-47.
10. Gibson-Smith D, Bot M, Paans NP, Visser M, Brouwer I, Penninx BW. The role of obesity measures in the development and persistence of major depressive disorder. *J Affect Disord* 2016;1(198):222-39.
11. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review. *Obes Facts* 2016;9(6):424-41.
12. Lang UE, Beglinger C, Schweinfurth N, Walter M, Borgwardt S. Nutritional aspects of depression. *Cell Physiol Biochem* 2015;37(3):1029-43.
13. Mannan M, Mamun A, Doi S. Is there a bi-directional relationship between depression and obesity among adult men and women? Systematic review and bias-adjusted meta analysis. *Asian J Psychiatr* 2016;21:51-66.
14. Hooker SA, MacGregor KL, Funderburk JS, Maisto SA. Body mass index and depressive symptoms in primary care settings: examining the moderating roles of smoking status, alcohol consumption and vigorous exercise. *Clin Obes* 2014;4(1):21-9.
15. Porter Starr K, Fischer JG, Johnson MA. Eating behaviors, mental health, and food intake are associated with obesity in older congregate meal participants. *J Nutr Gerontol Geriatr* 2014;33(4):340-56.
16. Coryell WH, Butcher BD, Burns TL, Dindo LN, Schlechte JA, Calarge CA. Fat distribution and major depressive disorder in late adolescence. *J Clin Psychiatry* 2016;77(1):84-9.
17. Metcalf B, Rabkin RA, Rabkin JM, Metcalf LJ, Lehman-LB. Weight loss composition: the effects of exercise following obesity surgery as measured by bioelectrical impedance analysis. *Obes Surg* 2005;15(2):183-6.
18. Akdemir A, Örsel S, Dağ İ, Işcan N, Özbay H. Hamilton Depresyon Derecelendirme Ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliği, güvenilirliği ve klinikte kullanımı. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 1996;4: 251-9.
19. Pratt LA, Brody DJ. Depression and obesity in the U.S. adult household population, 2005-2010. *NCHS Data Brief* 2014;167:1-8.
20. WHO. Technical Report Series 854. Physical Status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva 1995, pp 312-17. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74746/E90711.pdf adresinden 11/12/2016 tarihinde indirilmiştir.
21. Brdaric D, Jovanovic V, Gavrilov Jerkovic V. The relationship between body mass index and subjective well-being - the moderating role of body dissatisfaction. *Med Pregl* 2015;68(9-10):316-23.
22. Jackson SE, Beeken RJ, Wardle J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity (Silver Spring)* 2015;23(5):1105-11.
23. Robertson S, Davies M, Winefield H. Why weight for happiness? Correlates of BMI and SWB in Australia. *Obes Res Clin Pract* 2015;9(6):609-12.
24. Florez KR, Dubowitz T, Ghosh-Dastidar MB, Beckman R, Collins RL. Associations between depressive symptomatology, diet, and body mass index among participants in the supplemental nutrition assistance program. *J Acad Nutr Diet* 2015;115(7):1102-8.
25. Magallares A, Benito de Valle P, Irlas JA, Bolaños-Ríos P, Jáuregui-Lobera I. Psychological well-being in a sample of obese patients compared with a control group. *Nutr Hosp* 2014;30(1):32-6.
26. Kim J, Noh JW, Park J. Body mass index and depressive symptoms in older adults: a cross-lagged panel analysis. *PLoS One* 2014;9(12):e114891.
27. Koball AM, Clark MM, Collazo-Clavell M, Kellogg T, Ames G, Ebbert J, Grothe KB. The relationship among food addiction, negative mood, and eating-disordered behaviors in patients seeking to have bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2016;12(1):165-70.
28. Sevinçer GM, Konuk N, İpekçioğlu D, Crosby RD, Cao L. Association between depression and eating behaviors among bariatric surgery candidates in a Turkish sample. *Eat Weight Disord* 2017;22(1):117-23.
29. Anzman-Frasca S, Economos CD, Tovar A, et al. Depressive Symptoms and Weight Status Among Women Recently Immigrating to the US. *Matern Child Health J* 2016;20(8):1578-85.
30. Weinberger NA, Kersting A, Riedel-Heller SG. Body Dissatisfaction in Individuals with Obesity Compared to Normal-Weight Individuals: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obes Facts* 2016;9(6):424-41.
31. Martin-Rodriguez E, Guillen-Grima F, Aubá E, Martí A. Relationship between body mass index and depression in women: A 7-year prospective cohort study. *The APNA study. Eur Psychiatry* 2016;32:55-60.
32. Capuron L, Lasselín J, Castanon N. Role of Adiposity-Driven Inflammation in Depressive Morbidity. *Neuropsychopharmacology* 2017;42(1):115-28.
33. Woo YS, Seo HJ, McIntyre RS, Bahk WM. Obesity and Its Potential Effects on Antidepressant Treatment Outcomes in Patients with Depressive Disorders: A Literature Review. *Int J Mol Sci* 2016;12(17(1)). pii: E80.
34. Staiano AE, Marker AM, Martin CK, Katzmarzyk PT. Physical activity, mental health, and weight gain in a longitudinal observational cohort of nonobese young adults. *Obesity (Silver Spring)* 2016;24(9):1969-75.

Geliş tarihi: 17.03.2017

Kabul tarihi: 28.02.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çakışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Hülya Çakmur

e-posta: hulyacakmur@gmail.com

Göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların inhaler kullanım becerilerinin araştırılması

Inhaler device usage skills in patients at pulmonology clinics

Şeyma Başlılar¹, Bengü Şaylan², Gülay Oludağ³, Nesrin Sarıman⁴

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzm.Dr., İstanbul

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları Kliniği, Uzm.Dr., İstanbul

³ Aksaray Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzm.Dr., Aksaray

⁴ Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı, DoçDr., İstanbul

Özet

Amaç: Obstrüktif akciğer hastalıklarının tedavisinde, bronkodilatör ve antiinflamatuar ilaçlar çoğunlukla inhalasyon yolu ile kullanılmaktadır. İnhaler ilaç uygulamasında görülen hatalar, hastaların hedeflenen dozlarda ilaç alamamalarına hatta tedavisiz kalmalarına neden olabilmektedir. Bu çalışmada inhaler cihazların doğru kullanımını etkileyen faktörlerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamızda 01.06.2010-30.12.2010 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran daha önce astım/KOAH tanısıyla inhaler tedavi verilmiş hastaların, retrospektif olarak inhaler ilaç kullanma becerileri değerlendirilerek hatalı kullanıma etkili faktörler araştırıldı. Çalışmaya inhaler cihaz kullanmakta olan 751 hasta (E/K:254/497) alındı. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yakınma süresi, kullanılan cihaz bilgileri ve inhaler cihazlarını kullanma yöntemleri kayıtlardan elde edildi. Kullanım becerileri Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği 'İnhalasyon Tedavileri' Çalışma Grubunun hazırladığı inhaler ilaç kullanma beceri çizelgesine göre değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların %74'ü ilaçlarını doğru olarak kullanmaktaydı. Doğru kullanım oranları ölçülü doz inhaler (ÖDİ)'de % 66.3 ve kuru toz inhallerde (KTİ) % 76-81 arasında değişmekteydi ($p=0.03$, $p<0.05$). İleri yaş (60 yaş üzeri), okur-yazar olmama veya ilköğretim mezunu olma, yakınma süresinin üç aydan kısa olması ve ÖDİ cihaz seçimi hatalı kullanmada etkili faktörlerdi. Çalışmada cinsiyete göre kullanım durumları arasında istatistiksel anlamlı farklılık saptanmadı. Cihazı hatalı kullanım durumuna yaş, eğitim durumu, yakınma süresi ve ÖDİ cihazını kullanma parametrelerinin etkilerini Backward Stepwise lojistik regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; ilacı hatalı kullanımda ileri yaşın (60 yaş üzeri), düşük eğitim düzeyi (okur-yazar olmama veya ilköğretim mezunu olma), yakınma süresinin 0-3 ay olması ve ÖDİ cihazını kullanma durumlarının sırasıyla 3, 4,6, 17,5 ve 1.8 kat artırıcı etkisi olduğu görülmüştür.

Sonuç: İnhaler ilaç kullanımı gerektiren durumlarda hastanın kolaylıkla kullanabileceği cihazların hastanın yaş, eğitim düzeyi ve becerisi değerlendirilerek tercih edilmesi ve uygulamalı eğitim verilerek takip edilmesinin önemli olduğu sonucuna varıldı.

Anahtar kelimeler: Kuru toz inhaler, ölçülü doz inhaler, inhaler teknikleri, obstrüktif akciğer hastalıkları

Summary

Aim: In the treatment of obstructive lung diseases, large number of drugs (both bronchodilator and antiinflammatory drugs) have been used by inhalation. Due to the errors made during inhaler drug administration patients either don't take targeted doses, or even any medication. In the present study we aimed to determine factors affecting the correct use of inhaler devices.

Materials and Method: Patients who were followed up in Ümraniye Training and Research Hospital Chest Diseases Department between 01.06.2010- 30.12.2010 for asthma and/or chronic obstructive pulmonary disease were retrospectively evaluated. All the patients received inhaler drug treatment previously. The ability to use inhaler drugs and causative factors for improper use were investigated. The study included 751 patients (M/F:254/497). Patients' age, gender, education level, duration of symptoms and the devices used were achieved from the records. Using skills were evaluated according to the chart prepared by the Turkish Respiratory Society 'Inhalation Therapies' Working Study Group.

Results: Seventy-four percent of patients were using their drugs correctly. Correct utilization rate was 66,3% for Metered Dose Inhaler (MDI) and, it was ranged from 76-81% for Dry Powder Inhaler (DPI) ($p=0.030$, $p<0.05$). Advanced age (>60 years old), to be literate or graduated from primary school, duration of symptoms (< 3 months), and MDI device selection were affecting improper use. There was no statistically significant difference between genders for device use. Effects of age, education, duration of symptoms on the improper use of MDI devices were evaluated by backward stepwise logistic regression analysis. Advanced age (> 60 years old), to be literate or being graduated from primary school, duration of symptoms (< 3 months) and MDI device use increased the risk by 3, 4,6, 17,5 and 1,8 times respectively.

Conclusion: We concluded that in the presence of conditions necessitating the use of inhalers, the devices easy to use should be preferred regarding the age, education level and the skill of the patient. Practical inhaler device training should be given and assessed during follow-up visits.

Key words: dry powder inhalers, metered dose inhalers, inhaler technique, obstructive airway diseases

Giriş

Astım sık görülen, kronik inflamatuvar, geri dönüşlü hava yolu obstrüksiyonu ile karakterize bir hastalıktır.⁽¹⁾ Astımın dünyada yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilediği ve yılda yaklaşık 250.000 kişinin astım nedeni ile öldüğü tahmin edilmektedir.^(2,3) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından astımdan dolayı dünyada yılda 15 milyon sakatlığa ayarlanmış yaşam yılı kaybı (DALYs) olduğu bildirilmiştir.⁽²⁾ Bu rakam dünyadaki tüm hastalıklara bağlı toplam kayıpların % 1'ine karşılık gelmektedir.

Kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOA); tam olarak geri dönüşümlü olmayan, ilerleyici hava akımı kısıtlanması ile karakterize bir hastalıktır. Bu hastalık, zararlı gaz ve partiküllere özellikle sigara dumanına karşı oluşan inflamatuvar bir süreç sonucu gelişir. İnflamasyon yalnızca akciğerlerle sınırlı olmayıp, sistemik özellikler de göstermektedir.^(4,6) Önlenbilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, şiddeti ve sıklığı artan alevlenmelerle seyrederek. Eşlik eden hastalıklar (komorbiditeler) hastalığın doğal seyrini etkiler.⁽⁷⁾ KOAH, tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir.

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre KOAH, dünyada en yaygın görülen 4. ölüm nedenidir ve her yıl 2.7 milyon kişinin ölümüne neden olmaktadır. 2004 yılında yayınlanan Sağlık Bakanlığı 'Ulusal Hastalık Yüğü (UHY)' çalışmasına göre, KOAH Türkiye'de 3. ölüm nedenidir. Buna karşın dünyada ve ülkemizde KOAH yeterince bilinmemekte, teşhis edilmemekte ve teşhis edilenler de etkili bir şekilde tedavi edilmemektedir.⁽⁸⁾

Astım ve KOAH tedavisinde temel ilaçlar olan bronkodilatörler ve steroidlerin, oral ve parenteral yola kıyasla inhalasyon yoluyla uygulanması tercih edilir. Bunun en önemli nedenleri; daha az miktarda etken madde verilmesi, daha hızlı etki başlangıcı ve etki süresinin daha uzun olması, sistemik dolaşıma geçen etken madde oranının çok az olması ve yan etkilerin yok denecek kadar az olmasıdır. Tüm bu avantajlarına rağmen inhaler cihazların dezavantajı ise daha pahalı olmaları ve hastalara kullanım tekniğinin öğretilmesi gerekliliğidir. İnhalasyon uy-

gulamasının yapılabilmesi için üretilen cihazlar iki ana grupta toplanır.

Ölçülü doz inhalerler, basınçlı tüp içerisinde sıvı halde etken madde içerirler, üstten basmak suretiyle ağız kısmından gaz halde çıkan ilacın derin bir inhalasyonla bronş mukozasına ulaştırılması gerekir. ÖDİ kullanmak zordur. El-ağız koordinasyonu ve püskürtme-inhalasyon eş zamanlaması gerektirir. Kuru toz inhalerler ise, değişik kurma mekanizmaları ile inhalasyon kanalına getirilen kuru toz halindeki etken maddenin derin inhalasyon yoluyla bronş mukozasına ulaştırılması şeklinde kullanılır. El-ağız koordinasyonu ve eş zamanlama gerektirmezler, ancak daha pahalıdır.^(9,14)

Astım ve KOAH tedavisinin temelini oluşturan inhalasyon cihazları, tedavi maliyetini artıran önemli faktördür ve etkili olabilmesi için bronş mukozasına yeterli miktarda ilaç ulaştırılması gerekir. Bu da ancak doğru kullanım tekniğini hastalara öğretmekle mümkün olmaktadır. Piyasada bulunan inhaler cihazlardaki çeşitlilik de göz önüne alındığında, bu cihazların doğru kullanımını hastalara tarif etmek, hekimlere fazladan iş ve zaman yükü getirmektedir.

Sonuç olarak; hastalara yeterli inhaler cihaz kullanımını eğitimi verilmemesi, hastanın bilişsel veya fiziksel yetersizliği, hastaya uygun olan cihazın seçilmemesi, eğitim ve sos-yokültürel seviye farklılıkları gibi nedenlerle inhaler tedaviye kötü uyum, cihazı kullanamama ya da yanlış kullanma hastalar arasında çok yaygındır.^(11,16) İnhaler cihazı tam ve doğru kullanamama; hastalığın kontrolünün sağlanamaması veya bozulması, daha fazla ilaç kullanımı, daha fazla yan etki, sık akut atak geçirme ve hastane yatışının fazla olması, ilaç israfı gibi sonuçlar doğurarak, hem tedaviye güveni sarsmakta hem de ülkelerin sağlık harcamalarına fazladan yük getirmektedir.^(12,17)

Bu çalışmada astım ya da KOAH tanısı ile daha önceden inhalasyon tedavisi başlanan hastaların, cihazlarını tam ve doğru şekilde kullanıp kullanmadıkları; yaş, öğrenim düzeyi, cihaz çeşidi, yakınma süresi gibi parametrelerin doğru inhaler kullanımına etkileri değerlendirildi.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya 01.06.2010-30.12.2010 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran bir aydan uzun süredir inhaler ilaç kullanan ve ilaç kullanımını etkileyecek fiziksel problemi olmayan 751 hasta dahil edildi. Olgular rastgele örnekleme yöntemiyle seçildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, yakınma süresi ve kullanılan cihaz bilgileri kayıtlardan elde edildi.

Göğüs hastalıkları polikliniğinde rutin uygulamada inhaler tedavi verilen hastaların cihazlarını kullanmaları istenerek kullanım şekli gözlemlenmekte ve kaydedilmektedir. Kullanım becerileri Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği 'İnhalasyon Tedavileri' Çalışma Grubunun hazırladığı inhaler ilaç kullanma beceri çizelgesine göre değerlendirilmiştir. Çalışmanın etik kurul onayı, 20.

Tablo 1. Inhaler ilaç kullanan olguların demografik özelliklerinin dağılımı

		Min-Max	Ort±SS
Yaş (Yıl)		20-82	44,24±15,81
		n	%
Yaş Grupları	20-30	216	23,2
	31-40	195	20,9
	41-50	197	21,2
	51-60	160	17,2
	> 60	163	17,5
Cinsiyet	Erkek	254	33,8
	Kadın	497	66,2
Eğitim	Yok	114	15,2
	Okuryazar	5	0,7
	İlkokul	356	47,4
	Ortaokul	77	10,3
	Lise	137	18,3
	Ön Lisans	14	1,9
	Lisans	45	6,1
	Yüksek Lisans	3	0,4

12.2013 tarih 17490 sayı ile Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Kliniğimizde hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri değerlendirildikten sonra hastalara inhalasyon cihazı kullanım eğitimi verilmektedir. Bütün gözlemler ve gözlem sonrası eğitim tek bir kişi tarafından yapılmaktadır. Hastalara inhalasyon tekniği hakkında eğitim sırasında 'easyhaler', 'turbuhaler' ve 'diskus' için cihazı kurularak ilaç dozunun yüklenmesi, inhaler kapsül için ilacın cihazın haznesine yerleştirilerek, ÖDİ için ise cihazın çalkalanarak kullanıma hazırlanması gösterilmektedir.

Ölçülü doz inhaler dışındaki cihazlar için; nefesini boşalttıktan sonra cihazı dudaklarının arasına boşluk kalmayacak şekilde ağızına yerleştirerek derin ve hızlı bir nefes alıp 8-10 saniye kadar nefesini tutması ve cihazı ağızından çıkardıktan sonra nefesini yavaşça boşaltması ve İKS içeren ilaçlarda ağızını suyla çalkalayıp tükürmesi gerektiği anlatılarak gösterilmektedir. ÖDİ için ise cihaz ağıza yerleştirilerek yavaş ve uzun bir nefes almaya başladıktan sonra cihazın üzerine basarak içindeki ilacın dışarı püskürmesini sağlayarak inhalasyona devam etmesi gerektiği gösterilmektedir. Diğer basamaklar ÖDİ kullanımı için aynı şekilde tarif edilmektedir.

Değerlendirmede tüm cihazlar için ortak basamaklar belirlenmiştir. Birinci (cihazın kurulumu) ve ikinci (yeterli inhalasyon) basamaklar, etkili tedavi için ana basamaklardır. Bu aşamalarda yapılan hatalar, gözlemci tarafından etken maddenin bronş mukozasına hiç ya da yetersiz düzeyde ulaştığı şeklinde yorumlandığından, tam hata ve 'cihazı kullanamama'(CK) olarak raporlanmıştır. Üçüncü (inhalasyon sonrası nefes tutma) ve dördüncü (ağız yıkama) basamaklarda yapılan hatalarda ise etken maddenin akciğerlere ulaştığı gözlemlendiğinden, kısmi hata ve 'hatalı kullanım' (HK) olarak raporlanmıştır.

Analiz

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 15.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirildi.

rilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların (Ortalama, Standart sapma) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında One-way Anova testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Post-Hoc Tukey HSD testi kullanıldı. Cihazın hatalı kullanımını etkileyen faktörler Lojistik Regresyon Analizi ile değerlendirildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

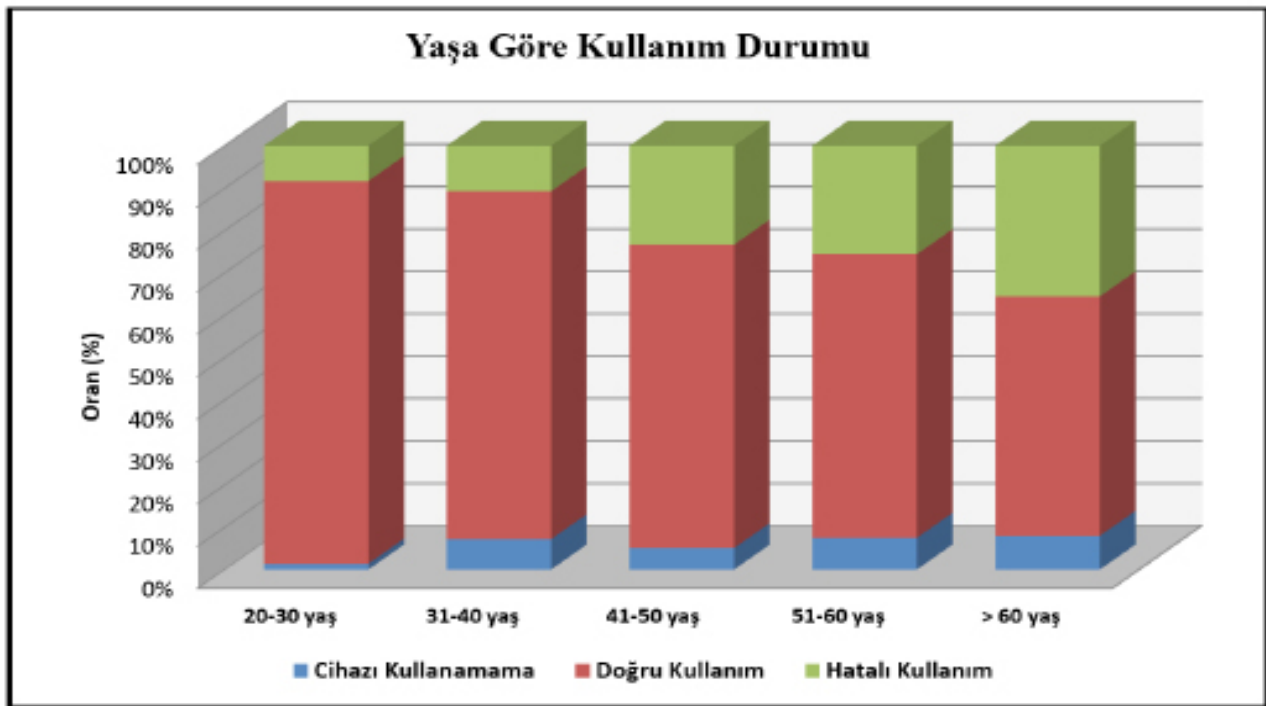
Çalışma retrospektif olarak, 01.06.2010-30.12.2010 tarihleri arasında 751 olgunun kullandığı 931 inhaler ilaç uygulaması ile yapılmıştır. Olguların yaşları 20- 82 yıl arasında değişmekte olup, 254'ü (% 33.8) erkek, 497'si (% 66.2) kadın, yaş ortalaması 44.24 ± 15.81 yıldır. Olguların demografik özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Yakınma süresine göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$) Yakınma süresi 0-3 ay olan grubun cihazı kullanamama ve hatalı kullanma oranı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksektir ($p = 0.001$, $p < 0.01$). Yakınma süresi 3 ay-1 yıl, 1

yıl-3 yıl ile 3 yıl ve daha uzun olan grupların cihazı doğru kullanma oranları yakınma süresi 0-3 ay olan gruptan anlamlı şekilde yüksektir ($p = 0.001$, $p < 0.01$).

Kullanım durumu ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p < 0.01$). Kırk bir-elli yaş grubu, 51-60 yaş grubu ve 60 yaş üzeri grubun hatalı kullanım oranları diğer yaş gruplarının hatalı kullanım oranından yüksektir ($p = 0.001$, $p < 0.01$). Yirmi bir-otuz yaş ve 31-40 yaş gruplarının da doğru kullanım oranı diğer yaş gruplarının doğru kullanım oranından yüksektir ($p = 0.001$, $p < 0.01$). Cihazı kullanamama durumu yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p = 0.053$, $p > 0.05$). Cinsiyete göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p = 0.075$; $p > 0.05$). Yaşa göre kullanım durumu dağılımı **Şekil 1**'de gösterilmiştir.

Eğitim durumuna göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$). Okuryazar olmayan olguların cihazı kullanamama oranı diğer eğitim gruplarındaki olguların cihazı kullanamama oranlarından anlamlı şekilde yüksektir ($p = 0.01$, $p < 0.05$). Yine okuryazar olmayan olguların cihazı hatalı kullanma oranı da diğer eğitim gruplarındaki olguların hatalı kullanma



Şekil 1. İnhaler cihaz kullanan hastaların yaşa göre kullanım durumları

oranlarından anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.001$, $p<0.01$). İlkokul, ortaokul, lise ve ön lisans, lisans ve yüksek lisans mezunlarının cihazı doğru kullanma oranları okuryazar olmayan olgulardan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.001$, $p<0.01$). Eğitim düzeylerine göre kullanım durumu dağılımı **Şekil 2**'de gösterilmiştir.

Yakınma süresine göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$) Yakınma süresi 0-3 ay olan grubun cihazı kullanamama ve hatalı kullanma oranı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.001$, $p<0.01$). Yakınma süresi 3 ay-1 yıl, 1-3 yıl ile 3 yıl ve daha uzun olan grupların cihazı doğru kullanma oranları yakınma süresi 0-3 ay olan gruptan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.001$, $p<0.01$).

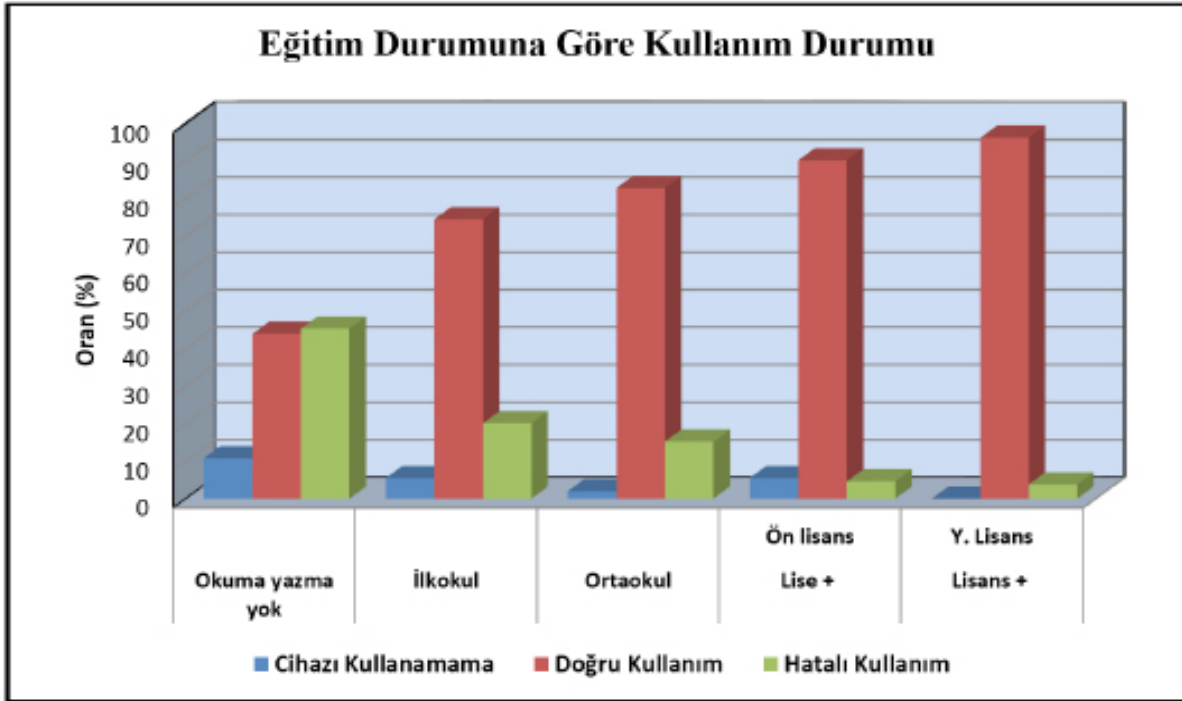
Kullanılan cihaz ile kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır ($p<0.05$). ÖDİ kullanan olguların hatalı kullanma oranı diğer ilaçları kullanan olgulardan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.029$, $p<0.05$). 'Diskus', 'easyhaler', 'inhaler kapsül' ve 'turbuhaler' kullanan olguların cihazı doğru kullanma oranları ÖDİ kullanan olgulardan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.030$, $p<0.05$). Cihazı kullanamama oranları cihaz grup-

larına göre anlamlı farklılık göstermemektedir ($p=0.061$, $p>0.05$). Eğitim durumu ve kullanılan cihaza göre kullanım durumunun değerlendirilmesi **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Okuryazar olmayan grupta; kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

İlkokul mezunu grupta; kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). 'Turbuhaler' kullanan olguların cihazı kullanamama oranı diğer cihazları kullananlara göre anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.014$, $p<0.05$). 'Easyhaler' ve 'inhaler kapsül' kullanan olguların cihazı doğru kullanma oranları diğer cihazları kullananlardan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.011$, $p<0.05$). ÖDİ kullanan olguların cihazı hatalı kullanma oranı diğer cihazları kullananlardan anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.017$, $p<0.05$).

Ortaokul mezunu grupta; Kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Cihazı kullanamama oranları arasında kullanılan cihaza göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p=0.227$, $p>0.05$). ÖDİ kullanan olguların cihazı hatalı kul-



Şekil 2. İnhaler cihaz kullanan eğitim düzeylerine göre kullanım durumları

lanma oranı diğer ilaçları kullanan olguların hatalı kullanma oranlarından anlamlı şekilde yüksektir ($p=0.022$, $p<0.05$).

“Lise-Ön lisans” ve “Lisans- Yüksek lisans” mezunu gruplarda;

Kullanılan cihaza göre kullanım durumları ara-

sında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre cihaz kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Yaş arttıkça hatalı kullanım oranının arttığı görülmektedir. Kırk yaş ve altındaki olgularda doğru kullanım oranları 40 yaş üzerindeki olguların doğru kullanım oranlarından

Tablo 2. İnhaler cihaz kullanan olguların eğitim durumu ve kullanılan cihaza göre kullanım durumu

Eğitim	Kullanım Durumu	Cihaz					p
		Diskus	Easy-haler	İnhaler Kapsül	ÖDİ	Turbuhaler	
		n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Yok	Cihazı Kullanamama	0 (%0)	1 (%4,2)	8 (%11)	6 (%20,7)	1 (%9,1)	0,313
	Doğru Kullanım	8 (%72,7)	10 (%41,7)	33 (%45,2)	9 (%31)	5 (%45,5)	
	Hatalı Kullanım	3 (%27,3)	13 (%54,2)	32 (%43,8)	14 (%48,3)	5 (%45,5)	
İlkokul	Cihazı Kullanamama	0 (%0)	5 (%7,4)	4 (%2,4)	6 (%5,4)	10 (%12,2)	0,002**
	Doğru Kullanım	21 (%72,4)	55 (%80,9)	137 (%81,5)	72 (%64,9)	56 (%68,3)	
	Hatalı Kullanım	8 (%27,6)	8 (%11,8)	27 (%16,1)	33 (%29,7)	16 (%19,5)	
Ortaokul	Cihazı Kullanamama	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	0 (%0)	2 (%7,7)	0,033*
	Doğru Kullanım	3 (%75)	12 (%92,3)	33 (%86,8)	11 (%61,1)	23 (%88,5)	
	Hatalı Kullanım	1 (%25)	1 (%7,7)	5 (%13,2)	7 (%38,9)	1 (%3,8)	
Lise + Ön Lisans	Cihazı Kullanamama	0 (%0)	0 (%0)	3 (%7)	2 (%5,7)	4 (%7,1)	0,262
	Doğru Kullanım	16 (%100)	21 (%87,5)	39 (%90,7)	33 (%94,3)	48 (%85,7)	
	Hatalı Kullanım	0 (%0)	3 (%12,5)	1 (%2,3)	0 (%0)	4 (%7,1)	
Lisans + Y. Lisans	Cihazı Kullanamama	-	-	-	-	-	0,556
	Doğru Kullanım	4 (%100)	6 (%85,7)	10 (%100)	9 (%100)	21 (%95,5)	
	Hatalı Kullanım	0 (%0)	1 (%14,3)	0 (%0)	0 (%0)	1 (%4,5)	

Exact Ki-Kare test * $p<0.01$ $p<0.05$

anlamli şekilde yuaksektir ($p=0.001$, $p<0.01$). Cinsiyete göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Eğitim düzeyine göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Eğitimsiz olgularda hatalı kullanım oranı diğer eğitim gruplarından anlamli şekilde yuaksektir ($p=0.001$, $p<0.01$). Yakınma süresine göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Yakınma süresi 3 yıl ve daha fazla olan grubun doğru kullanım oranı yakınma süresi 0-3 ay olan grubun doğru kullanım oranından anlamli şekilde yuaksektir ($p=0.001$, $p<0.01$).

Kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamli farklılık bulun-

maktadır ($p<0.05$). Dİ kullanan olgularda hatalı kullanım oranı yuaksektir iken, diğer cihazları kullanan olgularda doğru kullanım oranı anlamli şekilde yuaksektir ($p=0.036$, $p<0.05$).

Cihazı hatalı kullanım durumuna yaş, eğitim durumu, yakınma süresi ve Dİ cihazını kullanma parametrelerinin etkilerini Backward Stepwise lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (**Tablo 3**).

Modelin ilk adımda ileri düzeyde anlamli ($p<0.001$) bulunduğu ve Negelkerke R square değerinin 0.264 olarak saptandığı, modelin açıklayıcılık katsayısının (%78.3) iyi düzeyde olduğu görüldü. Yaş, eğitim durumu, yakınma süresi ve Dİ cihazını kullanma parametreleri birinci adımda modelde kalmıştır ve etkileri istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$). Hatalı kullanımı ileri yaşın (60 yaş üzeri) 3.43 kat, ilkokul mezunu olma durumu-

Tablo 3. İnhaler cihazın kullanım durumunu etkileyen faktörlerin lojistik regresyon analizi ile değerlendirmesi

					% 95 C.I. for EXP(B)	
	B	S.E.	Sig.	Exp(B)	Lower	Upper
Yaş (Yıl)						
20-30	-0,192	0,561	0,732	0,825	0,275	2,477
31-40	0,370	0,534	0,489	1,447	0,508	4,119
41-50	0,859	0,533	0,107	2,361	0,830	6,710
51-60	0,876	0,547	0,109	2,402	0,823	7,011
> 60	1,233	0,547	0,024*	3,433	1,174	10,036
Eğitim						
Lise+n lisans	0,832	0,774	0,282	2,299	0,504	10,490
Ortaokul	1,238	0,788	0,116	3,448	0,737	16,143
İlkokul	1,528	0,751	0,042*	4,609	1,059	20,071
Yok	2,842	0,767	0,001**	17,151	3,812	77,163
Yakınma Süresi						
1 – 3 yıl	0,589	0,403	0,143	1,802	0,819	3,966
3 ay – 1 yıl	0,713	0,384	0,063	2,039	0,961	4,328
0 – 3 ay	1,610	0,338	0,001**	5,001	2,579	9,695
Dİ	0,608	0,194	0,002**	1,837	1,255	2,689
Constant	-4,692	0,912	0,001**	0,009		

nun 4.6 kat, eğitimsiz olma durumunun 17.1 kat, yakınma süresinin 0-3 ay olma durumunun 5 kat, ÖDİ cihazını kullanma durumunun 1.8 kat arttırıcı etkisi olduğu görülmüştür.

Tartışma

Çalışmamızda inhaler cihazın hatalı kullanımını arttıran faktörlerin ileri yaş (60 yaş üzeri), düşük eğitim düzeyi, yakınma süresinin üç aydan kısa olması ve ÖDİ cihazı kullanmak olduğunu tespit ettik. Günümüzde obstrüktif akciğer hastalıklarının tedavisinde bronkodilatör ve antiinflamatuvar ilaçların büyük bir bölümü inhalasyon yolu ile kullanılmaktadır.⁽¹¹⁾ İnhaler ilaç kullanan hastalar, değişik aşamalarda önemli hatalar yapmaktadır. İnhaler ilaç uygulamasında görülen hatalar, hastaların hedeflenen dozlarda ilaç alamamalarına hatta tedavisiz kalmalarına neden olmaktadır.

Bu da hastalıklarının kontrol altına alınamaması gibi sonuçlar doğurmaktadır.^(17,18-22) Çalışmada inhaler ilaçların doğru kullanımını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık. Van Beerendonk ve ark.'nın çalışmasında inhaler cihazların kullanımında cinsiyet önemli bir faktör olarak görülmektedir.⁽²³⁾ Bu çalışmada da cinsiyete göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ($p=0.075$; $p>0.05$). Mirici ve ark.'nın çalışmasında kadınların erkeklere göre inhalasyon cihazlarını daha iyi kullandıkları gözlemlenmiş ancak bu farkın kısmen erkeklerin yaş ortalamalarının kadınlara göre biraz daha yüksek olmasından kaynaklanabileceği savunulmuştur.⁽²⁴⁾

Aydemir ve ark. cihaz kullanım eğitimi öncesi erkeklerin kadın hastalara göre daha iyi kullandıklarını saptamış ancak eğitim sonrası cinsiyetin anlamlı etkisi kaybolmuştur.⁽²⁵⁾ Ceylan ve ark. yaş ve cinsiyetin doğru inhaler kullanımını üzerine olumsuz etkisini saptamadıklarını belirtmişlerdir.⁽²⁶⁾ Aydemir ve ark.'nın çalışmasında yaş ile doğru kullanım arasında ilişki bulunamamıştır.⁽²⁵⁾

Şen ve ark. genç yaşta hastaların inhaler cihazları yaşlı olanlara göre daha doğru kullandıklarını ifade etmişlerdir.⁽²⁷⁾ Çalışmamızda yaş ile kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Yaş arttıkça doğru kullanım oranı

azalmaktadır. Bu çalışmada 20-30 yaş, 31-40 yaş, 41-50 yaş ve 51-60 yaş gruplarında doğru kullanım oranı sırasıyla % 90, % 82, % 72, % 67, % 56 idi. Mirici ve ark. yaşın artmasıyla başarı puanının azaldığını saptamışlardır.⁽²⁴⁾ Allen ve ark. ortalama yaşları 79.9 yıl olan 30 hastada ÖDİ kullanımını değerlendirilmiş ve hastaların sadece % 10 kadarının ideal şekilde ilaç kullandığı belirlenmiştir.⁽²⁸⁾ Bu çalışmada on sorudan oluşan bir mental fonksiyon değerlendirme anketi kullanılmış ve mental fonksiyonların inhaler cihazı kullanmada önemli bir faktör olduğu görülmüştür. İnhaler cihazın yanlış kullanımının sadece yaşa değil mental fonksiyonlara ve altta yatan hastalığa da bağlı olduğu bildirilmiştir.⁽²⁸⁾

Williams ve ark.'nın çalışmasında hastaların eğitim düzeyleri önemli bir faktör olarak görülmektedir.⁽²⁹⁾ Mirici ve ark çalışmalarında eğitim düzeyi ile başarı arasında pozitif yönde bir ilişki saptamışlardır. Bu çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça inhaler cihazların doğru kullanım oranı artmaktaydı. Okuryazar olmayan olgularda doğru kullanım oranı % 43.9 iken ilkökul mezunlarında % 74.5, ortaokul mezunlarında % 82.8, lise ve ön lisans mezunlarında % 90.2, lisans ve yüksek lisans mezunlarında % 96.2 idi. Aydemir ve ark. hastaların eğitim düzeyleri arttıkça doğru kullanım oranlarının anlamlı ölçüde artmakta olduğunu saptamıştır.

Cihaz kullanım eğitimi sonrasında öğrenim durumuna göre ise hiç eğitimi olmayan grup çıkarıldığında, diğer öğrenim seviyeleri arasında farklılık saptanmamıştır.⁽²⁵⁾ Şen ve ark. başlangıçta yeterli bir kullanım eğitimi verilmediğinde, hastanın eğitim düzeyi doğru kullanım oranına etkili olmadığı gözlenmiştir.⁽²⁷⁾ Ceylan ve ark. eğitim düzeyi ile doğru kullanım arasında ilişki saptamamışlardır.⁽²⁶⁾ Çalışmamızda yakınma süresine göre kullanım durumları arasında anlamlı farklılık saptandı. Yakınma süresi arttıkça inhaler ilacı doğru kullanma oranı artmaktaydı. Yakınma süresi 3 ay - 1 yıl, 1 yıl - 3 yıl ile 3 yıl ve daha uzun olan grupların cihazı doğru kullanma oranları yakınma süresi 0-3 ay olan gruptan anlamlı şekilde yüksekti. Bu durum yakınma süresi az olan olgularda takip süresinin kısalığı ve cihaz kullanım eğitimi tekrarının az olması ile açıklanabilir. Aydemir'in yaptığı çalışmada da uzun

hastalık süresi inhaler cihazı doğru kullanımda etkili faktör olarak saptanmıştır.⁽²⁵⁾ ÖDİ cihazlar daha fazla hasta koordinasyonu ve bilişsel yetenek gerektirdiğinden yanlış kullanım oranları daha yüksektir. Yedi büyük çalışmada ÖDİ hatalı kullanım oranları % 71-89 arasında bulunmuştur. En sık hatalar püskürtme esnasında inhalasyon yapılmaması ve nefesin tu-tulmamasıdır.^(17,18,23,30-33) KTİ cihazlarla yapılan çalışmalarda da % 7-55 arasında hatalı kullanım oranları bildirilmiştir. Kuru toz inhalerlerle yapılan çalışmalarda “diskus” daha az hata yapılan bir cihaz olarak bulunsa da genel olarak KTİ’ler arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.^(23,24,30,33,34)

Çalışmamızda kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında anlamlı farklılık bulunmaktadır. ‘Diskus’, ‘easyhaler’, ‘inhaler kapsül’ ve ‘turbuhaler’ kullanan olguların cihazı doğru kullanma oranları ÖDİ kullanan olgulardan anlamlı şekilde yüksektir. Doğru kullanım oranları ÖDİ’de % 66.3 iken KTİ’lerde % 76 -81 arasında değişmektedir.

İnhaler ilaç kullanımı konusunda hasta eğitimi çok önemlidir. İnhaler ilaç eğitiminin inhaler cihaz kullanımı beceri oranlarının arttırdığını gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur.^(20,25-27,35-38,39) Mirici ve ark. çalışmalarında inhaler cihaz eğitimi sırasında kullanılan yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamışlardır.⁽²²⁾ Van der Palen ve arkadaşları 152 KOAH’lı hastada yaptıkları çalışmada; grup eğitiminin hastaya tek başına tıbbi personel tarafından ilacı kullanımının anlatılmasından daha etkili olduğunu, video kullanılarak yapılan eğitimin de iyi sonuçlar verdiğini tespit etmişlerdir.⁽²³⁾

Diğer yandan hastalara inhaler ilaç eğitimi veren kişilerin de önemli bilgi ve beceri eksiklikleri vardır.^(40,42) Bu durumda inhaler ilaç kullanmayı yeterli bilmeyen sağlık çalışanlarının da, hastaları yanlış yönlendireceği kesindir. Bu çalışmada, her hastaya 5 dakika süre ayrılarak, eğitim hemşiresi tarafından hem sözel olarak hem de uygulamalı olarak cihazların nasıl kullanılacağı gösterilerek eğitim verilmiştir.

Chopra ve ark. çeşitli kademedeki sağlık çalışanlarının inhaler ilaç kullanma yetenekleri incelemiştir. Solunum terapistlerinde % 81.6, birinci

basamak doktorlarda % 77.7, eczacılarda % 57.7, hemşirelerde % 54.4 ve asistanlarda % 53.8 oranında doğru inhaler kullanma başarı oranı saptanmıştır. Meslek grupları ayrılmaksızın inhaler ilaç kullanım becerisi oranı sırasıyla, ÖDİ’de % 80.9, diskusda % 64.2, turbuhalerde % 49.9 oranında saptanmıştır.⁽⁴⁰⁾ Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda uzman-asistan doktor ve hemşirelerin inhaler ilaç uygulamalarında da sorun olduğu gösterilmiştir.⁽⁴³⁻⁴⁵⁾ Ünlü ve ark. eczacıların ve eczacı kalfalarının da inhaler ilaç kullanma becerilerinin düşük olduğu saptamışlardır.⁽⁴²⁾

İnhaler cihazların solunum hastalıklarında kullanıma girişi yıllar öncesine dayanmasına rağmen sahada uygulamada halen sıkıntılar yaşanmaktadır ve bu sorun yeterince önemsenmemektedir. Moli-mard ve ark. 2,935 KOAH olgusunu içeren bir çalışmada inhaler cihazların yanlış kullanımında hastalık alevlenme sayılarında kayda değer artış olduğunu göstermiştir.⁽⁴⁶⁾

Cihaz kullanımının hasta tarafından tam olarak öğrenilmemesi ve uygulama hataları tedavinin hedeflenen şekilde gerçekleşmemesine, hastalığın tam kontrolünün güçleşmesine ve hastanın istediği yanıtı almadığı için tedaviyi terk etmesine neden olmaktadır. Obstrüktif akciğer hastalıkları ile ilgili hekimlerin polikliniklerinde kullanılmamış torba dolusu ilaçlarla gelen hastalara sıkça rastlanılmakta ve incelendiğinde tedavi uyumsuzluğunun inhaler cihazların yanlış kullanılmalarından kaynaklandığı gözlenmektedir. Bu durum aynı zamanda maddi zarara da sebep olmaktadır.

Sonuç olarak; inhaler ilaç kullanımı gerektiren durumlarda cihaz seçimi hastanın yaş, eğitim düzeyi ve becerisi değerlendirilerek yapılmalıdır. Hastaya uygulamalı inhaler cihaz eğitimi verilmeli, tedavi için inhaler cihazı doğru kullanmanın önemi vurgulanmalı, kontrollerde de eğitim tekrarlanarak hastanın ilacı doğru kullandığından emin olunmalıdır. Bunun için polikliniklerde, hastalara eğitim verilecek gerekli döküman ve görsellerin bulunduğu ortamlar hazırlanmalı, eğitilmiş sağlık çalışanları tarafından birebir veya grup halinde inhaler cihaz eğitimleri sık sık tekrarlanmalıdır. Soruna odaklanıldığı takdirde hasta eğitiminin ve takibin düzenli gerçekleştirilmesi ile çözüme ulaşmak mümkün gözükmektedir.

Kaynaklar

1. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2011 (update). www.ginasthma.org.
2. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report. *Allergy* 2004; 59(5):469-78.
3. Beasley R. The Global Burden of Asthma (GINA). Available from <http://www.ginasthma.org> 2004.
4. Jeffrey PK. Remodelling in asthma and chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 164: S28-38.
5. Hogg JC, Chu F, Utokaparch S, Woods R, Elliott WM, Buzatu L. et al. The nature of small airway obstruction in chronic obstructive lung disease. *N Engl J Med* 2004; 350: 2645-53.
6. Fabri LM, Romagnoli M, Corbetta L, Casoni G, Busljetic K, Turato G. et al. Differences in airway inflammation in patients with fixed airflow obstruction due to asthma or chronic obstructive lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 418-24.
7. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease 2009 (www.goldcopd.org)
8. Türk Toraks Derneği Kronik Obstruktif Akciğer Hastalığı Tanı ve Tedavi Uzlaş Raporu. *Türk Toraks Dergisi* 2010; 11: Ek 1
9. Scheuch G, Kohlhaeuf MJ, Brand P, Siekmeier R. Clinical perspectives on pulmonary systemic and macromolecular delivery. *Adv Drug Deliv Rev* 2006; 58(9-10): 996-1008.
10. Dolovich MB, Dhand R. Aerosol drug delivery: developments in device design and clinical use. *Lancet* 2011;19(377): 1032-45.
11. Erk M. İnhalasyon teknikleri. *Toraks Dergisi* 2002; 3: 7-13.
12. Rau JL. Practical problems with aerosol therapy in COPD. *Respir Care* 2006; 51: 158-72.
13. Fink JB, Rubin BK. Problems with inhaler use: a call for improved clinician and patient education. *Respir Care* 2005; 50: 1360-74; discussion 1374-75.
14. King D, Earnshaw SM, Delaney JC. Pressurised aerosol inhalers: the cost of misuse. *Br J Clin Pract* 1991; 45:48-9.
15. Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, Voshaar T, Corbetta L, Broeders M, et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respir Med* 2008;102: 593-604.
16. Chapman KR, Voshaar TH, Virchow JC. Inhaler choice in primary practice. *Eur Respir Rev* 2005; 96: 117-22.
17. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. *Eur Respir J* 2002; 19: 246-51.
18. Plaza V, Sanchis J. Medical personnel and patient skill in the use of metered dose inhalers: a multicentric study. CESEA Group, *Respiration* 1998;65(3): 195-98.
19. Shrestha M, Parupia H, Andrews B, Kim SW, Martin MS, Park DL, et al. Metered-dose inhaler technique of patients in an urban ED: prevalence of incorrect technique and attempt at education. *Am J Emerg Med* 1996; 14(4):380-84.
20. Chapman KR, Love L, Brubaker HA. Comparison of breath-actuated and conventional metered-dose inhaler inhalation techniques in elderly subjects. *Chest* 1993; 104(5), 1332-37.
21. Brocklebank D, Ram F, Wright J, Barry P, Cates C, Davies L, et al. Comparison of the effectiveness of inhaler devices in asthma and chronic obstructive airways disease: a systematic review of the literature. *Health Technol Assess* 2001;5(26):1-149.
22. Van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff AH, van Herwaarden CL. Evaluation of the effectiveness of four different inhalers in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1995; 50(11): 1183-87.
23. Van Beerendonk I, Mesters I, Mudde AN, Tan TD. Assessment of the inhalation technique in outpatients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease using a metered-dose inhaler or dry powder device. *J Asthma* 1998; 35: 273-79.
24. Mirici A, Meral M, Akgün M, Sağlam L, İnandı T. İnhalasyon tekniklerine hasta uyumunu etkileyen faktörler. *Solunum Hastalıkları* 2001; 12: 13-21.
25. Aydemir Y. İnhaler Cihazların Hatalı Kullanımı-Etkili Faktörler ve Eğitim Rolü. *Solunum* 2013; 15(1):32-8.
26. Ceylan E, Akkoçlu A, Ergör G, Yıldız F, İtil O. Astımlı hastaların inhaler kullanımı ve cihaz tercihleri: Doğru uygulama için eğitimin rolü. *Solunum* 2008; 10: 40-7.
27. Şen E, Gönüllü U, Ekici Z, Kurşun N. Assessment of inhaler technique and treatment compliance of hospitalized patients and outpatients in a university hospital. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2006; 59: 1-6.
28. Allen SC, Prior A. What determines whether an elderly patient can use a metered dose inhaler correctly? *Br J Dis Chest* 1986; 80: 45-9.
29. Williams MV, Baker DW, Honig EG, Lee TM, Nowlan A., et al. Inadequate literacy is a barrier to asthma knowledge and self-care. *Chest* 1998; 114(4): 1008-15.
30. Rootmensen GN, van Keimpema AR, Jansen HM, de Haan RJ. Predictors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: a study using a validated videotaped scoring method. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv* 2010; 23: 323-28.
31. Thompson J, Irvine T, Grathwohl K, Roth B. Misuse of metered-dose inhalers in hospitalized patients. *Chest* 1994; 105:715-17.
32. Liard R, Zureik M, Aubier M, Korobaef M, Henry C, Neukirch F. Misuse of pressurized metered dose inhalers by asthmatic patients treated in French. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1995; 43(3): 242-49.

33. Khassawneh BY, Al-Ali MK, Alzoubi KH, Batarseh MZ, Al-Safi SA, Sharara AM, et al. Handling of inhaler devices in actual pulmonary practice: metered-dose inhaler versus dry powder inhalers. *Respir Care* 2008; 53: 324-28.
34. Molimard M, Raheison C, Lignot S, Depont F, Abouelfath A, Moore N. Assessment of handling of inhaler devices in real life: an observational study in 3811 patients in primary care. *J Aerosol Med* 2003; 16(3): 249-54.
35. De Blaquiére P, Christensen DB, Carter WB, Martin TR. Use and misuse of metered-dose inhalers by patients with chronic lung disease. A controlled, randomized trial of two instruction methods. *Am Rev Respir Dis* 1989; 140(4): 910-16.
36. Abadoğlu Ö, Yalazkısı S, Ülger G, Mısırlıgil Z. Doğru inhaler kullanmada deneyimli bir hemşire tarafından verilen eğitimin rolü. *Türkiye Klinikleri Allerji-Astım Dergisi* 2003; 5(1): 11-5.
37. van der Palen J, Klein JJ, Kerkhoff AH, van Herwaarden CL, Seydel ER. Evaluation of the long-term effectiveness of three instruction modes for inhaling medicines. *Patient Educ Couns* 1997; 32(1Suppl): 87-95.
38. Windsor RA, Bailey WC, Richards M, Jr. Manzella B, Soong SJ, Brooks M. Evaluation of the efficacy and cost effectiveness of health education methods to increase medication adherence among adults with asthma. *Am J Public Health* 1990; 80(12): 1519-21.
39. Şahin E, Aytekin A, Tuğ T. Yaşlı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına Verilen Eğitimin İnhalasyon Cihazı Kullanım Becerilerine Etkisi. *Turkish Thoracic Journal* 2014; 15(2); 049-056.
40. Chopra N, Oprescu N, Fask A, Oppenheime, J. Does introduction of new "easy to use" inhalational devices improve medical personnel's knowledge of their proper use? *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002; 88(4): 395-400.
41. Guidry GG, Brown WD, Stogner SW, George RB. Incorrect use of metered dose inhalers by medical personel. *Chest* 1992; 101(1): 31-3.
42. Ünlü M, Şahin Ü, Öztürk M, Akkaya A. Sağlık personeli ve eczacıların inhalasyon aletlerinin kullanımıyla ilgili bilgilerinin araştırılması. *Solunum Hastalıkları* 2001; 12; 8-12.
43. Görgüner M, Mirici A, Kaynar H, Özbakış G, Mısırhoğlu F, Çildağ O. Hekimlerimizin inhalasyon cihazlarının kullanımıyla ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi. *Solunum* 1996; 20: 243-50.
44. Akkaya E, Yılmaz A, Baran A, Baran R, Sarıbaş E, Kılıç Z, ve ark. İnhalasyon cihazlarının kullanım tekniklerinin sağlık personeli ve hastalarda değerlendirilmesi. *Solunum* 1996; 20: 235-42.
45. Dinmez S, Özdemir T, Öğüş C, Çilli A. Hemşire eğitiminin hastaların inhalasyon cihazlarını kullanmaları üzerine etkileri. *Akciğer Arşivi* 2003; 4(2): 89-94.
46. Molimard M, Raheison C, Lignot S, Balestra A, Lamarque S, Chartier A, et.al. Chronic obstructive pulmonary disease exacerbation and inhaler device handling: real-life assessment of 2935 patients. *Eur Respir J* 2017 15;49(2). pii: 1601794. doi: 10.1183/13993003.01794-2016.

Geliş tarihi: 14.06.2017

Kabul tarihi: 14.03.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Doç. Dr. Nesrin Sarıman

e-posta: nesariman@yahoo.com

Birinci basamakta hasta memnuniyeti ve hekim iş doyumunu ile ilişkisi

Patient satisfaction in primary care and the relationship with physicians' job satisfaction

Sezgin Turgu¹, Serdar Öztora², Ayşe Çaylan², Hamdi Nezh Dağdeviren²

¹ Çorum Uğurludağ İlçe Devlet Hastanesi 191302 No'lu Aile Hekimliği Birimi, Uzm.Dr., Çorum

² Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof.Dr., Edirne

Özet

Amaç: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı tarafından yürütülen bu çalışma; Edirne il merkezi aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların memnuniyet düzeyleri ile bu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeylerini ölçmek ve aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Çalışmaya Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ve aile sağlığı merkezlerine başvuran, 18 yaş üzerindeki hastalar alındı. 39 aile hekimi ve 1170 hasta ile yapılan, kesitsel tipte olan çalışmadaki verilerin toplanmasında, hastalar için kişisel bilgiler formu ile European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği Türkçe Versiyonu, hekimler için ise kişisel bilgiler formu ile Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya katılan hastaların memnuniyet düzeylerinin; aylık hane geliri, yaş, eğitim seviyeleri, medeni durum, çocuk sahibi olma, sürekli hastalık varlığı ve cinsiyet ile ilişkili olduğu saptandı. Hastaların eğitim seviyeleri ve aylık hane gelirleri ile memnuniyet düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki varken; yaş, çocuk sahibi olma ve sürekli hastalık varlığı ile aralarındaki ilişki pozitif yöneydi. Çalışmaya katılan hekimlerin %33,3'ü yüksek, %66,7'si orta düzeyde genel iş doyumuna sahipti. Hekimlerin iş doyumunu düzeyleri sosyodemografik özelliklerinden sadece yaş ile ilişkili bulunurken, hekimlerin iş doyumunu düzeyleri ile hastaların memnuniyet dereceleri arasında anlamlı bir ilişki saptandı.

Sonuç: Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ve toplum sağlığındaki önemi düşünüldüğünde, birinci basamakta çalışan hekimlerin iş doyumuna ve sağlık hizmeti almak için bu merkezlere başvuran hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri belirlemek, verilen hizmeti daha da iyileştirebilmek açısından son derece önemlidir. Bu nedenle birinci basamak başta olmak üzere sağlık hizmeti veren tüm merkezlerin hastalar tarafından belirli aralıklarla değerlendirilmesinin ve hekimler ile diğer sağlık çalışanlarının iş doyumunu düzeylerinin ölçülmesinin, sağlık hizmetlerindeki eksikliklerin giderilmesinde ve kalitenin artırılmasında etkili olacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Hasta memnuniyeti, EUROPEP Ölçeği, hekim iş doyumunu, Minnesota İş Doyum Ölçeği

Summary

Objective: The aim of this study, conducted by the Department of Family Medicine of Trakya University Medical School, was to determine the levels of patient satisfaction in Family Health Centers and job satisfaction of the doctors' in these centers, and to evaluate their relationship.

Methods: Doctors working in Family Health Centers in Edirne City center and patients above the age of 18 admitted to them were included in the study. In this cross-sectional study, data from 1170 patients were collected via a questionnaire comprising of sociodemographic questions with the Turkish version of European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP), whereas data from 39 Family Doctors were collected via a questionnaire comprising of sociodemographic questions with the Minnesota Job Satisfaction Questionnaire.

Results: A relationship between the level of satisfaction of the patients and monthly house income, age, education level, marital status, child status, chronic disease and gender was determined. While there was a negative relationship with education status and monthly house income; there was a positive relationship with age, child status and the presence of chronic disease. The level of job satisfaction of the doctors included in the study was high among 33.3% and medium among 66.7%. While the job satisfaction only related with age, there was a significant relationship between doctors' job satisfaction and patients' satisfaction levels.

Conclusion: Considering the importance of primary care health services on health system and community health, it is extremely important to determine the factors affecting the primary care doctors' job satisfaction and the satisfaction of patients who are seeking medical help in order to improve the quality of the provided service. Thus, periodic evaluations of the primary and other health care services by the patients and determinations of the job satisfaction levels of the doctors and other health care providers seem to have a positive effect on eliminating the drawbacks of the health care services and improving the health care quality.

Keywords: Patient satisfaction, EUROPEP, doctor job satisfaction, Minnesota Job Satisfaction Questionnaire

Giriş

Sağlık, insanların yaşamlarını sürdürmesinde ve yaşam kalitelerinin artırılmasında gereken en temel faktörlerden biridir. Sağlık hizmetinin sunumu, insanların huzurunu ve yaşam kalitesini doğrudan etkilemektedir. Bundan dolayı, bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişmişlik düzeyi, tüm ülkenin gelişmişlik düzeyi açısından da önemlidir.⁽¹⁾

Hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi, toplum ve bireyin sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelen sağlık hizmeti; insanların önceden deneyiminin olmadığı, bu nedenle de kıyaslama ve sınama sınırlılığının olduğu, genellikle uzun araştırmaya fırsat olmadan hazırlıksız yakalandığı, ancak alması zorunlu, vazgeçilemez bir hizmettir.^(1,2)

Sağlık hizmetleri, hasta ile hizmeti sunan kişi veya kurum arasında tıbbi faaliyet olmasının yanı sıra söz konusu kişilerin karşılıklı olarak birbirleriyle diyalog kurmasını gerektiren sosyal faaliyeti de kapsayan bir hizmettir. Sağlık hizmetinin kalitesi, hizmet sunanın tavır ve davranışlarından etkilenmekte, bu nedenle de bir hizmeti sunan kişinin, aynı hizmeti daha sonra tekrar sunması sırasında farklılıklar olabilmektedir. Bu ise hizmetin içeriğinin, kalite, kapasite ve kapsam açısından farklılıklar gösterebileceği anlamına gelmektedir.⁽²⁾

Sağlık alanında teknolojinin gelişmesi, kaliteli sağlık bakımı alma isteğinin yaygınlaşması ile “kaliteli sağlık hizmeti” gündeme gelmiştir. Ülkelerin gelişmişlik göstergelerinden birisi de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesidir. Bu sebeple sağlık hizmetlerine her geçen gün daha fazla önem verilmekte, hizmetlerde standardizasyon hedeflenerek kalitenin devamı amaçlanmaktadır.^(3,4) Sağlık hizmetlerinin hastalar tarafından değerlendirilmesi, sağlık sektöründe kalitenin geliştirilmesine katkıda bulunmaktadır. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin kalitesini ve etkinliğini değerlendiren performans ölçümlerinden biri hasta memnuniyeti anketidir.^(5,6)

Hasta memnuniyeti, “hastanın değer ve beklen-

tilerinin ne düzeyde karşılandığı konusunda bilgi veren ve esas otoritenin hasta olduğu, bakımın kalitesini gösteren temel ölçüt” olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe ileri teknolojinin kullanılması, kaliteli sağlık bakım isteğinin yaygınlaşması bireylere ve topluma kaliteli sağlık hizmeti verilmesini gündeme getirmektedir. Sağlık bakımının değerlendirilmesinde son yıllarda yer alan hasta memnuniyeti, sağlık hizmetlerinde maliyetin giderek artması nedeni ile var olan kaynakların doğru kullanımına karar vermek için gerekli bir kanıt olarak görülmeye başlanmıştır.^(7,8)

İş doyumunu, “çalışanın kendi işinden duyduğu hoşnutluk, kendisini ve işini değerlendirmesi sonucu ulaştığı olumlu duygusal durum” olarak tanımlanmaktadır. İlk kez 1920’lerde ortaya çıkan ve özellikle son yıllarda davranış bilimcilerin çok önem verdiği davranışsal konulardan birisi olan iş doyumunun, bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını doğrudan etkilediği gibi iş hayatında etkinlik ve verimliliğin artmasında da olumlu etkileri vardır. Ayrıca iş doyumunun yetersiz olması, stres ve grup uyumu sorunları gibi olumsuz durumlara neden olacağından bu kavramın iş hayatındaki önemini daha da artırır.⁽⁹⁾

Kişilerin başarılı, mutlu ve üretken olabilmelerinin önemli gereklerinden biri olan iş doyumunu yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi gibi kişisel özelliklerin yanı sıra yapılan işin içeriği, ücret, yönetim politikası, çalışma koşulları gibi örgütsel ve çevresel etkenlerin de etkilediği belirtilmektedir. Meslek dışı yaşamı doğrudan etkileyen, sürekli özveri gerektiren hekimlik mesleğinde de, iş doyumunu büyük önem taşımaktadır.⁽¹⁰⁾

Bu çalışmanın amacı Edirne il merkezi birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların memnuniyet düzeylerine etki eden faktörleri araştırmak, bu sağlık kuruluşlarında çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeylerini ve hasta memnuniyeti ile ilişkisini belirlemektir. Bu sayede hasta memnuniyetine etki eden faktörlerin ve hekim iş doyumunu düzeyi ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkinin belirlenmesi sonrasında saptanabilecek eksiklikle-

rin giderilebilmesi, daha iyi ve kaliteli bir birinci basamak sağlık hizmeti sunulabilmesine katkıda bulunulması amaçlanmıştır.

Yöntem

Çalışmaya, Edirne il merkezindeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan hekimler ve aile sağlığı merkezlerine başvuran, 18 yaş üzerindeki hastalar alındı. 39 aile hekimi ve 1170 hasta ile yapılmış, kesitsel tipte olan çalışmadaki verilerin toplanmasında, hastalar için kişisel bilgiler formu ile European Patients Evaluate General/Family Practice (EUROPEP) Ölçeği Türkçe Versiyonu,⁽¹¹⁾ hekimler için ise kişisel bilgiler formu ile Minnesota İş Doyum Ölçeği kullanıldı.⁽¹²⁾

Bu çalışmada uluslararası etik kurallara uyuldu ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu ile Edirne İl Sağlık Müdürlüğü'nden gerekli izinler alındı. Çalışmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirildi ve bireylerin sözlü onamları alındı.

Aile sağlığı merkezlerinde haftanın beş günü, mesai saatinden hasta sayısı tamamlanıncaya kadar anket çalışmasına devam edildi. Hastalarda, son bir yılda şu anda başvurduğu hekime en az bir kere başvurmuş olma ve hekimi tanıyor olma şartı arandı. Çalışmaya katılmayı kabul eden hastaların sözlü onamları alınarak, hastaların sağlık çalışanlarıyla görüşme yaptıkları odadan uzak bir yerde soruları yanıtlamaları sağlandı.

Görüşmede kişilere çalışmanın içeriği anlatıldıktan sonra demografik verileri içeren form araştırmacı tarafından bizzat yüz yüze görüşülerek dolduruldu. Kişilerden EUROPEP-TR hasta memnuniyet anketini kendilerinin doldurması istendi, ölçeği okumakta ve soruları anlamakta güçlük çeken kişilerde ölçekler araştırmacı tarafından veya yardımcıyla dolduruldu.

Edirne il merkezinde kayıtlı 42 aile hekimi bulunmaktaydı. Bir hekimin, anketin yapıldığı sırada ilçeye atamasının gerçekleşmesi, diğer bir hekimin kırsal bölgede bulunması, bir hekimin ise esas hasta popülasyonunun cezaevindeki hastalar olması sebebiyle çalışmaya toplam 39 aile hekimi alınarak top-

lam 1170 hasta ile çalışma tamamlandı.

Bulguların analizinde tanımlayıcı istatistik yöntemleri (ortalama, standart sapma, frekans, yüzde), Spearman korelasyon analizi, normal dağılıma uymayan değişkenlerin ikiden fazla grup analizlerinde Kruskal Wallis testi ve ikili grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi (p), ilgili testlerle birlikte gösterildi ve $p < 0,05$ olan değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Hasta Anket Çalışması Bulguları:

Çalışmaya 1170 hasta katıldı. Çalışmaya katılan hastaların 733'ü (%62,6) kadın, 437'si (%37,4) erkekti. Çalışmaya katılan hastaların yaşları 18 ile 86 arasında değişmekteydi. Yaş ortalamaları $49,59 \pm 14,83$, ortanca yaş 51'di. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Hastalardan 1119'unun (%95,6) sağlık merkezine ulaşmada herhangi bir zorluk çekmediği, 2 hastanın (%0,2) nadiren, 7 hastanın (%0,6) bazen, 17 hastanın (%1,5) çoğu zaman, 25 hastanın (%2,1) ise her zaman zorluk çektikleri saptandı. Sağlık merkezine ulaşmada zorluk çeken 51 hastanın nedenleri incelendiğinde; 24'ünün (%47,1) evinin uzaklığı nedeniyle, 19'unun (%37,3) yürümekte zorluk çekmesi sebebiyle, 5'inin (%9,8) maddi nedenlerden ötürü, 2'sinin (%3,9) ulaşmada zorluk çekmesi nedeniyle, 1'inin (%2) ise bedensel engeli dolayısıyla zorluk çektiği saptandı. Sağlık merkezine ulaşmada zorluk çeken ve çekmeyen hastaların memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlı bir fark saptanmadı ($p > 0,05$).

Çalışmaya katılan hastaların son 1 yılda aile hekimlerine başvuru sayıları 1 ile 50 arasında değişmekteydi, ortalaması ise $7,22 \pm 5,32$ idi. Çalışmaya katılan hastalar arasında son 1 yılda hastanelere başvuruda bulunmayan 203 hasta vardı. Hastanelere en az 1 kez başvuruda bulunan 967 hastanın ortalama başvuru sayıları $5,63 \pm 4,62$ olarak saptandı (en

çok 30 kez). Çalışmaya katılan 1170 hastanın aile sağlığı merkezlerine başvuru sebepleri **Şekil 1**'de verilmiştir.

Kronik hastalık sıklığına bakıldığında; 1170 hastanın 489'unun (%41,8) bilinen sürekli bir hastalığı yoktu. 355 hastanın (%30,3) bir, 326 hastanın (%27,9) ise birden fazla sürekli hastalığı vardı.

Tablo 1. Hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları

		n	%
Cinsiyet	Erkek	437	37,4
	Kadın	733	62,6
Medeni durum	Evli	957	81,8
	Bekâr	71	6,1
	Boşanmış	27	2,3
	Dul	115	9,8
Yaş grubu	18-44 yaş	426	36,4
	45-64 yaş	557	47,6
	65 yaş ve üzeri	187	16
Çocuk sayısı (evli, boşanmış, dul hastalar arasında)	Çocuk yok	57	5,2
	1 çocuk	253	23
	2 çocuk ve üstü	789	71,8
Öğrenim durumu	Okur-yazar değil	64	5,5
	Okur-yazar	28	2,4
	İlkokul mezunu	569	48,6
	Ortaokul mezunu	121	10,4
	Lise mezunu	245	20,9
	Üniversite mezunu	143	12,2
Meslek	Ev hanımı	534	45,6
	Memur	68	5,8
	İşçi	99	8,5
	Emekli	362	30,9
	Öğrenci	15	1,3
	Diğer (çiftçi, serbest, asker)	77	6,6
	Çalışmıyor	15	1,3

Sürekli hastalığı olan 681 hasta arasında hipertansiyonu olan 452 (%66,3) hasta vardı. Çalışmaya katılan 1170 hastanın 1145'inin (%97,9) bilinen fiziksel bir engeli yokken 25'inin (%2,1) vardı.

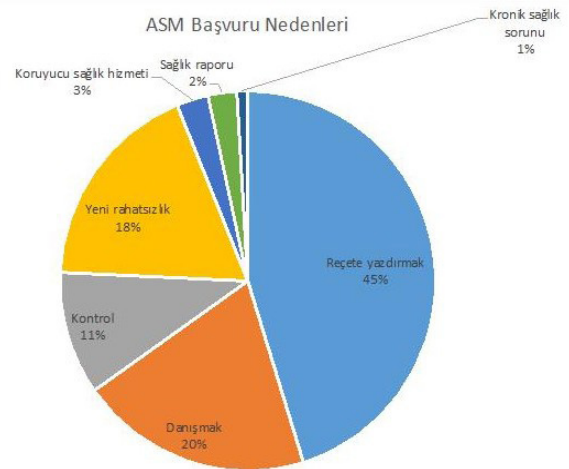
Çalışmamızda değerlendirilen EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Anketi'ne verilen cevapların en az, en çok ve ortalama puanları **Tablo 2**'de verilmiştir. Verilen cevapların ortalama puanlarına bakıldığında hastaların en çok memnun oldukları alanlar kayıt ve bilgilerin gizli tutulması, doktorun hastayı dinlemesi, şikâyet veya hastalığı hakkında istediği bilgileri vermesi idi.

Hastaların en az memnun oldukları alanlar ise bekleme odasında harcadıkları zaman, sağlık durumuna bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmasına yardımcı olması idi. Hastalar randevu alma, telefonla danışma, acil sağlık sorunları ve hastaneye sevk konularının kendileri ile ilgili olmadıklarını düşünerek "uygun değil/ilgisiz" olarak cevaplandılar ve puan vermediler.

Hekim Anket Çalışması Bulguları:

Çalışmaya 39 aile hekimi katıldı. Çalışmaya katılan hekimlerin 26'sı (%66,7) erkek, 13'ü (%33,3) kadındı. Çalışmaya katılan hekimlerin yaşları 31 ile 51 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması $41,31 \pm 4,83$ yıl idi.

Çalışmamıza katılan 39 hekimden 13'ünün (%33,3) genel iş doyumlarının yüksek, 26'sının (%66,7) ise orta düzeyde olduğu saptandı. Düşük



Şekil 1. Hastaların Aile Sağlığı Merkezine başvuru nedenleri (n=1170).

iş doyumunu düzeyine sahip hekim bulunmamaktaydı (Tablo 3).

Çalışmaya katılan hekimlerin iş doyumuyla ilgili sorulara verdikleri puanların ortalama değerleri Tablo 4’de gösterilmiştir. Bu değerlere göre iş doyumunu puan ortalamalarının 4’ün üzerinde olduğu, dolayısıyla hekimlerin memnun oldukları sorular sırasıyla; “Başkaları için bir şeyler yapabileceğine sahip olabilme bakımından (4,18±0,79),

bana sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından (4,15±0,77), kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından (4,08±0,70), çalışma arkadaşlarının birbirleri ile anlaşmaları bakımından (4,03±0,90) işimden ne kadar memnunum?” sorularıydı. İş doyumunu puan ortalamasının 3’ün altında olduğu tek soru vardı. Hekimlerin; “İş içinde terfi olanağımın olması bakımından işimden ne kadar memnunum?” sorusuna ortalama 2,38±1,06 verdik-

Tablo 2. EUROPEP-TR sorularına verilen cevapların ortalama puanları

Hasta Memnuniyet Anketi	n	En az puan	En çok puan	Ortalama ± SS
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	1170	1	5	4,93±0,32
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	1170	1	5	4,92±0,34
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	1170	1	5	4,93±0,32
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	1167	1	5	4,91±0,38
Sizi dinlemesi	1170	2	5	4,94±0,29
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	1166	2	5	4,99±0,15
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	1168	1	5	4,92±0,34
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	1166	2	5	4,93±0,33
İşini tam yapması	1170	1	5	4,94±0,34
Sizi muayene etmesi	1168	1	5	4,94±0,33
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	643	1	5	4,97±0,26
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	1168	1	5	4,93±0,32
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	1169	1	5	4,93±0,32
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	1152	1	5	4,93±0,37
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	1165	1	5	4,93±0,34
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	1162	1	5	4,93±0,32
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	313	3	5	4,96±0,22
Doktor dışı personelin yardımı	1160	1	5	4,92±0,32
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	16	3	5	4,81±0,54
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	165	2	5	4,95±0,34
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	171	1	5	4,91±0,48
Bekleme odasında harcadığınız zaman	1170	1	5	4,50±0,72
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	178	1	5	4,92±0,39

leri, bu konuda memnun olmadıkları saptandı.

Hekimlerin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olup olmama durumlarına, çocuk sayılarına, mezuniyet sürelerine, meslekteki toplam çalışma sürelerine, şu anda çalıştığı kurumdaki toplam çalışma sürelerine, kayıtlı nüfusa, haftalık toplam çalışma süresine, günde baktıkları hasta sayısına, çalıştıkları ortamdaki fiziksel koşulları yeterli bulup bulmamalarına göre genel, içsel ve dışsal iş doyumunu puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerin yaşa göre genel iş doyumunu puan ortalamalarına bakıldığında aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı ($p=0,048$, $r=0,318$). Buna göre hekimlerin yaşları arttıkça genel iş doyumunu düzeyleri artmaktaydı. İçsel ($p=0,063$, $r=0,301$) ve dışsal ($p=0,232$, $r=0,196$) iş doyumunu puan ortalamalarında ise anlamlı bir fark saptanmadı.

Hekimlerden, “Şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçerdim” diyenlerin genel iş doyumunu puan ortalamaları “seçmezdim” diyen hekimlere göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p=0,036$, $Z=-2,095$). İçsel ($p=0,065$, $Z=-1,846$) ve dışsal ($p=0,173$, $Z=-1,362$) iş doyumunu puan ortalamalarında ise aralarında anlamlı bir fark saptanmadı.

Genel, içsel ve dışsal iş doyumunu derecesi yüksek ve orta olan hekimler kendi aralarında bazı özelliklere göre karşılaştırıldı. Buna göre; eşinin çalışma durumu, çocuk sahibi olma, mesleğini kendi isteğiyle seçme, tekrar aynı mesleği seçip seçmeme durumu, son 1 yıl içinde hizmet içi eğitim alma, kurs, kongre, seminer gibi etkinliklere katılma, TUS’a

girip girmeme durumu, düzenli olarak Türkçe ve yabancı yayın izleme, iş yerindeki fiziksel koşulları yeterli bulma durumlarına göre aralarında anlamlı derecede bir fark saptanmadı.

Orta ve yüksek derecede iş doyumuna sahip hekimlerin hastalarının memnuniyet sorularına verdikleri cevapların ortalama puanları karşılaştırıldı, ayrıntıları **Tablo 5**'te verildi. Tabloda belirtilen konularda genel iş doyumunu yüksek derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarının, genel iş doyumunu orta derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarından anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptandı.

Tartışma

Aile hekimliğinin; sağlığı iyileştirici, hastalıklardan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve destekleyici sağlık hizmetlerini bir bütün olarak sunmada önemli rolü bulunmaktadır. Bu roller sayesinde hastanelerde uzmanlar tarafından sunulan hizmetler iş yükü ve kalite açısından olumlu yönde etkilenecek, temel sağlık hizmetlerinin etkili ve yüksek kaliteyle sunulmasına katkıda bulunacaktır. ⁽¹³⁾

Sağlık sistemleri; temel sağlık hizmetlerinin verilmesi, fiziki şartların ve insan kaynaklarının geliştirilmesi, hizmet ve yatırımların finansmanının sağlanması, planlama ve politika geliştirme için veri toplanması gibi bazı temel fonksiyonları öncelikle yerine getirme özelliğinde olmalıdır. Bu bağımsız işlevlerin koordinasyonu ve yönlendirilmesi sistemin başarısını sağlayacaktır. Gelişmiş ülkelerde birinci basamak, sağlık sistemi reformlarının köşe

Tablo 3. Hekimlerin iş doyumunu düzeyleri

	En az ve en çok verilen puanların ortalamaları	Ortalama \pm SS	Yüksek düzeyde iş doyumuna sahip hekim sayısı (%)	Orta düzeyde iş doyumuna sahip hekim sayısı (%)
Genel doyum	2,55-5,00	3,56 \pm 0,55	13 (33,3)	26 (66,7)
İçsel doyum	2,83-5,00	3,76 \pm 0,57	16 (41)	23 (59)
Dışsal doyum	2,13-5,00	3,27 \pm 0,63	11 (28,2)	28 (71,8)

taşlarından birisidir ve güçlü bir birinci basamak sistemi toplum sağlığının gelişmesiyle direkt ilişkilidir.⁽¹⁴⁾

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlık sistemi ve toplum sağlığı üzerindeki önemi göz önüne alındığında, bu kurumlarda çalışan hekimlerin iş doyumunu düzeyleri ve bu hizmeti alan hastaların memnuniyet dereceleri de son derece önemlidir.

Bu çalışma, hekimlerin iş doyumlarını ve hastaların memnuniyet derecelerini olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin saptanmasının ve gerekli müdahalelerin yapılmasının birinci basamak sağlık hizmetlerindeki verim ve kaliteyi olumlu yönde

etkileyebileceği düşüncesinden yola çıkılarak; Edirne il merkezi birinci basamak sağlık merkezlerinde çalışan hekimlerin iş doyumunu ve bu merkezlere başvuran hastaların memnuniyet derecelerini ölçmek, aralarındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamıza katılan 1170 hastanın 733'ü (%62,6) kadın, 437'si (%37,4) erkekti. Kadın hastaların aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları erkek hastalara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Bu durum; çalışmamızda birinci basamağa başvuran hastaların çoğunluğunu (%62,6) kadınların oluşturması ve kadınların da 534'ünün (%45,6) ev

Tablo 4. Minnesota İş Doyum Ölçeği'ne göre hekimlerin iş doyumunu etkileyen faktörlerin ortalama puanları

	En az puan	En çok puan	Ortalama ± SS
Beni her zaman meşgul etmesi bakımından	1	5	3,46±0,94
Tek başıma çalışma olanağımın olması bakımından	2	5	3,77±0,98
Ara sıra değişik şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	1	5	3,13±1,15
Toplumda "saygın bir kişi" şansını bana vermesi bakımından	1	5	3,51±1,02
Amirimin karar vermedeki yeteneği bakımından	1	5	3,08±1,17
Amirimin emrindeki kişileri idare tarzı bakımından	1	5	3,21±1,05
Vicdanıma aykırı olmayan şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	1	5	3,82±1,02
Bana sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından	2	5	4,15±0,77
Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağına sahip olabilme bakımından	2	5	4,18±0,79
Kişilere ne yapacaklarını söyleme şansına sahip olmam bakımından	3	5	4,08±0,70
Kendi yeteneklerimi kullanarak bir şeyler yapabilme şansımın olması bakımından	2	5	3,97±0,77
İş ile ilgili alınan kararların uygulamaya konması bakımından	2	5	3,46±1,02
Yaptığım iş karşılığında aldığım ücret bakımından	2	5	3,26±0,85
İş içinde terfi olanağımın olması bakımından	1	5	2,38±1,06
Kendi kararlarımı uygulama serbestliğini bana vermesi bakımından	1	5	3,33±1,15
İşimi yaparken kendi yeteneklerimi kullanabilme şansını bana sağlaması bakımından	2	5	3,82±0,85
Çalışma şartları bakımından	1	5	3,38±1,06
Çalışma arkadaşlarımla birbirleri ile anlaşmaları bakımından	2	5	4,03±0,90
Yaptığım iyi bir iş karşılığında takdir edilmem bakımından	1	5	3,38±0,96
Yaptığım iş karşılığında duyduğum başarı hissinden	2	5	3,95±0,82

Tablo 5. Hekimlerin iş doyum derecelerinin hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Genel iş doyum derecesi	Puan veren kişi sayısı	Ortalama \pm SS	p
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi	Orta	782	4,90 \pm 0,38	<0,001*
	Yüksek	388	4,98 \pm 0,15	
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi	Orta	782	4,90 \pm 0,39	0,001*
	Yüksek	388	4,97 \pm 0,18	
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması	Orta	782	4,91 \pm 0,37	0,008*
	Yüksek	388	4,97 \pm 0,18	
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması	Orta	779	4,89 \pm 0,43	0,013*
	Yüksek	388	4,95 \pm 0,27	
Sizi dinlemesi	Orta	782	4,93 \pm 0,31	0,033*
	Yüksek	388	4,97 \pm 0,21	
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması	Orta	778	4,99 \pm 0,14	0,288
	Yüksek	388	4,99 \pm 0,16	
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi	Orta	780	4,91 \pm 0,36	0,011*
	Yüksek	388	4,95 \pm 0,30	
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi	Orta	779	4,91 \pm 0,35	0,033*
	Yüksek	387	4,95 \pm 0,26	
İşini tam yapması	Orta	782	4,92 \pm 0,37	0,041*
	Yüksek	388	4,96 \pm 0,26	
Sizi muayene etmesi	Orta	780	4,92 \pm 0,39	0,015*
	Yüksek	388	4,97 \pm 0,18	
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşı vb)	Orta	428	4,97 \pm 0,25	0,838
	Yüksek	215	4,97 \pm 0,29	
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması	Orta	780	4,91 \pm 0,37	0,019*
	Yüksek	388	4,96 \pm 0,20	
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi	Orta	781	4,92 \pm 0,37	0,024*
	Yüksek	388	4,96 \pm 0,20	
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması	Orta	768	4,90 \pm 0,41	0,002*
	Yüksek	384	4,97 \pm 0,24	
Tavsiyelerine uymanızın önemini kavramanıza yardımcı olması	Orta	779	4,91 \pm 0,38	0,010*
	Yüksek	386	4,97 \pm 0,22	

hanımı olması nedeniyle mesai saatleri içinde daha müsait olmalarının ve çocuklarını daha çok annelerin getirmelerinin bir sonucu olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların yaşları 18 ile 86 arasında değişmekteydi. Hastaların yaş ile aile hekimliğine başvuru sayıları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken, yaş ile hastanelere başvuru sayısı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki vardı. Yani, yaş ilerledikçe aile hekimlerine başvuru sayısı artarken hastanelere olan başvuru sayısı azalmaktaydı. Bu durum, yaşı ilerleyen hastaların hastanelere gitmekte daha fazla zorlanırken, aile hekimlerine daha rahat ulaşabilmelerinden ve ilaç yazdırma, kontrol vb. amaçlarla aile hekimlerine gitmeyi daha sık tercih etmelerinden kaynaklanmış olabilir. Yaşın artması ile hastalarda görülen sürekli hastalık sayısı da anlamlı bir şekilde artmaktaydı. Dolayısıyla sürekli hastalıklar nedeniyle düzenli ilaç kullanımının yaşlı hastalarda daha fazla olması,

yaşlı hastaların reçete yazdırmak amacıyla aile hekimlerine daha sık başvurmalarını destekler niteliktedir. Potiriadis ve ark.⁽¹⁵⁾ Avustralya’da, Haas ve ark.⁽¹⁶⁾ Boston’da birinci basamakta yaptıkları çalışmalarda da yaşlı hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda bulduklarını ve daha yüksek memnuniyette olduklarını saptamışlardır. Yine ülkemizde bir üniversite hastanesinin acil servisinde yapılan memnuniyet çalışmasında 65 yaş üstü hastaların daha az şikâyetçi oldukları saptanmıştır.⁽¹⁷⁾

Hastaların memnuniyet puanı ortalamalarının genellikle bekâr olan hastalarda; evli, boşanmış ve dul olan hastalara göre anlamlı derecede düşük olduğu saptandı. Ünal ve ark.⁽¹⁸⁾ yaptıkları çalışmada evli olan hastaların memnuniyet seviyelerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Bekâr olan hastaların, aile bireylerinin birbirine olan desteğinden yoksun olmaları sağlık hizmetlerinden memnuniyet derecelerinin düşük olmasını açık-

Tablo 5 devamı. Hekimlerin iş doyum derecelerinin hasta memnuniyetine etkisi

Hasta Memnuniyet Anketi	Genel iş doyum derecesi	Puan veren kişi sayısı	Ortalama \pm SS	p
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi	Orta	775	4,91 \pm 0,35	0,021*
	Yüksek	387	4,96 \pm 0,27	
Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması	Orta	221	4,95 \pm 0,25	0,171
	Yüksek	92	4,99 \pm 0,10	
Doktor dışı personelin yardımı	Orta	774	4,91 \pm 0,34	0,085
	Yüksek	386	4,95 \pm 0,27	
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz	Orta	15	4,87 \pm 0,51	0,014*
	Yüksek	1	4,00	
Sağlık merkezine telefonla ulaşabilmeniz	Orta	98	4,96 \pm 0,31	0,699
	Yüksek	67	4,94 \pm 0,38	
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz	Orta	104	4,89 \pm 0,53	0,555
	Yüksek	67	4,94 \pm 0,38	
Bekleme odasında harcadığınız zaman	Orta	782	4,50 \pm 0,72	0,949
	Yüksek	388	4,50 \pm 0,72	
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması	Orta	109	4,91 \pm 0,32	0,158
	Yüksek	69	4,93 \pm 0,49	

SS: Standart sapma, p: Anlamlılık düzeyi, *p<0,05. Mann Whitney U

layabilir. Bu durum, çocuğu olan hastaların memnuniyetlerinin daha yüksek olmasıyla paralellik göstermektedir.

Çocuk sahibi olan hastaların son bir yıl içinde aile hekimlerine başvuru sayıları çocuk sahibi olmayan hastalara göre anlamlı derecede daha fazlaydı. Ancak hastanelere başvuru sayısında aralarında anlamlı bir ilişki yoktu. Çocuk sahibi olan hastaların; ilgilenilme, tıbbi kararlara katılma, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi konularında çocuk sahibi olmayan hastalara göre anlamlı derecede yüksek puan verdikleri saptandı. Çalışmamıza katılan hastaların %89,1'inin (1042 hasta) en az bir çocuğunun olduğu ve çocuk sahibi olan hastaların aile hekimlerine daha sık başvuruda buldukları göz önüne alındığında bu durum; çocuk sahibi olan hastaların çocuklarını, ihtiyaçları olduğu herhangi bir anda rahatlıkla ASM'lere ulaştırabilmelerinden, rahat bir şekilde hizmet alabilmelerinden kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan 661 (%56,5) hastanın eğitim seviyesi ilkokul ve altındaydı. Memnuniyet puan ortalamalarının eğitim seviyeleri ilkokul ve altı olan hastalardan üniversite mezunu olanlara doğru azaldığı saptanırken; çoğu alanda puan ortalamalarındaki bu azalmanın anlamlı olduğu saptandı. Bu durum; üniversite mezunu kişilerin beklentilerinin daha yüksek, dolayısıyla memnun olmalarının daha zor olmasından, eğitim seviyesi düşük olan kişilerin ise daha kanaatkâr olmalarından veya çoğunluğu yüz yüze görüşme tekniği ile yapılan anket çalışması esnasında eğitim düzeyi düşük olan hastaların çekinmeleri sebebiyle daha yüksek puanlar vermelerinden kaynaklanmış olabilir.^(19,20)

Tükel ve ark.⁽²¹⁾ yaptıkları çalışmada, üniversite mezunlarının, doktorların kendilerine karşı tutum ve davranışları konusunda, ilk ve ortaokul mezunlarına göre anlamlı derecede daha düşük memnuniyette

olduklarını saptamışlardır. Erdem ve ark.,⁽²²⁾ eğitim düzeyi yüksek hastaların benzer şekilde memnuniyetlerinin düşük olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmaya katılan 1170 hastanın aylık hane gelirleri ortalaması 1336,75±995,29 TL idi. Şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, hastalıklardan korunmak için sunulan hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama vb), test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi, sevkten beklenenler konusunda bilgi verilmesi, personel yardımı, bekleme odasında harcanan zaman, acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunulması konularında gelir durumuyla memnuniyet arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptandı.

Hastaların aylık hane gelirleri arttıkça bu sorulara verdikleri memnuniyet puanı ortalamaları azalmaktaydı. Bu durum, gelir düzeyi yükseldikçe hastaların yaşam standartlarının ve bununla bağlantılı olarak beklentilerinin artması sonucu daha zor memnun olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Aynı zamanda gelir düzeyi düşük olan hastaların aile hekimlerine ve hastanelere başvuru sayıları gelir düzeyi yüksek olanlara göre daha fazlaydı. Hastaların son bir yılda aile hekimlerine, hastanelere oranla daha fazla başvuruda bulunduğu göz önüne alındığında, bu durum, gelir düzeyi düşük olan hastaların, aile sağlığı merkezlerine rahat ulaşabilmelerinden ve kesiinti payının hastanelere oranla düşük olmasından kaynaklanmış olabilir.

Çalışmamıza katılan hastaların, görüşmeler sırasında yeterli zamanın olduğunu hissetme konusunda %94,4'ünün 5, %4,4'ünün 4 puan verdiği; yani bu konudaki memnuniyetlerinin üst seviyede olduğu saptanmıştır. Bu da hastaların hekimle görüşmeleri sırasında acele etme gereği hissetmeden rahatça sorunlarını anlatabildiklerini göstermektedir. He-

kim hastasına ne kadar çok zaman ayırırsa hastanın memnuniyeti o derece artmaktadır.⁽²²⁾

Hasta memnuniyetini etkileyen faktörleri araştıran çalışmalar, hastaya verilen bilginin miktarının, hekimin hasta ile daha uzun süre ilgilenmesinin memnuniyeti arttırdığını göstermiştir.⁽²³⁾ Hastaların hastalıkları hakkında her şeyin yapıldığını düşünmesi ve kendilerine bilgi verilmesi ile hekimlik hizmetlerinden memnun olma durumları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.⁽¹⁸⁾ Tanı ve tedavi seçenekleri, sonuçları, hastalığın gidişi gibi konularda hastaya anlayabileceği bir ifade biçimiyle açıklamada bulunarak hastanın bilgilendirilmesi ve sonuçta tıbbi müdahale için onun onamının alınması, hastadan sorumlu hekim için bugün etik bir yükümlülük durumudur. Hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktörün iletişim ve hastayı yeterli bilgilendirme olduğu bildirilmektedir.⁽²⁴⁾ Çalışmamızda, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi konusunda hastaların %94,4'ünün 5 puan, %4,7'sinin 4 puan vermesi, hastaların istedikleri bilgileri alabilmeleri bakımından da hekimlerinden son derece memnun olduklarını göstermektedir.

Çalışmaya katılan hastalar arasında son bir yılda hastanelere başvuruda bulunan 967 hastanın başvuru sayıları 1 ile 30 arasında (ortalama 5,63±4,62), aile hekimlerine başvuru sayıları ise 1 ile 50 arasında (ortalama 7,22±5,32) değişmekteydi. Hastalar aile hekimlerine, hastanelere oranla daha sık başvuruda bulunuyorlardı. Hastaların son bir yıl içinde aile hekimliğine başvuru sayılarına göre memnuniyet sorularına verdikleri puanların ortalamaları karşılaştırıldı. Buna göre, hastaların aile hekimlerine başvuru sayıları arttıkça memnuniyet puan ortalamalarının da arttığı saptandı.

Aile hekimliği uygulaması sayesinde hastaların hep aynı hekime başvuruda bulunmasının; hasta ile hekimin birbirlerini daha iyi tanınmasını, hastanın hekim karşısında problemlerini daha rahat anlatabilmesini, hekimle daha etkili bir iletişimde bulunabilmesini sağlaması nedeniyle hastaların memnuniyetini arttıran bir durum olduğu düşünülebilir. Hastanın sürekli aynı hekime başvurabilmesiyle hasta ve hekim arasında devam

eden ilişki sayesinde hasta, hekimine kişisel temelde güven duymaya başlar.⁽²⁵⁾ Bu durumun da çalışmamızda görüldüğü gibi hasta memnuniyetine olumlu bir şekilde yansması beklenen bir durum gibi gözükmektedir.

Hastaların en çok memnun oldukları (4 ve 5 puan verdikleri) konular sırasıyla; “Kayıt ve bilgilerde gizlilik (1164 hasta, %99,5), dinlenilme (1161 hasta, %99,2), şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi (1160 hasta %99,1) konularıydı. Bu konulardan anlaşıldığı üzere; hastalar kendilerine ait olan bilgilerin sadece hekimleriyle kendi aralarında kalmasından son derece memnundu. Aksi bir durumun olması hiç şüphesiz hasta hekim ilişkisini olumsuz yönde etkileyecektir. Hekimin hastasını dinlemesi ve şikâyet ya da hastalıkları hakkında onlara istedikleri bilgileri vermesi ise hastaların en çok memnun oldukları bir diğer konuydu.

Genellikle hastaların en çok yakındıkları konulardan olan bekleme odasında harcanan zaman ise çalışmamızdaki en düşük puan ortalamasına sahip konuydu (4,50±0,72) ve bu konuda 19 hastanın (%1,6) 1 ve 2 puan verdiği saptandı.^(26,27)

Hastalar, randevu alabilme, sağlık merkezine telefonla ulaşabilme, doktoruna telefonla ulaşabilme konularının kendileriyle ilgili olmadığını düşünmekteydiler. Hastaların ASM'lere istedikleri anda ulaşabiliyor olmaları bu konuların çok da önemli olmadığını düşünmelerinin bir sebebi olabilir. Ancak hastaların, bekleme odasında harcadıkları zaman açısından memnuniyetlerinin en düşük seviyede olması sebebiyle birinci basamak sağlık merkezlerinde randevu sisteminin uygulanmasının bu konudaki memnuniyet düzeyini artırması öngörülebilir.

Randevu sistemi sayesinde, ASM'lerdeki hasta yoğunluğunun azalmasıyla hastaların bekleme odasında harcadıkları zaman açısından duydukları memnuniyetin de artması sağlanabilir. Aile hekimliğinde randevu sisteminin işlediği ülkelerde bir gün sonrasına randevu alabilmek ve 6-10 dakika arasında hekimin yanına girebilmek hastalar tarafından memnun kalmanın koşulu olarak gösterilmiştir.^(6,28) Yerleşmiş bir randevu sisteminin, ASM'lerde oluşabilecek hasta yoğunluğunu engel-

lemesi ve dolayısıyla bekleme süreleri konusundaki memnuniyeti arttırması öngörülebilir bir durumdur. Çalışmamıza katılan hekimlerin günde baktıkları hasta sayılarının 40 ile 110 (ortalama 62,31±17,65) hasta arasında değişmekte olduğu düşünüldüğünde, randevu sisteminin uygulanması sayesinde hekimler daha az hastaya daha fazla süre ayırabilecek, böylelikle daha etkili bir iletişim ve verimli bir görüşme süreci sağlanmış olacaktır.

Ancak randevu sisteminin hayata geçirilmesi kadar verimli bir şekilde kullanılabilirliğinin sağlanması da önemli bir konudur. Aksi takdirde aile hekimliğinde randevu sisteminin işlediği ülkelerde yapılmış olan çalışmalarda da görüldüğü gibi hastaların bekleme odasında harcadıkları zaman açısından duydukları memnuniyetsizlik devam edecektir.

Çalışmamıza katılan 39 hekimden 13'ünün (%33,3) genel iş doyumunun yüksek, 26'sının (%66,7) ise orta düzeyde olduğu saptandı. Çalışmamızda düşük iş doyumunu düzeyine sahip bir hekim bulunmaktaydı. Eskişehir'de yapılan bir çalışmada birinci basamakta çalışan hekimlerin iş doyumlarını orta düzeyde bulunurken,⁽⁹⁾ Erzurum'da yapılan bir çalışmada ise pratisyen hekimlerin %72,3'ünün iş doyumunu düzeylerinin orta, %11,7'sinin yüksek, %16,1'inin ise düşük olduğu saptanmıştır.⁽²⁹⁾

“Şimdi olsaydı tekrar aynı mesleği seçerdim” diyen hekimlerin genel iş doyumunu puan ortalamaları “seçmezdim” diyen hekimlere göre anlamlı derecede yüksek saptandı. Diğer mesleklerde olduğu gibi hekimlik mesleğinde de kişinin doğru mesleği yaptığını düşünmesi, işinden maksimum doyum sağlaması açısından önemlidir. Bu sayede kişi, işini daha iyi bir şekilde sergileyebilecek ve hizmet sunduğu kişilere daha faydalı olabilecektir. Bu nedenle meslek seçimi aşamasındaki bireylere özellikle özen gösterilmesi gerekmektedir.

Hekimlerin, başkaları için bir şeyler yapabileceğine sahip olabilmeleri ve kendilerine sabit bir iş olanağı sağlaması bakımından işlerinden memnuniyet düzeyleri yüksekken, iş içinde terfi olanaklarının olması bakımından memnuniyetleri

en düşük seviyedeydi. Çalışılan yerdeki terfi imkânlarının ve verilen ödüllerin iş doyumunu üzerinde etkili olduğu düşünüldüğünde hekim ve diğer sağlık personeli açısından ödüllendirilme durumunun hekim iş doyumunu olumlu yönde etkilemesi öngörülebilir.

Hastaların memnuniyet derecelerinin, hekimlerin iş doyumunu düzeyleriyle pozitif yönde ilişkili olduğu saptandı. Görüşmeler sırasında yeterli zamanlarının olduğunu hissetme, ilgilenilme, sorunlarını kolay söyleyebilme, tıbbi kararlara katılma, dinlenilme, şikâyetlerinin çabuk geçirilmesi, iyi hissetmeye yardımcı olunması, işin tam yapılması, muayene edilme, test ve tedavilerin amaçlarının açıklanması, şikâyet ve hastalık hakkında istenilen bilgilerin verilmesi, duygusal sorunlarla başa çıkmaya yardımcı olunması, tavsiyelere uymanın öneminin belirtilmesi, önceki görüşmelerde yapılan ve söylenenlerin bilinmesi, uygun zamana randevu alabilme konularında genel iş doyumunu yüksek derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarının, genel iş doyumunu orta derecede olan hekimlerin hastalarının memnuniyet puanı ortalamalarından anlamlı derecede yüksek olduğu saptandı.

Bu durum, hekimlerin iş doyumunu düzeylerinin arttırılabilmesi için yapılacak olan uygulamaların, dolaylı olarak hastaların memnuniyet düzeylerinin de arttırılmasını sağlayacağını göstermektedir.

Sonuç

En temel insan haklarından biri olan sağlık hizmetinin sunulup sürdürülmesinde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi düşünüldüğünde; Edirne il merkezinde bu hizmeti alan hastalar genel anlamda memnunken, hizmet veren kurumundaki hekimler ise orta ve yüksek düzeyde iş doyumuna sahiptiler. Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki kalitenin arttırılmasında, hasta memnuniyeti değerlendirmelerinin ve bu hizmetleri sağlayan hekim ile sağlık personelinin iş doyumunu düzeylerinin düzenli aralıklarla ölçülmesinin ve memnuniyetsizlik yaratan konularda düzenlemelerin yapılmasının son derece önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Kaynaklar

- Doğan İF, Bakan İ, Hayva S. Sağlık sektörünün temel aktörleri olan hastanelerde rekabet stratejilerinin kaliteye etkisi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi 2017;16(62):817-35.
- Kıdak LB, Aksaraylı M. Yatan hasta memnuniyetinin değerlendirilmesi ve izlenmesi: Eğitim ve Araştırma Hastanesi uygulaması. DEU Sosyal Bilimler Enstitüsü Derg 2008;10(3):87-122.
- Demir T, Açık Y, Kaya MK, Deveci SE, Pirinççi E, Yıldırım B ve ark. Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Göz Hastalıkları Anabilim Dalı'na poliklinik ya da klinik hizmeti almak için başvuran hastaların sunulan hizmetten memnuniyet düzeyleri. FÜ Sağ Bil Tıp Derg 2009;23(3):119-24.
- Özen Ü, Çam H, Aslay FY. Kalite boyutları ve sağlık hizmeti unsurları açısından hasta memnuniyetine bir bakış: Gümüşhane Devlet Hastanesi'nde örnek uygulama. Akademik Yaklaşımlar Derg 2011;2(1):25-43.
- Vedsted P, Sokolowski I, Heje HN. Data quality and confirmatory factor analysis of the Danish EUROPEP questionnaire on patient evaluation of general practice. Scand J Prim Health Care 2008;26:174-80.
- Edirne T, Avcı DK, Atmaca B. Van ilinde birinci basamakta hasta memnuniyeti: Ankete dayalı kesitsel çalışma. Türk Aile Hek Derg 2009;13(3):137-47.
- Özcan M, Özkaynak V, Toktaş İ. Silvan Devlet Hastanesi'ne başvuran kişilerin memnuniyet düzeyleri. Dicle Tıp Derg 2008;35(2):96-101.
- Hekimoğlu L, Tekiner AS, Ceyhan Peker G. Kamuya ait bir eğitim ve araştırma hastanesinde ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti. Konuralp Tıp Dergisi 2015;7(1):1-5.
- Tözün M, Çulhacı A, Ünsal A. Aile hekimliği sisteminde birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan hekimlerin iş doyumu (Eskişehir). TAF Prev Med Bull 2008;7(5):377-84.
- Dağdeviren N, Musaoğlu Z, Kurt Ömürlü İ, Öztora S. Akademisyenlerde iş doyumunu etkileyen faktörler. Balkan Med J 2011;28:69-74.
- Aktürk Z, Dağdeviren N, Şahin EM, Özer C, Yaman H, Göktaş O ve ark. Hastalar hekimleri değerlendiriyor: Europep Ölçeği. DEU Tıp Fak Derg 2002;3(16):153-60.
- Weiss DJ, Dawis RV, England GW, Lofquist LH. Manual for the Minnesota Satisfaction Questionnaire. Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation. Vol.22. Minneapolis, University of Minnesota, Industrial Relations Center, 1967.
- Mutlupoyraz F. Adana'daki Birinci Basamak Sağlık Kurumlarına Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Bu Kurumlarda Çalışan Hekimlerin İş Doyumunun Saptanması. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Adana: Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2010.
- Ustu Y, Uğurlu M, Ornek M, Sanisoğlu SY. 2002-2008 yılları arasında Erzurum bölgesinde birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi. Balkan Med J 2011;28:55-61.
- Potiriadis M, Chondros P, Gilchrist G, Hegarty K, Blashki G, Gunn JM. How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire. Med J Aust 2008;189(4):215-9.
- Haas JS, Cook EF, Puapolo AL, Burstin HR, Cleary PD, Brennan TA. Is the professional satisfaction of general internists associated with patient satisfaction? J Gen Intern Med 2000;15:122-8.
- Topaçoğlu H, Karcıoğlu Ö, Özaraç M, Çımrın AH. Acil servislerde hasta memnuniyeti: Ne? Ne kadar? Nasıl? Akademik Acil Tıp Derg 2004;2(3):47-53.
- Ünal D, Öztürk A, Tolga Y, Tasdelen C, Yazlak Z, Ögüt E ve ark. Kayseri Devlet Hastanesi'nden poliklinik hizmeti alan SSK mensubu erişkin hastalarda memnuniyet durumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Derg 2008;3(8):85-98.
- Paddison CAM, Abel GA, Roland MO, Elliott MN, Lyrtzopoulos G, Campbell JL. Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. Health Expect 2015;18:1081-92. doi:10.1111/hex.12081
- Kırılmaz H. Hasta memnuniyetini etkileyen faktörlerin sağlık hizmetlerinde performans yönetimi çerçevesinde incelenmesi: Poliklinik hastaları üzerine bir alan araştırması. ACU Sağlık Bil Derg 2013(4):11-21.
- Tükel B, Acuner AM, Önder ÖR, Üzgül A. Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesi'nde yatan hasta memnuniyeti. Ankara Üniv Tıp Fak Mecmuası 2004;57(4):205-214.
- Erdem R, Rahman S, Avcı L, Demirel B, Köseoğlu S, Fırat G ve ark. Hasta memnuniyetinin hasta bağlılığı üzerine etkisi. Erciyes Üniv İktisadi ve İdari Bilimler Fak Derg 2008;31:95-110.
- Özer O. Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarla Yapılan Anket Çalışması ile Hasta-Hekim İletişiminin İncelenmesi. Uzmanlık Tezi. İstanbul, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Koordinatörlüğü, 2007.
- Bol P, Gül G, Erbaycu AE. Hasta - hekim iletişimindeki eksiklik ve hataların ortaya konması. İzmir Göğüs Hastanesi Dergisi 2013;27(3):181-91.
- Aslan G, Akpınar E. Aile hekimliğinde bakımın sürekliliği. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2016;7(6):21-5.
- Dağdeviren N, Akturk Z. An evaluation of patient satisfaction in Turkey with the EUROPEP Instrument. Yonsei Med J 2004;45(1):23-8.
- Abu Mourad T, Shashaa S, Markaki A, Alegakis A, Lionis C, Philalithis A. An evaluation of patients' opinions of primary care physicians: the Use of EUROPEP in Gaza Strip-Palestine. J Med Syst 2007;31:497-503.
- Bower P, Roland M, Campbell J, Mead N. Primary care: Setting standards based on patients' views on access and continuity: secondary analysis of data from the general practice assessment survey. BMJ 2003;326:258.
- evimli F, İşcan ÖF. Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. http://www.onlinedergi.com/MakaleDosyaları/51/PDF2005_1_7.pdf adresinden 27.03.2017 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 03.11.2017

Kabul tarihi: 30.04.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Prof. Dr. Serdar Öztora

e-posta: droztora@yahoo.com

Devlet hastanesi çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarına bakış

An overview of smoking habits of state hospital staff workers

Fatih Üzer¹

Özet

Amaç: Toplumun rol model olarak aldığı sağlık çalışanlarının sigaraya karşı tutum ve davranışları önemlidir. Bu çalışmada hastanemiz çalışanlarında sigara içme sıklığını belirlemek, yaş, cinsiyet, eğitim durumunun sigara içme alışkanlığındaki etkisini araştırmak ve sağlık çalışanlarının nikotin bağımlılık düzeylerini saptamak hedeflendi.

Yöntem: Çalışmaya 2017 yılı Kasım-Aralık aylarında Kastamonu Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan 326 hastane çalışanı dahil edildi. Tüm katılımcılara eğitimli bir personel tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 14 soruluk bir anket formu uygulandı. Anket soruları katılımcıların demografik özellikleri ve sigara kullanma durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmakta idi. Anket soruları içinde ayrıca altı soruluk Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) de dahil edildi. Her katılımcının FNBT puanları araştırmacı tarafından değerlendirildi.

Summary

Objective: The attitudes and behaviors of the health workers who are taken as role models by the society are important. In this study, it was aimed to determine the smoking frequency, to investigate the effect of age, sex, education level on smoking habits and to determine the nicotine addiction levels of health workers among our hospital employees.

Methods: In November-December 2017, 326 hospital employees who were working at Kastamonu State Hospital and volunteered to participate in the study were included in the study. A questionnaire consisting of 14 questions was administered by a face-to-face interview by an educated staff member to all participants. The questionnaire consisted of questions that questioned participants' demographic characteristics and smoking status. The questionnaire also included the Fagerstrom Nicotine Dependence Test (FNBT), consisting of six questions. Each participant's FNBT score was evaluated by the investigator.

¹ Kastamonu Devlet Hastanesi, Uzm.Dr., Kastamonu

Özet

Bulgular: Çalışmaya ortalama yaşı $33,82 \pm 10,47$ olan, 107 (%33,86) erkek, 219 (%66,14) kadın katıldı. Çalışmamızda katılımcıların 111'nin (%30,04) halen sigara kullandığı, 215'inin (%65,96) kullanmadığı, 17'sinin (%5,37) ise daha önce kullanıp şu anda kullanmadığı saptandı. Sigara içenlerin yaş ortalaması $36,53 \pm 8,88$ yıl, sigara içmeyenlerin yaş ortalaması $32,53 \pm 10,93$ yıl olarak tespit edildi. Sigara içenler içmeyenlere göre istatistiki anlamlı düzeyde daha yaşlıydı ($p < 0,001$). Sigara içicilerinin ortalama FNBT skoru $4,04 \pm 2,81$ (0-10), sigaraya başlama yaşı 20,10 (7-35), sigara tüketim miktarı 16,69 (1-70) paket yıl olarak saptandı. Katılımcıların sosyal statüleri arttıkça sigara kullanma alışkanlığında azalma tespit edildi, ancak okur yazarlık düzeyi ile sigara kullanımı arasında istatistiki anlamlı farklılık tespit edilmedi.

Sonuç: Sağlık çalışanlarında sigara içme düzeyi yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Sigara içme davranışının, erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu (bu sonuçla ilgili veri özette yer alırsa daha iyi olabilir), sigara içenlerin daha yaşlı olduğu, sosyal statünün düşüğe sigara tüketiminin arttığı sonucuna varılmıştır. Eğitim düzeyi ile sigara kullanma alışkanlığı arasında bir ilişki tespit edilemedi.

Anahtar kelimeler: Bağımlılık, devlet hastanesi, sağlık çalışanları, sigara içme

Summary

Results: A total of 326 participants with a mean age of 33.82 ± 10.47 years, of which 107 (33.86%) male and 219 (66.14%) female, participated in the study. Of our participants, 111 (30.04%) were current smokers, 215 (65.96%) were never smokers and 17 (5.37%) were former smokers. The mean age of the smokers was 36.5 ± 8.8 years, and the mean age of the non-smokers was 32.5 ± 10.9 years. Smokers were significantly older than those who did not smoke ($p < 0.001$). The mean FNBT score of smokers was 4.04 ± 2.81 (0-10), the mean age at starting smoking was 20.10 (7-35) and the amount of cigarette consumption was 16.69 (1-70) pack years. As the participants' social status decreased, smoking rate increased, but no statistically significant difference was found between education level and smoking habits.

Conclusion: The rate of smoking among health workers is high. Smoking behavior was higher in males than females, smokers were older, cigarette consumption increased as social status dropped. There was no relationship between education level and smoking habit.

Keywords: Addiction, health workers, smoking, state hospital

Giriş

Sigara tüketimi, dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Yaygınlığı gelişmiş ülkelerde azalmakla birlikte, gelişmekte olan ülkelerde hala artmaktadır. Sigara kullanımı tıbbi, sosyal, ekonomik ve yasal sorunlara neden olan önemli bir sağlık sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre sigara bağımlılığı küresel çapta savaşılmaması gereken bir durumdur. Sigara önlenebilir ölüm nedenleri içinde en ön sıralarda gelmektedir. Ülkemizde her yıl yaklaşık olarak 100-110.000 kişi sigaraya bağlı hastalıklardan dolayı hayatını kaybetmektedir.^[1-2] Sigara bağımlılığı tüm yaş gruplarında görülebilen bir durumdur. kaynak?

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan bir çalışmaya göre ülkemizde sigara kullanma oranları 15 yaş üstü erkeklerde %62,8, kadınlarda %24,8, tüm nüfusta ise %43,6 olarak saptanmıştır.^[3] Sağlık çalışanları sigarayı bıraktırma kampanyalarında birinci sırada görevli kişiler olmalıdırlar. Toplumun rol model olarak al-

dığı sağlık çalışanlarının sigaraya karşı tutum ve davranışları önemlidir. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında sigara içme oranı yüksektir. Öztürk tarafından yapılan bir derlemede ülkemizde sağlık çalışanlarında, sigara kullanma oranları hekimlerde %31.9-70, hemşirelerde %29.5-68, hizmetlilerde %34.6-64 olarak bulunmuştur.^[4] Bu nedenle bu çalışmada hastanemiz personeline sigara içme sıklığını belirlemek, yaş, cinsiyet, eğitim durumunun sigara içme alışkanlığındaki etkisini araştırmak ve sağlık personelinin nikotin bağımlılık düzeylerini saptamayı hedefledik.

Yöntem

Çalışma hastane çalışanlarının sigara kullanma alışkanlıklarını belirlemek amacıyla kesitsel tanımlayıcı bir çalışma olarak planlandı. Çalışmaya 2017 yılı Kasım-Aralık aylarında Kastamonu Devlet Hastanesi'nde görev yapmakta olan ve çalışmaya gönüllü olarak katılan hastane çalışanları dahil edildi. Dahil

edilme kriterleri, hastane çalışanı (maaşlı çalışan ya da eğitim nedeniyle bulunan) olmak, dışlama kriteri ise katılımcının çalışmaya katılmak istememesi olarak belirlendi.

Çalışmaya dahil edilme ya da dışlama kriteri olarak herhangi bir yaş sınırlaması getirilmedi. Meslek grupları başlıca hekim, hemşire-ebe, sekreter, hizmetli (temizlik görevlileri, hasta taşıma personeli, yemekhane personeli), sağlık memuru (idari birimlerde çalışan), güvenlik, diğer (psikolog, laborant, tekniker, stajyer vs.) olmak üzere başlıca 7 ana başlık altında incelendi. Çalışmanın yapıldığı dönemde personelin bir kısmının izinli olması, bir kısmına nöbet izni ve vardiya değişimi gibi nedenlerle ulaşılamaması, bir kısmının ise çalışmaya katılmayı kabul etmemesi nedeniyle tüm çalışanlar çalışmaya dahil edilemedi.

Tüm katılımcılara eğitimli bir personel tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle 14 soruluk bir anket formu uygulandı. Anket soruları hastaların demografik özellikleri ve sigara kullanma durumlarını sorgulayan sorulardan oluşmakta idi. Anket soruları içinde ayrıca altı soruluk Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) de dahil edildi. Her katılımcının FNBT puanları araştırmacı tarafından değerlendirildi. Çalışmada FNBT'nin Türkçe versiyonu Uysal ve ark.^[5] tarafından yapılmış formu kullanılmıştır.

Çalışmanın etik kurul onayı, Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul'dan alınmıştır.

İstatistiksel Yöntem

Veriler PASW 20 (SPSS/IBM, Chicago, IL, USA) kullanılarak analiz edildi. Örnekleme tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı "Student t testi", ikiden fazla grup arası fark ise "varians analizi" ile araştırıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu test-

lerin parametrik olmayan alternatifleri, "Mann-Whitney U" ve "Kruskall Wallis" testleri kullanıldı. Kategorik veriler ise "ki-kare anlamlılık testi" ya da "Fisher's Exact test" ile incelendi. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için % 95 anlamlılık düzeyi (ya da $\alpha=0.05$ hata payı) kullanıldı.

Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT):

Altı adet sorudan oluşmaktadır. FNBT'den alınabilecek en küçük puan 0, en büyük puan 10 olup puan yükseldikçe bağımlılık düzeyi artmaktadır. Kişilerin FNBT'den aldığı puana göre bağımlılık derecesi; çok düşük (0-2 puan), düşük (3-4 puan), orta (5-6 puan), yüksek (7-8 puan) ve çok yüksek (9-10 puan) olarak sınıflandırılmaktadır.

Bulgular

Çalışmaya ortalama yaşı $33,82 \pm 10,47$ olan, 107 (%33,86) erkek, 219 (%66,14) kadın, toplam 326 kişi katıldı. Katılımcıların temel özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Çalışmamızda sigara kullanan %30,04 (111), kullanmayan %65,96 (215), önce kullanıp şu anda kullanmayanlar %5,37(17) sıklığında saptandı. Sigara içenlerin yaş ortalaması $36,53 \pm 8,88$ yıl, sigara içmeyenlerin yaş ortalaması ise $32,53 \pm 10,93$ yıl olarak tespit edildi. Sigara içenlerin içmeyenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yaşlı olduğu saptandı ($p < 0.001$).

Sigara içicisi olan katılımcılardan özgeçmişinde en az bir hastalık olan 16 kişi (sıklık sırasına göre en sık görülenler astım, diyabetes mellitus, hipertansiyon) tespit edilirken, soy geçmişinde en az bir hastalık olan 82 (sıklık sırasına göre en sık görülenler diyabetes mellitus, hipertansiyon, astım) kişi vardı. Sigara içicisi olan katılımcıların sadece 2'sinin soy geçmişinde habis hastalık öyküsü vardı. Katılımcıların %20,6'sı (24) merakı, %41,2'si (48) özentiyi, %26,7'si (31) stresi, %4,3'ü (5) psikolojik baskıyı ve %6,8'i (8) yasağa tepkiyi sigaraya başlama nedeni olarak sıralamıştır.

Sigara içicilerinin ortalama FNBT skoru $4,04 \pm 2,81$ (0-10), sigaraya başlama yaşı 20,1 (7-35) sigara tüketim miktarı 16,6 (1-70) paket yıl o-

olarak saptandı (**Tablo 2**). Sigara kullanan katılımcılarından %80,18 (89)'i daha önce sigara bırakmayı düşündüğünü, %64,86 (72)'si ise en az bir kez sigarayı bırakmayı denediğini ifade etmiştir. “Daha önce adını duyduğunuz ya da kullandığınız bir sigara

ra bıraktırma yöntemi oldu mu?” sorusuna cevap veren 131 katılımcının %70,22 (92)'si daha önce adını duyduğu ya da kullandığı bir sigara bıraktırma yöntemi olmadığını, %9,16 (12)'si nikotin replasman tedavisi (NRT), %9,16 (12)'si ilaç tedavisi (bupropi-

Tablo 1. Katılımcıların temel özellikleri

Yaş	Ort ± Ss (dağılım aralığı)		
	33.82 ±10.47 (17-63)		
		n	%
Cinsiyet	Erkek	107	33.86
	Kadın	219	66.14
Sigara	İçen	111	34.04
	İçmeyen	215	65.96
	Daha önce içip bırakan	17	5.37
Meslek	Hekim	21	6.44
	Ebe-hemşire	110	33.74
	Sekreter	40	12.26
	Sağlık memuru	34	10.42
	Güvenlik görevlisi	17	5.21
	Hizmetli	41	12.57
	Diğer	62	19.01
Öğrenim durumu	İlkokul	8	2.45
	Ortaokul	15	4.60
	Lise	117	35.88
	Üniversite	186	57.05

Ort: ortalama, Ss: Standart sapma.

Tablo 2. Sigara içicilerinin temel özellikleri

	Ortalama	Standart sapma	Dağılım aralığı
Yaş (yıl)	36.53	8.88	17-54
Sigaraya başlama yaşı (yıl)	20.10	5.07	7-35
FNBT (ortalama)	4.04	2.81	0-10
Sigara tüketim miktarı (p/y)	16.69	13.97	1-70

FNBT: Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi, p/y: paket / yıl

yon-vareniklin), %13,52 (15)'si diğer yöntemleri (bitkisel ilaç, hipnoz, akupunktur) duyduğu veya kullandığı bilgisini vermiştir. Sigara içen ve içmeyen grupların temel sosyo-demografik bulgularının karşılaştırılması **Tablo 3**'te gösterilmiştir.

Tartışma

Sigara tüketimi DSÖ'ne göre sakatlık ve ölümlerin en temel nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir. Sigara dünya sağlığını önemli düzeyde tehdit etmekte ve her sekiz saniyede bir ölüme neden olmaktadır. Bu nedenden dolayı sigaranın kullanılma yaygınlığı, kullanılma nedenleri ve bırakılmasına yönelik pek çok çalışma yapılmaktadır. Başta hekimler olmak üzere tüm sağlık çalışanları, toplumda lider olarak önemli bir role sahiptir ve sigaraya baş-lamanın önlenmesi konusunda toplumun tüm kesimlerinde birinci sırada teşvik edici konumdadır. Çalışmamızda ikinci basamak devlet hastanesi çalışanlarının %30,04'ünün sigara içtiği tespit edildi. Bu oran Türkiye'de sağlık çalışanlarına yönelik yapılan birçok çalış-

ma ile benzerlik göstermektedir.

Çalışmamızda hekimlerde sigara içme sıklığı %23,8 tespit edilmiştir. Koç ve ark.^[6] çalışmamız ile paralel olarak hekimlerde sigara içme sıklığını %23,1 olarak saptamıştır. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise bu oran çalışmamızdan biraz daha yüksek bulunmuştur. Yıldız ve ark.^[7] % 30,2 Cirit ve ark.^[8] % 45,8 Esen ve ark.^[9] % 41,3 olarak tespit etmişlerdir. Gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda hekimlerde sigara içme oranları %3-12 arasında değişmekte iken gelişmekte olan ülkelerde ise bu oran ülkemiz ile benzer düzeyde bulunmuştur.^[3,9] Çalışmamızda tespit ettiğimiz oran ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda daha düşük olup, gelişmiş ülkelere göre ise yüksektir.

Çalışmamızda daha düşük oranda çıkmasının bir nedeninin çalışmaya katılan hekim sayısının az olması olabileceği gibi, hekimlerimizin sigara kullanmama bilincine de bağlı olabilir. Hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında bu denli çeşitlilik olmasının sebepleri

Tablo 3. Sigara içen ve içmeyen grubun karşılaştırılması

		Sigara içen (n:111) (%)	Sigara içmeyen (n:215) (%)	p
Cinsiyet	Erkek	55 (51.4)	52 (48.6)	<0.001
	Kadın	56 (25.5)	163 (74.4)	
Eğitim	İlkokul	2 (25)	6 (75)	0.120
	Ortaokul	9 (60)	6 (40)	
	Lise	42 (35.8)	75 (64.1)	
	Üniversite	57 (30.6)	129 (69.3)	
Meslek	Hekim	5 (23.8)	16 (76.2)	0.002
	Hemşire-ebe	31 (28.1)	79 (71.8)	
	Sekreter	11 (27.5)	29 (72.5)	
	Güvenlik	13 (76.4)	4 (23.5)	
	Sağlık memuru	16 (47.0)	18 (52.9)	
	Hizmetli	17 (41.4)	24 (58.5)	
	Diğer	18 (29.0)	44 (70.9)	

arasında, çalışmaya katılanların sayısının az olması ve sosyo-demografik özelliklerindeki farklılıklar ile çalışmanın yapıldığı ortam farklılıkları sayılabilir.

Hemşireler hekimlerden sonra hastalara en çok güven veren sağlık personellerindedir. Hemşirelerin sigara kullanma durumları rol model olarak hastalar için önem arz etmektedir. Hemşirelerde sigara içme oranı gelişmiş ülkelerde çalışmanın yapıldığı ülkeye ve döneme göre değişiklik göstermektedir. 2000’li yıllardan önce yapılan çalışmalarda hemşirelerde sigara içme oranı, 2000’li yıllardan sonra yapılan çalışmalardan biraz daha yüksek tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalarda hemşirelerde sigara içme oranı Japonya’da %18,6-34, İngiltere’de %43, Fransa’da %25, Kanada’da %17, İspanya’da %47,7 olarak tespit edilmiştir.^[10-14] Ülkemizde yapılan çalışmalarda hemşirelerin sigara kullanma oranları %37-60,5 arasında olduğu görülmüştür.^[15-17] Bizim çalışmamızda ülkemizdeki diğer çalışmalara göre kısmen daha düşük oranda tespit edilmiştir.

Çalışmamızda hizmetli personelde sigara içme durumu %41,4 sekreterlerde %27,5 sağlık memurlarında % 47,0 güvenlik görevlilerinde %76,4 diğer personelde %29,0 olarak saptandı. Salepçi ve ark.^[18] hizmetlilerde %51,3, Erbaycu ve ark.^[19] hizmetlilerde % 64,1 olarak saptamışlardır. Ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda hemşirelerde ve hizmetlilerde sigara içme oranları, diğer sağlık çalışanlarına göre daha yüksek saptanırken, bizim çalışmamızda güvenlik görevlilerinin diğer sağlık çalışanlarına göre istatistiki olarak anlamlı düzeyde daha fazla sigara içtiği tespit edildi.

Çalışmamızda erkeklerde sigara içme oranı % 51,4 kadınlarda ise % 25,5 tespit edildi. Sigara içimi ile cinsiyet arasında, erkek cinsiyet lehine istatistiki düzeyde anlamlı bir fark tespit edildi. Çalışkan ve ark.^[16] Salepçi ve ark.^[18] Koşku ve ark.^[20] tarafından yapılan çalışmalar çalışmamıza paralel olarak erkek cinsiyette istatistiki olarak anlamlı düzeyde erkeklerde sigara içiciliği fazla iken, Koç ve ark.^[6] ile Özkurt ve ark.^[21] tarafından yapılan çalışmalarda

her iki cinsiyet arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık tespit edilemedi.

Çalışmamızda sigaraya başlama nedenleri sorgulandığında, en sık özenti (48 kişi) ve stres (31 kişi) saptandı. Koç ve ark.^[6] çalışmasında çalışmamız ile benzer olarak özenti en sık sigaraya başlama nedeniydi. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda ise Erbaycu^[19] başlıca neden olarak arkadaşlardan etkilenme, sonra ise özenti nedeniyle sigara içildiğini tespit etmiştir. Özyurt^[22] ise; yüksek oranda arkadaşlardan etkilenmeyi (%56,8) sonra sırasıyla stres (%37,2) ve özenti (%31,3) başlama nedeni olarak saptamıştır. Bu sonuçlardan da anlaşılacağı üzere sigaraya başlamada özenti, stres ve arkadaş ortamı başlıca faktörlerdir. Bu nedenle toplumun önemli bir kesimi tarafından özenilen sağlık çalışanlarının sigaraya karşı tutumları son derece önemlidir.

Çalışmamızda diğer çalışmalarla paralel olarak sigara içenlerin %80,1’nin sigarayı bırakmak istedikleri, %64,8’inin en az bir defa sigarayı bırakma girişimi olduğu belirlendi. Ülkemizde yapılan diğer çalışmalarda Koç ve ark.^[6] %78,2 Salepçi ve ark.^[18] (18) %75,3 Erbaycu ve ark.^[19] %84,9 Koşku ve ark.^[20] %64,6 sıklığında katılımcılarının sigarayı bırakmayı düşündüklerini saptamışlardır. Cirit ve ark.^[8] ise; sigara içen hekimlerin % 63,9’unun en az bir kere sigarayı bırakma girişiminde bulduklarını saptamıştır. Bu bulgular sağlık çalışanlarının sigarayı bırakmak istediklerini ve bu yönde desteklenmeleri ve cesaretlendirilmelerinin önemini göstermektedir.

Bağımlılık kişinin dürtülerini kontrol altına alamaması sonrasında bir nesneye aşırı ihtiyaç duyma halidir. Sigaraya karşı gelişen bağımlılık, fiziksel ve psikolojik olmak üzere temelde iki türdür. Fiziksel bağımlılık, kullanılan maddeye karşı bir adaptasyon gelişmesine bağlı olarak maddenin varlığına karşı duyulan fizyolojik bir istektir. Psikolojik bağımlılık ise kişinin duygusal ya da kişilik yapısı gereği, gereksinimlerini tatmin etme/giderme amacı ile o maddeye düşkünlüğüdür. Niktin bağımlılığının düzeyi Fagerstrom testleri ile yapıl-

maktadır. Fagerstrom testlerinde fiziksel tolerans ölçülmektedir. Sigara içme dürtüsü, yoksunluk belirtileri gibi bağımlılığın diğer ölçütleri değerlendirilememektedir.^[23] Kutlu ve arkadaşlarının^[14] FNBT'yi kullanarak yaptığı çalışmada hemşirelerin %50'sinde çok az düzeyde bağımlılık tespit edilirken, Koç ve arkadaşlarının^[6] yaptıkları çalışmada hastane çalışanlarının %33,8'inde düşük çok düşük düzeyde bağımlılık tespit etmiştir. Bizim çalışmamızda FNBT alt gruplandırması yapılmamakla beraber tüm sigara içicilerin düşük (ortalama FNBT puanı:4) düzeyde bağımlı olduğu tespit edildi. FNBT puanının düşük çıkması sağlık çalışanlarına yalancı bir güven hali verebilir. Bağımlılık düzeyi düşük olsa dahi sigaranın bırakılması sonraki nesillerin sigara kullanmaması açısından önemlidir.

Sonuç olarak sağlık çalışanlarında sigara içme düzeyi yüksek sayılabilecek bir düzeydedir. Sigara içme davranışının, erkeklerde kadınlardan daha yüksek olduğu, sigara içenlerin daha yaşlı olduğu, sosyal statü düştükçe sigara tüketiminin arttığı gözlenirken eğitim düzeyi ile sigara kullanma alışkanlığı arasında bir ilişki tespit edilemedi. Sigara içen

sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun da sigarayı bırakmak istediği saptandı. Sağlık çalışanlarının toplumda oynadıkları rol model de düşünülerek bu konuda daha fazla bilinçlendirilmesi ve etkili sigarayı bırakma programları uygulanması gerekmektedir.

Sağlık çalışanlarının sigara içiyor olması sigarayla yapılan mücadelenin inandırıcılığını kaybetmesine neden olabilmektedir. Sigara ile mücadelede en ön sıralarda olması gereken sağlık çalışanlarının, bu sorumluluğun bilincinde kendilerine düşen görevi yapmaları, en başta da sigara içmemeleri sigarasız nesillerin yetişmesi için önemlidir. Bütüncül ve kapsamlı bir yaklaşımı içinde barındıran aile hekimliği gibi bir disiplin sigarayı bırakma konusunda ülkemiz şartlarında önemlidir.

Toplumun sigaranın zararları konusunda bilgilendirilmesinden, sigaraya başlanmaması ve sigara içenlerin ise sigarayı bırakmalarına kadar sigara mücadelesinde birçok işlevleri vardır. Tüm bu işlevlerinden daha da önemlisi sağlık çalışanları sigara içmeyen bireyler olarak topluma özellikle gençlere rol model olmaları gerekmektedir.

Teşekkür

Bu çalışmanın ortaya çıkmasında emekleri olan sayın Nagehan Dizdar'a, İlknur Yağcıoğlu'na ve Nebiye Uyanık'a teşekkürlerimi sunarım.

Kaynaklar

1. Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Ankara 2014. 1-5.
2. Bilir N, Özcebe H, Aslan D, Ergüder T. DSÖ Küresel Tütün Salgını Raporu. MPOWER paketi. 2008. 1-5.
3. Eroğlu SA. İstanbul'da genel bir devlet hastanesinde çalışanların sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. İst. Med J 2013; 14: 170-4.
4. Öztürk Ö. Sağlık çalışanları ve sigara. SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009;16(2):32-38.
5. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, Uysal Ö, Yılmaz V. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2004; 52(2):115-121.
6. Koç EM, Başer DA, Döner P et al. Hastane çalışanlarının sigara içme düzeylerinin belirlenmesi ve dumansız hava sahası uygulamasının değerlendirilmesi. J Clin Exp Invest 2015; 6 (1): 33-39.
7. Yıldız F, Başyigit İ, Boyacı H, Barış SA. Kocaeli'nde hekimlerde sigara içme alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Solunum Hastalıkları 2010;21(2): 46-48
8. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon'da hekimlerin sigara içme alışkanlığı. Toraks Dergisi 2002; 3(3): 253-6
9. Altın R, Kart L, Ünalacak M, Dutkun Y, Örnek T. Tıp fakültesi hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. Kocatepe Tıp Dergisi 2004; 5: 63-7
10. Ohida T, Osaki Y, Kobayashi Y, Sekiyama M, Minowa M. Smoking prevalence of female nurses in the national hospitals of Japan. Tobacco Control 1999;8:192-5
11. Carmichael A, Cockroft A. Survey of student nurses' smoking habits in a London teaching hospital. Respiratory Medicine 1990;84 (2): 277-82
12. Vakefliu Y, Argjiri D, Peposhi I, Agron S, Melani AS. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana, Albania. Preventive Medicine 2002; 34:370-3
13. Ruiz LF, Bayle MS. Smoking prevalence of women physicians and nurses in the community of Madrid. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 355-64
14. Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. C. Ü. Tıp Fakültesi Dergisi 2005;27 (1): 29 – 34
15. Tezcan S, Yardım N. Türkiye'de çeşitli sağlık kurumlarında doktor, hemşire ve tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme boyutu. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2003; 51(4): 390-397
16. Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, Karpuzoğlu S, Tunçbilek A. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005; 58:124-131
17. Alışkın Ö, Savaş N, İnandı T, Peker E, Erdem M, Yeniçeri A. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi sağlık personelinin sigara içme ve bağımlılık durumu. Mustafa Kemal Üniv Tıp Derg 2015; 6(24): 32-42
18. Salepçi B, Fidan A, Çağlayan B et al. İstanbul'da genel bir eğitim hastanesinde çalışanların sigara hakkındaki bilgileri, davranışları ve sigara içme oranları. Solunum 2006;8(4):156-62
19. Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsöz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. Toraks Dergisi 2004;5(1):6-12
20. Kosku N, Kosku M, Çıkrıkoğlu U, Tümer ZÖ. Toraks Derneği üyelerinin sigara konusunda bilgi, tutum ve davranışları. Toraks Dergisi 2003;4(3):223-30
21. Özkurt S, Bostancı M, Altın R, Özşahin A, Akdağ B. Tıp Fakültesi çalışanlarında sigara içme prevalansı, Nikotin Bağımlılığı ve Solunum Fonksiyon Testleri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2000; 48(2): 140-7
22. Özyurt BC. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. Solunum 2009;11(3): 93-96
23. Türk Toraks Derneği Tütün Kontrolü Çalışma Grubu. Sigara bırakma tanı ve tedavi uzlaşma raporu. 2014.

Geliş tarihi: 25.12.2017

Kabul tarihi: 25.04.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Dr. Fatih Üzer

e-posta: uzerfatih@gmail.com

Aplazia kutis konjenita: Olgu sunumu

Presentation of Case of Aplasia Cutis Congenita Summary

Hatice Dülek¹, Güldehan Atış², Zeynep Tuzcular Vural³, Işık Gönenç³

Özet

Aplazia kutis konjenita (AKK) nadir görülen, doğumda cilt yokluğu ile karakterize bir hastalıktır. Çeşitli sendromlarla birlikte olduğu olsa da, genellikle izole lezyon olarak görülür. Burada kemik yokluğunun eşlik etmediği skalpte AKK tanısı alan beş buçuk aylık erkek çocuk sunulmuştur. Ülkemiz literatüründe seyrek rastlanan antiteyi ayırıcı tanıda hatırlatmayı amaçladık.

Anahtar kelimeler: Aplazia kutis konjenita, erkek çocuk, saçlı deri

Summary

Aplasia cutis congenita (ACC) is a rare disease. ACC is a disease characterized by absence of skin at birth. Although associated with various syndromes, it is often seen as an isolated lesion. A five and a half month old boy with ACC was presented; it was observed that there was no scalp in the presence of the bone in this patient. Our country is an uncommon entity in the literature. So we aim to remind in the differential diagnosis.

Key words: Aplasia cutis congenita, boy, scalp

¹ Bilecik Gölpazarı İlçe Devlet Hastanesi, Uzm. Dr., Bilecik

² Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

³ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Giriş

Aplazia kutis konjenita (AKK) doğumda cildin (epidermis, dermis ve subkutan doku), daha nadir olarak da cilt altı dokuların (kemik, periost ve dura) yokluğu ile giden heterojen bir hastalık grubudur.⁽¹⁾ AKK ilk olarak 1767 yılında Cordon tarafından tanımlanmıştır.⁽²⁾ Küçük lezyonlar kendiliğinden re-epitelizasyon ile iyileşebilirken, büyük defektler cerrahi olarak onarılmaktadır. %70 saçlı deri yerleşimli⁽³⁾ olmakla birlikte boyun, önkol, diz ve gövdenin her iki tarafında da görülebilir.

Lezyon sıklıkla tektir ve büyüklüğü 0.5-3 cm'dir. Çevresi düzgün sınırlı, oval veya yuvarlak özellikte enflamatuvar olmayan ülserler görülür. Sporodik olarak görülebilir veya bazı genetik hastalıklarla ilişkili olabilir.^(4,5) Erkek ve kız çocuklarını eşit oranda etkiler. AKK tanısı klinik olarak konmaktadır. Burada saçlı deride, kemik tutulumunun eşlik etmediği AKK'nın izole olarak gözleendiği çocuk hasta sunulmuştur. Ülkemiz literatüründe seyrek rastlanan antiteyi ayırıcı tanıda hatırlatmayı amaçladık.

Olgu Sunumu

Beş buçuk aylık erkek çocuk polikliniğimize saçlı deride doğumdan beri var olan iyileşmeyen yara şikayeti ile getirildi. Dermatolojik muayenede saçlı deride parieto-okspital bölgede 1,5x1,5 cm ebatında yer yer sarı kurutlar gözlenen alopesik alan tespit edildi (**Resim 1**). Doğumundan beri aynı bölgede saç çıkışının olmadığı öğrenildi. Annenin 4. çocuğu olarak dünyaya gelen hastanın prenatal öyküsünde özellik yoktu.

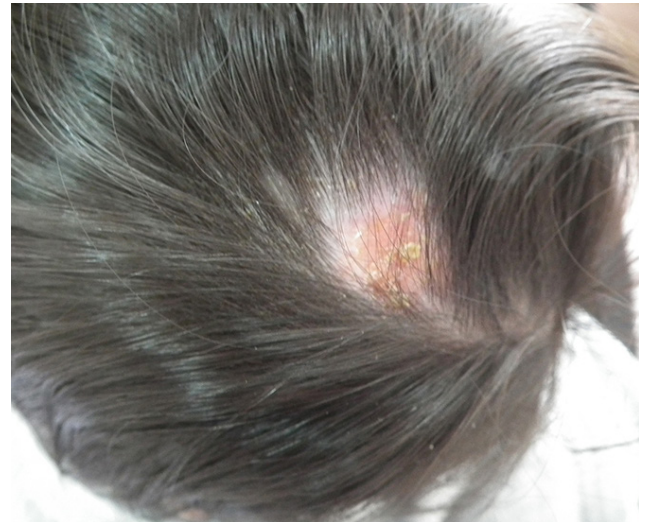
Dermatolojik muayenesinde mevcut lezyon dışında özellik saptanmadı. Özgeçmişinde şüpheli kalp rahatsızlığı (takipte patent duktus arteriozus?) ve idrar yolu enfeksiyonu vardı. Soy geçmişinde özellik yoktu; ancak anne ile babanın soya dayalı uzak akrabalıkları vardı. Hastaya klinik özellikleri ve anamneze dayanılarak AKK tanısı kondu. Lezyona sabah-akşam haricen gümüş sülfadiazin krem uygulanması önerildi ve hastanın ailesi genetik

danışmanlık için genetik bölümüne gönderildi. Hasta 3 ay sonra kontrole çağrıldı.

Tartışma

AKK lokalize veya nadiren yaygın olabilen deri yokluğu ile karakterize bir hastalıktır. Hastalığın insidansı 10.000 doğumda 3 olarak bildirilmiştir.⁽⁶⁾ AKK'nin lokalize formunda, yaygın forma oranla ailesel geçiş insidansı daha yüksektir.⁽⁷⁾ Olgumuz saçlı deri yerleşimli lokalize form ile uyumluydu. AKK tablosu olasılıkla genetik faktörler, teratojenler,⁽⁸⁾ vasküler nedenler gibi birçok faktörün kombinasyonu ile meydana gelmektedir. Hastamızda bilinen intrauterin teratojen maruziyeti yoktu.

AKK tanısı klinik olarak konur ve genellikle biyopsi gerekmez. Tanısı için spesifik bir laboratuvar testi bulunmayan AKK' de klinik tanının önemine dikkat çekmeyi amaçladık. AKK tedavisinde topikal gümüş sülfadiazin veya antibiyotik pomadları içeren konservatif yaklaşım önerilmektedir. Biz de hastamızın tedavisinde 2x1 gümüş sülfadiazin kullanmaya başladık. Yapıcıoğlu ve ark.⁽⁹⁾ spontan reepitelize olan bir AKK olgusu bildirmiş ve lezyonun çoğunda epitelizasyonun spontan olarak meydana geldiğini ifade etmişlerdir. Hastalığın sonraki gebelikler sonucu doğacak çocuklarda görülme olasılığı açısından genetik danışmanlık önerilmektedir.^(5,6)



Resim 1. Aplazia kutis konjenita

Kaynaklar

1. Bajpai M, Pal K. Aplasia cutis cerebri with partial acrania total reconstruction in a severe case and review of the literature. J Pediatr Surg 2003;38(2):e4.
2. Komuro Y, Yanai A, Seno H, et al. Surgical treatment of aplasia cutis congenita of the scalp associated with bilateral coronal synostosis. J Craniofac Surg 2002;13:513-9.
3. Moriya J, Kakeda S, Koragi Y. An unusual case of split cord malformation. Am J Neuroradiol 2006; 27,1562-4.
4. Colon- Fontanez F, Fallon-Friedlander S, Newbury R, Eichenfield LF. Bullous aplasia cutis congenita. Am Acad Dermatol 2003;48:95-8.
5. Frieden IJ. Aplasia cutis congenita: A clinical review and proposal for classification. J Am Acad Dermatol 1986;14:646-60.
6. Garcia-Romero MT, Narvoez-Rosales V, Hojyo-tomoka MT. Bullous aplasia cutis congenita: Case report and review of the literature. Indian J Dermatol 2011;56:337-8.
7. Sanchez-Pedreno Guillen P, Rodriguez-Pichardo A, Camacho- Martinez F. Aplasia cutis congenita. J Am Acad Dermatol 1985;13:429-33.
8. Lane W, Zanol K. Duodenal atresia, biliary atresia, and intestinal infarct in truncal aplasia cutis congenita. Pediatr Dermatol 2000;17:290-2.
9. Yapıcıoğlu H, Narlı N, Satar M, Erol A. Bir konjenital kutis aplasia olgusu. Türkiye Klinikleri Pediatri Dergisi 2000;9:240-2.

Geliş tarihi: 24.04.2018

Kabul tarihi: 20.05.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Dr. Hatice Dülek

e-posta: haticedulek@hotmail.com