

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt | Sayı | Ekim-Aralık | 2018
Volume | Number | October-December

Lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve uyku kalitesi

Nurcan Akbaş Güneş, Derya İren Akbıyık, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu



Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi

Nilüfer Emre, Mehmet Öner

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

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

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

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

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

* Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlarda aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt göre karar verilir.

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

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

Yazı Çeşitleri

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

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

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

Olgu sunumları: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirimi ve tartışmalarıdır. Aile hekimliği

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

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

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

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

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

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

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

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Dergide yayınlanmış başlık 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 azı 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, Adana
Prof. Dr. Serdar Öztora, Edirne
Prof. Dr. Dilek Toprak, İstanbul
Doç. Dr. Ümit Aydoğan, Ankara
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural, İstanbul

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Uğur Bilge, Eskişehir
Doç. Dr. Erdiñç Yavuz, Samsun
Uzm. Dr. Birgöl Coşkun, İstanbul
Uzm. Dr. Işık Gönenc, İstanbul

Sahibi | Owner

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

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

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

Yönetim Yeri | Administration Office

TAHUD Genel Merkezi
Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence

e-posta: tahud@tahud.org.tr

Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator

Hüseyin Kandemir, huseyin@medikalakademi.com.tr

Grafik Tasarım | Graphic Design

Perihan Demirbaş

Yayınevi | Publisher

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

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren (Aile Hekimliği)
Trakya Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Edirne
Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu (Aile Hekimliği)
Dışkapı Eğitim ve Araş. Hast. / Ankara
Prof. Dr. Cahit Özer (Aile Hekimliği)
Mustafa Kemal Üniv. Tıp Fak., Aile Hek. ABD. / Hatay
Prof. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara
Prof. Dr. Mehmet 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 | 175

17th National Family Medicine Congress

Esra Saatçı

Araştırmalar | Research Articles

Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi | 185

The relationship between obesity, quality of life and psychological state in women living in rural areas

Nilüfer Emre, Mehmet Öner

Lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve uyku kalitesi | 118

Social media dependency and sleep quality in high school students

Nurcan Akbaş Güneş, Derya İren Akbıyık, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu

Kırsal bir bölgede aile hekimliği polikliniğine

başvuran yetişkinlerin ağız sağlığı konusunda bilgi ve davranışları* | 193

Knowledge and behaviors about oral health of adults admitted to family medicine clinic in a rural area*

Ezgi Ağadayı, Selma Aydın, Sanem Nemmezi Karaca, Hatice Küçükceran, Bahar Teker

Tokat ilinde aile sağlığı merkezi sağlık

çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları | 202

Attitudes of health care workers working at family health centers in tokat towards ageism

Aygül Kissal, Fatih Okan

Aile hekimliğinde ağız ve diş sağlığı: Asistan hekimlerin bilgi ve tutumları | 213

Oral and dental health in family medicine: knowledge and attitudes of resident physicians

Duygu Efeoğlu Bayram, Nurcan Akbaş Güneş, Derya İren Akbıyık, Cenk Aypak, Süleyman Görpelioğlu

Düzeltilme | Erratum

Düzeltilme: Göğüs hastalıkları polikliniğine

başvuran hastaların inhaler kullanım becerilerinin araştırılması | i

Erratum: Inhaler device usage skills in patients at pulmonology clinics

Şeyma Başlılar, Bengü Şaylan, Gülay Oludağ, Nesrin Sarıman

17. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi

17th National Family Medicine Congress

Esra Saatçi¹

Değerli okurlarımız,

Dergimizin 22. cildinin 4. sayısına hoş geldiniz. Bu sayıda yer alan beş araştırma makalesi ve bir erratum'un yayına hazırlanmasında emeği geçen yazarlar, editörler, teknik kurul ve danışma kurulu üyeleri ve hakemlerimize teşekkürlerimizi sunarız.

Yeni sayımızda yer alan orijinal araştırma makalelerinin başlıkları şunlardır:

- Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi,
- Lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve uyku kalitesi,
- Kırsal bir bölgede aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerin ağız sağlığı konusunda bilgi ve davranışları,
- Tokat ilinde aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları,
- Aile Hekimliğinde ağız ve diş sağlığı asistan hekimlerin bilgi ve tutumları,
- Erratum ise göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastaların inhaler kullanım becerilerinin araştırılması ile ilgilidir.

Bu yazı vesilesi ile sizlerle 17. Ulusal Kongremiz hakkında bazı bilgileri paylaşmak isterim. Türkiye Aile Hekimliği Uzmanlık Derneğimiz ta-

rafından 25-27 Ekim 2018 tarihleri arasında Ankara Swiss Otel'de düzenlenen 17. Ulusal Aile Hekimliği Kongremiz giderek artan ilgi ve katılım ile başarı ile gerçekleştirildi ve her yıl olduğu gibi Cumhuriyetimizin 95. yıldönümünü coşku ve kıvançla kutlamamızı sağladı. Kongremizde, sizlerden gelen yoğun ilgi ve talep ile bir ana salon ve iki paralel salonda 15 konferans, 10 panel, 1 workshop, 2 forum ve 4 kurs yapıldı.

Bu yıl katılımcı sayımız 78'i asistan olmak üzere 256 kişiydi. Camiamızdan gelen ve sunulmaya değer bulunan çok sayıda sözel bildiri için 12 sözel bildiri oturumu yapıldı ve toplam 116 sözel bildiriye ek olarak 62 poster sunuldu ve en iyi ilk üç sözel ve poster bildiri ödülleri verildi. Kongre kapsamında TAHUD üyesi 76 asistan ve 14 uzmana burs imkanı sağlandı. Ulusal Kongremizin başarı ile gerçekleşmesinde katkısı olan tüm hocalarımıza, uzmanlarımıza ve asistanlarımıza çok teşekkür ederiz. Sizlerin destekleri ve katkıları ile 18. Ulusal Aile Hekimliği Kongremizde de en az aynı düzeye ulaşmayı umuyoruz.

Saygılarımızla.

Prof. Dr. Esra Saatçi

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

Kırsalda yaşayan kadınlarda obezite, yaşam kalitesi ve ruhsal durum ilişkisi

The relationship between obesity, quality of life and psychological state in women living in rural areas

Nilüfer Emre¹, Mehmet Öner²

¹Deliktaş Aile Sağlığı Merkezi, Denizli

²Hatice Çakmak Aile Sağlığı Merkezi, Denizli

Özet

Amaç: Obezite, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de prevalansı gittikçe artan pek çok sağlık sorununun yanında, yaşam kalitesini ve ruhsal durumu da etkileyen bir halk sağlığı problemidir. Bu çalışmanın amacı kırsalda yaşayan kadınlarda obeziteyi, yaşam kalitesini, anksiyete ve depresyon ilişkisini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamız kırsal bölgede yaşayan tek birimli Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı 94 kadından oluşan, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri içeren anket sorularıyla birlikte, yaşam kalitesini değerlendirmek için Kısa Form-12 (SF-12) ve ruhsal durumu değerlendirmek için Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği (HAD) anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalamaları 47.17 ± 13.05 idi. Vücut kitle indeksi (VKİ) açısından bakıldığında; kadınların %18,1'i normal kilolu, %38,3'ü fazla kilolu, %38,3'ü obez ve %5,3'ü morbid obez olarak bulunmuştur. HAD ölçeğine göre; %9,6 kişide anksiyete, %25,5 kişide depresyon düzeyi eşik üstü değerde bulundu. Anksiyete düzeyi eşik üstü olanların %88,9'unu, depresyon düzeyi eşik üstü olanların %83,3'ünü fazla kilolu ve obez hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların yaşam kalitesi ölçek puanlarına bakıldığında, Mental Bileşen Özet (MCS) ve Fiziksel Bileşen Özet (PCS) değerleri MCS için $41,02 \pm 6,65$; PCS için $43,1 \pm 5,95$ olarak bulundu. VKİ ile karşılaştırıldığında MCS skorları ile istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu ($p=0.002$). Yapılan korelasyon analizinde HAD anksiyete ve depresyon puanları ile MCS ve PCS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde ilişki bulundu ($p=0.009$, $r=-0.269$; $p=0.000$, $r=-0.426$; $p=0.000$, $r=-0.389$; $p=0.000$, $r=-0.431$).

Sonuç: Çalışmamızda, obezite prevalansının yüksek olduğu, eşlik eden anksiyete ve depresyon riskinin normal kilolu bireylere göre daha yüksek eşik üstü değerde olduğu ve yaşam kalitesinin buna paralel negatif yönde etkilendiği izlendi. Sonuç olarak obezitenin ruhsal durumu da içeren çok yönlü bir yaklaşımla ele alınması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar kelime: kırsal, kadın, obezite, yaşam kalitesi, ruhsal durum

Summary

Objectives: Obesity, is a problem of public health that affects quality of life and psychological state as well as many health problems that are increasing in the prevalence in our country as it is in the whole world. The aim of this study is to determine the relationship between obesity, quality of life and anxiety depression in women living in rural areas.

Methods: Our study is a descriptive study consisting of 94 females enrolled in a single unit family health center in rural areas. Along with socio-demographic characteristics questionnaire, quality of life measurement Short Form-12 (SF12) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) for psychological state evaluation were provided to participants.

Results: The average age of the women who participated in this study was $47,17 \pm 13,05$. In terms of body mass index (BMI), 18,1% of the women were found to be normal weight, 38,3% were overweight, 38,3% were obese and 5,3% were morbidly obese. According to the HAD scale, 9,6% HAD anxiety and 25,5% HAD depression levels above the threshold. 88,9% of those with anxiety levels; 83,3% of depressed patients were overweight and obese. Mental Component Summary (MCS) and Physical Component Summary (PCS) values were $41,02 \pm 6,65$ for MCS when the patients' quality of life scale scores were examined; PCS was found to be $43,1 \pm 5,95$. There was a statistically significant difference with MCS scores when compared to BMI ($p = 0.002$). There was statistically significant negative correlation between HAD anxiety and depression scores and MCS and PCS scores in the correlation analysis ($p = 0.009$, $r = -0.269$, $p = 0.000$, $r = -0.426$, $p = 0.000$, $r = -0.389$, $p = 0.000$, $r = -0.431$).

Conclusion: In our study, it was observed that the prevalence of obesity, and the risk of accompanying anxiety and depression was higher than the normal weight group, and the quality of life simultaneously affected this in a negative way. As a result, obesity should be handled with a multi-faceted approach including mental state.

Key words: rural, women, obesity, quality of life, psychological state

Giriş

Obezite ve kilo fazlalığı; sağlığı bozabilecek derecede vücutta anormal ve aşırı yağ birikimi olarak tanımlanır. Vücut Kitle İndeksi (VKİ), yetişkinlerde obezite ve kilo fazlalığı sınıflandırmasında sıklıkla kullanılan basit bir boy-kilo indeksidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre; yetişkinler için kilo fazlalığı VKİ 25 ve üzeri olarak tanımlanırken, obezite VKİ 30 ve üzeri olarak tanımlanmaktadır.⁽¹⁾

Obezite, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de prevalansı gittikçe artan ve ekonomik açıdan külfetli bir halk sağlığı problemi haline gelmektedir.⁽²⁻⁴⁾ Obezitenin en önemli nedeni devamlılık arz eden aşırı beslenmedir.⁽⁵⁾ Obezite; kardiyovasküler hastalıklar, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi, metabolik sendrom, hormon bağımlı bazı kanserler ve obstrüktif uyku apnesi sendromu gibi pek çok sağlık sorunu yanında, yaşam kalitesini ve ruhsal durumu da etkileyen kronik bir hastalıktır.^(6,7)

Dünya Sağlık Örgütü raporuna göre; 1.4 milyar erişkinin fazla kilolu ve obez olduğu ayrıca 200 milyon erişkinin de fazla kiloya bağlı nedenlerle her yıl öldüğü tahmin ediliyor. ABD'de 20 yaş üstü genel nüfusun % 54,9'unun aşırı kilolu ve % 22,5'inin obez olduğu gösterilmiştir. ABD'de nüfusun %30'unun obez olduğu ve 2030 yılında pek çok eyalette bu obezite sıklığının %50'ye varacağı tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise obezite prevalansı gelişmiş batı ülkelerine yakın seyretmekte olup, son yapılan çalışmalarda Ortadoğu rakamlarına yaklaştığı görülmektedir. Türkiye'de erişkinlerde obezite prevalansı, özellikle kadınlarda artmaktadır. TÜİK verilerine göre; boy ve kilo değerleri kullanılarak hesaplanan vücut kitle indeksi incelendiğinde, 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı 2014 yılında %19,9 iken, 2016 yılında %19,6 olduğu, cinsiyet ayrımı açısından bakıldığında; 2016 yılında kadınların %23,9'unun obez, %30,1'inin ise obez öncesi dönemde olduğu görüldü. Erkeklerde ise bu oranların sırasıyla, %15,2 ve %38,6 olduğu gözlenmiştir.⁽¹⁻⁸⁾

Morbid obezlerde, depresyon riskinin artmasının yanı sıra, panik bozukluk, bipolar bozukluk gibi ruhsal hastalıkların da prevalansının arttığı göz-

terilmiştir. Obez kadınlarda, erkeklere nazaran depresyon görülme sıklığı artmakta ve daha kötü prognoza sahip olduğu görülmektedir.⁽⁹⁾

Tüm dünyayı hızla saran obezitenin; getirdiği pek çok sağlık sorunlarının yanında ruhsal durumu ve yaşam kalitesini de olumsuz etkilediği açıktır. Bu çalışmamızda amaç; kırsalda yaşayan kadınlarda obezite durumunu, yaşam kalitesi ve anksiyete depresyon düzeyi ile ilişkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırma tanımlayıcı tipte olup Nisan - Haziran 2015 tarihleri arasında Tavas Solmaz Aile Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Araştırma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi girişimsel olmayan klinik araştırmalar etik kurulundan 12.05.2015 tarih ve 07 sayılı kurul kararıyla onay alınmıştır. Çalışmamızda evrendeki birey sayısı bilindiğinden örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanılarak, %95 güven düzeyinde, % 10 sapma payı ile %40 görülme sıklığına göre 558 kişilik evrenden 94 kişinin çalışmaya alınmasına karar verildi.

DSÖ'ye göre obeziteyi saptamak için antropometrik ölçümlerden, vücut ağırlığının boyun metre cinsinde karesine oranlanması (ağırlık/boy², kg/m²) formülü ile hesaplanan VKİ kullanıldı. Ölçümler oda giysileri içinde, aç karnına ve ayakta gerçekleştirildi. Ağırlık ölçümü, hafif sportif kıyafetler ile 100 gr'a hassas, düzenli kalibrasyonları yapılan, taşınabilir elektronik tartı kullanılarak yapıldı. Boy ölçümü için, esnek olmayan duvara monte boy ölçer kullanıldı ve çıplak ayakla, ayakta dik dururken derin inspirasyon sırasında başa temas eden zemine paralel ince çubuk ile ayak tabanı ve başın en üst noktası arası mesafe 0,5 cm hassasiyetinde ölçüldü.⁽¹⁰⁾

Katılımcılara kronik hastalık durumu, ilaç kullanımı, sigara içme durumu ve menapoz durumunu da içeren sosyodemografik özelliklerin yer aldığı anket sorularıyla birlikte, yaşam kalitesini değerlendirmek için yaşam kalitesi değerlendirme SF-12 ve ruhsal durumu değerlendirme için Hastane Anksiyete Depresyon anket formu yüz yüze görüşülerek uygulandı.

Dışlama ölçütleri

Görüşme yapmayı ya da ölçekleri doldurmayı engelleyecek düzeyde bilişsel yetersizliğin olması, araştırmaya katılmayı kabul etmiyor olması, halen psikiyatrik bir hastalık nedeniyle tedavi görüyor olması ya da yakın dönemde herhangi bir aile bireyinde kayıp nedeniyle yas döneminde olması, gebe olması, 18 yaş altı olması dışlama ölçütlerimiz oldu.

Araştırmada kullanılan ölçekler

Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği: Hastada anksiyete ve depresyon yönünden riski belirlemek, düzeyini ve şiddet değişimini ölçmek amacıyla Zigmond ve Snaith tarafından geliştirilen, Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmış olan kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek anksiyete ve depresyon alt ölçeklerini içeren 7'si depresyon (çift sayılar), 7'si anksiyete (tek sayılar) belirtilerini araştıran toplam 14 maddeden oluşmaktadır. Yanıtlar dörtlü Likert biçiminde değerlendirilmektedir ve 0-3 arasında puanlanmaktadır. ROC analizi sonucunda HAD ölçeğinin Türkçe formunun kesme noktaları anksiyete alt ölçeği için 10 ve depresyon alt ölçeği için 7 olarak saptanmıştır.⁽¹¹⁾

SF-12 Kısa Sağlık Ölçeği: SF-12, tümü SF-36 Sağlık Anketi'nden seçilmiş olan 12 sorudan oluşan belirli bir yaş ve hastalık grubuna odaklanmaksızın son dört hafta için yaşam kalitesini değerlendiren bir ölçektir. Ölçek fiziksel işlevsellik, fiziksel rol, ağrı, genel sağlık, duygusal rol, mental sağlık, sosyal işlevsellik ve canlılık alt bileşenlerinden oluşmaktadır. Genel popülasyonda uygulanmış Regresyon analizi mevcut olan, fiziksel bileşenlerin özeti ve mental bileşenlerin özeti değerlendirme alt ölçekleri mevcuttur.⁽¹²⁾

Verilerin istatistiksel analizi

Veriler SPSS 24.0 paket programıyla analiz edilmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma (minimum ve maksimum değerler) ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Parametrik test varsayımları sağlandığında bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi; parametrik test varsayımları

sağlanmadığında ise bağımsız grup farklılıklarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Kategorik değişkenler arasındaki farklılıklar ise Ki kare analizi ile incelenmiştir. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. İstatistiksel yöntemlerde p değeri < 0.05 'in altı anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan 94 kadının yaş ortalamaları 47.17 ± 13.05 (en küçük: 20, en büyük:68) yaş olarak tespit edildi. Kırsalda yaşayan ev hanımı olan kadınların eğitim düzeyleri incelendiğinde; %7,4'nün okuma yazması yoktu, %70,2'si ilköğretim mezunu, %2,1'i ise üniversite mezunuydu. Kadınların %91,5'i evliydi. Katılımcıların menapoz durumları sorgulandığında 42 (%44,7) kişinin menapozda olduğu tespit edildi.

Kadınların VKİ'ye göre dağılımları **Tablo 1** de sunulmuştur. Buna göre %18,1'i normal kilolu, %38,3'ü fazla kilolu, %38,3'ü obez ve %5,3'ü morbid obez olarak bulunmuştur.

Sosyodemografik özelliklerden yaş ile VKİ karşılaştırıldığında yaş arttıkça obezitenin arttığı gözlemlendi ($p=0.001$; $r=0.333$). Yaş ve VKİ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönde orta düzeyde ilişki bulundu. Ayrıca normal kilolu kişilerin yaş ortalamaları 40.53 ± 16.06 (21-65), fazla kilolu kişilerin yaş ortalamaları 46.14 ± 13.31 (20-68) ve obez kişilerin yaş ortalamaları 50.83 ± 10.23 (26-66) idi. Üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark mevcuttu ($p=0.041$). Obez kişilerin yaşları, normal kilolu kişilere göre, istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekti. Kronik hastalık açısından bakıldığında obez hastaların %56,1'inde, fazla kiloluların %44,4'ünde ve normal kiloların %35,3'ünde kronik hastalık bulundu. Ancak istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Çalışmamızda hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerini belirlemek için kullanılan HAD ölçeği anksiyete ve depresyon alt ölçek puanları incelendiğinde, 9 (%9,6) kişide anksiyete düzeyleri eşik üstü değerde, 24 (%25,5) kişide depresyon

dü-zeyleri eşik üstü değerde tespit edilmiş olup; anksiyete düzeyleri yüksek olanların % 88,9'unu fazla kilolu ve obez hastalar oluşturmaktaydı. Depresyon düzeyleri açısından bakıldığında ise yine %83,3'ünü fazla kilolu ve obez hastalar oluşturmaktaydı. **Tablo 2**'de VKİ ve HAD anksiyete ve depresyon düzeyleri yer almaktadır. Anksiyete ve depresyon alt ölçek puanlarına bakıldığında; normal kilolu olanların anksiyete alt ölçeği ortalama puanı $5,71 \pm 3,77$ ve depresyon alt ölçeği ortalama puanı $4,76 \pm 3,49$ olarak, fazla kilolu olanların anksiyete alt ölçeği ortalama puanı $6,31 \pm 3,7$ ve depresyon alt ölçeği ortalama puanı $5,25 \pm 3,77$ olarak,

obez olanların anksiyete alt ölçeği ortalama puanı $6,12 \pm 3,14$ ve depresyon alt ölçeği ortalama puanı $6,07 \pm 3,33$ olarak bulundu.

Yaşam kalitesi SF-12 ölçek puanlarına bakıldığında mental ve fiziksel bileşen özet skorları MCS için $41,02 \pm 6,65$, PCS için $43,1 \pm 5,95$ olarak bulundu. **Tablo 3**'de VKİ ile karşılaştırıldığında normal kilolu olanların MCS skoru $41,23 \pm 5,94$, PCS skoru $44,88 \pm 5,95$; fazla kiloluların MCS skoru $42,98 \pm 7,52$, PCS skoru $42,42 \pm 6$; obezlerin MCS skoru $39,22 \pm 5,69$, PCS skoru $42,96 \pm 5,91$ olarak tespit edildi. PCS skorlarında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmazken ($p=0.369$), MCS skorlarında 3 grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p =0.002$). Fazla kilolu olan kişilerin MCS skor değerleri obez olan kişilere göre anlamlı şekilde yüksektir.

Yapılan korelasyon analizinde HAD anksiyete puanları ile MCS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde zayıf düzeyde ilişki bulunmuştur ($p=0.009$; $r=-0.269$). HAD anksiyete puanları ile PCS skorları arasında ise istatistiksel

Tablo 1: Kadınların VKİ'lerine göre dağılımı

| VKİ (kg/m ²) | N | % |
|-----------------------------------|----|-------|
| Normal Kilolu (VKİ = 18,6 ~ 24,9) | 17 | 18,1 |
| Fazla Kilolu (VKİ = 25 ~ 29,9) | 36 | 38,3 |
| Obez (VKİ = 30 ~ 39,9) | 36 | 38,3 |
| Morbid Obez (VKİ >40) | 5 | 5,3 |
| Toplam | 94 | 100,0 |

(VKİ: Vücut Kitle İndeksi)

Tablo 2. Hastaların VKİ ile HAD ölçeğine göre anksiyete ve depresyon alt ölçekleri

| | HAD-Anksiyete | | Toplam |
|---------------|---------------|-----------|------------|
| | Eşik altı | Eşik üstü | |
| VKİ | | | |
| Normal Kilolu | 16 (%18,8) | 1 (%11,1) | 17 (%18,1) |
| Fazla Kilolu | 31 (%36,5) | 5 (%55,6) | 36 (%38,3) |
| Obez | 38 (%44,7) | 3 (%33,3) | 31 (%43,6) |
| Toplam | 85 (%100) | 9 (%100) | 94 (%100) |

$p = 0.534$

| | HAD-Depresyon | | Toplam |
|---------------|---------------|-----------|------------|
| | Eşik altı | Eşik üstü | |
| VKİ | | | |
| Normal Kilolu | 13 (%18,6) | 4 (%16,7) | 17 (%18,1) |
| Fazla Kilolu | 28 (%40) | 8 (%33,3) | 36 (%38,3) |
| Obez | 29 (%41,4) | 12 (%50) | 41 (%43,6) |
| Toplam | 70 (%100) | 24 (%100) | 94 (%100) |

$P = 0.762$ (HAD: Hastane Anksiyete Depresyon Ölçeği, VKİ: Vücut Kitle İndeksi)

Tablo 3. Hastaların VKİ ile SF 12 ölçeği MCS skoru ve PCS skoru

| MCS | | | |
|------------------------|--------------|-----------------------|--------|
| Normal Kilolu (n = 17) | 41,23 ± 5,94 | 41,76 (30,94 – 50,36) | 0.002* |
| Fazla Kilolu (n = 36) | 42,98 ± 7,52 | 44,76 (17,55 – 55,72) | |
| Obez (n = 41) | 39,22 ± 5,69 | 40,05 (25,73 – 48,77) | |
| PCS | | | |
| Normal Kilolu (n = 17) | 44,88 ± 5,95 | 47,13 (33,86 – 53,07) | 0.369 |
| Fazla Kilolu (n = 36) | 42,42 ± 6 | 42,89 (30,89 – 53,48) | |
| Obez (n = 41) | 42,96 ± 5,91 | 44,2 (26,67 – 51,88) | |

(VKİ: Vücut Kitle İndeksi, SF-12: kısa form-12, MCS: mental mileşen özet, PCS: fiziksel bileşen özet)

olarak anlamlı negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur (p=0.000; r=-0.426).

HAD depresyon puanları ile MCS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur (p=0.000; r=-0.389). HAD depresyon puanları ile PCS skorları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı negatif yönde orta düzeyde ilişki bulunmuştur (p=0.000; r=-0.431).

Tartışma

Çalışma popülasyonumuzda kadınların %38,3'ü obez ve %5,3'ü morbid obez olarak bulunmuştur. Akman ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kadınlarda obezite oranı %31,6 olarak bulunmuş olup,⁽¹³⁾ yine bu oranlar Güneş ve arkadaşlarının çalışmasında %3,7 obez ve %2,4 morbid obez olarak bulunmuştur.⁽¹⁴⁾ Erden'in, polikliniğe başvuran hastalarla yaptığı çalışmasında kadınlarda obezite oranı %38,7,⁽¹⁵⁾ Kitiş ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı çalışmada ise kadınların %44,2'si obez ve %6,4'ü morbid obez olarak bulunmuştur.⁽¹⁶⁾

ABD'de 2030 yılında obezite sıklığının %50'ye varacağı öngörülmektedir. Türkiye'de ise obezite prevalansı gelişmiş batı ülkelerine yakın seyretmekte olup son yapılan çalışmalarda Ortadoğu rakamlarına yaklaştığı anlaşılmaktadır. Türk erişkin toplumunda obezite prevalansı, özellikle kadınlarda artmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre de obezite sıklığı ülkemizde artmaktadır.⁽¹⁻⁸⁾ Yine Sağlık Bakanlığı Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010 verilerine göre, ülkemizde kadınlarda obezite görülme

oran %41,0 olarak bildirilmiştir.⁽¹⁷⁾ Çalışmamızdaki obezite oranları ile incelediğimiz kaynaklarda belirtilen obezite oranları birbirine yakın olmakla birlikte, farklılıkların sebebi ise kişilerin bölgesel ve geleneksel beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik durumları, kentsel ve kırsal yerleşimlerine göre değişkenlik göstereceği düşünülmektedir.

Bizim çalışmamız kırsal bir bölgeyi kapsamakta olup, Beyaz ve arkadaşlarının çalışmasında da ülkemizde sosyoekonomik durum düşüklüğü ve kırsal kesimde yaşamın obezite sıklığını arttırdığı bildirilmiştir.⁽¹⁸⁾ Ayrıca Akman ve arkadaşlarının çalışmasında obezite ve sosyoekonomik durum arasında ters ilişki olduğu bildirilmiştir.⁽¹³⁾ Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de özellikle kadınlarda obezite prevalansı artmaktadır. Ülkemizde kadınlarda erkeklere nazaran daha fazla obezite izlenmektedir.⁽¹⁹⁾

Çalışmamızda yaş ile VKİ karşılaştırıldığında yaş arttıkça obezitenin istatistiksel olarak anlamlı orta düzeyde ilişkili olarak arttığı gözlemlendi. Çayır ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş arttıkça obezite görülme sıklığının arttığı bildirilmiştir.^(7,20)

İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte obezlerde %56,1, fazla kilolularda %44,4 ve normal kilolularda %35,3 oranlarında kronik hastalık eşlik ettiğini bulduk. Obez kişilerde pek çok kronik hastalığın görülme sıklığı artmıştır.⁽²⁰⁾ Obezite, eşlik eden hastalıklardan bağımsız olarak artmış mortalite nedenidir. Obeziteye eşlik eden hastalıklar ve obezitenin komplikasyonları oldukça ciddi ve çok yönlü sağlık problemleridir. Özetlemek gerekirse

bunlar; kardiyovasküler sistem hastalıkları, solunum sistemi hastalıkları, metabolik-endokrin hastalıklar, gastrointestinal sistem hastalıkları, nörolojik hastalıklar, artropatiler, genitoüriner sistem hastalıkları, meme ile ilgili sağlık problemleri, kendinden memnuniyetsizlik, depresyon, anksiyete, iş bulma güçlüğü gibi psikososyal durumlar, yüksek hayat sigortası primleri, ameliyat riskinde artış, horlama, kronik iltihabi reaksiyon (CRP yüksekliği) ve benzerleri olarak sayılabilir. Artmış mali yük de ülke ekonomisi açısından önemlidir. Tüm bu sağlık sorunları obezite ile iç içe geçmiş ve hangisinin öncelikli olduğu ve aralarındaki ilişki belirsizdir ve araştırılmaya açık konulardır.⁽²⁰⁻²³⁾ Sonuç olarak obezite pek çok sağlık problemini de beraberinde getirmekte ve tüm bu iç içe geçmiş sağlık sorunları obezite yönetimini güç hale getirmektedir.

Çalışmamızda HAD ölçeği alt ölçekleri incelendiğinde anksiyete düzeyi eşik üstü olanların %88,9'unun, depresyon düzeyi eşik üstü olanların ise %83,3'ünün fazla kilolu ve obez hastalardan oluştuğu bulundu. Eren ve arkadaşlarının çalışmasında da obez bireylerin %81,3'ünde depresif bulgular saptanmıştır.⁽²⁴⁾ Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında ise obez hastaların %42'sinde en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır.⁽²⁵⁾ İstatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte anksiyete ve depresyon eşik üstü değerlerini normal kilolulara göre, fazla kilolu ve obezlerde daha yüksek saptadık. Poliklinik hastalarında yapılan obezite ve depresyon ilişkili çalışmada da obez ve kadın olgularda depresyon riski, obez olmayanlara ve erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur.⁽²⁶⁾ Pek çok çalışmada obezitede, depresyon ve anksiyete görülme oranlarının yüksek olduğundan bahsedilmektedir.^(9,20,24,27-29) Buna ilaveten çalışmalarda depresyon ve obezite birlikteliği kadın cinsiyette daha fazla bulunduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur.⁽³⁰⁻³¹⁾

HAD ölçeği anksiyete ve depresyon düzeyleri ile SF-12 ölçeği karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon eşik üstü puanları artarken, yaşam kalitesinin gerek fiziksel gerekse mental boyutta azaldığını gördük. Obez olan kişilerin yaşam kalitesi ile ilgili MCS skor değerleri fazla kilolulara göre anlamlı

şekilde düşüktür. Evangelista ve arkadaşları kalp yetmezliği olan obez hastalarda yaptıkları çalışmada depresyonun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.⁽³²⁾ Osteoartritli obez hastalarda yapılan bir başka çalışmada da VKİ ile yaşam kalitesi arasında güçlü ilişki bulunmuştur.⁽³³⁾ Yine Katz ve arkadaşlarının çalışmasında da benzerdir.⁽³⁴⁾ Çalışmamızdaki gibi pek çok çalışmada depresyon artarken yaşam kalitesi düşmüştür.⁽²³⁻³⁵⁾ Sonuç olarak obezite, anksiyete ve depresyon riskini arttırırken yaşam kalitesinde de düşüşe neden olmaktadır.

Çalışmanın kısıtlılıkları; popülasyonun kırsal bölgede olması nedeniyle tüm topluma genelleme yapmamıza olanak sağlamamasıdır. Ancak çalışmamızda kırsalda yaşayan kadınlarında tüm topluma benzer obezite oranlarına ulaşılmıştır. Ayrıca sadece kadın cinsiyette olması nedeniyle cinsiyetler arası karşılaştırma yapılamayacağından cinsiyet değişkeni incelenmemiş olup, katılımcılarda diğer sosyodemografik değişkenlere göre inceleme yapılmıştır. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, hem obezite, hem anksiyete ve depresyon, hem de yaşam kalitesi için çok sayıda değişkenin incelenmesi gerektiğini göstermiştir. Ayrıca çok merkezli çalışmaların yapılması daha genellenebilir sonuçlara ulaşılmasını sağlayacaktır.

Sonuç

Bizim çalışmamızda, yapılan pek çok çalışmaya paralel olarak obezite prevalansının beklenen şekilde yüksek olduğu, beraberinde kronik hastalıkların, özellikle de çalışmamızda amaçlanan anksiyete ve depresyonla ilgili risklerin normal kilolu bireylere nazaran daha yüksek oranda eşik üstü değerde olduğu ve yaşam kalitesinin buna paralel olumsuz yönde etkilendiği tespit edildi. Anksiyete ve depresif durumların ve bununla ilişkili yaşam kalitesinin doğrudan obeziteden etkilebileceği gibi, obeziteye eşlik eden komplikasyonların da mental sağlık üzerine olumsuz etki yapabileceği unutulmamalıdır. Görünen odur ki; obezitede iç içe geçmiş ve karmaşık sağlık problemleri ile mücadelede çok yönlü bir yaklaşım gerekli olup, konu ile ilgili daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Her ne olursa olsun obezite yönetiminde ruhsal durumun değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Kaynaklar

- Who Expert Consultation. Appropriate Body-Mass Index for Asian Populations and its Implications for Policy and Intervention Strategies. The Lancet 2004; 157-163. www.who.int/bmi/index.jsp?intropage=intro_3.Html. adresinden 05.02.2018 tarihinde erişilmiştir.
- Mechanick JI, Youdim A, Jones DB, et al. Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Nutritional, Metabolic, and Nonsurgical Support of the Bariatric Surgery Patient - 2013 update: cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Surg Obes Relat Dis 2013;9:159-91.
- Gökçel A. A Major Cardiovascular Risk Factors: Obesity. BMJ (Obezite Eki) 2005;1:28-32.
- Caterson ID, Broom J. Pocket Picture Guide Obesity. 1st Ed. London, Mosby International, 2001:33-48.
- Byrne CD, Wild SH. The Metabolic Syndrome. Chichester, John Wiley, 2007.
- Alaçam H, Karadağ RF, Şengül AC. Obezite ve Psikiyatri. Türkiye Klinikleri Journal of Endocrinology Special Topics 2013;6(1):18.
- Çayır A, Nazlı A, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2011;64(01):13-9.
- TÜİK. Türkiye Sağlık Araştırması 2016. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=24573> adresinden 28.01.2018 tarihinde erişilmiştir.
- Balcıoğlu İ, Başer SZ. Obezitenin psikiyatrik yönü. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. 2008;62(1):341-8.
- Ergün A. Vücut Kompozisyonunun belirlenmesi. Fizyoloji Pratik Klavuzu'nda. Ed. Yavuzer S. Antalya, Antıp AŞ Yayınları, 1999: 91-9.
- Aydemir Ö, Güvenir T ve ark. Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derg 1977;8:280-7.
- Kaynak C. İnönü Emin Aytan Sağlık Ocağı Bölgesi'nde yoksulluğun sağlık üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi. İzmir, Dokuz Eylül Üniversitesi, 2006.
- Akman M, Budak Ş, Kendir M. Genel Dahiliye polikliniğine başvuran hastalarda obezite sıklığı ve ilişkili sağlık problemleri. Marmara Medical Journal 2004;17(3): 113-20.
- Güneş G, Genç M, Pehlivan E. Yeşilyurt Sağlık Ocağı bölgesindeki erişkin kadınlarda obezite. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi 2000;7(1):48-53.
- Erden S. Poliklinik hastalarında obezite sıklığı ve klinik özellikleri. İ. Ü. İstanbul Tıp Fakültesi Mecmuası 2001;64:249-54.
- Kitiş Y, Bilgili N, Hisar F. ve Ayaz S. Yirmi yaş ve üzeri kadınlarda metabolik sendrom sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. Anadolu Kardiyol Derg 2000;10(2):111-9.
- TC. Sağlık Bakanlığı. Obezite ve Şişmanlık. <http://www.thsk.saglik.gov.tr/obezite-sismanlik>, 2010. Sayfasından 12.02.2018 tarihinde erişilmiştir.
- Beyaz FB. ve Koç AA. Obezitenin ekonomisi: Güncel durum, mücadele politikaları ve ekonomik analizler. EconAnadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi. Eskişehir, 2009.
- Doğan N, Toprak D, Demir S. Afyonkarahisar ilinde obezite prevalansı ve ilgili risk faktörleri. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2011; 31(1): 122-32.
- Ergin AB. Obezitenin Kadın Sağlığı ve Toplumsal Cinsiyet Açısından Değerlendirilmesi. KASHED 2014;1(1):41-54.
- T.C Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Obezite ile Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014). <http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/egt/pdf/obezite.pdf> adresinden 05.02.2018 tarihinde erişilmiştir.
- Considine RV, Caro JF. Obesity: The Problem and Its Management. Endocrinology Adult and Pediatric' de. Eds. Jameson, LJ, De Groot DM, de Kretser, et al. 6th Edition. Philadelphia, PA Elsevier, 2010;555-65.
- Green AJ, Bazata DD, Fox KM, et al. Quality of life, depression, and healthcare resource utilization among adults with type 2 diabetes mellitus and concomitant hypertension and obesity: A prospective survey. Cardiol Res Pract 2012; 2012: 404107.
- Eren İ, Erdi Ö. Obez hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı. Klinik Psikiyatri Dergisi 2003; 6(3): 152-7.
- Deveci A, Demet MM, Özmen B ve ark. Obez hastalarda psikopatoloji, aleksitimi ve benlik saygısı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:84-91.
- Çakmur H, Güneş ÜB. Poliklinik başvurularında obezite ve depresyon ilişkisinin incelenmesi. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2018;22(2):58-65.
- Barnes ER, Theeke L, Minchau E, Mallow J, Lucke-Wold N, Wampler J. Relationships between obesity management and depression management in a university-based family medicine center. Journal of the American Association of Nurse Practitioners 2015;27(5):256-61.
- Tam A, Çakır B. Birinci basamakta obeziteye yaklaşım. Ankara Medical Journal 2012;12(1):37-41.
- Lin HY, Huang CK, Tai CM, et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. BMC Psychiatry 2013;13(1):1.
- 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.
- 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.

32. Evangelista LS, Moser DK, Westlake C, Hamilton MA, Fonarow GC, Dracup K. Impact of obesity on quality of life and depression in patients with heart failure. *Eur J Heart Fail* 2006;8: 750-5.
33. Rosemann T, Grol R, Herman K, Wensing M, Szecsenyi J. Association between obesity, quality of life, physical activity and health service utilization in primary care patients with osteoarthritis. *Int J Behav Nutr Phys Act* 2008;5:4.
34. Katz DA, McHorney CA, Atkinson RL. Impact of obesity on health-related quality of life in patients with chronic illness. *Journal of general internal medicine*. 2000;15(11):789-96.
35. Favricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg* 2005;15:304-9.

Geliş tarihi: 03/08/2018

Kabul tarihi: 12/12/2018

Yayın tarihi: 30/12/2018

Çıkar çakışması:

Nilüfe Emre.

İletişim adresi;

Nilüfe Emre,

e-posta: nilemre83@gmail.com

Lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılığı ve uyku kalitesi

Social media dependency and sleep quality in high school students

Nurcan Akbaş Güneş¹, Derya İren Akbıyık², Cenk Aypak², Süleyman Görpeliöğlü²

¹Eskişehir Yeni Aile Sağlığı Merkezi, Eskişehir

²Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Özet

Amaç: Yaptığımız çalışmada Facebook bağımlılığının 16-19 yaş arası lise öğrencilerinde uyku kalitesi üzerine olan etkilerinin gösterilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışmada, Türkiye standardizasyonu yapılmış Pittsburgh uyku kalite ölçeği (PUKÖ) ve Facebook bağımlılık ölçeği kullanıldı. İstatistiksel analizde $p<0,05$ anlamlı kabul edildi. Çalışmaya iki farklı okulda eğitim gören 516 (%67,8) erkek ve 245 (%32,2) kız öğrenci olmak üzere toplam 761 öğrenci dahil edildi.

Bulgular: Facebook bağımlılık ölçeği puanlarının PUKÖ puanları ile ilişkisi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi ($p=0,000$, $p<0,05$). Facebook bağımlılık ölçeği skoru arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu sonucuna varıldı. Facebook bağımlılık ölçeği puanları ve PUKÖ puanlarının yaş grupları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı görüldü ($p=0,745$, $p=0,826$, $p>0,05$). PUKÖ puanlarının cinsiyetler arası farklılıklarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü ($p=0,000$, $p<0,05$). Kız öğrencilerde uyku kalitesinin erkek öğrencilere oranla daha kötü olduğu sonucuna varıldı. İki okul arasında Facebook bağımlılık ölçeği puanlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi ($p=0,000$, $p<0,05$). Meslek lisesinde okuyan öğrencilerin Facebook bağımlılık ölçeği skorlarının daha yüksek olduğu görüldü.

Sonuç: Problemlerli uyku alışkanlıkları ve uyku sorunlarının yüksek Facebook bağımlılık ölçeği skoru olan ergenlerde daha sık olduğu bulundu. Sağlık çalışanları ve aileler, aşırı ve kontrolsüz sosyal medya kullanımının ergenlerin uyku alışkanlıkları üzerine yaptığı muhtemel olumsuz etkiler konusunda farkında olmalıdırlar.

Anahtar kelime: Sosyal medya, uyku bozuklukları, bağımlılık, adolesan

Summary

Objective: We aimed to investigate effects of social media addiction on sleep quality in high school students between 16 and 19 years of age.

Methods: In this study, we used the validated Turkish version of Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) and Facebook Addiction Index. P values less than 0.05 were considered to be statistically significant. Seven hundred sixty-one students from two different schools were attended to the study (516 male (67.8%) and 245 female (32.2%)).

Results: There was a significant relation between the scores of Facebook Addiction Index and PSQI ($p=0.000$, $p<0.05$). We showed that, as the Facebook Addiction Index score increases, sleep quality decreases. The comparison of Facebook Addiction Index and PSQI scores according to age groups showed no significant difference ($p=0,745$, $p=0,826$, $p>0,05$). PSQI scores were significantly different based on genders ($p=0,000$, $p<0,05$). Sleep quality was found worse in female students compared to male ones. Facebook Addiction Index scores were significantly different between two schools ($p=0,000$, $p<0,05$). Facebook Addiction Index scores of Technical High School students were higher.

Conclusion: Problematic sleep habits and sleep problems were found more common in adolescents with higher Facebook Addiction Index scores. Health workers and families should be aware of the probable unfavorable effects of excessive and uncontrolled social media usage on sleep habits.

Key words: Social media, sleep disorders, addiction, adolescent

Giriş

Günümüzde iletişim teknolojileri bireylere düşüncelerini ve eserlerini paylaşacakları olanaklar sağlayan, paylaşım ve tartışmanın esas olduğu bir ortam sunmaktadır. Yapılan çalışmalar insanların sosyal medyada gün geçtikçe daha fazla vakit harcadıklarını, bu sanal ortam içinde gerçek yaşam ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştıklarını ve yine bu sanal ortamda yeni bir dünya kurarak yaşadıklarını belirtmektedir. Bazen sanal dünyayla gerçek yaşam arasındaki sınırın belirsizleştiği de gözlenmektedir. Özellikle gençler arasındaki kullanımı hızlı bir yükseliş göstermektedir.^[1]

İstatistiksel verilere bakıldığında Türkiye'deki sosyal medya kullanıcılarının %9'u 13-15 yaş aralığında, % 10'u ise 16-17 yaş aralığındadır. Bu istatistiksel veriler ergenlerde sosyal medya kullanım oranının yaygın olduğunu göstermektedir.^[2] Sosyal medya bağımlılığı gençler arasında oldukça yaygın bir sorundur. Sosyal medya bağımlılığı özellikle gençlerin çoğu zaman sosyal ilişkilerinde problemler yaşanmasına neden olabilmektedir.^[3]

Uykunun en iyi dinlenme şekli olduğu bilinmektedir. Kaliteli bir uyku uyuyan birey uyandıktan sonra kendini zinde, formda ve yeni bir güne hazır hisseder. Uyku kalitesi; yaşam şekli, çevresel faktörler, iş, sosyal yaşam, ekonomik durum, genel sağlık durumu ve stres gibi çeşitli faktörlerden etkilenmektedir.^[4,5]

Sosyal medya internette en çok kullanılan ağlardan biri olmaya başladığından ve bağımlılık günlük yaşama zarar verdiğinden, araştırmalar özellikle de sosyal medya bağımlılığının uyku alışkanlıkları ile direkt olarak bağlantılı olup olmadığı yönünde olmuştur.^[6] Young ve ark. internet bağımlılığı terimini kullanmış ve internet bağımlılığının, akademik, sosyal ve mesleki zararlar, sağlık sorunları, uykusuzluk ve depresif davranışların oluşmasına neden olabileceğini belirtmiştir.^[7]

Bu çalışmada, sosyal medya bağımlılığının uyku kalitesini olumsuz etkilediği hipotezinden yola çıkarak, lise öğrencilerinde sosyal medya bağımlılık

oranlarını saptamayı ve sosyal medya kullanımının uyku kalitesi üzerine olan etkilerini değerlendirmeyi amaçladık. Çalışmanın sonuçları uygun müdahale yöntemleri geliştirme konusunda bir başlangıç oluşturabilir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız ergenlerde sosyal medya bağımlılık durumu ile uyku kalitesi arasındaki ilişkinin incelenmesi amacı ile tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır. Çalışma için Milli Eğitim Müdürlüğü 28.01.2016 tarih 14588481-605.99-E.1050327 sayı numarası ile onay alındı. Ayrıca çalışma için Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu 22.03.2016 karar tarihi ve 27/39 karar numarası ile onay alındı.

Çalışma Ankara ili Keçiören ilçesindeki biri Anadolu Lisesi, diğeri Meslek Lisesi olmak üzere iki farklı okulda çalışmamıza katılmayı kabul eden 761 öğrenci üzerinde 01.05.2016-01.08.2016 tarihleri arasında uygulandı.

Çalışmaya katılanlara, sosyodemografik veri toplama formu ile beraber Türkiye standardizasyonu yapılmış, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarının yapıldığı Facebook Bağımlılık Ölçeği ve Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği uygulandı. Birçok sosyal paylaşım sitesi bulunmasına rağmen henüz hepsini kapsayacak nitelikte bir ölçek bulunmamaktadır. Çalışmamızda en hızlı büyüyen ve gençler arasında en çok tercih edilen sosyal ağ olması nedeniyle Facebook Bağımlılık Ölçeği tercih edilmiştir.^[8] İlaç kullanımı veya uyku bozukluğu yapabilecek kronik hastalığı olan öğrenciler çalışma dışı bırakıldı.

Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 18.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (ortalama standart deviasyon-SD-) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren parametrelerin karşılaştırılmasında student t testi ve normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Bağımlı değişken üzerinde birden fazla

bağımsız değişkenin toplu etkisi araştırırken çoklu regresyon testleri kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. Toplam skorlar arasındaki ilişki analizinde ise Pearson korelasyon (r) analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95'lik güven aralığında, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Çalışmaya 516 (%67,8) Erkek ve 245 (%32,2) Kız öğrenci olmak üzere toplam 761 öğrenci dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen öğrencilerden 304 (%39,9)' ü Anadolu Lisesinde, 457 (%60,1)' si ise Meslek Lisesinde öğrenciydi. Anadolu Lisesi öğrencilerinden 143' ü Erkek, 161' i kız öğrenciydi. Meslek Lisesi öğrencilerinden ise 373' ü Erkek, 84' ü kız öğrenciydi. Öğrencilerden 351 (%46,1) öğrenci 16, 308 (%40,5) öğrenci 17, 98 (%12,9) öğrenci 18 ve 4 (%0,5) öğrenci ise 19 yaşındaydı. Anadolu Lisesi öğrencilerinden 163 (%53,6)' ü 16, 117 (%38,5)' si 17, 21 (%6,9)' i 18 ve 3 (%1,0)' ü 19 yaşındaydı. Meslek Lisesi öğrencilerinden 188 (%41,2)' i 16, 191 (%41,8)' i 17, 77 (%16,8)' si 18 ve 1 (%0,2)' i 19 yaşındaydı.

Toplam Facebook Bağımlılık Ölçeği skoru arttıkça uyku kalitesinin bozulduğu sonucuna varıldı ($p=0,000$, $p < 0,05$).

Kız öğrencilerde uyku kalitesinin erkek öğrencilere oranla daha kötü olduğu sonucuna varıldı ($p=0,000$, $p < 0,05$) (Tablo 1).

Toplam Facebook Bağımlılık Ölçeği puan ortalamaları ve toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının yaş grupları ile arasındaki ilişkiye bakıldığında istatistiksel olarak

anlamli fark olmadığı görüldü ($p=0,745$, $p=0,826$, $p > 0,05$) (Tablo 2).

Toplam Facebook Bağımlılık Ölçeği puanlamasının, Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeğinin alt parametreleri olan uyku etkinliği ($p=0,014$, $p < 0,05$), uykuya geçme süresi ($p=0,000$, $p < 0,05$), toplam günlük uyku süresi ($p=0,007$, $p < 0,05$), uyku bozukluğu ($p=0,000$, $p < 0,05$), uyku kalitesi ($p=0,000$, $p < 0,05$) ve gündüz uykululuk hali ($p=0,000$, $p < 0,05$) ile ilişkisi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi.

Toplam Facebook Bağımlılık Ölçeği skoru ile Toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği skoru arasındaki korelasyon düzeyine bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edildi ($p=0,000$, $p < 0,01$). Bu sonuç bize katılımcıların Facebook Bağımlılık Ölçeği skoru arttıkça toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği skorlarında da artışların olduğunu göstermektedir. Ancak korelasyonun r değeri 0,265 olarak bulundu ve iki skor arasındaki ilişkinin zayıf olduğu sonucuna varıldı.

Kız öğrencilerin uyku kalitelerinin erkek öğrencilere oranla daha kötü olduğu sonucuna varılmıştır ($p=0,000$, $p > 0,05$) (Tablo 3).

Alınan toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamalarının yaş grupları ile karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilememiştir ($p=0,826$, $p > 0,05$) (Tablo 4).

Tartışma

Günümüzde sosyal medya kullanımının özellikle gençler arasında fazla kullanılmaya başlandığından ve bağımlılık günlük yaşama zarar verdiğinden dolayı araştırmalar özellikle de sosyal

Tablo 1. Facebook Bağımlılık Ölçeği puan ortalamaları ve toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları +ss (standart sapma) değerlerinin cinsiyetler arasındaki farklılıkları

| | n | Facebook Bağımlılık Ölçeği puan ortalamaları \pm ss | p | Toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları \pm ss | P |
|--------|-----|---|-------|--|-------|
| ERKEK | 516 | 17 \pm 7,999 | 0,383 | 5,44 \pm 2,874 | 0,000 |
| KIZ | 245 | 16,97 \pm 9,971 | | 6,53 \pm 3,103 | |
| TOPLAM | | 16,99 \pm 8,676 | | 5,79 \pm 2,992 | |

Tablo 2. Facebook Bağımlılık Ölçeği puan ortalamaları ve toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları +ss (standart sapma) değerlerinin yaş grupları arasındaki farklılıkları*

| | Facebook Bağımlılık Ölçeği puan ortalamaları ± ss | p | Toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puan ortalamaları ± ss | p |
|--------|--|-------|---|-------|
| 16 | 17,01 ± 8,591 | 0,745 | 5,85 ± 3,059 | 0,826 |
| 17 | 16,84 ± 8,662 | | 5,65 ± 2,956 | |
| 18 | 17,61 ± 9,133 | | 6,07 ± 2,876 | |
| 19 | 11,75 ± 5,679 | | 5,00 ± 2,828 | |
| TOPLAM | 16,99 ± 8,676 | | 5,79 ± 2,992 | |

Tablo 3. Toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puanlarının cinsiyetler arası farklılıkları

| CİNSİYET | TOPLAM PITTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLAMASI | | | | TOPLAM |
|----------|--|------|---------------------------|------|--------|
| | <5 (iyi uyku kalitesi) | % | >=5 (kötü uyku kalitesi) | % | |
| ERKEK | 221 | 42,8 | 295 | 57,2 | 516 |
| KIZ | 70 | 28,6 | 175 | 71,4 | 245 |
| TOPLAM | 291 | 38,2 | 470 | 61,8 | 761 |

Tablo 4. Toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puanlamalarının yaş grupları arası farklılıkları

| YAŞ | TOPLAM PITTSBURG UYKU KALİTESİ ÖLÇEĞİ PUANLAMASI* | | | | TOPLAM |
|--------|---|------|---------------------------|------|--------|
| | <5 (iyi uyku kalitesi) | % | >=5 (kötü uyku kalitesi) | % | |
| 16 | 134 | 38,2 | 217 | 61,8 | 351 |
| 17 | 121 | 39,3 | 187 | 60,7 | 308 |
| 18 | 34 | 34,7 | 64 | 65,3 | 98 |
| 19 | 2 | 50,0 | 2 | 50,0 | 4 |
| TOPLAM | 291 | 38,2 | 470 | 61,8 | 761 |

medya bağımlılığının uyku ile olan ilişkileri üzerinde yoğunlaşmıştır.^[6] Yapılan bir çalışmada sosyal medya kullanımının en çok gündüz uykululuk halini etkilediğini göstermektedir. Yapılan bu çalışmada çalışmaya katılan öğrencilerin %8' inin sosyal medya bağımlısı olduğu, bağımlı öğrencilerin de yarısından fazlasının düşük uyku kalitesine sahip olduğu sonucuna varılmıştır.^[9]

Yapılan bir çalışmada %54,7 oranında düşük uyku kalitesine rastlanırken, diğer bir çalışmada 16-19 yaş arası öğrencilerde %52,9 oranında düşük uyku kalitesi tespit edilmiştir.^[10,11] Yapılan farklı çalışmalarda ise akademik performans ve

öğrencilerin öğrenme durumlarında da sosyal medya bağımlılığının etkili olabileceği gösterilmiştir.^[12,13]

Yaptığımız çalışmada toplam Facebook Bağımlılık Ölçeği puanlamasına baktığımızda toplam Pittsburg Uyku Kalitesi Ölçeği puanlaması ile karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde ettik ($p=0,000$, $p<0,05$). Ancak yaş ve cinsiyet farklılıkları açısından iki grup arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,745$, $p=0,383$, $p>0,05$). Ayrıca Facebook Bağımlılık Ölçeği puanlamasına göre çalışmaya katılan iki okul arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Meslek lisesinde okuyan öğrencilerin Facebook Bağımlılık Ölçeği puan ortalamalarının daha

yüksek olduğu sonucuna ulaşıldı (p=0,000, p<0,05).

Tekeli ve ark. ise lise son sınıf öğrencilerinin PUKÖ'ye göre uyku kalitelerini %28,2 oranında iyi, % 71,8 oranında kötü uyku olarak değerlendirmiştir.^[14] Çalışmamızda ise, 16-19 yaş grubu adolesanlar, PUKÖ'ye göre %38,2 oranında iyi, %61,8 oranında kötü uyku kalitesine sahipti. Farklı ölçüm yöntemlerinin kullanılması ve farklı demografik ve kültürel özelliklerin sonuçları etkileyebileceği düşünülmeye rağmen literatür ile uyumlu sonuçlara ulaştık.

Uyku gereksinimi yaşa göre değişebilmektedir. Örneğin, yetişkinlerin günde 7-9 saat; ergenlerin 13 yaşından yetişkinliğe kadar 8,5-9,5 saat; 5-12 yaş arasındaki çocukların ise günde 9-11 saat uyumaları gerektiği belirtilmektedir.^[15,16] Çalışmamızda adolesanların % 59,3'ünün 7 saat ve üzerinde uyuduğu belirlenmiştir.

Yaptığımız çalışmada adolesanların %29,3'ü aşırı uykululuk halinden şikayetçi olduklarını belirtmişlerdir. Hindistan'da çocukların %28,2'sinin, İran'da %42,98'inin, Londra'da ise %50'sinin gün içinde uyumaya ihtiyaç duyduğu bildirilmektedir.^[17-19] Bulgularımız literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada adolesanlarda uykuya dalma süresini 22,6 dk olarak belirtilmiştir.^[20] Biz yapmış olduğumuz çalışmada uykuya dalma süresi açısından çalışmamıza katılan adolesanlardan %23,3'ü 15 dakikadan daha kısa sürede, %9,1 oranında ise 60 dakikadan daha uzun bir sürede uykuya daldığını belirledik.

Yapılan bir çalışmada efektif uyku alışkanlığının % 90.71+/-%7.76 oranında olduğu belirtilmiştir.^[20] Bizim çalışmamızda ise %71 adolesanda, %85 ve üzeri oranda efektif uyku alışkanlığının olduğu tespit edilmiştir.

Çalışmamızda ayrıca %64 oranında adolesanın, haftada birden az uyku bozukluğu yaşadığı tespit edilmiştir. Yapılan başka bir çalışmada ise geçen ay hiç uyku bozukluğu yaşamayanların oranı %63'tür.^[20] Biz yapmış olduğumuz çalışmada geçen ay hiç

uyku bozukluğu yaşamayanların oranını % 5,8 olarak bulmamıza rağmen, Bülbül ve ark ise, 12-21 yaş grubunda uyku bozukluğu yaşayanların oranını %39,3 olarak tespit etmişlerdir.^[21]

Uyku ilacı kullanma açısından değerlendirildiğinde yapılan bir çalışmada geçen ay hiç uy-kuya yardımcı ilaç almayanların oranı %96.6 olarak bulunmuştur.^[20] Yaptığımız bu çalışmada ise bu oranı biz %94,7 olarak bulduk. Bulduğumuz sonuç literatür ile uyumludur.

Biz yaptığımız çalışmada uyku kalitesi yönünden cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde ettik (p=0,000, p<0,05). Johnson ve ark, cinsiyetler arası fark bulunmadığını belirtirken, erkeklerin kızlardan daha kötü uyku kalitesi gösterdiklerini bulan çalışmalar da vardır.^[22,23] Yaptığımız çalışmada ayrıca cinsiyetler arası farklılık değerlendirildiğinde günlük uyku süresi, uykuya dalma süresi, gündüz uykululuk hali ve uyku bozukluğu yaşama parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark varken, uyku kalitesi, etkinliği ve uyku ilacı kullanma açısından istatistiksel fark bulamadık. Bunun dışında toplam uyku kalitesi puanlaması açısından çalışmaya katılan okullar arasında ve yaş grupları arasında istatistiksel fark bulamadık.

Ayrıca literatür değerlendirildiğinde genellikle sosyal medya bağımlılık ölçeği olarak Bergen bağımlılık ölçeği kullanıldığı görüldü.^[6] Ancak Bergen bağımlılık ölçeğinin Türkiye'de yapılan herhangi bir geçerlilik değerlendirmesine rastlamadık. Biz yaptığımız çalışmada Koç ve ark. tarafından geliştirilen ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirlik değerlendirmeleri yapılan ölçeği kullandık.^[8] Literatürde bu ölçeğin kullanıldığı ve uyku değerlendirmesinin yapıldığı herhangi bir çalışmaya rastlamadık. Yaptığımız çalışma daha sonra yapılacak çalışmalar için yol gösterici olabilir.

Yaptığımız çalışmanın çeşitli sınırlılıkları da mevcuttur. Çalışmaya katılan okullardaki öğrencilerin sosyoekonomik düzeyleri, aile yapıları değerlendirilmedi. Sosyoekonomik düzey farklılıkları ve ailesel faktörler de uyku düzeyini etkileyebilir.

bilmektedir. Ayrıca çalışmamızda öğrencilerin gün boyunca ne kadar süre sosyal medya kullandıkları sorgulanmadı. Yapılacak diğer çalışmalarla sosyal medya kullanım süresi ile uyku ve bağımlılık ilişkisi değerlendirilebilir.

Sonuç olarak problemlili uyku alışkanlıkları ve uyku sorunlarının yüksek Facebook Bağımlılık Ölçeği skoru olan ergenlerde daha sık olduğu görüldü. Sağlık çalışanları, aşırı ve kontrolsüz sosyal medya kullanımının ergenlerin uyku alışkanlıkları üzerine yaptığı muhtemel olumsuz etkiler konusunda farkında olmalı ve aileleri bu konuda bilgilendirme-

lidir. Aileler sağlıklı sosyal medya kullanım davranışları konusunda çocuklarını uyarmalı ve sosyal medya kullanımının sınırlı ve ebeveyn kontrolünde olması gerekmektedir. Böylelikle gençlerin sosyal medya bağımlılığının takip edilmesi ve tehlikeli boyutlara ulaşmadan önlem alınması sağlanmaktadır. Bizim yapmış olduğumuz bu çalışma en fazla kullanıcı sayısına sahip tek bir sosyal medya platformuna yöneliktir. Diğer sosyal paylaşım sitelerinin kullanımı da yapılacak diğer çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Vural Z B A, Bat M. Yeni Bir İletişim Ortamı Olarak Sosyal Medya: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesine Yönelik Bir Araştırma. *Journal Of Yasar University*. 2010; 20 (5): 7-11.
2. Turkey Facebook page statistics. Statistics for 2018 (online resource). <https://www.socialbakers.com/statistics/facebook/pages/detail/157853990905434-Turkey> adresinden 29/04/2018 tarihinde indirilmiştir.
3. Carney PR, Berry RB, Geyer JD. Clinical Sleep Disorders. Lippincott Williams & Wilkins, 2. Baskı, Philadelphia, USA, 2011, pp. 223-229.
4. Van den Bulck J, Television viewing, computer game playing, and Internet use and self-reported time to bed and time out of bed in secondary school children. *Sleep* 2004; 27(1): 101-104.
5. Barion A, Zee PC, A clinical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Med* 2007; 8(6): 566-577.
6. Andreassen, C.S. Development of a facebook addiction scale. *Psychological Reports* 2012; 110(2): 501-517.
7. Young, K.S. İnternet addiction. The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior* 1996; 1(3): 237-244.
8. Mustafa Koc, Seval Gulyagci. Facebook Addiction Among Turkish College Students: The Role of Psychological Health, Demographic and Usage Characteristics. *Cyberpsychology, Behavior, And Social Networking* 2013; 16(4): 203-210.
9. Wolniczak I, Cáceres-DelAguila JA, Palma-Ardiles G, et al. Association between Facebook dependence and poor sleep quality: a study in a sample of undergraduate students in Peru *PLoS One* 2013; 8(3): 1-5.
10. Cheng SH, Shih CC, Lee IH, et al. A study on the sleep quality of incoming university students. *Psychiatry Res* 2012; 197(3):270-274.
11. Rocha CR, Rossini S, Reimao R. Sleep disorders in high school and preuniversity students. *Arq Neuropsiquiatr* 2010; 68(6):903-7.
12. Gomes AA, Tavares J, de Azevedo MH. Sleep and academic performance in undergraduates: a multi-measure, multi-predictor approach. *Chronobiol Int* 2011; 28(9):786-801.
13. Curcio G, Ferrara M, De Gennaro L. Sleep loss, learning capacity and academic performance. *Sleep Med Rev* 2006; 10(5):323-37.
14. Tekeli S. Lise Son Sınıf Öğrencilerinin Uyku Kalitelerinin ve Sınav Kaygılarının Değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2009.
15. Karadağ M. Uyku bozuklukları sınıflaması (ICSD-2). *T Klin Akciğer Arşivi* 2007; 8(3):88-91.
16. Wolfson AR, Carskadon MA. Sleep Schedules and Daytime Functioning in Adolescents. *Child Development* 1998; 69(4): 875-87.
17. Bharti B, Malhi P, Kashyap S. Patterns and Problems of Sleep in School Going Children. *Indian Pediatrics* 2006; 43(17): 35-8.
18. Bahammam A, Al_Faris E, Shaikh S, Bin Saeed A. Prevalence of Sleep Problems and Habits in a Sample of Saudi Primary School Children. *Ann saudi Med* 2006; 26(1): 7-13.
19. Mohammadi M, Ghalebaghı B, Bandi FG, et al. Sleep Patterns and Sleep Problems among Preschool and School-aged Group Children in a Primary Care Setting. *Iran J Ped* 2007; 17(3): 213-21.
20. Xu Z, Su H, Zou Y, Chen J, et al. Sleep quality of Chinese adolescents: Distribution and its associated factors. *Journal of Paediatrics and Child Health*. 2012; 48(2):138-45.
21. Bulbul S, Kurt G, Unlu E, Kırılı E. Adolesanlarda uyku sorunları ve etkileyen faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2010; 53(3): 204-10.
22. Johnson EO, Roth T, Schultz L, Breslau N. Epidemiology of DSM-IV insomnia in adolescence: lifetime prevalence, chronicity, and an emergent gender difference. *Pediatrics* 2006; 117(2): 247-56.
23. Liu X, Zhao Z, Jia C, Buysse DJ. Sleep patterns and problems among Chinese adolescents. *Pediatrics* 2008; 121(6): 1165-73.

Geliş tarihi: 10/08/2018

Kabul tarihi: 14/11/2018

Yayın tarihi: 30/12/2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Nurcan Akbaş Güneş,

e-posta: drnurak@hotmail.com

Kırsal bir bölgede aile hekimliği polikliniğine başvuran yetişkinlerin ağız sağlığı konusunda bilgi ve davranışları*

Knowledge and behaviors about oral health of adults admitted to family medicine clinic in a rural area*

Ezgi Ağadayı¹, Selma Aydın², Sanem Nemmezi Karaca³, Hatice Küçükceran⁴, Bahar Teker⁵

¹Sivas Akıncılar İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği

²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı

³Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

⁴Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı

⁵Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Endodonti Anabilim Dalı

Note: *Bu makale daha önce 17. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresinde (10-13 Mayıs 2018) sözlü sunum olarak ve 12. Aile Hekimliği Güz Okulu Kongresinde (26-30 Eylül 2018) poster sunum olarak sunulmuştur.

Özet

Amaç: Kırsal bir bölgede yetişkinlerin ağız sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. İkincil amacımız ebeveynlerin, bu konuda çocuklarına eğitim verme durumlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmamıza Sivas Akıncılar İlçe Devlet Hastanesi, Aile Hekimliği Polikliniği' ne 01 Ocak-01 Şubat 2018 tarihleri arasında başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 235 kişi dahil edilmiştir. Katılımcılara ağız sağlığı hakkında bilgi ve davranışlarını ölçen anket yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. 18 yaş altı hastalar, soruları cevaplayabilecek bilişsel yetenekte olmayanlar ve dişsiz hastalar çalışmaya dahil edilmemiştir. Sayısal değerlerin Shapiro-Wilk testi ile normallik analizi yapılmıştır. Normal dışı dağılan verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 235 katılımcının %64,3 (n=151)'ü kadın, %35,7 (n=84)'si erkektir. Yaş ortancaları 35,0 (min:18-maks:79)'tir. Ankette bilgi ölçen 9 soruya verilen doğru cevap ortancası 5 (min:0-maks:9)'tir. Katılımcıların diş fırçalamaya başlama yaş ortancası 12 (min:3-maks:53) olarak bulunmuştur. Katılımcılarımızın %6,0 (n=14)'sı diş hekimine düzenli giderken, %88,5 (n=208)'i şikayeti oldukça gittiğini belirtmiştir. Katılımcıların 186'sının çocuğu vardı. Ebeveynlerin %60,2 (n=112)'si çocuklarına ağız sağlığı hakkında eğitim vermiştir.

Sonuç: Katılımcıların bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve ağız sağlığı konusunda eğitim ihtiyaçlarının olduğu tespit edildi. Çocuğu olanların yarısından fazlasının çocuklarına bu konuda eğitim verdiği tespit edildi. Yetişkinlere yönelik verilecek ağız sağlığı eğitimlerinin hem kendi sağlıkları için hem de çocuklarına doğru bilgileri öğretmeleri açısından gerekli olduğunu düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: ağız sağlığı, erişkin, kırsal, bilgi, davranış

Summary

Objective: It is aimed to evaluate the knowledge and attitudes of adults about oral health in a rural area. Our secondary aim is to determine parents' teaching status of their children about oral health.

Methods: Our research is a descriptive study. Our study included 235 participants, who applied to Sivas Akıncılar District State Hospital, Family Medicine Outpatient Clinic between January 1-February 1, 2018 and agreed to participate in the study. The questionnaire which measures the information and behaviors of the participants about oral health was applied with the face to face interview method. Patients under 18 years of age, those with no cognitive ability to answer the questions, and patients without teeth were excluded from the study. Numerical values' normality analysis was performed with Shapiro-Wilk test. The Mann-Whitney U test was used to compare the normal distribution data.

Results: Among the 235 participants, 64.3% (n=151) were female and 35.7% (n=84) were male. The median age is 35.0 (min:18-max:79). The correct answers' median, to given 9 question that measure the knowledge in the questionnaire was 5 (min:0-max:9). The median age of the participants began brushing their teeth was found to be 12 (min:3-max:53). While 6.0% (14) of the participants went to the dentist regularly, 88.5% (208)'s went when they have complaint. 186 of the participants had children. 60.2% (n=112) of the parents gave education about oral health to their children.

Conclusion: It was determined that the participants' level of knowledge was low and they had training needs about oral health. It was determined that more than half of those with children had given education to their children. Oral health education for adults is thought to be necessary both for their own health and for giving the right information to their children.

Key words: oral health, adult, rural, knowledge, behavior

Giriş

Ağız sağlığı genel sağlığın önemli bir kısmını oluşturur. Ağız ve diş hastalıkları, ağrıya, yeme problemlerine ve kişinin uyku kalitesinde bozulmaya sebep olabileceği için genel sağlığın bozulmasına yol açar. Ayrıca diş hastalıkları tedavileri, yüksek maliyetleri sebebiyle sağlık ekonomisini de olumsuz etkiler.^(1,2) Ağız ve diş hastalıkları görülme sıklığının yüksek olması, toplum ve birey üzerinde olan etkileri ve de tedavi maliyetleri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunudur.⁽²⁾

Ağız ve diş hastalıkları önlenabilir hastalıklar grubundadır ancak yaygın olarak hastalık oluştuktan sonra tedavi edilir.⁽³⁾ Diş çürüklerinin oluşumunda kişinin beslenme tarzı, ara öğün sıklığı, diş fırçalama alışkanlığı, ara yüz temizliği yapma durumu, tükürüğün bazı özellikleri ve mine yapısı gibi multifaktöriyel etkenler rol oynar.⁽⁴⁾ Diş çürüklerinin önüne geçmek, gelişmiş olan çürüğün ilerlemesini önlemek, ağız sağlığının devamlılığını sağlamak için düzenli, yeterli ve doğru bir ağız bakımı yapılmalıdır. Tam bir ağız bakımı yapabilmek için diş fırçası ve diş macunu yanında diş ipi, arayüz fırçası, ağız çalkalama solüsyonları gibi diğer ağız bakım araçlarının da kullanımı önemlidir.⁽⁵⁾ Etkin bir diş fırçalama için, diş fırçalama sıklığı, süresi, tekniği ve fırça tipi önemlidir. Bu konuda kesin bir bilgi olmamakla beraber dişlerin günde iki kez, üç dakika süre ile fırçalanması önerilir.⁽⁶⁾

Sağlıklı kişilere yönelik planlanan, risk faktörlerini kontrol altına almayı ve çürüklerin başlangıç aşamasında önlemeyi amaçlayan koruyucu yöntemler, birincil (primer) koruma kapsamına girer.⁽⁷⁾ Diş sağlığı sistemlerini koruyucu hekimlik uygulamaları üzerine kuran ülkelerde çürük, kayıp ve dolgu sayısında azalmalar tespit edilmiştir.⁽⁸⁾

Son yıllarda literatürde ağız sağlığının, genel sağlığın önemli bir parçası olduğu ve ağzın vücudun geri kalan kısımlarından ayrı bir parça gibi izlenmemesi gerektiğinin üzerinde durulmaktadır.⁽²⁾

Bu çalışmadaki amacımız kırsal bir bölgede aile hekimliği polikliniğine başvuran, yetişkin popü-

lasyonun ağız sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirmektir. İkincil amacımız ebeveynlerin, bu konuda çocuklarına eğitim verme durumlarının belirlenmesidir.

Yöntem

Çalışma Tipi

Araştırmamız tanımlayıcı niteliktedir.

Çalışmanın Tasarımı

Çalışmamız Sivas ili Akıncılar ilçesinde 1 Ocak- 1 Şubat 2018 tarihleri arasında Aile Hekimliği polikliniğine başvuran hastaları kapsamaktadır. Araştırma evreni son üç ayın poliklinik başvuru ortalamasına göre 600 hasta olarak kabul edildi. %5 kabul edilebilir hata ve %95 güven seviyesinde çalışmaya dahil etmemiz gereken örneklem büyüklüğü 235 olarak hesaplandı. Dışlama kriteri olarak 18 yaşından küçük olma, dişsizlik ve soruları anlayabilecek bilişsel yetenekte olmama belirlendi.

Kullanılan Anket

Araştırmaya katılmayı kabul eden 235 katılımcıya 21 soruluk anket uygulandı. Literatür taraması sonucu hazırlanan anketimiz üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde katılımcıların sosyodemografik bilgileri; cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, ailesinin eğitim düzeyi, mesleği, aylık kazancı, sigara kullanım durumu ve kronik hastalıkları sorgulandı. İkinci bölümde katılımcıların bilgi düzeyini ölçen 9 soru soruldu ve cevaplar; katılıyorum, katılmıyorum, kararsızım şeklinde not edildi. Tutum ve davranışlarının sorgulandığı 3. bölümde ise; dişlerini ne sıklıkta fırçaladığı, dişlerini fırçalama yönü, macun kullanımı ve miktarı, diş fırçasını ne sıklıkta değiştirdiği, kendine ait fırçası olup olmadığı, çeşitli ara yüz fırçalarını bilme ve kullanım durumu, diş fırçalamaya başlama yaşı, diş hekimine gitme sıklığı, çocuğu varsa bu konuda ona eğitim verip vermediği sorgulandı.

Kullanılan İstatistiksel Yöntemler

Araştırmada istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Win-

dows Version 18 paket programı kullanıldı. Sayısal değerler için Shapiro-Wilk testi ile normallik analizi yapıldı. Non-parametrik veriler için ortanca, minimum, maksimum ve inter quarter range değerleri belirtildi. Verilerin frekansları yüzde (%) ve n değerleri ile belirtildi. Normal dışı dağılan verilerin iki grup arasında fark olup olmadığı karşılaştırılırken Mann-Whitney U testi kullanıldı. Nominal dikotom dağılım gösteren iki değişken arasında istatistiksel farklılık araştırılırken Ki-kare testi kullanıldı.

Etik İzin

Araştırma için gerekli etik kurul izni Cumhuriyet Üniversitesi etik kurulundan alındı.

Bulgular

Çalışmamıza dahil edilen 235 katılımcının %64,3 (n=151)'ü kadın, %35,7 (n=84)'si erkektir. Yaş ortancaları 35,0 (min:18-maks:79, iqr:20) olarak saptanmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Katılımcılar arasında sigara kullanım oranı %25,5 (n=60)'tir. Sigara içenlerin içilen sigara miktarı ortancası 6 (min:1-maks:52, iqr:11) paket/yıl olarak saptanmıştır.

Ağız sağlığı konusunda bilgilerini öğrenme kaynakları en sık çevre (%29,8, n= 70) ve aile (%28,5, n=67) olarak saptanmıştır. Katılımcıların önermelere doğru yanıt verme ortancası 5 (min:0-maks:9, iqr:2) idi. Katılımcılar en çok "Sigara, tütün ve alkol kullanımı kötü ağız kokusu, dişeti çekilmesi ve ağız kanserine sebep olabilir" önermesine doğru cevap verdiler (%86,8, n=204). "Hamilikte diş kaybı olması çok normaldir, anne adayları diş kaybı yaşayabilir" önermesi en çok yanlış bilinen önerme (%36,2, n=85) olarak saptandı. "Diş taşı temizliği yaptırmak sakıncalıdır, diş taşı oluşumunu hızlandırır" önermesi en sık "Kararsızım" cevabı verilen (%48,1, n=113) önerme idi (**Tablo 2**). Diş fırçalama sıklığı ile önermelere verilen doğru cevap sayısı arasında anlamlı fark mevcuttu (U=2692, p<0,001). Dişlerini günde en az bir kez fırçalayanların doğru cevap ortancası 6 (min:0-maks:9), ara sıra-nadir fırçalayanların doğru cevap ortancası 4 (min:0-maks:7) olarak bulundu. Cinsiyet ile doğru sayıları arasında anlamlı fark saptanmadı (U=6259, p=0,866).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri

| Özellikler | n (%) |
|---------------------------|------------|
| Cinsiyet | |
| Kadın | 151 (64,3) |
| Erkek | 84 (35,7) |
| Öğrenim Durumu | |
| Okur-yazar değil | 5 (2,1) |
| Okur- yazar | 7 (3,0) |
| İlkokul | 38 (16,2) |
| Ortaokul | 53 (22,6) |
| Lise | 78 (33,2) |
| Üniversite- yüksek lisans | 54 (23,0) |
| Meslek | |
| Ev hanımı | 87(37,0) |
| Memur | 51(21,7) |
| Çiftçi | 26 (11,1) |
| İşçi | 26 (11,1) |
| Serbest meslek | 18 (7,7) |
| Emekli | 15 (6,4) |
| Diğer | 12 (5,1) |
| Aylık kazanç | |
| Asgari ücret altı | 50 (21,3) |
| Asgari ücret üzeri | 185 (78,7) |
| Sigara kullanım durumu | |
| İçiyor | 60 (25,5) |
| İçmiyor | 175 (74,5) |

Katılımcıların %44,3 (104)'ü günde bir kez, %27,7 (65)'si günde 2 veya daha çok kez dişlerini fırçaladığını belirtti. %42,6 (100)'sı dişlerini aşağı-yukarı hareketle temizlediğini, %72,3 (170)'ü diş macununu fırçaya nohut tanesi kadar koyduğunu, %45,5 (107)'i diş fırçasını yılda bir kereden daha sık değiştirdiğini söyledi. Diş fırçasını değiştirmeyip yıllardır aynı fırçayı kullananların oranı %23,0 (54) idi. Hastaların %77,4 (182)'ünün kendine ait fırçası varken, %20,4 (48)'ü diş fırçasını evdekilerle ortak kullanıyor, %2,1 (5)'inin diş fırçası yoktu. Yardımcı temizlik malzemelerinden en sık bilinenler; diş ipi (%71,5, n=168) ve ağız çalkalama solüsyonu

Tablo 2. Katılımcıların önermelere verdiği cevap sıklıkları

| Önermeler | Katılıyorum n(%) | Katılmıyorum n(%) | Kararsızım n(%) |
|---|---------------------|----------------------|--------------------|
| Sert diş fırçası kullanmak dişleri bembeyaz yapar. | 31 (13,2) | 163 (69,4) | 41 (17,4) |
| Dişleri fırçalarken diş etlerinin kanaması normaldir. | 34 (14,5) | 160 (68,1) | 41 (17,4) |
| Diş eti kanaması oluyorsa dişler bir doktora görünene kadar fırçalanmamalıdır. | 49 (20,9) | 143 (60,9) | 43 (18,3) |
| Diş taşı temizliği yaptırmak sakıncalıdır, diş taşı oluşumunu hızlandırır. | 69 (29,4) | 53 (22,6) | 113 (48,1) |
| Hamilikte diş kaybı olması çok normaldir, anne adayları diş kaybı yaşayabilir. | 85 (36,2) | 66 (28,1) | 84 (35,7) |
| Süt dişlerinin yerine daha sonra kalıcı dişler geleceğinden süt dişlerinin önemi yoktur. | 71 (30,2) | 112 (47,7) | 52 (22,1) |
| Çapraşık dişler ancak küçük yaşlarda düzelebilir. | 78 (33,2) | 109 (46,4) | 48 (20,4) |
| Ağrıyan dişe aspirin koymak gerekir. | 13 (5,5) | 187 (79,6) | 35 (14,9) |
| Sigara, tütün ve alkol kullanımı kötü ağız kokusu, dişeti çekilmesi ve ağız kanserine sebep olabilir. | 204 (86,8) | 11 (4,7) | 20 (8,5) |

Tablo 3. Katılımcıların yardımcı temizlik malzemelerini kullanım sıklığı

| | Bilen, n (%) | Kullanan, n (%) |
|--------------------------|-----------------|--------------------|
| Kürdan | 230 (97,9) | 162 (68,9) |
| Ağız çalkalama solüsyonu | 146 (62,1) | 47 (20,0) |
| Diş ipi | 168 (71,5) | 36 (15,3) |
| Arayüz fırçası | 26 (11,1) | 2 (0,9) |
| Tek demetli fırça | 7 (3,0) | 1 (0,4) |

(%62,1, n=146) idi. Hastaların en sık kullandıkları yardımcı temizlik malzemeleri ise kürdan (%68,9, n=162) ve ağız çalkalama solüsyonu (%20,0, n=47) olarak saptandı (**Tablo 3**).

Katılımcıların diş fırçalamaya başlama yaş ortancası 12 (min:3-maks:53, iqr:6) olarak tespit edildi. Katılımcılarımızın büyük çoğunluğu (%88,5, n=208) diş hekimine şikayeti oldukça gidiyordu (**Tablo 4**).

Kadın katılımcıların %73,5 (111)'i dişlerini günde en az bir kez fırçaladığını belirtirken, erkek katılımcılarda bu oran %69,0 (58) olarak saptandı. Katılımcıların cinsiyeti ile diş fırçalama sıklıkları arasında anlamlı fark yoktu ($\chi^2=0,532$,

$df=1$, $p=0,466$). Sigara içenlerle içmeyenler arasında da dişlerini fırçalama sıklıkları açısından anlamlı fark saptanmadı ($\chi^2=0,002$, $df=1$, $p=0,960$). Sigara içenlerin %71,7 (43)'si dişlerini günde en az bir kez fırçalarken, sigara içmeyenlerde bu oran benzer (%72,0, n=126) olarak saptandı. Diş fırçalama sıklıkları ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardı ($U=3156$, $p<0,001$). En az günde bir kez fırçalayanların yaş ortancası 33,0 (min:18-maks:69, iqr:16) iken ara sıra fırçalayanların 46 (min:18-maks:79, iqr:23) olarak hesaplandı. Kişilerin kendi öğrenim durumu, aylık kazancı, bilgilerini öğrenme kaynağı, annesinin öğrenim durumu, babasının öğrenim durumu ve diş hekimine gitme sıklığı ile diş fırçalama sıklıkları karşılaştırıldığında anlamlı fark tespit edildi (p değeri sırası ile $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$, $p<0,001$ ve $p<0,001$). Sonuçlar Tablo 4'de ayrıntılı bir şekilde gösterilmiştir.

Katılımcıların %78,7 (186)'sinin çocuğu vardı ve çocuğu olanların %60,2 (112)'si çocuğuna ağız sağlığı konusunda eğitim vermişti. Bu konuda çocuğuna eğitim verenlerin doğru cevap ortancası eğitim vermeyenlere göre anlamlı derecede yüksek bulundu ($U=2654$, $p<0,001$). Çocuğuna eğitim verenlerin doğru cevap ortancası 5,5 (min:1-maks:9, iqr:3) iken

Tablo 4. Dış fırçalama sıklığı ile çeşitli faktörlerin karşılaştırılması

| Parametreler | Dış fırçalama sıklığı n (%) | | x ² | df | p değeri |
|-----------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|----|----------|
| | Günde en az 1 kez | Ara sıra- Nadir | | | |
| Kişinin kendi öğrenim durumu | | | | | |
| Okur-yazar değil | 0 (0,0) | 5 (100,0) | 44,057 | 3 | <0,001* |
| İlköğretim | 54 (55,1) | 44 (44,9) | | | |
| Lise | 64 (82,1) | 14 (17,9) | | | |
| Üniversite ve üzeri | 51 (94,4) | 3 (5,6) | | | |
| Annesinin öğrenim durumu | | | | | |
| Okula gitmemiş | 69 (57,5) | 51 (42,5) | 26,252 | 2 | <0,001* |
| İlköğretim | 89 (85,6) | 15 (14,4) | | | |
| Lise ve üzeri | 11 (100,0) | 0 (0,0) | | | |
| Babasının öğrenim durumu | | | | | |
| Okula gitmemiş | 25 (54,3) | 21 (45,7) | 17,447 | 2 | <0,001* |
| İlköğretim | 89 (69,5) | 39 (30,5) | | | |
| Lise ve üzeri | 55 (90,2) | 9 (9,8) | | | |
| Bilgilerini öğrenme kaynağı | | | | | |
| Okul | 40 (88,9) | 5 (11,1) | 37,885 | 4 | <0,001* |
| Aile | 58 (86,6) | 9 (13,4) | | | |
| Dış hekimi | 21 (77,8) | 6 (22,2) | | | |
| Medya | 18 (69,2) | 8 (30,8) | | | |
| Çevre | 32 (45,7) | 38 (54,3) | | | |
| Aylık kazancı | | | | | |
| Asgari ücret altı (<1.603 TL) | 25 (50,0) | 25 (50,0) | 15,103 | 1 | <0,001* |
| Asgari ücret ve üzeri (≥1.603 TL) | 144 (77,8) | 41 (22,2) | | | |
| Dış hekime gitme sıklığı | | | | | |
| Düzenli | 14 (100,0) | 0 (0,0) | 16,412 | 2 | <0,001* |
| Şikayeti oldukça | 151 (72,6) | 57 (27,4) | | | |
| Gitmiyor | 4 (30,8) | 9 (69,2) | | | |

eğitim vermeyenlerin ortancası 4 (min:0-maks:9, iqr:2) idi.

Tartışma

Sağlık alanındaki tüm ilerlemelere rağmen dış ve dış eti hastalıkları halen sık görülen bir halk sağlığı sorunudur.⁽³⁾ Çalışmamızda aile hekimliği polikliniğine başvuran genel erişkin popülasyonun dış sağlığı konusunda bilgi ve davranışlarını

araştırdık.

Katılımcılarımız bilgilerini en sık çevre ve aileden öğrendiklerini belirttiler. Gürsoy ve ark.'nın Yeditepe Üniversitesi dış hekimliği öğrencilerine yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre dış fırçalama %91,2 oranında aileden öğrendikleri saptanmıştır.⁽⁵⁾ Japonya'da bir üniversitenin öğrencilerine yapılan çalışmada bilgilerini öğrenme kaynağı sırasıyla dış klinikleri, okul ve televizy-

on olarak bulunmuştur.⁽⁹⁾ Develioğlu ve ark.'nın Sivas'ta yaptığı çalışmada bilgilerini öğrenme kaynakları sırasıyla %38,3 oranında çevre ve %27,3 oranında diş hekimi olarak saptanmıştır.⁽¹⁰⁾

Hamilelik döneminde hormonal etkiler nedeniyle gingivitis riski artmaktadır.⁽¹¹⁾ Ayrıca hamileler, oral asiditenin artması, karbonhidrattan zengin beslenme ve yetersiz oral hijyen nedeniyle artmış çürük riski taşırlar.⁽¹²⁾ Amerikan Periodontoloji Akademisi (AAP) bu sebeplerle kadınların gebelikten önce diş hekimini ziyaret etmelerini ve hamilelik sırasında ağız hijyenine dikkat etmelerini önermektedir.⁽¹¹⁾ Amerika'da yapılan bir çalışmada hamilelik sırasında diş problemi olduğunu belirtenlerin bile yarısından azının diş hekimi muayenesine gittiği tespit edilmiştir.⁽¹³⁾ Katılımcılarımızın %36 gibi büyük bir kısmı hamilelikte diş kaybı olmasının normal bir durum olduğunu belirtti. Bu durum kadınların hamilelikte diş problemi olsa bile diş hekimine gitmediklerinin ve bu durumu normal olarak kabul ettiklerinin bir göstergesi olabilir. Hamilik sürecinde kadınlar diş hekimine gitmedikleri için, aile hekimlerinin gebe izlemi sırasında ağız sağlığı hakkında hastalarına bilgi vermeleri çok önemlidir.

Dental plaklar, dişlerin yüzeyine sıkıca yapışan ve içerisinde yoğun olarak bakterilerin bulunduğu organik birikimlerdir.⁽¹⁴⁾ Dental plağın diş üzerinden uzaklaştırılması için düzenli diş fırçalama, diş ipi ve ara yüz fırçaları kullanılması gerekir. Diş fırçalamaya bebeklik döneminde dişlerin çıkmasıyla beraber başlanması önerilir.⁽¹⁾ Çalışmamızda katılımcıların diş fırçalamaya başlama yaşı ortancası 12 olarak saptanmıştır. Gürsoy ve ark.'nın diş hekimliği öğrencilerine yaptığı çalışmada, öğrencilerin %65,2'sinin 6 yaş öncesinde diş fırçalamaya başladığı tespit edilmiştir.⁽⁵⁾ Aynı çalışmada öğrencilerin dişlerini günde iki veya daha fazla fırçalama oranı %97 oranında saptanmıştır.⁽⁵⁾ Özbek ve ark.'nın ebeveynlere yaptığı çalışmada diş fırçalama sıklıkları %55,6 günde iki kez veya daha sık, % 33,3 oranında günde bir kez olarak saptanmıştır.⁽¹⁵⁾ Develioğlu ve ark.'larının çalışmasında %53,4 oranında günde iki veya daha sık, %44,5 oranında günde bir kez olarak saptanmıştır.⁽¹⁰⁾ Gökalp ve ark.'nın Türkiye genel-

inde yaptığı çalışmada 35-44 yaş arası katılımcıların %22,2 oranında günde iki veya daha sık; %28,5 oranında günde bir kez olarak dişlerini fırçaladığı saptanmıştır.⁽¹⁶⁾ Çalışmamızda diş fırçalama sıklığını %27,7 oranında günde iki kez veya daha sık, %44,3 oranında ise günde bir kez olarak saptadık. Diş fırçalama sıklığını Develioğlu ve Özbek'in çalışmasındaki verilerden daha düşük saptamamızın sebebi, çalışmamızın kırsal bir bölgede yürütüldüğü için olabilir. Gökalp ve ark.'nın çalışmasındaki verilere göre daha yüksek oranda saptanmasını ise, çalışmalar arasındaki geçen 14 yıllık süre farkına bağlanabilir. Çalışmamızda en sık dişleri temizleme yönünü aşağı yukarı olarak saptadık. Özbek ve arkadaşlarının çalışmasında katılımcıların en sık dairesel hareketlerle fırçaladığı tespit edilmiştir.⁽¹⁵⁾ Diş fırçasına macun koyma miktarını katılımcılarımızın büyük çoğunluğu nohut tanesi kadar olarak belirtti.

Gürsoy ve ark.'nın çalışmasında da bizim çalışmamıza benzer şekilde %70,8 oranında nohut tanesi kadar kullandığı saptanmıştır.⁽⁵⁾ Çalışmamızda en sık bilinen yardımcı temizlik malzemeleri diş ipi (%71,5) ve ağız çalkalama solüsyonu (%62,1) iken en sık kullanılan kürdan (%68,9) ve ağız çalkalama solüsyonu (%20,0) olarak tespit ettik. Develioğlu ve ark.'nın çalışmasında kürdan kullanım sıklığı %47,3 olarak saptanmıştır.⁽¹⁰⁾ Gökalp ve ark.'nın çalışmasında bu oran %42,7 gargara ve %30,7 kürdan olarak saptanmıştır.⁽¹⁶⁾ Gürsoy ve ark.'nın çalışmasında diş hekimliği öğrencilerin kullandığı arayüz temizleyiciler sırasıyla %60 oranında diş ipi, %6 oranında diş arası fırçası, %4 oranında kürdan olarak saptanmıştır.⁽⁵⁾

Gökalp ve arkadaşlarının araştırmasında katılımcıların %84'ünün kendine ait fırçası olduğu saptanmıştır.⁽¹⁶⁾ Biz çalışmamızda bu oranı %77,4 olarak saptadık. Kendine ait fırçası olmayan bu %23'lük oran bulaşıcı hastalıklar açısından kaygı vericidir. Diş hekimine şikayeti oldukça gidenlerin oranını Özbek ve ark.'ları %88, Gökalp ve ark.'ları %88; Özyürek ve ark.'ları %56 olarak saptamışlardır.^(15,16,17) Bizim çalışmamızda da bu oran Özbek ve Gökalp'in çalışmaları ile uyumlu olarak

saptanmıştır. Hastaların büyük çoğunluğu şikayeti olmadıkça diş hekimi kontrolüne gitmemektedir. Bu durum koruyucu diş hekimliği uygulamalarının yapılamamasına ve geç tanı-tedaviye sebep olmaktadır. Hastaların şikayeti olmadıkça diş hekimleri ile karşılaşmamasından dolayı, ağız sağlığı konusunda koruyucu hekimlik uygulamalarının aile hekimleri tarafından uygulanmasının büyük bir avantaj olacağını düşünmekteyiz.

Literatürde kadınların diş temizliği uygulamalarına erkeklerden daha çok değer verdiği bildirilmişse de bizim çalışmamızda cinsiyetler arasında diş fırçalama sıklığı açısından anlamlı fark saptanmamıştır.⁽¹⁸⁾

Sağlık Bakanlığı tarafından koruyucu diş hekimliği uygulamalarının bir yaşam tarzı olarak kabul edilmesi amacıyla anasınıfı ve ilkökul 1, 2 ve 3. sınıflarda ağız ve diş muayenesi, yılda 2 kez florürlü vernik uygulanması, ağız sağlığı eğitimleri yapılmaktadır. Özbek ve ark.'nın çalışmasının sonuçlarına göre çocuklar diş fırçalamayı %92 oranında ailelerinde öğrenmekte iken, okuldan öğrenenlerin oranı sadece %4 olarak tespit edilmiştir.⁽¹⁵⁾ Ailenin diş sağlığı ile ilgili davranış biçimlerinin çocuklardaki çürük gelişimi ile ilişkili olduğunu gösterilmiştir.⁽¹⁹⁾ Öğrencilere yönelik verilen eğitimlerin önemi büyükse de çocuklara ağız sağlığı konusunda alışkanlıklar kazandırmak için veli eğitimleri de yapılmalıdır.⁽¹⁷⁾ Genç ya da yaşlı, kadın ya da erkek tüm hastaları ayırım yapmaksızın, prenatal dönemden başlayarak, ölüme kadar tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenen ve bakımını yapan

aile hekimlerini, ağız sağlığı konusunda koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulması için eşsiz bir fırsata sahiptir.

Kısıtlılıklar

Çalışmamızda verileri, hastalara uyguladığımız anketle hasta beyanlarından elde ettik. Örneğin ilk dişini fırçalama yaşı gibi soruları net hatırlayamayıp, bu tarz sorulara tahmini cevaplar verilmiş olabilir.

Sonuç

Çalışmamız kırsal bir bölgede aile hekimliğine başvuran, genel yetişkin popülasyona uygulanmıştır. Diş fırçalama sıklıkları literatürdeki diğer yayınlardan daha düşük oranda saptanmıştır. Evdekilerle ortak fırça kullanan ya da diş fırçası hiç olmayan hastaların olması önemli bir bulgudur. Katılımcıların büyük kısmı diş hekimine yalnızca şikayeti oldukça gitmektedir. Bu da düşük maliyetli koruyucu hekimlik uygulamalarından ziyade tedavi edici diş hekimliği uygulamalarının uygulandığı şeklinde yorumlanabilir. Çocuğu olan katılımcıların çoğu bu konuda çocuklarına eğitim vermektedir. Yetişkinlere yönelik eğitimler düzenlenerek ağız sağlığı konusunda doğru bilgi ve alışkanlıklar kazandırılarak hem kişilerin kendi sağlığı hem de çocuklarının sağlığı iyileştirilebilir. Rutin aile hekimliği ziyaretlerinin koruyucu ağız sağlığı eğitimlerinin verilebilmesi için iyi bir fırsat olduğu düşünülmektedir.

Kaynaklar

1. Akar Ç. Türkiye’de Ağız-diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. Araştırma Dizisi 9. Ankara, Türk Dişhekimleri Birliği Yayınları, 2014; 170.
2. Öztürk AB, Sönmez B. Güneydoğu Anadolu kırsalında yaşayan çocuklarda ağız ve diş sağlığı değerlendirilmesi: Kesitsel saha çalışması sonuçları. Konuralp Tıp Dergisi 2016; 8(3): 195-201.
3. Koçanalı B, Topaloğlu Ak A, Çoğulu D. Çocuklarda diş çürüğüne neden olan faktörlerin incelenmesi. The Journal of Pediatric Research 2014;1(2):76-9.
4. Çubukçu Elbek, Ç. Neden koruyucu diş hekimliği? Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003; http://www.thb.hacettepe.edu.tr/arsiv/2003/sayi_1/baslik1.pdf adresinden 09.07.2018 tarihinde erişilmiştir.
5. Yıldırım I, Dülgergil T, Serdaroglu İ. Aile hekimliği uygulamalarında erken dönem koruyucu diş hekimliği uygulamalarının önemi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi 2010; 2(2): 21-39.
6. Gürsoy H, Dölekoğlu S, Özçakır Tomruk C, Özkurt Kayahan Z. Yeditepe Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi öğrencilerinde ağız-diş sağlığı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2016; 26(1): 1-7.
7. Taniguchi-Tabata A, Ekuni D, Mizutani S, et al. Associations between dental knowledge, source of dental knowledge and oral health behavior in Japanese university students: A cross-sectional study. PLoS ONE 2017; 12(6): e0179298.
8. Develioğlu H, Gedik R, Tufan N, Yalçın D. Bireylerin oral hijyen araçları ve bilgilerinin araştırılması. Cumhuriyet Üniversitesi Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 2001; 4(1): 15-19.
9. Ressler-Maerlender J, Krishna R, Robison V. Oral health during pregnancy: Current research. Journal of Women’s Health 2005; 14(10): 880-83.
10. Silk H, Douglass AB, Douglass JM, Silk L. Oral health during pregnancy. American Family Physician 2008; 77(8): 1139-44.
11. Gaffield ML, Gilbert BJC, Malvitz DM, Romaguera R. Oral health during pregnancy, An analysis of information collected by the Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. JADA 2001; 132: 1009-16.
12. ten Cate, JM. Biofilms, a new approach to the microbiology of dental plaque. Odontology 2006; 94(1): 1-9.
13. Özbek CD, Eser D, Bektaş Kayhan K, Ünür M. Comparison of the tooth brushing habits of primary school age children and their parents. Journal of Istanbul University Faculty of Dentistry 2015; 49(1): 33-40.
14. Gökalp S, Güçüz Doğan B, Tekçiçek M, Berberoğlu A, Ün-lüer Ş. Erişkin ve yaşlılarda ağız-diş sağlığı profili Türkiye-2004. Hacettepe Dişhekimliği Fakültesi Dergisi 2007; 31(4): 11-18.
15. Özyürek A, Çınar M, Yavuz NF, Bektaş M, Çetin A. İlkokul öğrencileri ve annelerinin ağız ve diş sağlığı konusundaki bilgi ve uygulamalarının incelenmesi. Sakarya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015; 30: 34-48.
16. Varenne B, Petersen PE, Ouattara S. Oral health behavior of children and adults in urban and rural areas of Bukina Faso, Africa. International Dental Journal 2006; 56: 61-70.
17. Verrips GH, Kalsbeek H, Eijkman MA. Ethnicity and maternal education as risk indicators for dental caries, and the role of dental behavior. Community Dentistry and Oral Epidemiology 1993; 21: 209-14.
18. Ashley P. Toothbrushing: Why, when and how? Dental Update 2001; 28(1): 36-40.
19. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. Bulletin of the World Health Organization 2005; 83(9): 644.

Geliş tarihi: 08/10/2018

Kabul tarihi: 01/12/2018

Yayın tarihi: 30/12/2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Ezgi Ağadayı,

e-posta: drezgiagadayi@hotmail.com

Tokat ilinde aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları

Attitudes of health care workers working at family health centers in tokat towards ageism

Aygül Kıssal¹, Fatih Okan²

¹Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences, Public Health Nursing Department, Tashçiftlik Campüs, Tokat/Turkey

²Gaziosmanpaşa University, Faculty of Health Sciences, Public Health Nursing Department, Tashçiftlik Campüs, Tokat/Turkey

Özet

Amaç: Sağlık çalışanlarının yaşlılık ile yaşlanma konusundaki görüşleri ve farkındalıkları yaşlıya karşı olumlu tutum geliştirmesinde önemlidir. Bu çalışma, aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı kesitsel tipteki çalışmanın evrenini, 05.04.2017-05.06.2017 tarihleri arasında Tokat il merkezinde çalışan toplam 101 sağlık çalışanı, örneklemini çalışmaya katılmaya gönüllü toplam 71 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) ile toplanmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı ve yüzde, ortalama \pm standart sapma, bağımsız örneklerde t testi, Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Aile sağlığı merkezi çalışanlarının yaş ortalaması $36,23 \pm 10,58$ 'dir. Sağlık çalışanlarının %77,5'i kadın, %69,0'i bekar, %90,1'inin en uzun yaşadığı yer il, %71,8'i üniversite mezundur. Çalışanların %43,7'sinin geliri giderine eşit, %87,3'ünün aile yapısının çekirdek, %39,4'ünün görevinin ebe, %76,1'inin beş yıl ve üzeri mesleki deneyime sahiptir. Aile sağlığı merkezi çalışanlarının cinsiyet, ekonomik durum, görev ve mesleki deneyim süresine göre YATÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının eğitim durumuna göre yaşlı ayrımcılığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Ancak toplam YATÖ puanı üniversite mezunlarında lise mezunlarına göre yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). Aile sağlığı merkezi çalışanlarından geçmişte yaşlıya bakma sorumluluğu alanlarının toplam YATÖ puanı bakım sorumluluğu almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan çalışanların şu an yaşlıya bakma sorumluluğu alma, sosyal ilişkilerde yaşlılarla sorun yaşama durumu, yaşlıların tedaviye uyumu hakkındaki görüşleri, yaşlı hastalarla ilgili bilgi vermeyi tercih ettiği kişi ve şu an yaşlı sağlığı/bakımı ile ilgili bir eğitim alma isteğine göre toplam YATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$).

Sonuç: Aile sağlığı çalışanlarının yaşlı ayrımcılığında olumlu tutuma sahip oldukları ancak eğitim azaldıkça olumsuz düşüncelerin arttığı söylenebilir. Sağlık çalışanlarının olumlu tutumlarının pekiştirilmesi, olumsuz tutumların giderilmesine yönelik yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin kurs, seminer ve sertifika programları gibi hizmet içi mesleki eğitim programlarının planlanması önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, yaşlı ayrımcılığı, sağlık çalışanları

Summary

Objective: Opinions and awareness of health care workers about elderliness and the aging process are important for developing a positive attitude towards elderly people. This study was carried out to determine the attitudes of health care workers working at family health centers towards ageism.

Method: Population of the study which was a descriptive and cross-sectional study consisted of 101 healthcare workers in total working at Tokat city center between 05.04.2017 and 05.06.2017, whereas the sample of the study consisted of 71 volunteer health care workers in total. Data were collected via a Personal Information Form and Ageism Attitude Scale (AAS). For statistical analyses, the number and percentage, mean \pm standard deviation, unpaired t-test, Mann Whitney U test and Kruskal Wallis tests were used.

Results: The average age of the workers of family health centers was $36,23 \pm 10,58$ years. Of the health care workers 77,5% were female; 69,0% were single; 90,1% had spent the longest time of their lifetime in a city; and 71,8% were postgraduate. Of the healthcare workers 43,7% had equal income and expense; 87,3% had an elementary family; 39,4% were midwife; and 76,1% had an occupational experience of five years and more. There was no statistically significant difference between total and sub-dimension scores of AAS on the basis of age, economic condition, job and the length of occupational experience of the healthcare workers working at family health centers ($p > 0,05$). There was no statistically significant difference between sub-dimension scores of ageism depending on the educational background of the health care workers ($p > 0,05$). However, ageism scores were higher in the post-graduates than the high-school graduates and the difference there between was statistically significant ($p < 0,05$). The total ageism score of the ones who took the responsibility for elderly care in the past among the family health care workers was found higher than that of the ones who did not take the same responsibility ($p < 0,05$). No statistically significant difference was found between the total average ageism scores according to the participant health care workers' current elderly care responsibility, problems with elders during social relations, opinions about adaptation of the elders to the treatment, choices for the person to whom they prefer to give information about the elderly patients, and desire to have training about elderly health/care.

Conclusion: It can be said that the family health center workers had a positive attitude towards ageism, however their negative thoughts were increased as the level of education is decreased. It can be recommended to plan in-service vocational training programs such as courses, seminars and certificate programs related to aging and aging process to strengthen the positive attitudes of health professionals and to eliminate negative attitudes.

Key words: Elder, ageism, health care workers.

Giriş

Dünya ve ülkemiz nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Dünyada 60 yaş ve üstündeki insan sayısının 2015 ve 2030 yılları arasında %56 büyüyeceği tahmin edilmektedir.⁽¹⁾ Türkiye'nin 65 yaş üzeri nüfusunun 2015 yılında yüzde 8,2 iken, 2023 yılında yüzde 10,2, 2050 yılında yüzde 20,8'e yükseleceği öngörülmektedir.⁽²⁾ Yaşlanmayla birlikte yaşlının fiziksel, psikolojik ve ekonomik pek çok sorunu ortaya çıkmaktadır. Bu sorunların yanı sıra son yıllarda sağlık bakım hizmetinin sunulduğu tüm alanlarda yaşlı bireylere yönelik ayrımcılık yapıldığı görüşü dikkat çekmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık bakım ve sosyal hizmet gereksinimleri nedeniyle sağlık merkezlerine başvurularının artması, sağlık personelinin yaşlılara yönelik kendi ön yargıları, değerleri, algılamaları, inançları yaşlı ayrımcılığının temel nedenleri arasında düşünülmektedir.^(3,4,5)

Çok boyutlu bir kavram olan yaşlı ayrımcılığına ilişkin literatürde ortak bir tanım bulunmamaktadır. Yaşlı ayrımcılığı terimi ilk defa 1960'lı yıllarda Gerontolog Robert Butler tarafından yaşlı insanlara yönelik bir ayrımcılık, ırk ayrımcılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi eyleme dönüşebilen bir terim olarak bildirilmiştir.⁽⁶⁾ Palmore ise yaşlı ayrımcılığını; "ileri yaştaki bireylere yönelik ön yargıyı, tutum ve davranışlar aracılığıyla ifade eden bir terim" olarak ifade etmiştir.⁽⁶⁾ Literatürde yaşlı ayrımcılığı; yaşlandıkça oluşan yetersizliklerin, sınırlılıkların ve olumsuz değişikliklerin yorumlanması olarak da tanımlanmıştır.⁽⁷⁾

Sağlık personelinin yaşlı bakımı ile ilgili tutumu, eğitimi ve bilgisi, yaşlıya vereceği bakımın kalitesini etkileyebilmektedir.^(8,9) Genellikle yaşlılar, sağlık bakım hizmeti veren kurumlar ve sağlık çalışanları tarafından yatak işgal eden, uzun süre hastanede yatışı gereken, hastanenin etkinliğini azaltan ve tedavi edilemedikleri için de sağlık sisteminde başarısızlık olarak nitelendirilen bir grup olarak tanımlanmaktadır.⁽⁹⁾ Sağlık hizmeti verilen kurumlarda, yaşlı bireylere yeterli tedavi sağlanarak pek çok hastalığın önlenmesinin aksine, yaşlı bireylerin hastalıkları ve sağlık sorunlarının yaşa bağlı beklenen bir durum olduğu hatta "normal" kabul edildiği,

önemsenmediği belirtilmektedir. Yaşlı bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmasında ekonomik ve ulaşım gibi engellerinin önemsenmediği vurgulanmaktadır.^(6,10) Sağlık hizmetlerini en çok kullananların yaşlı bireyler olduğu inancının yaygın olduğu, sağlık hizmeti sunanların yaşlıların kronik sorunları ile uğraşmak yerine, genç hastaların akut sağlık sorunları ile ilgilenmeyi tercih ettikleri belirtilmektedir.⁽¹¹⁾ Ülkemizde yapılan yaşlı ayrımcılığı çalışmaları daha çok sağlık çalışanı aday öğrenciler üzerinedir. Sınırlı sayıda klinik alanda da çalışmalar bulunmakla birlikte birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde çalışmalar sınırlıdır.^(12,13,14,15) Sağlık çalışanlarının yaşlı bireylere karşı olumsuz tutumlara sahip olduklarını gösteren çalışmalar bulunduğu gibi^(3,8,15,16) olumlu tutumlara sahip olduklarını gösteren çalışmalar^(4,17,18,19), hem olumlu hem olumsuz tutumlarının olduğunu bildiren araştırmalar da vardır.⁽⁹⁾ Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezi (ASM) sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel tipteki bu çalışmanın evrenini, Tokat il merkezinde çalışan 48 aile sağlığı elemanı ve 53 aile hekimi olmak üzere toplam 101 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış tüm evrene ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde ASM'lerde izinli olan ve çalışmaya katılmak istemeyen sağlık çalışanları örneklem dışında bırakılmıştır. Bu çalışmaya toplam 71 sağlık çalışanı katılmıştır. Çalışmanın amacı açıklandıktan sonra veri toplama aracı olarak kullanılan formlar dağıtılmış, katılımcıların kendileri tarafından doldurulan formlar aynı araştırmacı tarafından gün sonunda toplanmıştır. Tüm sorulara eksiksiz yanıt veren sağlık çalışanlarının veri toplama formları değerlendirilmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Bu araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu ve Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Anket formunda, sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri ve yaşlı/yaşlılar ile yaşamaya ilişkin düşüncelerine yönelik sorular 18 soru bulunmaktadır.

Yaşlı Ayrımcılığı Tutum Ölçeği (YATÖ): Vefikuluçay Yılmaz ve Terzioğlu (2011) tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenilirliği yapılmış 23 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. YATÖ üç boyuttan oluşmaktadır. “Yaşlılığın Yaşamını Sınırlama” alt boyutu, toplumun yaşlı bireyin sosyal yaşamını sınırlamaya ilişkin inanç ve algılarıdır. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan “45”, en düşük puan ise “9”dur. “Yaşlıya Yönelik Olumlu Ayrımcılık” boyutu, toplumun yaşlı bireye yönelik olumlu inanç ve algılarıdır.

Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan ‘40’ en düşük puan ise ‘8’ dir. ‘Yaşlıya Yönelik Olumsuz Ayrımcılık’ boyutu, toplumun yaşlı bireye yönelik olumsuz inanç ve algılarıdır. Bu boyuttan alınabilecek en yüksek puan ‘30’, en düşük puan ise ‘6’ dır. Ölçekte olumlu ve olumsuz tutum ifadeleri vardır. Ölçeğin Cronbach’s Alfa Güvenirlik Katsayısı 0.80 bulunmuştur. Ölçekten toplam alınabilecek maksimum puan “115”, minimum puan ise “23”dür. Ölçekten alınan puan arttıkça yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutum da artmaktadır.⁽²¹⁾ Bu çalışma için Cronbach’s Alfa Güvenirlik Katsayısı 0,76 bulunmuştur.

Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler

Bu çalışmanın bağımsız değişkenleri sağlık çalışanlarının sosyo-demografik özellikleri, bağımlı değişkenleri ise YATÖ toplam ve alt boyut puanlarıdır.

Verilerin Değerlendirmesi

Elde edilen verilerin istatistiksel olarak değerlendirilmesi SPSS 20.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler sayı ve yüzde, ortalama \pm standart sapma değerleri ile gösterilmiştir. Verilerin dağılımlarının incelenmesi amacıyla Kolmogorov–Smirnov testine bakılmıştır. Grupların karşılaştırılmasında normal dağılıma uyan değişkenler için bağımsız örneklerde t testi,

parametrik olmayan verilerde Mann Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Halk Sağlığı Kurumundan izin alınmıştır. Çalışmaya katılacak tüm sağlık çalışanlarından sözlü izin alınmış ve anketler çalışmaya katılmaya gönüllü sağlık çalışanlarının kendileri tarafından doldurulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada sadece bir ilin birinci basamak sağlık çalışanlarının görüşlerinin alındığı için diğer sağlık çalışanlarının görüşlerinin yansıtılamaması söz konusudur. Bu durum önemli bir sınırlılık olarak değerlendirilebilir.

Bulgular

Çalışmaya katılan aile sağlığı çalışanlarının yaş ortalaması $36,23 \pm 10,58$ ’dir. Aile sağlığı çalışanlarının %77,5’i kadın, %69’u bekar, %90,1’inin en uzun yaşadığı yer il, %71.8’i üniversite mezunudur. Çalışanların %43,7’sinin geliri giderine eşit, %87,3’ünün çekirdek aile yapısında, %39,4’ünün görevinin ebe, %76,1’inin beş yıl ve üzeri mesleki deneyime sahip olduğu saptanmıştır (**Tablo 1**).

Aile sağlığı çalışanlarının cinsiyeti, eğitim durumu, ekonomik durumu, görevi ve mesleki deneyim süresine göre YATÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı **Tablo 2**’de gösterilmiştir. Aile sağlığı çalışanlarının cinsiyet, ekonomik durum, görev ve mesleki deneyim süresine göre YATÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Aile sağlığı çalışanlarının eğitim durumuna göre yaşlı ayrımcılığı alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($p > 0,05$). Ancak toplam YATÖ puanı üniversite mezunlarında lise mezunlarına göre yüksek olup aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$).

Aile sağlığı çalışanlarının yaşlı ile çalışma ve birlikte yaşamaya ilişkin görüşleri ve toplam YATÖ karşılaştırması **Tablo 3**’de verilmiştir. Aile sağlığı çalışanlarından geçmişte yaşlıya bakma so-

Tablo 1. Aile sağlığı çalışanlarının sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

| zellikler | M \pm SD | |
|----------------------------|-------------------|-------|
| Yaş | | |
| Min: 18 Max: 65 | 36,23 \pm 10,58 | |
| | Sayı | % |
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 55 | 77,5 |
| Erkek | 16 | 22,5 |
| Medeni durum | | |
| Bekar | 49 | 69,0 |
| Evli | 22 | 31,0 |
| En uzun süre yaşanılan yer | | |
| İl | 64 | 90,1 |
| İlçe | 7 | 9,9 |
| Eğitim durumu | | |
| Lise | 20 | 28,2 |
| niversite | 51 | 71,8 |
| Ekonomik durumu | | |
| Gelir giderden az | 17 | 23,9 |
| Gelir gidere eşit | 31 | 43,7 |
| Gelir giderden yüksek | 23 | 32,4 |
| Aile tipi | | |
| ekirdek | 62 | 87,3 |
| Geniş | 6 | 8,3 |
| Parçalanmış aile | 3 | 4,2 |
| Görevi | | |
| Hekim | 22 | 31,0 |
| Hemşire | 14 | 19,7 |
| Ebe | 28 | 39,4 |
| Sağlık Memuru | 7 | 9,9 |
| Mesleki deneyim süresi | | |
| 1-4 yıl | 17 | 23,9 |
| 5 yıl ve zeri | 54 | 76,1 |
| Toplam | 71 | 100,0 |

rumluluğu alanlarının Toplam YATÖ puanı bakım sorumluluğu almayanlara göre daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Çalışmaya katılan aile sağlığı elemanlarının şu an yaşlıya bakma sorumluluğu alma, sosyal ilişkilerde yaşlılarla sorun yaşama durumu, yaşlıların tedaviye uyumu hakkındaki g-

rşleri, yaşlı hastalarla ilgili bilgiyi vermeyi tercih ettiği kişiye ve şu an yaşlı sağlığı ve bakımı ile ilgili bir eğitim alma isteğine göre toplam YATÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0,05$) (Tablo 3).

Tartışma

Fiziksel, sosyal ve psikolojik sorunların yaşlanma ile birlikte daha fazla görülmesi ve sağlık sorunlarının komorbid olması gibi nedenler yaşlıların sağlık hizmeti alma gereksinimlerini gide rek artırmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmeti, yaşlı sağlığının ele alınabileceği topluma en yakın hizmet birimidir. Sağlık çalışanının yaşlılık ve yaşlanma hakkındaki eğitim ve bilgisi, yaşlıya yönelik olumsuz n yargı, değer, inanç ve tutumları yaşlılık bakım kalitesini etkileyebilmektedir.^(5,9,22)

Sağlık alışanlarının bu olumsuz n yargı, değer, inanç ve tutumları ile ilgili yaşlı ayrımcılığını değerlendirme açısından son on yıllarda literatürde incelendiği ancak yeterli sayıda çalışma olmadığına dikkat çekilmektedir.^(12,13) Bu alışma ASM sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırmada ASM'deki kadın sağlık alışanlarının YATÖ toplam puan ortalaması 81,98 \pm 7,86, erkek sağlık çalışanlarının 83,00 \pm 12,39 olduğu belirlenmiştir. Bu bulgular birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip olduklarını göstermektedir.

Yapılan çalışmalarda bulgularımıza benzer şekilde doktorların ve hemşirelerin yaşlı ayrımcılığına karşı tutumların olumlu olduğu bulunmuştur.^(4,18,22,23) genler ve arkadaşları (2012) hekimlerin YATÖ ortalamalarını 86,57 \pm 8,33; Polat ve arkadaşları (2014) YATÖ ortalama puanını hem-şireler için 80,02 \pm 2,64 ve hekimler için 83,17 \pm 9,09; Leung ve arkadaşlarının (2011) en düşük 29 ve en yüksek 145 puan olarak yaşlı ayrımcılığını ölçen ve düşük puanın olumlu tutumları gösterdiğini bildirdiği çalışmasında erkek hekimlerin yaşlı ayrımcılığı puan ortalamasının 64,21 \pm 10,5, kadın hekimlerin 58,29 \pm 10,77 olduğu saptanmıştır. Gallagher ve arkadaşlarının (2006)

Tablo 2. Aile sağlığı çalışanlarının bazı sosyo-demografik özelliklerine göre YATÖ toplam ve alt boyut puanlarının dağılımı

| Özellikler | Yaşamını Sınırlama M ± SD | Olumlu Ayrımcılık M ± SD | Olumsuz Ayrımcılık M ± SD | Toplam Ayrımcılık M ± SD |
|------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| Cinsiyet | | | | |
| Kadın | 37,36 ± 4,49 | 29,71 ± 4,78 | 18,62 ± 3,18 | 81,98 ± 7,86 |
| Erkek | 37,00 ± 6,08 | 30,94 ± 7,64 | 19,13 ± 3,42 | 83,00 ± 12,39 |
| | U = 428,500 p = 0,874 | U = 349,500 p = 0,211 | U = 423,500 p = 0,819 | U = 382,000 p = 0,424 |
| Eğitim durumu | | | | |
| Lise | 36,15 ± 5,05 | 28,65 ± 5,40 | 18,60 ± 3,17 | 79,45 ± 7,08 |
| Üniversite | 37,73 ± 4,75 | 30,51 ± 5,52 | 18,78 ± 3,27 | 83,29 ± 9,47 |
| | U = 406,50 p = 0,185 | U = 397,00 p = 0,147 | U = 469,50 p = 0,603 | U = 356,00 p = 0,049* |
| Ekonomik durumu | | | | |
| Gelir giderden az | 36,94 ± 5,13 | 31,06 ± 4,84 | 18,18 ± 3,52 | 82,30 ± 9,42 |
| Gelir gidere eşit | 37,68 ± 5,43 | 30,23 ± 5,25 | 19,39 ± 3,43 | 83,42 ± 8,67 |
| Gelir giderden yüksek | 37,00 ± 3,90 | 28,87 ± 6,31 | 18,26 ± 2,62 | 80,52 ± 9,21 |
| | KW = 1,079 p = 0,583 | KW = 1,506 p = 0,471 | KW = 4,014 p = 0,134 | KW = 1,852 p = 0,396 |
| Görevi | | | | |
| Hekim | 37,68 ± 4,44 | 30,00 ± 6,49 | 19,46 ± 2,52 | 83,41 ± 9,40 |
| Hemşire | 36,36 ± 3,46 | 28,43 ± 3,98 | 16,64 ± 3,89 | 77,64 ± 7,24 |
| Ebe | 37,61 ± 5,14 | 29,96 ± 5,55 | 19,07 ± 2,79 | 82,93 ± 8,60 |
| Sağlık Memuru | 36,57 ± 7,52 | 33,14 ± 4,06 | 19,29 ± 4,23 | 84,71 ± 11,07 |
| | KW = 1,821 p = 0,610 | KW = 4,984 p = 0,173 | KW = 5,782 p = 0,123 | KW = 6,277 p = 0,099 |
| Mesleki deneyim süresi | | | | |
| 1-4 yıl | 36,94 ± 5,14 | 29,65 ± 3,64 | 18,53 ± 3,14 | 81,41 ± 8,83 |
| 5 yıl ve üzeri | 37,39 ± 4,80 | 30,09 ± 6,00 | 18,80 ± 3,27 | 82,46 ± 9,10 |
| | U = 443,00 p = 0,829 | U = 395,00 p = 0,387 | U = 429,00 p = 0,684 | U = 416,50 p = 0,566 |

yüksek puanın yaşlı ayrımcılığında daha az olumlu tutumu gösterdiğini bildirdiği araştırmasında pozitif tutumu olan hemşirelerde ölçek puan ortalaması 41,95±5,36, hekimlerde ise 43,86±8,01 olarak belirlenmiştir. Türkiye’deki sağlık çalışanları ve öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarını sistematik derleme olarak inceleyen bir çalışmada; incelenen araştırmaların %95,2’sinde sağlık çalışanı ve öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının olumlu olduğunu bildirilmiştir.⁽¹³⁾ Yakın zamanda yapılan bir

araştırmada hemşirelerin yaşlılara karşı tutumlarının düşük düzeyde pozitif olduğu saptanmıştır.⁽²⁴⁾ Bu araştırmanın aksine sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına yönelik olumsuz tutumlarına işaret eden çalışmalar bulunmaktadır.^(3,15,16) Pasupathi ve ark. doktorların, yaşlı hastalarla konuşurken daha az zaman harcadığını ve daha az konuştuğunu, yaşlılara karşı daha basit bir dil kullandıklarını ve yaşlıların kendisi yerine akrabalarına bilgi sağlamayı tercih ettiklerini, daha az hayat kurtarıcı

Tablo 3. Aile sağlığı çalışanlarının yaşlı ile çalışma ve birlikte yaşamaya ilişkin görüşleri ve Toplam YATÖ karşılaştırması

| Görüşler | Sayı | % | Toplam Ayrımcılık M ± SD | İstatistik |
|---|------|------|--------------------------|------------|
| Geçmişte yaşlıya bakma sorumluluğu | | | | |
| Evet | 35 | 49,3 | 84,60 ± 7,90 | t = 2,274 |
| Hayır | 36 | 50,7 | 79,89 ± 9,47 | p = 0,026* |
| şu an yaşlıya bakma sorumluluğu | | | | |
| Evet | 15 | 21,1 | 81,53 ± 13,47 | U = 417,00 |
| Hayır | 56 | 78,9 | 82,39 ± 7,51 | p = 0,966 |
| Sosyal ilişkilerde yaşlılarla sorun yaşama durumu | | | | |
| Evet | 10 | 14,1 | 75,80 ± 13,43 | U = 193,50 |
| Hayır | 61 | 85,9 | 83,26 ± 7,69 | p = 0,065 |
| Yaşlıların tedaviye uyumu hakkındaki görüşü | | | | |
| Uyumlu | 50 | 70,4 | 83,78 ± 7,80 | U = 372,00 |
| Uyumsuz | 21 | 29,6 | 78,48 ± 10,62 | p = 0,054 |
| Yaşlı hastalarla ilgili bilgiyi vermeyi tercih ettiği kişi | | | | |
| Kendisine | 33 | 46,5 | 83,58 ± 8,64 | t = 1,202 |
| Yakınına | 38 | 53,5 | 81,03 ± 9,22 | p = 0,234 |
| şu an yaşlı sağlığı ve bakımı ile ilgili bir eğitim alma isteği | | | | |
| stiyorum | 29 | 40,8 | 82,79 ± 10,07 | U = 528,00 |
| İstemiyorum | 42 | 59,2 | 81,81 ± 8,26 | p = 0,343 |

ve koruyucu tedavi müdahaleleri uyguladıklarını bildirmiştir.⁽²⁰⁾ Bir diğer çalışmada hemşirelerin yaşlı bireylerin bakımlarını “zaman kaybı” olarak değerlendirdikleri ve bakımlarını önemsemedikleri saptanmıştır.⁽¹⁶⁾ Artan yaşlı nüfus düşünüldüğünde gelecekte ülkemizde sağlık hizmeti alan yaşlılara yönelik olumsuz tutumların olabileceği ve sadece bakım kalitesini değil aynı zamanda yaşlı bireylerin benlik saygılarını azaltabileceği varsayımı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu alışma YATÖ toplam ve alt boyut puanlarında birinci basamak sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumlarının olumlu olduğunu göstermekle birlikte gerçek yaşamda davranış yönünü inceleyen geniş çalışmaların yapılması daha doğru değerlendirmeyi sağlayabilir.

Bu alışmada ASM sağlık çalışanlarının cinsiyet, ekonomik durum, mesleki deneyim süresi ve yapılan görev ile YATÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Araştırmalar yaş, cinsiyet,

eğitim düzeyi, yaşlı ile yaşama, çalışma deneyiminin tutum üzerindeki etkisini sık olarak değerlendirmiştir. Fakat çalışmalarda bu değerkenlerin tutum üzerine etkisi karşılaştırıldığında, sonuçların tutarlı olmadığı görülmektedir.⁽¹³⁾ Bu çalışmanın bul-gularına benzer olarak Türkiye’de çalışan hekim ve hemşireler üzerine yapılan bir araştırmada cinsiyet, eğitim, medeni durum ile yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında ilişki saptanmamıştır.⁽²²⁻²⁴⁾

Bulgularımızın tersine, Kavlak, Yıldız ve Tuğ çalışmalarında hemşirelerin yaşı, eğitim durumu, medeni durumu ve çalışma şekli ile yaşlı ayrımcılığı tutumu arasında ilişki saptanmıştır (p<0,05).⁽¹⁷⁾ Doktorlardan 30 yaş ve üzeri, kadın olanların, daha kıdemli pozisyonda, 10 yıl ve üzeri eğitim alanların, yaşlı bakımında daha önce deneyimi ve sağlıklı yaşlıyla daha fazla sosyal ilişkisi olanların tutumlarının daha pozitif olduğu gösterilmiştir.⁽²⁵⁾ Bir çalışmada bakım personelinin yaşı arttıka, kaçıncı tutumlarının da arttığı grlmştir. Literatürde bazı sağlık ve bakım personellerinin yaşı

ilerledikçe, yaşlı bireye karşı tutumlarının olumsuz bir hale geldiği bildirilmektedir.⁽⁸⁾ Yapılan araştırmalarda cinsiyetle ilgili çelişkili sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Bu çalışmaya benzer şekilde pek çok çalışmada cinsiyetin önemli bir belirleyici olmadığı bildirilmiştir.^(3,4,24,26)

Yaşlı ayrımcılığına yönelik doktorların görüşlerinin araştırıldığı bir çalışmada asistan, pratisyen ve uzman doktorlar arasında YATÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunamamıştır.⁽⁴⁾ Hemşirelerin yaşlıya ilişkin tutumlarının araştırıldığı tanımlayıcı bir çalışmada ise yaş, cinsiyet, medeni durum, ekonomik durum ile UCLA Geriatrik Tutum Ölçeği toplam puanları benzer saptanmıştır.⁽²³⁾ Bulgularımızın tersine, ekonomik durum, mesleki deneyim süresi, cinsiyet ve yapılan görev ile toplam YATÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunduğu saptayan çalışmalar da mevcuttur.^(27,28) Sağlık çalışanlarının yaşlıya karşı tutumunda içinde yaşadığı toplumun ve sahip olduğu kültürün etkisi olduğu düşünülmektedir.^(25,29,30)

Türk kültüründe yaşlıya saygı, yaşlının sözüne itibar etme ve yaşlısına sahip çıkma geleneksel ve değişmez bir beklenti iken yaşlının toplum içindeki statüsü ve saygınlığı günümüzde değişmektedir.⁽⁵⁾ Ancak bu çalışmada cinsiyet, ekonomik durum, mesleki deneyim süresi ve yapılan görev ile toplam YATÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın bulunamaması, çalışmaya katılan sağlık çalışanlarının geleneksel yaşlıya ilişkin kültürel bakış açısından hala etkilendiği şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda sağlık personelinin eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte yaşlı bireylere karşı toplam YATÖ puanının arttığı saptanmıştır ($p<0,05$). Katılımcıların eğitim seviyeleri, aldıkları geriatric eğitim ve klinik uygulama deneyimleri gibi farklı bağlamlarda ele alınan eğitimin her koşulda olumlu tutumların oluşması için önemli olduğu vurgulanmaktadır.^(3,14) Sahin ve arkadaşları geriatric eğitim alan sağlık çalışanların yaşlı ayrımcılığı tutum puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir.⁽²⁶⁾ Hemşirelik öğrencilerinde yapılan çalış-

mada hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin, toplam YATÖ puan ortalaması ve "yaşlıya yönelik olumsuz ayrımcılık" alt ölçeği toplam puan ortalaması, dördüncü sınıf öğrencilerinin toplam puan ortalamasından düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).⁽³¹⁾ Tıp öğrencileri ile yapılan iki çalışmada, dördüncü sınıf öğrencilerinin yaşlı bireye karşı tutumlarının birinci sınıf öğrencilerinden daha olumlu olduğu saptanmıştır.^(32,33)

Bu çalışmalar, araştırma bulgularımızla benzerlik göstermektedir. Literatürde eğitim seviyesi ile YATÖ toplam ve alt boyut puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farkın bulunmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır.^(30,34) Bu sonuçlar eğitim-öğrenim seviyesi arttıkça ve artan yaşla birlikte bireylerin olgunlaştığını ve davranışlarında daha çok yaşlı haklarını önemseyip saygı duyduklarını düşündürülebilir. Aynı zamanda eğitim seviyesi ile alınan hizmet içi kurslar ve ders müfredatlarının içerisinde bu konulara daha fazla yer verilmesi yaşlı ayrımcılığını önleyebileceğine işaret edebilir.

Araştırmamızda aile sağlığı çalışanlarının yaşlı ile çalışma ve birlikte yaşamaya ilişkin görüşleri ve toplam YATÖ karşılaştırmasında sadece geçmişte yaşlıya bakım verme sorumluluğu alanlarda toplam YATÖ puanı daha yüksek ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda yaşlıyla birlikte yaşama deneyiminin ve oluşturduğu etkileşimin tutumlara etkisinin de çelişkili sonuçları olduğu belirlenmiştir.^(13,14)

Hemşirelerin çalıştıkları süre içinde yaşlılık eğitimi almış olanların (veya almak isteyenlerin) YATÖ toplam ve alt boyut puanları anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.⁽¹⁵⁾ Bireyin duygu, deneyim ve bilgi birikimindeki değişiklikler tutumu olumlu veya olumsuz anlamda etkileyebilmektedir. Bulgumuzun diğer çalışmalardaki çelişkisi birlikte yaşanan yaşlının "iletişim gücü/bakım gereksinimlerinin fazla oluşu" gibi bireysel özellikleri ya da çalışanların çalışma koşullarından da kaynaklanıyor olabilir. Bulgumuz toplumumuzda yaşlıya hala önem verildiğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir.

Sonuç

Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığına ilişkin olumlu tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Çalışanların sosyo-demografik özelliklere göre YATÖ alt boyut puanları karşılaştırmasında; yaşlının yaşamını sınırlama puan ortalamalarının yüksek, olumlu ve olumsuz ayrımcılık puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu bulunmuştur. Yaşlı ayrımcılığını etkileyen faktörlerin eğitim düzeyi ve geçmişte yaşlıya bakım verme sorumluluğu olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarına lisans eğitimleri süresince yaşlılık dönemi ve yaşlı ayrımcılığına ilişkin farkındalık oluşturulması çabaları ile mezuniyet öncesi dönem-

den başlayarak yaşlı ayrımcılığına karşı sürekli pozitif tutumun sürdürülmesine katkı sağlayabilir. Bu sonuçlar doğrultusunda yaşlı ayrımcılığına karşı olumlu tutumları pekiştiren olumsuz tutumları azaltan yaşlılık ve yaşlanma sürecine ilişkin kurs, seminer ve sertifika programları gibi hizmet içi yaşlı ayrımcılığı eğitimleri planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir. Sağlık çalışanlarının yaşlı ayrımcılığı görüşü, tutum ve davranışlarını inceleyen kapsamlı çalışmaların yapılması önerilebilir. Aynı zamanda yaşlı ayrımcılığı algısını yaşlı ve sağlık çalışanını birlikte değerlendiren kalitatif araştırmalarla incelenmesi gelecek planlamasında yol gösterici olabilir.

Kaynaklar

1. United Nations. Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing. http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ageing/WPA2015_Infocart.shtml adresinden 29/10/2018 tarihinde erişilmiştir.
2. TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) (2013). Nüfus Projeksiyonları 2013-2075 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri> adresinden 25/09/2017 tarihinde erişilmiştir.
3. Gallagher S, Bennett KM, Halford JC. A comparison of acute and long-term health-care personnel's attitudes towards older adults. *Int J Nurs Pract* 2006; 12(5): 273-9.
4. Ögenler O, Yapıcı G, Taşdelen B, Akça T. Mersin ilinde bir grup hekimin yaşlı ayrımcılığı hakkındaki görüşleri. *Türk Geriatri Dergisi* 2012; 15(4): 409-415.
5. Özdemir Ö, Bilgili N. Sağlık hizmetlerinde yaşlı ayrımcılığı. *Gülhane Tıp Dergisi* 2014; 56(2): 128-131.
6. Palmore EP. Ageism. Negative and positive. New York: Springer Publishing Company 1999.
7. Çilingiroğlu N, Demirel S. Yaşlılık ve yaşlı ayrımcılığı. *Türk Geriatri Dergisi* 2004; 7(4): 225-230.
8. Arun Ö, Pamuk D. Kurumsal bakım sektöründe ageism: Yaşlı bakım personelinin yaşlanma ve yaşlılığa ilişkin ayrımcı tutumlarının nedenleri ve müdahale önerileri. *Mediterranean Journal of Humanities* 2014; 19-33.
9. Kulakçı H. Hemşirelik lisans programı birinci ve dördüncü sınıf öğrencilerinin yaşlılık ve yaşlanmaya ilişkin düşüncelerinin ve görüşlerinin değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi* 2010; 3(1): 15-22.
10. DPT. Türkiye'de yaşlıların durumu ve yaşlanma ulusal eylem planı 2007. <https://eyh.aile.gov.tr/uploads/pages/turkiye-de-yaslilarin-durumu-ve-yaslanma-ulusal-eylem-planı> adresinden 29/10/2018 tarihinde erişilmiştir.
11. Tsuchiya A, Dolan P, Shaw R. Measuring people's preferences regarding ageism in health: some methodological issues and some fresh evidence. *Soc Sci Med* 2003; 57(4): 687-696.
12. Eymard AS, Douglas DH. Ageism among health care providers and interventions to improve their attitudes toward older adults: an integrative review. *J Gerontol Nurs* 2012; 38(5): 26-35.
13. Kalaycı I, Yazıcı SÖ, Özkul M, Helvacı G. Sağlık çalışanları ve öğrencilerinin yaşlılara yönelik tutumları: Sistematik derleme. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2018; 2: 21-30.
14. Kılıç NP. Sağlık hizmetlerinde bireysel yaşlı ayrımcılığı. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi* 2017; 25(3): 53-77.
15. Liu YE, While AE, Norman IJ, Ye W. Health professionals' attitudes toward older people and older patients: A systematic review. *Journal of Interprofessional Care* 2012; 26(5): 397-409.
16. Higgins I, Riet DVP, Slater L, Peek C. The negative attitudes of nurses towards older patients in the acute hospital setting: A qualitative descriptive study. *Contemporary Nurse* 2007; 26(2): 225-237.
17. Kavlak Y, Yıldız Ş, Tuğ OA. Nurses' attitudes towards older people: report from a single institution study. *Int J Phys Med Rehabil* 2015; 3: 296.
18. Seferoğlu M, Yıldız D, Pekel NB, Güneş A, Yıldız A, Tufan F. Attitudes of neurology specialists toward older adults. *Aging Clinical and Experimental Research* 2017; (4)29: 787-792.
19. Tufan F, Yuruyen M, Kızıllarlanoglu MC, Akpınar T, Emiksiye Yesil Y, Yavuzer H. Geriatrics education is associated with positive attitudes toward older people in internal medicine residents: A multi center study. *Archives of gerontology and geriatrics* 2015; 60(2): 307-310.
20. Pasupathi M, Löckenhoff C. E. Ageist behavior. In T. D. Nelson (Ed.), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* Cambridge, MA, US: The MIT Press, 2002, 201-246.
21. Vefikulucay Yılmaz D, Terzioğlu F. Development and psychometric evaluation of ageism attitude scale among the university students. *Turkish Journal of Geriatrics* 2011; 14: 259-268.
22. Polat Ü, Karadağ A, Ülger Z, Demir N. Nurses' and physicians' perceptions of older people and attitudes towards older people: Ageism in a hospital in Turkey. *Contemporary Nurse* 2014; 48(1): 88-97.
23. Duru Aşiret G, Türten Kaymaz T, Canbolat Ö, Kapucu S. Hemşirelerin yaşlıya ilişkin tutumları. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2015; 17(1):10-20.
24. Zehirlioğlu L, Yönt GH, Bayat E, Günay B. Hemşirelerin yaşlılara yönelik tutumları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2015; 3(1): 10-18.
25. Leung S, Logiudice D, Brand C. Hospital doctors' attitudes towards older people. *Intern Med J.* 2011; 41(4): 308-14.

26. Sahin S, Mandiracioglu A, Tekin N, Senuzun F, Akcicek F. Attitudes toward the elderly among the health care providers: reliability and validity of Turkish version of the UCLA Geriatrics Attitudes (UCLA-GA) scale. Arch Gerontol Geriatr. 2012; 55(1): 205-9.
27. Chua MP, Tan CH, Merchant R, Soiza RL. Attitudes of first-year medical students in Singapore towards older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. Ann Acad Med Singapore. 2008; 37(11): 947-51.
28. Jorge G Ruiz, Allen D Andrade, Ramanakumar Anam et al. Group-Based Differences in Anti-Aging Bias Among Medical Students, Gerontology & Geriatrics Education 2015; (36) 1: 58-78.
29. McConatha JT, Hayta V, Rieser-Danner L, McConatha D, Polat T S. Turkish and US attitudes toward aging. Educational Gerontology 2004; 30(3): 169-183.
30. Topaz M, Doron I. Nurses' attitudes toward older patients in acute care in Israel. The Online Journal of Issues in Nursing 2013; 18(2):1-14.
31. Demiray T, Dal Yılmaz Ü. Opinions of the nursing students on ageism. İstanbul Med J 2017; 18: 7-12.
32. Hughes NJ, Soiza R L, Chua M et al. Medical student attitudes toward older people and willingness to consider a career in geriatric medicine. Journal of the American Geriatrics Society 2008; 56(2): 334-338.
33. Wilkinson TJ, Gower Ş, Sainsbury R. The earlier, the better: the effect of early community contact on the attitudes of medical students to older people. Medical Education 2002; 36(6): 540-542.
34. Soyuer F, Ünal D, Gülezer N, Elmalı F. Sağlık meslek yüksekokulu öğrencilerinin yaşlı ayrımcılığına ilişkin tutumları ve bu tutumların bazı demografik değişkenlerle ilişkisi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi 2010; 3(2): 20-25.

Geliş tarihi: 01/11/2018

Kabul tarihi: 20/12/2018

Yayın tarihi: 30/12/2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi: Aygül Kıssal,

e-posta: aygul.kissal@gmail.com

Aile hekimliğinde ağız ve diş sağlığı: Asistan hekimlerin bilgi ve tutumları

Oral and dental health in family medicine: knowledge and attitudes of resident physicians

Duygu Efeoğlu Bayram, Nurcan Akbaş Güneş, Derya İren Akbıyık, Cenk Aypak,
Süleyman Görpelioğlu

Özet

Amaç: Ağız ve diş sağlığı (ADS) hastalıkları tüm dünyada özellikle de gelişmekte olan ülkelerde önde gelen halk sağlığı sorunlarından biridir. Ağız ve diş sağlığı hastalıkları yaşlılar, gebe-ler ve çocuklar gibi riskli grupların birinci basamak sağlık sisteminde tanımlanmasıyla büyük oranda önlenmektedir. Bu çalışmada Ankara'daki aile hekimliği asistan hekimlerinin ADS hakkındaki bilgi ve tutumları değerlendirilmiştir.

Yöntem: Çalışmaya Ankara'da görev yapan 160 aile hekimliği asistanı katılmıştır. Katılımcılara ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerini ölçen 20 sorudan oluşan bir anket yönlendirilmiştir.

Bulgular: Hekimlerin ortalama doğru yanıt yüzdesi %61.4 ± 11.9'du. Hekimlerin bilgi düzeyi orta seviyedeydi. Hekimlerin çoğu (%74.4) diş sağlığı hakkında bilgi sahibi olunması gerektiğini düşünürken %88.1'i diş sağlığını bir halk sağlığı sorunu olarak görmekteydi.

Sonuç: Hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri yeterli değildi ancak asistan hekimlerin çoğunun buna tutumu olumlu yöndeydi, sonuçlar sürekli tıp eğitimi programlarının ağız ve diş sağlığı eğitimine yer vermesi gerektiğine işaret etmekteydi. ADS'nin hekimler tarafından yürütülen mevcut önleyici tıp konularına entegrasyonu sağlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Ağız ve diş sağlığı, aile hekimliği, I. basamak

Summary

Objectives: Oral and dental diseases are major public health problems all over the world and effect mostly developing countries. Oral and dental (ODD) diseases can be largely prevented by identification of patients under risk like older people, expectant women, and children in primary health care system. This study was conducted to determine the knowledge and attitude of family medicine residents about oral and dental health (ODH) who works in the city center of Ankara.

Methods: 160 family medicine residents who work in Ankara were included in our study. A survey which consisted of 20 questions has been applied to the physicians in order to assess their knowledge and attitude about ODD.

Results: The physicians' knowledge score level was moderate. The average percentage of correct answers was 61.4 ± 11.9%. The majority of physicians (74.4%) reported it as necessary for a physician to know about ODH and admitted (88.1%) that oral and dental health is a public health issue.

Conclusion: Physicians' lack of knowledge of ODH and their generally positive attitudes toward it revealed a great need for planning of a continuous medical education program in medical training. Oral health promotion should be integrated into the existing preventive programs implemented by medical professionals.

Key words: Family medicine, primary care, oral and dental health

Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara.

Giriş

Ağız ve diş sağlığı hastalıkları gelişmiş ve gelişmekte olan tüm toplumlarda yaygın bir şekilde görülmektedir. Bu bakımdan halk sağlığının temel uygulama alanlarından biri de ağız ve diş sağlığını geliştirmeye ve iyileştirmeye yönelik programlar olmalıdır.⁽¹⁾ Ağız-diş sağlığı rahatsızlıklarının kişiye acı ve ağrı vermesinin yanı sıra bireyin yaşam kalitesini ve fonksiyonlarını da önemli derecede bozduğu da göz önünde bulundurulmalıdır.⁽²⁾

Genel sağlık alanında hizmet veren aile hekimlerinin, ağız-diş sağlığını genel sağlıktan ayrı tutmaması ve bireyi bütüncül olarak değerlendirmesi gerekmektedir. Bireysel, toplumsal ve profesyonel olarak alınacak koruyucu bir takım önlemlerin birçok ağız-diş hastalığının önüne geçebileceği yapılan halk sağlığı çalışmaları ve klinik çalışmalarla da gösterilmiştir.⁽³⁾ Ülkemizde, ağız-diş sağlığını geliştirme ve iyileştirme adına uygulanacak sağlık politikalarına yol gösterebilme adına aile hekimlerinin ağız-diş sağlığı konusunda bilgi ve tutumlarını gösteren bir çalışma mevcut değildir. Bu alanda elde edilen bilgiler aile hekimlerinin farkındalığını artırmaya katkıda bulunacak; toplumun genel sağlığını geliştirme yönünde ileride yapılacak çalışmalarda da kullanılabilir.

Bizim çalışmamız, toplumun ağız-diş sağlığını geliştirmeye yönelik yapılacak diğer çalışmalara kaynak olabilir ve tüm bu bilgiler ışığında toplumun ağız-diş sağlığını geliştirmeye yönelik halk sağlığı programları ve uygulamaları geliştirilebilir.

Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır:

1. Aile hekimliği asistanlarının ağız ve diş sağlığı konusunda tutumları ve klinik uygulamaları ne yöndedir?
2. Aile hekimliği asistanlarının ağız ve diş sağlığı konusunda bilgi düzeyleri nasıldır?

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma klinik araştırmalar yerel etik kurulunun 12.12.2016 tarih ve 33/21 karar numaralı onayı ile

yapılmıştır. Araştırmamız 01.06.2016-01.09.2016 tarihleri arasında Ankara il merkezinde görev yapan ve çalışmaya katılımı kabul eden 171 aile hekimliği asistanının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmamız tek merkezli, tanımlayıcı ve kesitsel bir klinik araştırma olarak planlanmıştır. Çalışmamız hakkında gerekli literatür taraması yapılmış ve soruları oluştururken benzer çalışmalarda bulunan ve bu çalışmaya da yararlı olabileceği düşünülen konu ile ilgili sorulardan faydalanılmıştır. Hekimlerin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi ve becerilerini değerlendiren anketteki birbirini kapsayan sorulara farklı yanıtlar veren veya anket sorularını eksik dolduran 11 hekimin verileri analizlere dahil edilmemiş olup analizler 160 hekimin verileriyle yapılmıştır.

Çalışma hakkında bilgilendirilen asistan hekimlere sonrasında ağız ve diş sağlığı bilgi ve tutumlarını değerlendirecek anket formunu doldurmaları istendi. Bu anketin ilk kısmında sosyodemografik özellikler (Cinsiyet, yaş, medeni durum, çocuk sahibi olma), ikinci kısmında hekimlik, asistan hekimlik süreleri, ağız ve diş sağlığı hakkında genel bilgi ve tutumları, üçüncü kısımda ise ağız ve diş sağlığı bilgi ve becerilerini ölçen 20 adet soru bulunmaktaydı. Soruların yanıtları “Evet”, “Hayır” ve “Fikrim Yok” şeklinde katılımcıların seçimine sunuldu.

Tablo 1'de Ağız ve diş sağlığı hakkında hekimlere yöneltilen sorular ve doğru yanıtları yer almaktadır. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 20.0 (IBM Inc., ABD) paket programı kullanılarak yapılmıştır. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov, Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelenmiştir. Normal dağılım gösterme durumuna göre belirlenen sayısal değişkenler Bağımsız gruplarda T testi kullanılarak karşılaştırılmıştır. Çalışmadaki istatistiksel analizlerde p değeri 0.05'in altındaki karşılaştırmalar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

171 asistan hekim ile başlatılan çalışmada 11 asistan hekimin verileri analizlere dahil edilmemiştir.

Tablo 1. Ağız ve Diş Sağlığı Anketi ve Doğru Cevapları

| No | Soru | Doğru | Yanlış | Fikrim yok |
|----|---|-------|--------|------------|
| 1 | Çocuklarda tedavi edilmeyen diş çürükleri genel sağlığı etkileyebilir. | x | | |
| 2 | Floridli diş macunları 3 yaşından küçük çocuklarda kullanılmamalıdır. | x | | |
| 3 | Orofarengeal bölgede geçmeyen yara şikayeti ile gelen hastaya alkol ve sigara kullanımı sorgulaması yapılmalıdır. | x | | |
| 4 | Süt dişleri tedavi edilmemelidir. | | x | |
| 5 | Çürük yapıcı bakteriler, doğumdan sonra anneden bebeğe geçebilir. | x | | |
| 6 | Gebelikte karşılaşılan diş-diş eti problemlerinin tedavisi doğum sonrasına ertelenmelidir. | | x | |
| 7 | Gebelikte rutin olarak diş hekimi muayenesi gerekir. | x | | |
| 8 | Hamilelik boyunca kadınların dişeti hastalıklarına yakalanma sıklıkları artar | x | | |
| 9 | Emzirme sırasında kadınların diş çürüklerine yakalanma eğilimleri artar | | x | |
| 10 | Süt dişleri 3 yaşında tamamlanır. | x | | |
| 11 | Gece ağlayan bebeğe biberonla verilebilecek en iyi gıda süttür. | | x | |
| 12 | Bebek ve çocuklarda ağız ve diş temizliğine ilk süt dişi çıktıktan sonra başlanmalıdır. | x | | |
| 13 | İlk dental muayene ağrı olursa yapılmalıdır. | | x | |
| 14 | Diş fırçalama eğitimi tüm dişler çıktıktan sonra verilmelidir. | | x | |
| 15 | Gastroözefageal reflü hastalığı diş çürüklerine sebep olabilir. | x | | |
| 16 | Ağız bakımı ile solunum yolu hastalıkları arasında, karşılıklı bir ilişkinin olduğu bilinmektedir. | x | | |
| 17 | Diyabetes mellitus, gingivitis ve periodontitis için bir risk faktörüdür. | x | | |
| 18 | Diş hekimine yılda bir gidilmelidir. | | x | |
| 19 | Günde 3 kez dişler fırçalanmalıdır. | x | | |
| 20 | 6 ayda bir diş fırçası değiştirilmelidir. | | x | |

Bunlardan dördü yöneltilen soruların sadece bir kısmını doldurduğu için, yedisi ise anket sorularında yer alan birbiriyle örtüşen sorulara farklı yanıtlar verdiği için analizlere dahil edilmemiştir. Çalışma 160 asistan hekim ile tamamlanmıştır. Asistan hekimlere yöneltilen ağız ve diş sağlığı ile ilgili sorular sadece diş ve diş eti hastalıkları ile ilgilidir. Bu anket orofarenksin diğer hastalıklarını kapsamamaktadır. **Tablo 2'** de ağız ve diş sağlığı anketinde yer alan sorulara alınan yanıtların dağılımı gösterilmektedir.

Buna göre, 58 erkek (%36.3), 102 kadın katılımcı (%63.8) vardı. Katılımcıların yaş ortalaması 28.0 ± 2.5 (24-38 yıl aralığında) yıldı (**Tablo 1**). Katılımcıların 74'ü (%46.3) evli iken 86'sı (%53.7) bekarı. 33 hekim (%20.6) çocuk sahibiyken 127 hekimin (%79.4) çocuğu yoktu. Katılımcıların %88.1'i (n=141) ağız ve diş hastalıklarını halk sağlığı sorunu olarak görürken %2.5'i (n=4) halk sağlığı sorunu olarak görmüyordu, %9.4'ünün (n=15) ise bu konuda fikri yoktu.

Katılımcıların %13.8'i (n=22) ağız ve diş has-

Tablo 2. Ağız ve diş sağlığı anketinde yer alan sorular ve alınan yanıtların dağılımı

| | Doğru (n) | Yüzde (%) | Yanlış (n) | Yüzde (%) | Fikrim yok (n) | Yüzde (%) |
|----------|-----------|-----------|------------|-----------|----------------|-----------|
| 1. Soru | 159 | 99.4 | 0 | 0.0 | 1 | 0.6 |
| 2. Soru | 100 | 62.5 | 14 | 8.8 | 46 | 28.8 |
| 3. Soru | 158 | 98.8 | 0 | 0.0 | 2 | 1.3 |
| 4. Soru | 111 | 69.4 | 11 | 6.9 | 38 | 23.8 |
| 5. Soru | 36 | 22.5 | 40 | 25.0 | 84 | 52.5 |
| 6. Soru | 105 | 65.6 | 33 | 20.6 | 22 | 13.8 |
| 7. Soru | 94 | 58.8 | 26 | 16.3 | 40 | 25.0 |
| 8. Soru | 108 | 67.5 | 9 | 5.6 | 43 | 26.9 |
| 9. Soru | 15 | 9.4 | 100 | 62.5 | 45 | 28.1 |
| 10. Soru | 83 | 51.9 | 37 | 23.1 | 40 | 25.0 |
| 11. Soru | 38 | 23.8 | 73 | 45.6 | 49 | 30.6 |
| 12. Soru | 77 | 48.1 | 62 | 38.8 | 21 | 13.1 |
| 13. Soru | 141 | 88.1 | 11 | 6.9 | 8 | 5.0 |
| 14. Soru | 134 | 83.8 | 14 | 8.8 | 12 | 7.5 |
| 15. Soru | 148 | 92.5 | 4 | 2.5 | 8 | 5.0 |
| 16. Soru | 126 | 78.8 | 3 | 1.9 | 31 | 19.4 |
| 17. Soru | 151 | 94.4 | 0 | 0.0 | 9 | 5.6 |
| 18. Soru | 37 | 23.1 | 113 | 70.6 | 10 | 6.3 |
| 19. Soru | 128 | 80.0 | 27 | 16.9 | 5 | 3.1 |
| 20. Soru | 22 | 13.8 | 133 | 83.1 | 5 | 3.1 |
| Ortalama | | 61.4 | | 38.6 | | |

*Anket soruları tablo 1'de verilmiştir. Doğru; anketin gerçek doğru yanıtlarını Yanlış; anketin gerçek yanlış yanıtlarını ifade etmektedir

talıkları hakkında tıp fakültesi eğitimi sırasında veya sonrasında eğitim aldığını ifade ederken %85.0'ı (n=136) bu konuda eğitim almamıştı, katılımcıların %1.3'ünün (n=2) ise bu konu hakkında fikri yoktu.

Asistan hekimlerin %85.6'sı (n=137) aile hekimlerinin toplum ağız ve diş sağlığını koruma ve geliştirmede önemli role sahip olduğunu düşünürken %6.9'u (n=11) düşünmüyordu, katılımcıların %7,5'i (n=12) ise bu konu hakkında fikri yoktu.

Asistan hekimlerden alınan cevaplar 100 puan üzerinden değerlendirildiğinde ortalama doğru yanıt yüzdeleri %61.4±11.9 (%15-90 aralığında) olarak

bulunmuştur. Asistan hekimlerin %38.6'sı ise doğru yanıtı bilememiştir.

Asistan hekimlerin ağız ve diş sağlığı anketi doğru yanıt yüzdeleri erkeklerde %59.3±13.9, kadınlarda %62.5±10.6'ydı. Doğru yanıt yüzdelerinde katılımcıların cinsiyetleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktu (p=0.104). Asistan hekimlerin ağız ve diş sağlığı anketi doğru yanıt yüzdeleri evli-lerde %63.4±13.6, bekarlarda %59.7±10.1'di. Evli asistan hekimlerin doğru yanıt yüzdeleri bekar asistan hekimlerden daha yüksekti (p=0.049). Asistan hekimlerin ağız ve diş sağlığı anketi doğru yanıt yüzdeleri çocuk sahibi olanlarda %69.5±9.6, çocuğu olmayan-

larda %59.3±11.6. Benzer şekilde çocuğu olan asistan hekimlerin doğru yanıt yüzdeleri çocuk sahibi olmayan asistan hekimlerden daha yüksekti ($p<0.001$).

Asistan hekimlerin ağız ve diş sağlığı anketi doğru yanıt yüzdeleri ile hekimlerin yaşı ($p=0.73$) arasında bir ilişki bulunamazken hekimlik süreleri ($p=0.40$, $Rho=0.16$) ve asistan hekimlik süreleri ($p=0.47$, $Rho=0.15$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardı.

Tartışma

Ağız ve diş sağlığı hastayı, hasta yakınlarını ve toplumu yakından ilgilendiren, sağlık harcamalarında dikkate değer bir düzeyde yeri olan, hastaların genel sağlığı ve yaşam kalitesi ile ilişkili bir halk sağlığı konusudur.

Ağız ve diş sağlığı hastaların iyilik hali ve sağlıklı yaşlanması için vazgeçilmezdir.⁽⁴⁾ Ağız ve diş hastalıklarının sonuçları genellikle minimize edilmekte, olduğundan az gösterilmektedir, ancak oral komplikasyonlar giderek artış göstermekte, erken tanı almadıklarında ve tedavi edilmediklerinde başka sağlık sorunlarına da yol açmaktadır.⁽⁵⁾

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin amacı doğru zamanda doğru insanlara destekleyici, önleyici ve küratif sağlık servislerinin ulaştırılmasıdır. Ağız ve diş sağlığı bu açıdan birinci basamak sağlık hizmetlerinin vazgeçilmez temel bileşenlerinden kabul edilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ağız ve diş sağlığının genel sağlık hizmetlerine entegrasyonunu önermektedir. Bu nedenle genel sağlık hizmetlerinin parçası olan birinci basamak sağlık bakımı ağız ve diş sağlığının geliştirilmesine büyük katkıları olabilecek potansiyel pozisyondadır. Bu nedenle Aile Hekimleri ve birinci basamak sağlık görevlilerinin ağız ve diş sağlığı hakkında yeterli bilgi birikimi, tecrübe ve gerekli ekipmanlarının bulunması ağız ve diş sağlığının optimize edilmesinde kritik bir öneme sahiptir.

Ağız ve diş sağlığı konusunda en sık karşılaşılan problem olan diş çürüklerinin temelleri erken

çocukluk yaşlarında atılmakta olup erken çocukluk döneminde sık görülen kronik ve önlenebilir hastalıklar arasındadır.⁽⁶⁾ İyi oral hijyen ve uygun diyet değişiklikleri ile diş çürükleri büyük oranda önlenebilmektedir.⁽⁷⁾

Diş çürükleri 3 yaş ve daha küçük çocuklarda sık görülmektedir ve başlangıçlı süt dişlerinin çıkış yaşlarıyla korelasyon göstermektedir.⁽⁸⁾ Katar'da yapılan okul öncesi çocuklarda diş çürüklerinin sıklığının değerlendirildiği çalışmada diş çürüğü prevalansı %89 olarak ifade edilmiştir.⁽⁹⁾ Gelişmiş ülkelerde ise bu oran daha iyi olmakla birlikte istenen düzeyde değildir. National Health and Nutrition Examination Survey I ve II çalışmalarında 2-11 yaşlarındaki çocukların %40'ından fazlasında diş çürüğü olduğunu bildirilmiştir.^(10,11) Ağız ve diş sağlığı açısından riskli grupların içerisinde diyabet hastaları da yer almaktadır. Bir çok çalışmada diyabetes mellitus ile periodontit arasında önemli bir ilişkinin olduğu ifade edilmiştir.^(12,13)

Periodontal hastalıklar ise glisemik kontrolü bozmakta ve erken diş kayıplarına neden olarak hastaların yaşam kalitelerini azaltmakta, diyabete bağlı sağlık giderlerini arttırmaktadır.⁽¹⁴⁾ Ağız ve diş sağlığı problemleri benzer şekilde kadınlarda gebelik sırasında artış göstermektedir. Diş çürükleri ve gingivitis sıklığının gebelik sürecinde arttığı bildirilmiştir.⁽¹⁵⁾ Bu ilişkinin nedeni olarak da östrojen ve progesteron seviyelerinin artması, kusmaların asidik bir ortama neden olması ileri sürülmektedir.

Gebeler, yaşlılar, çocuklar ve diyabet hastaları birinci basamak sağlık hizmetlerine sık başvurmakta, rutin takipleri yapılmaktadır. Bu açıdan Aile Hekimliği ağız ve diş sağlığında çok stratejik bir yere sahiptir. Çalışmamızda riskli hasta gruplarını oluşturması nedeniyle gebeler, yaşlılar, çocuklar ve diyabet hastaları sorgulanmış, asistan hekimlerin %40.6'sı çocukları, %28.8'i kronik hastalığı olanları, %16.3'ü gebeleri, %11.3'ü ise yaşlı hastaları ağız ve diş sağlığı açısından sorguladığını bildirmiştir.

Hekimlerin yarısından çoğu ağız ve diş sağlığı muayenesi yaptığını belirtse de elde edilen bu sonuçlar istenen düzeyde değildi.

Kanada'da yapılan bir çalışmada 1044 pediatrist ve aile hekiminin ağız ve diş sağlığındaki bilgi ve tutumları incelenmiş, erken çocukluk çağı ile ilgili 6 soru yöneltilmiş, bu soruların hepsini doğru yanıtlayan pediyatristlerin oranı %1.8, aile hekimlerinin oranı %0.7 bulunmuştur. Pediyatristlerin %73.9'u, aile hekimlerinin %52.4'ü çocukların dişlerini inspekte ettiğini bildirirken sadece pediyatristlerin %18.2, aile hekimlerinin %37.7'si tıp fakültesinde veya uzmanlık eğitiminde ağız ve diş sağlığı eğitimi aldığını bildirmiştir.⁽¹⁶⁾

Pediyatristler arasında yapılan başka çalışmalarda da çocuklarda görülen diş çürüklerini önleme hakkındaki bilgilerinin yetersiz düzeyde olduğu doğrulanmıştır.⁽¹⁷⁻²⁰⁾ Diş hekimleri haricinde ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi düzeyini ölçen çalışmaların çoğu pediyatristler üzerinde yapılmıştır ve ortak sonuçları hekimlerin bu konudaki bilgi düzeyinin yeterli olmadığı yönündedir.^(16,20,21-23) Birinci basamakta çalışan hekimler veya aile hekimleri hakkında yapılmış çalışmalar oldukça kısıtlıdır.

Hindistan'da yapılan başka bir çalışmada 133 pratisyen hekim, 135 diş hekimi ve 100 jinekologun periodontal hastalıklarla düşük doğum ağırlığı arasındaki ilişki hakkındaki bilgileri sorgulanmış, diş hekimleri %67.4, pratisyen hekimler %56.4, jinekologlar ise %63 oranında bu ilişkinin varlığını doğrulamıştır.⁽²⁴⁾

İrlanda'da yapılan bir çalışmada ise pratisyen hekimlerin %65.3'ünün hastaların oral mukoza larını düzenli olarak muayene ettikleri, hekimlerinin büyük çoğunluğunun oral kavite malignitelerini yakalamada kendilerine güvenemedikleri, ancak mezuniyet öncesi ve sonrası ağız ve diş sağlığı eğitimi alma ile bu konudaki öz güvenin arttığı ve sağlık çalışanlarının neredeyse tamamı oral hastalıkların önlenmesinde birinci basamağın önemli

olduğuna inandığı ifade edilmiştir.⁽²⁵⁾

Çalışmamızda da benzer şekilde asistan hekimlerin %68.7'si düzenli olmasa da değişen sıklıklarda ağız ve diş sağlığı muayenesi yaptıklarını belirtmişti. Benzer şekilde çalışmamıza katılan asistan hekimlerin neredeyse tamamı (%85.6) aile hekimlerinin toplum ağız ve diş sağlığını geliştirmede önemli role sahip olduğuna inanmaktaydı. Yapılan bir çalışmayla birinci basamak sağlık kuruluşlarının ağız ve diş sağlığında önemli olduğu doğrulanmıştır.⁽²⁶⁾ 220 Aile hekiminin katılımıyla gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da benzer sonuçlar bulunmuştur.

Katılımcılara pediyatri ve genel diş hekimliği ve genel tıp alanında sorular yönlendirilmiştir. Katılımcıların pediyatrik diş hekimliği bilgileri diğer alanlardan daha düşük bulunan bu çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde hekimlerin diş hekimliği bilgi düzeyleri orta seviyede bulunmuştur, hekimlerin çoğu ağız ve diş sağlığı bilgilerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda eğitim verilmesi gerektiğini bildirmiştir,⁽²⁷⁾ bu bulgular sürekli tıp eğitimini benimseyen hekimlerin bu konudaki bilgi birikimlerini genişletmede gönüllü olduğuna işaret etmektedir.

Çalışmamızda literatür verilerine kıyasla Aile Hekimlerinin ağız ve diş sağlığı hakkındaki bilgi seviyeleri her ne kadar istenen düzeyde olmasa da diğer hekimlik branşlarında bildirilen seviyeden daha iyi düzeyde bulunmuştur. Bu bulgular Aile Hekimliğine konu ile bilgilerin entegrasyonunun başlatıldığına, hekimlerin farkındalığının arttığına işaret etmekteydi. Bununla birlikte beklendiği üzere hekimlerin konu hakkındaki bilgi seviyelerinin toplam hekimlik süreleri, asistan hekimlik süreleri, evli veya çocuk sahibi olma ile korelasyon gösterdiği görülmüştür. Hekimlerin en riskli hasta grubu olan, aynı zamanda ağız ve diş sağlığı problemlerinin en erken müdahalelerle en etkili olarak tedavi edilebildiği veya ortaya çıkmadan önlenildiği çocuklara ebeveyn olmaları bu durumu doğal olarak açıklamaktadır.

İsveç'te yapılan kalitatif dizaynda bir çalışmada genel pratisyenlerle görüşmeler yapılmış, özellikle yaşlılardaki ağız ve diş sağlığı problemlerindeki bilgi ve tutumları değerlendirilmiştir, çalışmada; pratisyen hekimler, yaşlıların ağız ve diş sağlığının iyilik halini ve yaşam kalitesini etkilediğini, beslenme alışkanlıklarını bozduğunu, ağız bölgesinin özel bir bölge olduğunu düşündükleri ve rutin olarak değerlendirmediklerini, yaşlı hastaların ağız ve diş problemlerinden nadiren yakındıklarını, hekimlerin iş yükünün ağır olması nedeniyle hastaların genellikle major şikayetleri ile ilgilenebildiklerini ifade etmiştir.⁽²⁸⁾

Çalışmamızda benzer şekilde hekimlerin önemli bir kısmı (%31.3) ağız ve diş sağlığı muayenesi yapmadıklarını bildirmiştir. Her ne kadar ağız ve diş sağlığı eğitimi almamaları bu duruma neden olsa da benzer şekilde çalışma koşullarının yoğun olması, uygun ekipmanların olmayışı, hastaların ağız ve diş sağlığı hakkındaki yanlış kanıları, hekimlerin görev dağılımı içerisinde görmemelerinin de bu durumda etkisi olabilir.

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları vardı. Çalışmamız

elde edilen bilgilerin katılımcıların beyanına dayanmakta olup tanımlayıcı tipte bir çalışmaydı, bu nedenle ağız ve diş sağlığı üzerinde etkisi olan parametreleri değerlendirmeye yönelik bir çalışma dizaynında değildi. Hekimlerin ağız ve diş sağlığındaki eğitim düzeylerinin daha kapsamlı ve pratik olarak değerlendirilebildiği ve yapılan değerlendirme, muayene ve tanıların referans yöntemlerle analizinin kullanıldığı çalışmalarla daha doğru bilgiler elde edilebilir.

Sonuç

Asistan hekimlerin çok az bir kısmı bu konu hakkında daha önce eğitim gördüklerini bildirirken, buna paralel olarak çoğu asistan hekim eğitim müfredatlarında konunun yer alması gerektiğini düşünmekteydi. Ankara ilini temsil eden çalışmamızda asistan hekimlerin bilgi birikimi orta düzeyde değerlendirilmiştir. Aile Hekimliği ağız ve diş sağlığı hastalıklarında önemli bir yerdedir, ancak ağız ve diş sağlığı bilgi birikimleri daha da ileri düzeye taşınmalıdır. Bu şekilde önlenemez ağız ve diş sağlığı problemlerinin neden olduğu sekonder sonuçlar önlenerek, zamanında ve küratif müdahaleler yardımıyla toplumun sağlık seviyesini arttırmak mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- Grossi SG, Genco RJ. Periodontal disease and diabetes mellitus: a two way relationship, *Ann Periodontol*, 1998, 3, 51-61.
- Inglehart MR, Bagramian RA (2002). Oral health-related quality of life: an introduction. In: *Oral health-related quality of life*. Chicago: Quintessence Publishing Co. Inc., pp. 12-6
- Cohen L, Gift H. Disease Prevention and Oral Health Promotion. *Socio-dental Sciences in Action*, Munksgaard, Copenhagen, 1995, 8-9.
- Griffin SO, Jones JA, Brunson D, Griffin PM, Bailey WD. Burden of oral disease among older adults and implications for public health priorities. *Am J Public Health*. March 2012; 102(3):411-418.
- Dye BA, Tan S, Smith V, et al. 2007. Trends in oral health status: United States, 1988-1994 and 1999-2004.
- Casamassimo PS, Thikkurissy S, Edelstein BL, Maiorini E. The human and economic cost of early childhood caries. *J Am Dent Assoc*. 2009;140:650-7.
- Featherstone JD. The caries balance: The basis for caries management by risk assessment. *Oral Health Prev Dent*. 2004;2:259-64.
- Drury TF, Horowitz AM, Ismail AI, Maertens MP, Rozier RG, Selwitz RH. Diagnosing and reporting early childhood caries for research purposes. *J Public Health Dent*. 1999;59:192-7.
- Alkhtib A, Ghanim A, Temple-Smith M, Messer LB, Pirotta M, Morgan M. Prevalence of early childhood caries and enamel defects in four and five-year old Qatari preschool children. *BMC Oral Health*. 2016;16:73.
- Dye BA, Arevalo O, Vargas CM. Trends in paediatric dental caries by poverty status in the United States, 1988-1994 and 1999-2004. *Int J Paediatr Dent* 2010;20(2):13243.
- Edelstein B. Disparities in oral health and access to care: findings of national surveys. *Ambul Pediatr* 2002;2(2):141-7.
- Mealey BL, Oates TW. Diabetes mellitus and periodontal diseases. *J Periodontol* 2006;77(8):1289-303.
- Stoykova M, Musurlieva N, Boyadzhiev D. Risk factors for development of chronic periodontitis in Bulgarian patients (pilot research). *Biotechnol Equip* 2014;28(6):1150-4.
- Elangovan S, Hertzman-Miller R, Karimbux N, Giddon D. A Framework for Physician-Dentist Collaboration in Diabetes and Periodontitis. *Clin Diabetes* 2014;32(4):188-92.
- Güncü GN, Tözüm TF, Çağlayan F. Effects of endogenous sex hormones on the periodontium--review of literature. *Aust Dent J*. 2005;50(3):138-145.
- Prakash P, Lawrence HP, Harvey BJ, McIsaac WJ, Limeback H, Leake JL. Early childhood caries and infant oral health: Paediatricians' and family physicians' knowledge, practices and training. *Paediatrics & Child Health*. 2006;11(3):151-157.
- Chen M, Anderson RM, Barmes DE, Lerlercq MH, Little IS. Comparing oral health systems: A second international collaborative study. Geneva: WHO; 1997. pp. 293- 321.
- Lewis CA, Boulter S, Keels MA, et al. Oral Health and Pediatricians: Results of a National Survey. *Academic Pediatrics*. 2009;9:457-461.
- Di Giuseppe G, Nobile CG, Marinelli A, Angelillo IF. Knowledge, attitude and practices of Pediatricians regarding the prevention of oral diseases in Italy. *BMC Public Health*. 2006;6:176.
- Al-Hussyeen A, Al-Sadhan S, Al-Dhalaan R, Al-Ghanim B. Pediatricians' knowledge and practices towards children's preventive oral health care in Saudi Arabia. *Egyptian dental journal*. 2003;49:827-834.
- Sabbagh HJ, El-Kateb M, Al Nowaiser A, Hanno AG, Alamoudi NH. Assessment of pediatricians dental knowledge, attitude and behaviour in Jaddah, Saudi Arabia. *J Clin Pediatr Dent*. 2011;35:371-376.
- Krol DM. Educating pediatricians on children's oral health: past, present and future. *Pediatrics*. 2004;113:e487-e492.
- Sanchez OM, Childers NK, Fox L, Bradley E. Physicians' views on pediatric preventive dental care. *Pediatr Dent*. 1997;19:377-383.
- Tarannum F, Prasad S Muzammil, Vivekananda L, Jayanthi D, Faizuddin M. Awareness of the association between periodontal disease and pre-term births among general dentists, general medical practitioners and gynecologists. *Indian J Public Health*. 2013 Apr-Jun;57(2):92-5.
- Ni Riordain R, McCreary C. Oral cancer – Current knowledge,

- practices and implications for training among an Irish general medical practitioner cohort. *Oral Oncol.* 2009;45:958–62.
26. Kumari RN, Sheela S, Sarada PN. Knowledge and attitude on infant oral health among graduating medical students in Kerala. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.* 2006;24:173–176.
27. Rabiei S, Mohebbi SZ, Patja K, Virtanen JI. Physicians' knowledge of and adherence to improving oral health. *BMC Public Health.* 2012;12:855. doi:10.1186/1471-2458-12-855.
28. Andersson K, Furhoff AK, Nordenram G, Wardh I. Oral health is not my department'. Perceptions of elderly patients' oral health by general medical practitioners in primary health care centres: a qualitative interview study. *Scand J Caring Sci.* 2007 Mar;21(1):126-33.

Geliş tarihi: 04.06.2018

Kabul tarihi: 22.07.2018

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.09.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Nurcan Akbaş Güneş,

e-posta: dnrurak@hotmail.com

Düzeltilme: Göğüs hastalıkları poli- kliniğine başvuran hastaların inhaler kullanım becerilerinin araştırılması

Erratum: Inhaler device usage skills in patients at pulmonology clinics

Şeyma Başlılar¹, Bengü Şaylan², Gülay Oludağ³, Nesrin Sarıman⁴

Yazarlar, 22 cilt 2. sayıda yayımlanan Türk AileHek Derg 2018;22(2):66-77; doi: 10.15511/tahd.18.00266 künyeli Araştırma makalesinin muhtelif yerlerinde hatalar olduğunu saptamış ve düzeltme talep etmiştir.

Bu düzeltme talebi doğrultusunda “Göğüs hastalıkları poli-kliniğine başvuran hastaların inhaler kullanım becerilerinin araştırılması” isimli makalede iletilen düzeltmelerin işlendiği doğru hali aşağıda gösterilmiştir.

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 anti-inflamatuvar 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 ve Araştırma Hastanesi Göğüs Hastalıkları polikliniğine başvuran daha önce astım/KOAH tanısıyla inhaler tedavi verilmiş hastaların, retrospektif olarak inhaler ilaç kullanma becerileri değerlendirilerek hatalı kullanıma etki eden 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 inhalerde (KTİ) %76-81 arasında değişmekteydi (p:0.030, p<0.05). İleri yaş (60 yaş üzeri), okur-yazar olma veya ilkökul mezunu olma, yakınma süresinin üç aydan kısa olması ve ÖDİ cihaz seçimi hatalı kullanmada etkili faktörlerdi. Çalışmada cinsiyete göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark 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 ilkökul mezunu olma), yakınma süresinin 0-3 ay olması ve ÖDİ cihazını kullanma durumlarının sırasıyla 3, 4.6, 17, 5 ve 1.8 kat arttırıcı etkisi olduğu görülmüştür.

Sonuç: İnhaler ilaç kullanımı gerektiren durumlarda hastanın kolaylıkla kullanabileceği cihazların hastanın yaş, eğitim düzeyi ve becerisi değerlendirilerek tercih edilmesi ve uygulamalı eğitimin 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, 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. Bu rakam dünyadaki tüm hastalıklara bağlı toplam kayıpların %1'ine karşılık gelmektedir.⁽²⁾ 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⁾ Önlenabilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olan KOAH, şiddeti ve sıklığı artan alevlenmelerle seyreder. Eşlik eden hastalıklar (komorbiditeler), hastalığın doğal gidişini etkiler.⁽⁷⁾ KOAH, tüm dünya ülkelerinde önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre KOAH, dünyada en yaygın görülen dördüncü 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 üçüncü ölüm nedenidir. Buna karşın dünyada ve ülkemizde KOAH yeterince bilinmemekte, teşhis edilmemekte ve teşhis edilenler de etkili bir şekilde tedavi edilmemektedir.⁽⁸⁾

Günümüz astım ve KOAH tedavisinde inhaler bronkodilatör ve steroid ilaçlar sağladıkları kazanımlar nedeni ile ilk sıralarda yer almaktadır. Hızlı etki başlangıcı, daha az ilaç dozu ile istenen etkinin sağlanması ve sistemik yan etkilerin son derece düşük oranlarda olması gibi avantajları vardır. Bu ilaçları doğru bir şekilde alabilmeleri için hastalara cihaz kullanımında gerekli olan özel inhalasyon manevraları öğretilmelidir. Ölçülü doz inhaler ve kuru toz inhaler cihazlar en yaygın kullanılan inhaler sistemlerdir. ÖDİ'ler uygulamada hızlı, taşınması kolay ve diğer cihazlara göre daha ucuzdur. Ancak, kullanımları daha zordur. İnhalasyon sırasında el-

ağız koordinasyonu ve bilişsel yetenek gerektirirler. Hasta yavaş ve uzun bir nefes almaya başladıktan sonra cihazın üzerine bası uygulayarak ilacın püskürmesini sağlarken inhalasyona devam edebilmektedir. KTİ'ler ise inspirasyon akımı ile çalışırlar ve hastanın inspirasyon hızı en az 30 l/dk olmalıdır. KTİ kullanım öncesinde ilaç dozunun hazırlanma basamakları cihaz tipine göre farklılık göstermektedir. Derin ve hızlı bir soluk manevrası ile alınan kuru toz ilaç 8-10 saniyelik nefes tutma süresinde bronş mukozasına ulaştırılır. KTİ kullanımında orafarenkste ilaç birikimi ÖDİ'ye göre daha azdır.⁽⁹⁻¹⁵⁾

Astım ve KOAH tedavisinde kullanılan inhaler cihazlar çok çeşitlidir. Akciğerlere hedeflenen miktarlarda ilaç ulaştırılabilmesi cihazın doğru kurulumunu ve yeterli inhalasyonu gerektirir. Tedavinin maliyet etkin olabilmesi için, hastaların kullanma becerileri değerlendirilerek seçilen en uygun cihazın kullanımına yönelik hasta eğitimi verilmektedir. Cihaz seçiminde hastanın fiziksel ve mental fonksiyonları, özellikle yaşlı hastalarda mevcut olan komorbiditeler, hastanın eğitim ve sosyokültürel düzeyi göz önünde bulundurulmalıdır.

Hatalı kullanım nedeniyle tedaviden yeterli yanıt alamayan hastalarda zamanla tedavi uyumu bozulmaktadır. Günümüz sağlık sisteminde klinik pratikte solunum hastalıklarının yönetiminde karşılaşılan ortak problemlerden biri de ek iş yükü ve zaman gerektiren inhaler cihaz kullanım eğitiminin hastaya hangi ortamda ve hangi eğitici (uzman-asistan doktorlar, eğitim hemşireleri) tarafından verileceğidir.⁽¹¹⁻¹⁷⁾

Kullanım hatalarına bağlı olarak eksik ya da aşırı doz ilaç kullanımı tedavi etkinliğinin azalmasına, yan etkilerin artmasına, hastalığın kontrolünün bozulmasına, acil başvurusu ve hastane yatışı gerektiren ciddi alevlenmelere neden olarak sağlık harcamaları ve morbiditenin artmasına neden olmaktadır.⁽¹²⁻¹⁸⁾

Bu çalışmada, göğüs hastalıkları polikliniğinde takip edilen astım/KOAH tanılı, inhaler tedavi almakta olan hastalarda; cihaz uygulama teknikleri incelenerek yaş, eğitim düzeyleri, yakınmaların süresi ve kullanılan inhaler cihaz tipinin doğru kullanım üzerine etkileri araştırıldı.

Gereç ve Yöntem

Bu retrospektif çalışmaya, 01.06.2010-30.12.2010 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve 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, 20.12.2013 tarih 17490

sayı ile Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır. Kliniğimizde hastaların inhaler ilaçları kullanma becerileri değerlendirildikten sonra, hastalara inhalasyon cihazı kullanım hakkında hasta eğitimi verilmektedir. Bütün gözlemler ve gözlem sonrası eğitim, tek bir kişi tarafından yapılmaktadır.

Hastalara inhalasyon tekniği hakkında hasta eğitimi sırasında; "Easyhaler", "turbuhaler" ve "discus" için cihazı kurularak ilaç dozunun yüklenmesi, inhaler kapsül için ilacın cihazın haznesi-ne yerleştirilerek, ÖDİ için ise cihazın çalkalanarak kullanıma hazırlanması gösterilmektedir. ÖDİ 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 anlatılmakta ve gösterilmektedir. ÖDİ için ise cihaz ağıza yerleştirildikten sonra 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. Değerlendirme aşamasında; etkili bir tedavide cihazın doğru kurulumu ve yeterli inhalasyon belirleyici basamaklar olduğundan bu basamaklarda yapılan hatalar, "cihazı kullanamama", inhalasyon sonrası nefes tutma ve uygulama bitiminde ağızın çalkalanması basamaklarında yapılan hatalar ise "hatalı kullanım" olarak kaydedilmiştir.⁽¹⁵⁻¹⁶⁾

Tablo 1. İnhaler 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 |

Analiz:

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

istik Regresyon Analizi ile değerlendirildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Exact Ki-Kare testi kullanıldı. Anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

Bulgular

Bu retrospektif çalışma 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.

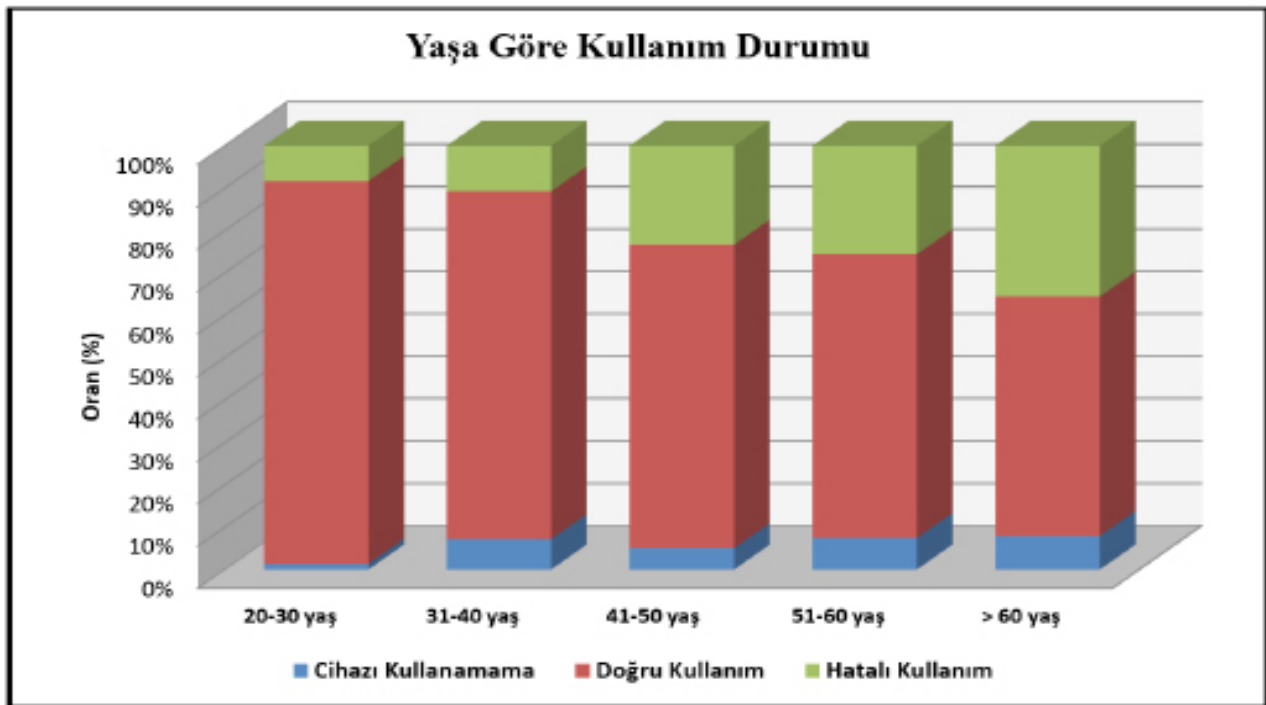
Yakınma süresine göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p < 0.01$) Yakınma süresi 0-3 ay olan grubun cihazı kullanamama ve hatalı kullanma oranı diğer gruplardan anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.001$, $p < 0.01$). Yakınma süresi 3 ay-1 yıl, 1 yıl-3 yıl 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 istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.010$, $p < 0.05$). Yine okuryazar olmayan olguların cihazı hatalı kullanma oranı da diğer eğitim gruplarındaki olguların hatalı kullanma oranlarından istatistiksel olarak 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 istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.001$, $p < 0.01$). Eğitim düzeylerine göre kullanım durumu dağılımı **Şekil 2**'de gösterilmiştir.



Şekil 1. İnhaler cihaz kullanan hastaların yaşa göre kullanım durumları

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 istatistiksel olarak 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 istatistiksel olarak 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 istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.030$, $p<0.05$). Cihazı kullanamama oranları cihaz gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir ($p:0.061$, $p>0.05$). Eğitim durumu ve kullanılan cihaza göre kullanım durumunun değerlendirilmesi **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

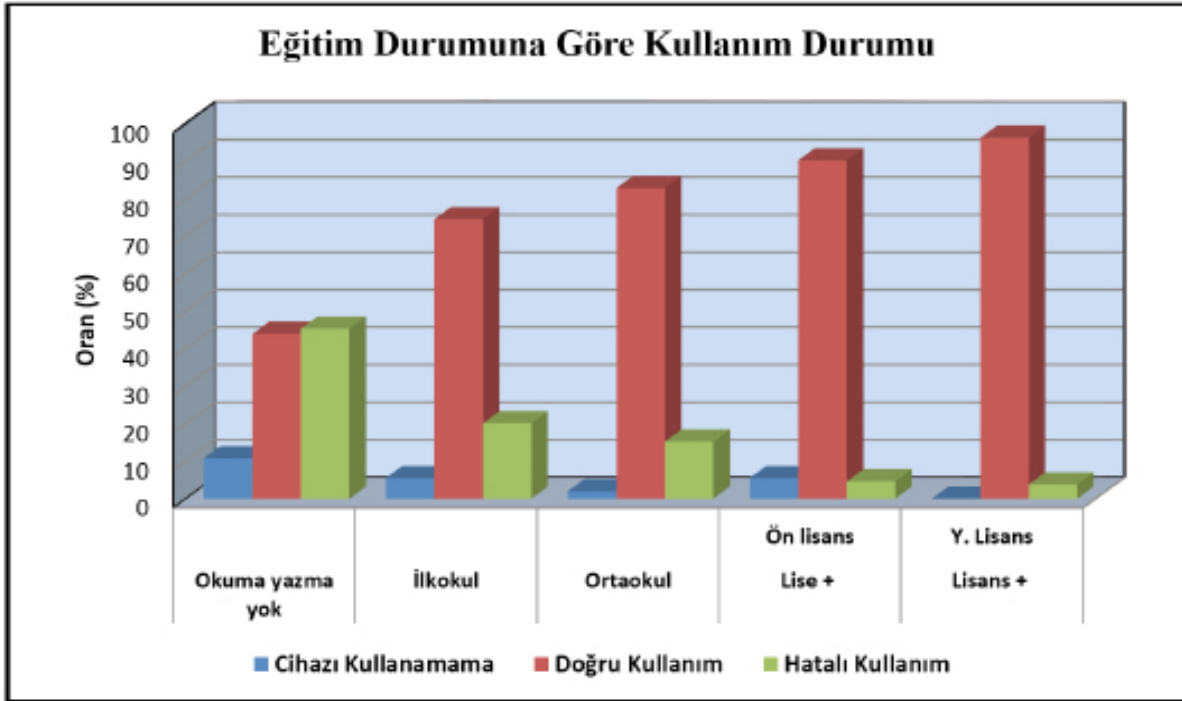
Okuryazar olmayan grupta; kullanılan cihaza göre

re 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 istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.017$, $p<0.05$).

Ortaokul mezunu grupta; Kullanılan ilaca 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 kullanma oranı diğer ilaçları kullanan olguların hatalı kullanma oranlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.022$, $p<0.05$).

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



Şekil 2. İnhaler cihaz kullanan eğitim düzeylerine göre kullanım durumları

Kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yaş gruplarına göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Yaş arttıkça hatalı kullanım oranının arttığı görülmekte-

dir. 40 yaş ve altındaki olgularda doğru kullanım oranları 40 yaş üzerindeki olguların doğru kullanım oranlarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.001, p<0.01$). Cinsiyete göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

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 * $p<0.01$ $p<0.05$

Eğitim düzeyine göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.01$). Eğitimsiz olgularda, hatalı kullanım oranı diğer eğitim gruplarından istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.001$, $p<0.01$). Yakınma süresine göre cihazı kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı 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 anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.001$, $p<0.01$).

Kullanılan cihaza göre kullanım durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). ÖDİ kullanan olgularda hatalı kullanım oranı yüksek iken, diğer cihazları kullanan olgularda doğru kullanım oranı anlamlı şekilde yüksektir ($p:0.036$, $p<0.05$).

Cihazı hatalı kullanım durumuna yaş, eğitim durumu, yakınma süresi ve ÖDİ cihazını kullanma parametrelerinin etkilerini Backward Stepwise lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir (**Tablo 3**). Modelin ilk adımda ileri düzeyde anlamlı ($p<0.001$) 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 ÖDİ cihazını kullanma parametreleri birinci adımda modelde kalmıştır ve etkileri istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ($p<0.01$). Hatalı kullanımı ileri yaşın (60 yaş üzeri) 3.433 kat, ilkökul mezunu olma durumunun 4.609 kat, eğitimsiz olma durumunun 17.151 kat, yakınma süresinin 0-3 ay olma durumunun 5.001 kat, ÖDİ cihazını kullanma durumunun 1.837 kat artırıcı etkisi olduğu görülmüştür.

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+Ön 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 |
| ÖDİ | 0,608 | 0,194 | 0,002** | 1,837 | 1,255 | 2,689 |
| Constant | -4,692 | 0,912 | 0,001** | 0,009 | | |

Tartışma

Çalışmamızda inhaler cihazın hatalı kullanımını artıran 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 anti-inflamatuar 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.⁽¹⁸⁻²³⁾

Çalışmada, inhaler ilaçların doğru kullanımını etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçladık. Van Beerendonk ve ark.'nın çalışmasında inhaler cihazların kullanımında cinsiyet önemli bir faktör olarak görülmemektedir.⁽²⁴⁾ 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.⁽²⁵⁾ Aydemir ve ark. cihaz kullanım eğitimi öncesi erkeklerin kadın hastalara göre daha iyi kullandıklarını saptamış ancak eğitim sonrası cinsiyetin anlamlı etkisi kaybolmuştur.⁽¹⁵⁾ Ceylan ve ark. yaş ve cinsiyetin doğru inhaler kullanımı üzerine olumsuz etkisini saptamadıklarını belirtmişlerdir.⁽²⁶⁾ Aydemir ve ark.'nın çalışmasında yaş ile doğru kullanım arasında ilişki bulunamamıştır.⁽¹⁵⁾

Şen ve ark. genç yaştaki hastaların inhaler cihazları yaşlı olanlara göre daha doğru kullandıklarını ifade etmişlerdir.⁽²⁷⁾ Çalışmamızda yaş ile kullanım durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark 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.⁽²⁵⁾ Allen ve ark. ortala-

ma yaşları 79.9 yıl olan 30 hastada ÖDİ kullanımı 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.⁽²⁵⁾ Bu çalışmada da eğitim düzeyi arttıkça inhaler cihazların doğru kullanım oranı artmaktaydı. Okuryazar olmayan olgularda doğru kullanım oranı %43.9 iken ilkokul 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.⁽¹⁵⁾ 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 süresi-nin 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.⁽¹⁵⁾ ÖDİ cihazlarında hatalı kullanım KTİ'lere göre daha sık gözlenmektedir. Literatürde çeşitli çalışmalarda püs-

kürtme anında eş zamanlı inhalasyon yapılmaması ve yeterli nefes tutulmaması en sık olmak üzere %71-89 oranında hatalı kullanım oranları bildirilmiştir.^(18,19,24,30-33) KTİ cihaz çeşitlerinin karşılaştırıldığı çalışmalarda cihazlar arasında anlamlı farklılık saptanmamış ve %7-55 oranında hatalı kullanım rapor edilmiştir.^(24,25,30,33,34) 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.

Cihazı hatalı kullanım durumuna yaş, eğitim durumu, yakınma süresi ve ÖDİ cihazını kullanma parametrelerinin etkilerini Backward Stepwise lojistik regresyon analizi ile değerlendirdiğimizde; cihazı hatalı kullanımda ileri yaşın (60 yaş üzeri) 3.4 kat, ilkokul mezunu olmanın 4.6 kat, okur-yazar olmamanın 17.1 kat, yakınma süresinin 0-3 ay olmasının 5 kat, ÖDİ cihazını kullanmanın 1.8 kat arttırıcı etkisi olduğu görülmüştür.

İnhaler ilaç kullanımı konusunda hasta eğitimi çok önemlidir. İnhaler ilaç eğitiminin inhaler cihaz kullanımı beceri oranlarının arttırdığını gösteren çeşitli çalışmalar mevcuttur.^(15,21,26,27,35-38,39) Mirici ve ark. çalışmalarında inhaler cihaz eğitimi sırasında kullanılan yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptamamışlardır.⁽²⁵⁾ 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.⁽³⁷⁾

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 hasta eğitimi 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 doktorlar ve hemşirelerin inhaler ilaç uygulamalarında da sorunlar 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. Mollimard ve ark. 2935 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 gerektiği durumlarda cihaz seçimi hastanın yaş, eğitim düzeyi ve kullanım 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. Kullanım becerilerinin geliştirilmesi ve tedavi uyumunu artırmak için hastaların eğitim ve sosyokültürel düzeyleri

ile uyumlu olarak cihaz uygulama broşürleri ve eğitim videoları paylaşılabilir. Göğüs hastalıkları poliklinikleri bünyesinde inhaler cihaz kullanımı eğitimi veren ek ünitelerin yaygınlaştırılması doğ-

ru cihaz kullanım oranlarının artmasına katkı sağlayacaktır. 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, 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, 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 2010.
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. Aydemir Y. İnhaler cihazların hatalı kullanımı-Etkili faktörler ve eğitimin rolü. *Solunum* 2013; 15(1):32-8.
16. Lavorini F, Magnan A, Dubus JC, et al. Effect of incorrect use of dry powder inhalers on management of patients with asthma and COPD. *Respir Med* 2008;102: 593-604.
17. Chapman KR, Voshaar TH, Virchow JC. Inhaler choice in primary practice. *Eur Respir Rev* 2005; 96: 117-22.
18. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stability. *Eur Respir J* 2002; 19: 246-51.
19. 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.
20. Shrestha M, Parupia H, Andrews B, 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.
21. 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.
22. Brocklebank D, Ram F, Wright J, 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.
23. 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.
24. 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.
25. Mirici A, Meral M, Akgün M, Sağlam L, İnandı T. İnhalasyon tekniklerine hasta uyumunu etkileyen faktörler. *Solunum Hastalıkları*. 2001; 12: 13-21.
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, Kuşun 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, 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 private practice. Rev Epidemiol Sante Publique 1995; 43(3): 242-49.
 33. Khassawneh BY, Al-Ali MK, Alzoubi KH, 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, Raherison 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 Blaquiere 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, Yalazkisa 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, AYTEKİN A, Tuğ T. Yaşlı Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalarına verilen eğitimin inhalasyon cihazı kullanım becerilerine etkisi. Turkish Thoracic Journal 2014; 15(2); 049-056.
 40. Chopra N, Oprescu N, Fask A, Oppenheimer 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, George RB. Incorrect use of metered dose inhalers by medical personnel. 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, Mısırlıoğlu F, Çildağ O. Hekimlerimizin inhalasyon cihazlarının kullanımıyla ilgili bilgilerinin değerlendirilmesi. Solunum 1996;20: 243-50.
 44. Akkaya E, Yılmaz A, Baran A ve ark. İnhalasyon cihazlarının kullanım tekniklerinin sağlık personeli ve hastalarda değerlendirilmesi. Solunum 1996; 20: 235-42.
 45. Dinmez S, Özdemir T, Ögüş C, Çilli A. Hemşire eğitiminin hastaların inhalasyon cihazlarını kullanmaları üzerine etkileri. Akciğer arşivi 2003; 4(2): 89-94.
 46. Molimard M, Raherison C, Lignot S, 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. Print 2017 Feb.

Geliş tarihi: 14.06.2017

Kabul tarihi: 14.03.2018

Yayın tarihi: 15.06.2018

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Doç. Dr. Nesrin Sarıman

e-posta: nesariman@yahoo.com