

Fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi

Volkan Atasoy, Elif Ateş Altunbaş, Turan Set



Erken evre demans hastalarına ve yakınlarına yaklaşım

Güzel Dişçigil, F. Sıla Ayan

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

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

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

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

* Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın 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 tekrarından kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

Prof. Dr. Dilek Toprak, İstanbul

Doç. Dr. Ümit Aydoğan, Ankara

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural, İstanbul

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin, Samsun

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Erdiç Yavuz, Samsun

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer, Edirne

Uzm. Dr. Birgül Coşkun, İstanbul

Uzm. Dr. Işık Gönenç, 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

Dergimizin yeni sayısı ve Ulusal Aile Hekimliği Kongresi hakkında | 90

About the new issue of our journal and National Family Medicine Congress

Serdar Öztora

Araştırmalar | Research Articles

**Evlilik öncesi danışmanlık ve rapor alma amacıyla
aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin değerlendirilmesi | 92**

Evaluation of individuals admitted to

Family Medicine Outpatient Clinic for pre-marriage report and counseling

Güzin Zeren Öztürk, Zeynep Yılmaz, Memet Taşkın Egici, Güven Bektemur

Fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi | 102

Evaluation of Vitamin D levels among overweight and obese children

Volkan Atasoy, Elif Ateş Altunbaş, Turan Set

**Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri
kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi | 110**

**Evaluation of sun-protective behaviors and preventive
medicine practices of family physicians for skin cancer**

Atiye Oğrum, Gülseren Oktay

**Türkiye’de iller arası yerleştirmeye açılan
birimlerin boş kalma durumları ve etkileyen faktörler | 118**

**The vacancy of the family practice units opening for the
inter-provincial placement and the factors affecting vacancies in Turkey**

Fatma Yeşim Karakoç, Mestan Emek, Mete Önde

Derleme | Invited Review

Erken evre demans hastalarına ve yakınlarına yaklaşım | 128

Approach to early stage dementia patients and their families

Güzel Dişçigil, F. Sıla Ayan

Editöre Mektup | Letter to the Editor

Şemseddin-i İtakî ve İtakî Düşme Riski Ölçeği hakkında bilgi notları | 136

Şemseddin-i İtakî and Information Notes about the Fall Risk Scale of İtakî

İlhan Bahşi, Funda Gülay Kadioğlu

Dergimizin yeni sayısı ve Ulusal Aile Hekimliği Kongresi hakkında

About the new issue of our journal and National Family Medicine Congress

Serdar Öztora¹

Değerli okurlarımız,

Dergimizin 23. cildinin 3. sayısını da yazar ve hakemlerimizin değerli katkıları sayesinde yayına hazırlamış bulunuyoruz.

Bu sayımızda evlilik öncesi danışmanlık ve rapor alma amacıyla Aile Hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin değerlendirilmesi; fazla kilolu ve obez çocuklarda D Vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi; Aile Hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi gibi Aile Hekimliği uygulamaları ile ilgili yazılar ile beraber Türkiye’de iller arası yerleştirmeye açılan birimlerin boş, kalma du-

rumları ve etkileyen faktörler gibi Aile Hekimlerini etkileyen konularda yazılmış ilginç orijinal araştırmalar yer almaktadır.

Bunların yanında yine Aile Hekimliği için önemli olabilen erken evre demans hastalarına yaklaşım konulu bir derleme ile beraber bir adet de Editöre Mektup, dergimizin son sayısını oluşturmaktadır.

Sonbahar döneminde yeniden canlanan akademik hayatın önemli unsurlarından biri de kongreler olmaktadır. Bu vesile ile sizleri, TAHUD tarafından 31 Ekim-2 Kasım 2019 tarihleri arasında Ankara Swiss Otel’de düzenlenecek olan 18. Ulusal Aile Hekimliği

¹ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörler Kurulu Üyesi ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Edirne

Kongremize davet etmek istiyoruz. Kongremizde sahada çalışan hekimlerimizin ihtiyacına yönelik birinci basamak yönelimli eğitimler ile birlikte, akademik yolda yürüyen ve yürümek isteyenler için araştırma, tez ve eğitimle ilgili oturumlar ile dolu dolu bir program katılımcıları beklemektedir.

Akademik hayatımızın bu iki önemli unsuru önümüzdeki sayıda bir araya gelecek ve

kongremizde sunulan bildiriler tam metin olarak dergimizin ekinde yayınlanacaktır.

Gerek dergimize, gerek kongremize destek veren değerli meslektaşlarımıza çok teşekkür eder, saygılar sunarız.

Prof. Dr. Serdar Öztora
Türkiye Aile Hekimliği Dergisi
Editörler Kurulu Üyesi

Evlilik öncesi danışmanlık ve rapor alma amacıyla aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin değerlendirilmesi

Evaluation of individuals admitted to family medicine outpatient clinic for pre-marriage report and counseling

Güzin Zeren Öztürk¹, Zeynep Yılmaz¹, Memet Taşkın Egici², Güven Bektemur³

¹) Şişli Hamidiye Etfal Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul / Türkiye

²) Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İstanbul / Türkiye

³) Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul / Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmamızda son iki yıl içerisinde evlilik öncesi rapor alma nedeniyle hastanemizin aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin tıbbi tetkiklerinin değerlendirilerek güncel rapor uygulaması ve evlilik öncesi danışmanlık hizmetleriyle ilgili durumu ortaya koymak ve hukuki bağlamda eksikliklere dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Metod: Ocak 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine evlilik öncesi rapor almak amacıyla başvuran bireylerin test sonuçları geriye dönük dosya tarama yöntemi ile değerlendirildi. Analiz için SPSS 16 kullanılmış ve $p \leq 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Evlilik raporu almak için 1863 kişi başvurmuş olup, başvuran bireylerden 918 (%49,3)'i kadın, 945 (%50,7)'i erkekti. Başvuran bireylerden 74 kadının kan grubu Rh Negatif olarak saptandı. Hemoglobin elektroforezi 990 kişiden istendi; 22 (%2,2)'sinde talasemi taşıyıcılığı saptandı. HBsAg testi 1579 kişiden istendi ve 26 (%1,7) kişide pozitiflik saptandı. Öte yandan anti-HBs istenen 1526 kişiden; 657(%43,1) kişide anti-HBs pozitifliği mevcuttu. HCV testi 1570 kişiden istendi; pozitif saptanan 3 (%0,2) kişiydi. VDRL 1565 kişiden istendi; VDRL pozitifliği ise 6 (%0,4) kişide saptandı. Akciğer grafisi 1862 kişiden istendi ve sadece 11 (%0,6)'inin akciğer grafilerinde geçirilmiş tüberküloz lehine düşünülen fibrotik değişiklikler görüldü.

Sonuç: Evlilik öncesi danışmanlık sadece bireysel sağlıkta değil aynı zamanda sağlıklı nesillerin oluşmasında önemli basamaktır. Bu nedenle evlilik öncesi danışmanlığın önemini belirten gerekli toplumsal ve bireysel bilgilendirmelerin yapılması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: Evlilik raporu, evlilik danışmanlığı, sağlık raporu

Summary

Aim: In this study, it was aimed to evaluate the medical reports of individuals who applied to the family medicine outpatient clinic of our hospital in the last two years and to draw attention to the deficiencies in the legal context.

Method: Between January 2016 and January 2018, the test results of the individuals who applied to the Family Medicine Outpatient Clinic of Şişli Hamidiye Etfal Training and Research Hospital before the marriage were evaluated with retrospective file screening method. SPSS 16 was used for analysis and $p \leq 0,05$ was considered significant.

Results: In order to obtain a marriage report, 1863 people applied, 918 (49.3%) were female and 945 (50.7%) were male. The blood group of 74 women was Rh-Negative. 990 subjects required hemoglobin electrophoresis; Thalememia was detected in 22 (2.2%) patients. The HBsAg test was done from 1579 people; 26 (1.7%) were positive.

On the other hand, 1526 people done anti-HBs; 657(43.1%) had anti-HBs positivity. HCV test was done from 1570 people; 3 (0.2%) were positive. VDRL was done from 1565 people; VDRL positivity was detected in 6 (0.4%) patients. Chest radiography was requested in 1862 and only 11 (0.6%) of the patients had fibrotic changes in favor of tuberculosis.

Conclusion: Pre-marriage counseling is not only an individual health, but also an important step in the formation of healthy generations. For this reason, we think that the necessary social and individual informations should be done indicating the importance of pre-marital counseling.

Key words: Pre-marriage reports, pre-marriage counseling, health report

Giriş

Aile sağlığı sadece bireyleri değil, aileyi ve toplumu etkileyen bir kavramdır. Evlilik ailenin oluşumundaki ilk adım, bireylerin hayatlarını beraber sürdürme istekleri sonucu yaptıkları resmi bir akittir. Evlilik sonrası başta cinsel yolla bulaşan hastalıklar olmak üzere birçok enfeksiyon bir eşten diğerine bulaşabilir. Evlilik sonucu doğacak çocukta da anne ve babanın genlerinin birleşmesi nedeniyle çekinik genetik hastalıkların ortaya çıkması gibi durumlar oluşmaktadır. Bu nedenle gelişmiş toplumlarda evlilik öncesi danışmanlığı oldukça yaygın yapılmakta ve istenmeyen sağlık problemlerinin önüne geçilebilmek için bir tarama fırsatı olarak görülmektedir.

Evlilik öncesi taramada ülkeler arası farklılıklar bulunmaktadır. Dünyada talasemi taramasının geçmişi 1975'lere dayanmaktadır.⁽¹⁾ Ülkemizde 2002 yılında yayımlanan Kalıtsal Kan Hatalıklarından Hemoglobulinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği gereğince evlilik öncesi talasemi tarama testi yapılmaktadır.^(2,3)

Resmi kuruluşlara evlenmek için müracaat eden bireylerden "evlenmelerinde sakınca yoktur" beyanlı sağlık raporu istenmektedir.⁽⁴⁾ Bu raporlar, aile hekimleri başta olmak üzere birçok devlet kurumu ve özel hastaneler tarafından verilebilmektedir.

Evlilik öncesi danışmanlığın daha etkin olabilmesi için her iki birey birlikte sağlık kuruluşuna başvurmalı ve danışmanlık hizmetinden birlikte faydalanmalıdır. Ancak, farklı ülkelerde veya farklı şehirlerde yaşamak, aile hekimlerinin farklı olması ve çalıştığı kurumdan eş zamanlı izin alamama gibi bazı durumlarda sağlık raporu farklı hekimler veya farklı kurumlarcada düzenlenebilmektedir.⁽⁵⁾

Evlilik öncesi danışmalıkta her muayenede olduğu gibi başvuran bireylerin hikayelerinin ayrıntılı alınması, muayenelerinin özenle yapılması, gerekli tahlillerin istenmesi ve tüm bunların sonucunda evlilik için danışmanlık verildikten sonra sağlık raporu düzenlenmesi gerekmektedir.⁽⁶⁾ Evlenmeden önce bakılması gereken ve bireyler için risk oluşturan durumlar arasında; tüberküloz ve lepra gibi patent periyodu uzun bazı enfeksiyon hastalıkları, cinsel yolla bulaşan bazı hastalıklar, talasemi gibi genetik geçişli hastalıklar, doğacak çocukları etkileyebilecek kan uyumsuzluğu ve psikiyatrik hastalıklar bulunmaktadır.⁽⁷⁾

Ancak günümüzde hem bireysel hem toplumsal sağlığa etkisi olan evlilik danışmanlığının, hekimlere başvuran hastaların yoğunluğunun fazla olması, evrakları isteyen yetkili mercilerin bu rapora olan bakış açısı, bireylerin evlilik öncesi danışmanlığı bir angarya veya prosedür olarak görmeleri, çiftlerin yaşadığı şehrin farklı olması veya aile hekimliklerinin farklı olması nedeniyle başvuruya birlikte gelememeleri gibi çok bileşenli sebeplerden ötürü tam anlamıyla yapılamadığını düşünmekteyiz.

Bu çalışmamızda son 2 yıl içerisinde evlilik öncesi rapor alma istemi ile hastanemizin aile hekimliği polikliniğine başvuran bireylerin tıbbi tetkiklerinin değerlendirilmesi, güncel evlilik öncesi rapor uygulamaları, evlilik öncesi danışmanlık konusundaki durumu ortaya koymak ve uygulamadaki eksikliklere dikkat çekmek amaçlanmıştır.

Yöntem

Ocak 2016-Ocak 2018 tarihleri arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniğine evlilik öncesi rapor almak amacıyla başvuran bireylerin test sonuçları geriye dönük dosya tarama yöntemi ile değerlendirildi. Bu bakımdan çalışmamız retrospektif kesitsel bir çalışmadır.

Çalışmanın etik kurul onayı Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik kurulundan alınmıştır (Tarih: 11.09.2018; No: 2110).

Başvuran kişilerden istenen tam kan sayımı (hemogram), anti-HIV, HBsAg, HCV, VDRL, HPLC ile hemoglobin elektroforezi, kan grubu gibi tetkikler ile çekilen postero-anterior akciğer grafisi (PA AC) ve raporları değerlendirildi.

Çalışmadaki verilerin geriye dönük dosya taraması ile elde edilmesi nedeniyle çiftlerin kimler olduğunun bilinmemesi; bireylerin tahlillerinin hepsini hastanede yaptırmamış olması ve dış merkezlerde yapılan tahlil sonuçlarının dosyalarda olmaması çalışmanın kısıtlılıklarındandır.

Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk testi ile incelenmiştir. Sürekli değişkenler ortalama \pm standart sapma ve medyan (minimum: maksimum) değerleriyle ifade edilmiştir. Kategorik değişkenler ise n (%) ile ifade edilmiştir. Normalite testi sonucuna göre iki grup arasında yapılan karşılaştırmalarda Mann Whitney U testi ya da bağımsız örneklem t testi kullanılmıştır. Kategorik değişkenlerin gruplar arası karşılaştırmalarında ise Pearson ki-kare, Fisher'in kesin ki-kare testi ya da Fisher Freeman-Halton testleri kullanılmıştır. SPSS 16 paket program kullanılmış ve $p \leq 0,05$ anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

2016-2018 yılları arasında Aile Hekimliği polikliniğimize evlilik öncesi rapor almak amacıyla 1863 kişi başvurmuştu. Bireylerin yaş ortalaması $30,7 \pm 7,64$ (min:17; max:73) hesaplandı. Başvuran bireylerin 918 (%49,3)'i kadın, 945 (%50,7)'i erkekti. Kadınların yaş ortalaması $29,47 \pm 7,17$, erkeklerin yaş ortalaması ise $31,99 \pm 7,96$ olarak bulundu. Cin-

siyet durumuna göre yaş ortalaması anlamlı olarak farklı bulundu ($p \leq 0,05$). Başvuran erkeklerin yaş ortalaması kadınlara göre daha yüksekti. Başvuran bütün bireylere tahlillerin hepsinin istenilmediği tespit edildi. Başvuran 873 kişinin gerekli tüm tahlilleri hastanemizde yapılmıştı.

Başvuran bireylerin %62,6 (n=1166)'sına kan grubu istemi yapılmış olup; 74 kadının kan grubu Rh Negatif olarak saptandı. Başvuranların kan grupları 439 (%23,6) kişiyle en fazla A Rh+ olurken, 7 (%0,4) kişiyle en az AB Rh- olarak bulundu (Tablo 1). Bu oran kadın ve erkek arasında farklılık göstermedi ($p \geq 0,05$).

Hemoglobin elektroforezi toplam 990 kişiden istenmiş olup; 198 (%20)'i kadındı. Talesemi taşıyıcılığı 22 (%2,2) kişide saptandı. Kadınların sadece 4'ünde pozitiflik saptanmışken, erkeklerin 18'inde pozitiflik saptandı. Fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($p \geq 0,05$). Taşıyıcılık saptanan bireyler genetik danışmanlık amaçlı gerekli kurumlara yönlendirildi. Yaş ile talasemi taşıyıcılığı arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p \geq 0,05$).

HBsAg testi 1579 kişiden istenmiş olup; pozitifliği 9 kadın, 17 erkek bireyde olmak üzere 26 (%1,7) kişide saptandı. Cinsiyet ile HBsAg pozitifliği arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı.

Tablo 1. Kan grupları ve Rh faktörünün cinsiyete göre dağılımı

	Erkek		Kadın		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
0 Rh-	24	%2,5	22	%2,4	46	%2,5
0 Rh+	182	%19,3	168	%18,3	350	%18,8
A Rh-	24	%2,5	37	%4	61	%3,3
A Rh+	208	%22,0	231	%25,2	439	%23,6
AB Rh-	2	%0,2	5	%0,5	7	%0,4
AB Rh+	34	%3,6	32	%3,5	66	%3,5
B Rh-	5	%0,5	10	%1,1	15	%0,8
B Rh+	85	%9	97	%10,6	182	%9,8
Toplam	945	%100	918	%100	1864	%100

($p \geq 0,05$). Fakat yaş ilerledikçe pozitiflik artmaktaydı ($p \leq 0,05$). Öte yandan anti-HBs istenen 1526 kişiden; 657 (%43,1)'inde anti-HBs pozitifliği mevcuttu ve bu değer de yaş azaldıkça artmaktaydı ($p \leq 0,05$). Cinsiyet ile anti-HBs arasında anlamlı ilişki saptanmış olup, kadınlarda daha fazla pozitif sonuç mevcuttu.

HCV testi 1570 kişiden istenmiş olup; pozitif saptanan 3 (%0,2) kişiydi. Yaş ve cinsiyet ile HCV pozitifliği arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p \geq 0,05$). HIV pozitifliği katılımcıların hiçbirinde saptanmadı. VDRL 1565 kişiden istenmiş olup; VDRL pozitifliği ise 6 (%0,4) kişide saptandı; yaş ve cinsiyet ile anlamlı fark saptanmadı ($p \geq 0,05$) (**Tablo 2**).

Akciğer grafisi 1862 kişiden istenmiş ve sadece 11 (%0,6)'inin akciğer grafilerinde geçirilmiş tüberküloz lehine düşünülen fibrotik değişiklikler görüldü. Yaş ve cinsiyet ile aralarında anlamlı farklılık saptanmadı ($p \geq 0,05$).

Tartışma

Yasalarımıza göre bireyler evlenme isteğini beyan etmek üzere belediyeye başvurduklarında kendilerinden istenen evraklar arasında evlilik öncesi rapor bulunmaktadır. Bu rapor, çiftlerin evlilik öncesi sağlık taramasından geçmelerini sağlamak, varsa mevcut bulaşıcı hastalıkların tespit edilmesi, gerekirse bilgilendirilmeleri ve lüzum halinde tedavi edilmeleri, ileride sahip olabilecekleri çocukların sağlığı için alınması gereken önlemlerin erkenden alınması için bazı standart testler içermektedir.⁽⁸⁾ Bu nedenle çiftlerin beraber başvurması, değerlendirilmesi ve bilgilendirilmesi idealdir.

Ancak, hastane bilgi yönetim sistemi kayıt ekranlarında sadece tekil başvurulara göre kayıt oluşturulduğundan, çiftlerin evlilik raporu düzenlenmesi için beraber geldiklerine dair bir kayıta ulaşılamamıştır. Bununla birlikte çalışmada kadın ve erkek sayılarının eşit olmaması tek başına başvuru olduğunu göstermektedir.

Çalışmayı yaptığımız hastanede evlilik raporu için gerekli tahlillerin tamamı yapılabilmekte iken, başvuran bireylerin yaklaşık yarısının tüm tetkikleri bizim tarafımızdan yapılmıştır. Bunun nedeni birçok kişinin kısmi olarak tetkikini yaptırdıktan sonra başvurmasıdır. Bu durum bireylerin halen nereye başvuracakları ya da tetkiklerini nasıl yaptıracakları konusunda yeterli bilgilerinin olmadığı şeklinde değerlendirilebilir.

Yasalarımızda sifiliz, yumuşak şankr, lepra olanların hastalıklarının tedavisi sonrasında evlenmeye izin verilebileceği belirtilmiştir. Ancak akli dengesizliği olanların evlenmesi yasaklanmıştır.⁽⁹⁾ Kişinin genel muayenesi sırasında, akıl ve ruh hastalığı konusunda şüphe olursa bir psikiyatri uzmanına sevk edilir. Akıl ve ruh sağlığıyla ilgili tedavi gerektiren bir teşhis alan hastaya medeni kanna göre evlilik raporu verilememektedir.⁽⁴⁾ Kayıtlarımıza göre böyle bir durum saptanmamıştır.

Ayrıca akciğer tüberkülozu saptanması durumunda nikahın altı ay ertelenerek tedavi başlanması şart koşulmuştur. Bu süre zarfında iyileşme görülmezse altı ay daha ertelenmesi zorunlu kılınmıştır. Çalışmamızda başvuran çiftlerden hiç birinde aktif akciğer tüberkülozu düşündürecek bulguya rastlanmadı, ancak 11 (%0,6) kişinin akciğer grafisinde geçirilmiş tüberküloz lehine düşünülen fibrotik değişiklikler görüldü.

Tablo 2. Evlilik raporu almak için başvuran bireylerin bazı biyokimyasal değerleri

	NEGATİF	POZİTİF
HİV	1570 %100	0 %0
HCV	1567 %99,8	3 %0,2
HBsAg	1549 %98,3	26 %1,7
Anti-HBs	869 %56,9	657 %43,1
VDRL	1559 %99,6	6 %0,4

4721 sayılı Türk Medeni Kanunu (TMK)'na göre "evlilik için 18 yaş üstünde olunması şart kılınmış ancak olağanüstü durumlarda 16 yaşını doldurmuş bireyler aile veya vasi izniyle evlenebilir" denilmiştir.⁽⁴⁾ Ortalama ilk evlenme yaşı, son yapılan istatistiklere göre erkekler için 27,7, kadınlar için 24,6 iken bizim çalışmamızda hem erkekler hem de kadınlarda evlemek için başvuranların yaş ortalamaları daha yüksekti (Erkeklerde $31,99 \pm 7,96$, kadınlarda $29,47 \pm 7,17$ olarak bulundu). Cinsiyetler arası ilk evlenme yaş farkı bizim çalışmamızda ise 3,1 yaş idi. İstanbul il bazında bakıldığında ise ilk evlenme yaşı ortalaması erkekte 28,6, kadında ise 25,9 dur.⁽¹⁰⁾ Bizim çalışmamızda Türkiye genelinde ve İstanbul istatistiklerinde olduğu gibi kadınların evlilik yaş ortalaması erkeklere göre daha düşük ve cinsiyetler arası yaş farkı benzer bulunmuştur.

Dünya genelinde en yaygın bulunan kan grubu O (%47), en az bulunan ise AB (%3) dir.⁽¹¹⁻¹³⁾ Türkiyede ise en fazla görülen kan grubu %42,84 ile A grubu olurken, en az görülen %8,03 ile AB kan grubu olarak saptanmıştır. Türkiyede Rh oranlarına baktığımızda Rh+ oranı %88,54'tür.⁽¹⁴⁾ İstanbul şehrinde bu oranlar Türkiye geneliyle paralellik göstermektedir.⁽¹⁵⁾ Bizim çalışmamızda bunlara paralel olarak başvuranların kan gruplarından A kan grubu en fazla iken, en fazla Rh pozitif. Başvuran bireylerden kadınlar ABO ve RH uygunsuzluğu açısından değerlendirilmiş ve gerekli uyarılarda bulunulmuştur.

Talasemi; dünyada ve ülkemizde en sık görülen ailesel geçişi olan kalıtsal kan hastalığıdır.⁽¹⁾ Talasemiler, otozomal resesif geçiş gösteren, Hemoglobin (Hb) zincirlerinden birinin veya birkaçının hasarlı sentezi sonucu gelişen hipokrom mikrositer anemi ile karakterize bir grup hastalıktır.⁽¹⁷⁾ Taşıyıcıların laboratuvar tarama programları ile saptanması, daha sonra genetik danışmanlık verilmesi ve doğum öncesi tanı konabilmesiyle engellenebilir bir hastalık olarak kabul edilmesine rağmen, dünyada her yıl en az 60.000 talasemili çocuk doğmaktadır.⁽¹⁸⁾ Ülkemizde özellikle halen akraba evliliğinin olması

nedeniyle genetik geçişli hastalıkların riski fazladır. Türkiye'de yaklaşık 1.300.000 talasemi taşıyıcısı ve 4.500 kadar talasemi hastası vardır.⁽¹⁹⁾ Ülkemizde β talasemi taşıyıcılığı sıklığı %2,1 olup bölgesel olarak Akdeniz, Ege ve Trakya bölgelerinde sıklık %13 değerlerine çıkmaktadır.⁽¹⁹⁾ Bizim çalışmamızda 22 (%2,2) kişide talasemi taşıyıcılığı saptanmış olup ülke ortalamasına benzerdir.

Tüberküloz dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur ve dünya çapında ölüme yol açan yedinci nedendir.⁽²⁰⁾ Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2014 yılında 6 milyon yeni tüberküloz vakası bildirilmiştir.⁽²¹⁾ Bizim polikliniğimize başvuranların sadece 11 (%0,6)'inin akciğerlerinde geçirilmiş tüberküloz lehine düşünülen fibrotik değişiklikler görüldü. Bu bireyler aktif hastalığı olmadığından emin olmak için göğüs hastalıkları uzmanına sevk edildi. Hastaların tekrar polikliniğimize geri dönüşleri olmadığından akibetleri hakkında bir bilgiye ulaşılamadı.

Tarihin en eski hastalıklarından birisi olan tüberküloz (TB) bugün dünyada hala hayatı tehdit eden bir hastalık olarak varlığını sürdürmektedir.⁽²²⁾ ve evlilik öncesi taraması önemlidir. Aktif tüberküloz şüphesi olan kişiler göğüs hastalıklarına sevk edilir ve tanısı kesinleşen hastaya, hastalık tedavi edilene kadar evlilik raporu verilmez ve evlilik 6 ay ertelenir. Tedavisi 6 ayda tamamlanmayan hastanın evlilik süreci 1 yıla kadar uzatılabilir. Bu sürenin sonunda da iyileşme olmazsa, her iki tarafa bu hastalığın bulaşma tehlikesi ve muhtemel riskleri hakkında bilgi verilir. Taraflar buna rağmen evlenmek istiyorlar ise durumu bildiklerine ve kabul ettiklerine dair onamları yazılı olarak alınarak rapor düzenlenir.⁽⁴⁾

Cinsel yolla bulaşan yirminin üzerinde mikroorganizma vardır.⁽²³⁾ Cinsel yolla bulaşan hastalık (CYBH) insidansı dünyada ve ülkemizde artış göstermektedir. CYBH arasında kronik hastalıklara sebep olan hatta ölümcül olanları da mevcuttur. Evlilik öncesi yapılan taramaların kişilerin hikayesi-

ne göre genişletilmesi gerektiğini düşünmekteyiz. Çalışmamızda VDRL pozitifliği 6 (%0,4) kişide saptandı. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde sifiliz enfeksiyonları yüzbinde 5,2 insidans ile Batı Avrupa'daki insidansına benzerlik göstermektedir.⁽²⁴⁾

Türk Karaciğer Araştırmaları Derneği (TKAD) tarafından 2008-2011 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmada HBsAg pozitifliği %4, anti-HBs pozitifliği ise % 32 saptanmış ve HBsAg pozitifliğinin yaşla artış gösterdiği de belirlenmiştir.⁽²⁵⁾ Viral hepatitlerin epidemiyolojik sistemsel incelemesinde %12 oranında cinsel yolla bulaştığı bildirilmiştir.

Akut veya kronik HBV enfeksiyonu olan hastaların partnerlerine heteroseksüel yolla %40 bulaşma oranı görülmektedir.^(26,27) Çalışmamızda HBsAg pozitifliği 9 kadın, 17 erkek bireyde olmak üzere 26 (%1,7) kişide saptandı. Türkiye çalışmalarına göre düşük çıkmasının nedeninin bölgesel değişiklikten kaynaklandığını düşünmekteyiz. Cinsiyet ile HBsAg pozitifliği arasında anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p \geq 0,05$). Fakat yaş ilerledikçe pozitiflik artmaktaydı ($p \leq 0,05$).

Öte yandan 657 (%43,1) bireyin hepatit B bulaşıklığını gösteren Anti-HBs pozitifliği mevcuttu ve bu değer de yaş azaldıkça artmaktaydı ($p \leq 0,05$). Anti-Hbs pozitifliği gençlerde fazla olmasının ülkemizde aşılamanın artmasından kaynaklandığını, bunun da zamanla HbsAg pozitifliğini azaltacağını düşünmekteyiz.

TKAD'ın aynı çalışmasında anti-HCV pozitifliği %0,95 olarak saptanmıştır.⁽²⁴⁾ Hepatit C, temel olarak bulaşma yolu kandır. Hepatit C'nin cinsel yolla bulaşma olasılığı son derece düşüktür, tek eşli çiftlerde bu olasılık daha da zayıftır; ancak çok eşli, cinsel yolla bulaşan hastalığı olan ve AIDS'li kişilerde cinsel yolla bulaşma olasılığı yüksektir. Ancak HCV'ye bağlı akut hepatiti olan hastaların partnerlerine cinsel ilişki ile HCV bulaştırma riski kronik enfeksiyona göre oldukça yüksek bulunmuştur.⁽²⁴⁾ Türk Medeni Kanunu (TMK) hükümler-

ine göre sadece akıl hastalığı yasal bir evlenme engeldir. Dolayısıyla yapılan testler sonucunda bulaşıcı bir hastalığın varlığı belirlense dahi kişilerin evlenme başvurusu sırf bu nedenle reddedilemez.⁽⁴⁾

HCV pozitifliği saptanan bireyler hastalık konusunda aydınlatılıp, bir enfeksiyon hastalıkları uzmanına görünülmesi tavsiye edilip rapor düzenlenebilir. Kişi rızası olmadan diğer eş adayıyla bilgi paylaşımı yapılamaz. Bizim çalışmamızda HCV pozitifliği sadece 3 (%0,2) kişide saptandı.

Türkiye'de HIV/AIDS 1985 yılında 3 vaka ile başlamış, 31 Aralık 2014 itibarı ile 9191 vakaya ulaşmıştır.⁽²⁸⁾ Erkeklerdeki enfeksiyonların yaklaşık %60'i homoseksüel ilişkilerden, %15'i heteroseksüel ilişkilerden kaynaklanmaktadır.⁽²⁹⁾ HIV/AIDS bakımından Türkiye uluslararası değerlendirmelerde düşük prevalanslı (<%0,1) ülkeler arasındadır. Bizim çalışmamızda da buna uyumlu olarak hiç HIV vakasına rastlanmamıştır. HIV pozitif saptanan bireylerle ilgili HCV pozitifliği ile ilgili durum burada da söz konusudur. Yeni saptanan olguysa hastalık hakkında bilgilendirilip gerekli uzmana yönlendirilmelidir.

Umumi Hıfzı Sıhha Kanununa göre evlenme engeli teşkil eden bulaşıcı hastalık grupları: sifiliz, gonore, şankroid, lepra ve tüberkülozdur.⁽⁹⁾ Bu hastalıklardan birinin tespiti halinde hastalığın bulaşmasını önleyecek tedavi başladıktan ve hastanın bulaştırıcılığı ortadan kaldırıldıktan sonra raporu düzenlenir.⁽⁹⁾ Ancak, diğer enfeksiyonlar (HIV, Hepatitler v.b.) ülkemizdeki Hasta Hakları Yönetmeliğine göre hasta mahremiyeti nedeniyle sonuçlar bireysel açıklanmaktadır ve bu partnerin sağlığını riske atabilmektedir.⁽³⁰⁾

Türk Ceza Kanununa göre eş adaylarından birinde bulaşıcı bir hastalık var ise ve bu hastalığı olduğunu bilmesine rağmen karşı tarafa söylemeyip hastalığı bulaştırması durumu kasten adam öldürmeye teşebbüs olarak değerlendirilebilir.⁽³¹⁾

Ülkemizdeki yasal düzenlemeler bu alanda hekim i ikilemde bırakmaktadır, hekim vicdanı ve ya-

salar arasında sıkışıp kalmaktadır. Bu durumlar için bireylerin mahremiyetlerini bozmadan ama karşı tarafı da riske atmayacak müdahalelerin yapılmasını sağlayacak çeşitli yasal düzenlemeler yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Örneğin HBsAg pozitif olan bireyin parterinin aşılama ve koruyuculuğu oluşmadan evliliğin ertelenmesi veya HIV pozitif bireylerin kendilerinin tedavi altına alınıp viral yük azaldıktan partnerinde gerekli profilaksi ve önlemler açısından eğitim aldıktan sonra izin verilmesi şeklinde olabilir.

Sonuç

Çalışmada evlilik öncesi danışmanlığı ve raporlama için halen çeşitli nedenlerle bireysel başvuruların yapıldığını tespit ettik. Raporların büyük bir çoğunluğu kişilerin kayıtlı olduğu aile hekimleri tarafından düzenlenmektedir. Kayıtlı olunan aile hekiminin farklı olması, farklı şehirlerden bireylerin evlenmesi çiftlerin beraber değerlendirilme ve danışmanlık hizmetlerinin tam ve verimli alınmamasına neden olmaktadır. Bu nedenle evli-

lik raporlarının evlilik danışmanlığı da veren özel oluşturulmuş polikliniklerde çiftlerin birlikte başvurusu sonucu verilmesinin daha kaliteli hizmet sunulmasını sağlayacağını düşünmekteyiz.

Topluma evlilik öncesi danışmanlığı ve raporlamanın önemi anlatılmalı ve bu konuda gerekli eğitim ve bilgilendirilmenin etkin bir şekilde yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Evlilik öncesi danışmanlığın sadece bireysel sağlığın değil aynı zamanda sağlıklı nesillerin oluşmasında önemli basamak olduğu unutulmamalıdır. Bu konuda en önemli görev bu raporları düzenleyen başta aile hekimleri olmak üzere tüm hekimlere düşmektedir.

Bu raporların düzenlenmesinde, zaman zaman CYBH'ya rastlanması durumunda kişisel ve rilerin korunması ve veri mahremiyeti nedeniyle bilgilendirme tek taraflı yapılmaktadır. Bu durumun bu hastalıklarda bulaşı artıracığı ve sadece bireyi değil toplumu ilgilendiren bir sağlık sorununa yol açacağını düşündüğümüzden sorunun çözümü için yasal düzenlemeler yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Silvestroni E, Bianco I, Graziani B, Carboni C, D'Arca SU.: First premarital screening of thalassaemia carriers in intermediate schools in Latium. *J Med Genet* 1978; 15: 202-7.
2. Özer TT, Yula E, Deveci Ö, Yanık K, Durmaz S, Tekin A.: Evlilik öncesi yapılan tarama testi sonuçlarının değerlendirilmesi. *J Clin Exp Invest* 2011; 2:292-4.
3. Kalıtsal Kan Hastalıklarından Hemoglobulinopati Kontrol Programı ile Tanı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği. T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara. <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4936&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=kal%C4%B1t> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
4. Türk Medeni Kanunu Kanun no: 4721 Tarih: 22.11.2001 <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.4721&sourceXmlSearch=&MevzuatIliski=0&Tertip=5&Tur=1&No=4721> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
5. Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi.T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara, 2013. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/10503,evlilik-oncesi-muayene-ve-danismanlik-rehberipdf.pdf?0> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
6. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara, 2013. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/05/20100525-10.htm> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
7. Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi.T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara, 2014. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
8. Yıldırım EB, Mutlu HH, Sağlam ZA.; Aile Hekimliği Polikliniğine Evlilik Raporu İçin Başvuran Bireylerin Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2015; 2: 99-102.
9. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, Ankara, 1930. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10384/tarihi24041930--sayisi1593--rg-tarihi06051930--rg-sayisi1489--umumi-hifzissihha-kanunu.html> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
10. Türkiye İstatistik Kurumu, Evlenme ve Boşanma İstatistikleri, 2017. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=27593> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
11. Guyton AC, Hall JE: Blood Types; Transfusion; Tissue and Organ Transplantation. *Textbook of Medical Physiology*. Philadelphia, W.B. Saunders, 2006: 452-3.
12. Garatty G, Glynn SA, Mc Entire R: ABO and Rh(D) phenotype frequencies of different racial/ethnic groups in the United States. *Transfusion* 2004; 44: 703-6.
13. Gezer S, Akgün N, Akın A, Işıklı A: Eskişehir bölgesinde ABO kan gruplarının sıklığı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1987; 30: 227-31.
14. Akbay T, Demiröz P, Güney Ç, Şengül A, Kocabalkan F.: Türkiye'de kan gruplarının coğrafi bölgelere göre dağılımı ve bunun kan depolanmasındaki önemi. *GATA Bülteni* 1989; 31: 391-402.
15. Gül M, Sucu Rİ, Uyar T.: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kan Merkezi kan donörlerinin ABO ve Rh kan gruplarına göre dağılımları. *KSÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2005; 2: 42-4.
16. Whipple GH, Bradford WL.; Mediteranean Disease Thalassaemia (Erythroblasticanemia of Cooley). *J Pediatr* 1936; 9: 279-311.
17. Clarke GM, Higgins TN.: Laboratory Investigation of Hemoglobinopathies and Thalassemias: Review and Update. *Clinical Chemistry* 2000; 46: 1284-90.
18. Aydınok Y. *Thalassaemia*. *Hematology* 2012; 1: 28-31.
19. Canatan D. Dünyada ve Türkiye'de talasemi ve anormal hemoglobinler. *Türk Hematoloji Derneği 5. Ulusal Talasemi Gençlik Kampı*. İzmir, 2004. <http://www.tuseb.gov.tr/tacese/yuklemeler/ekitap/tarihce/Talasemi%20Tarih%C3%A7esi.pdf> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
20. Abioye IA, Omotayo MO, Alakija W.: Socio-demographic determinants of stigma among patients with pulmonary tuberculosis in Lagos, Nigeria. *Afr Health Sci* 2011; 11:100-4.
21. WorldHealthOrganization.Globaltuberculosisreport2015.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/191102/1/9789241565059_eng.pdf adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
22. Uskun E, Öztürk M, Kişioğlu AN, Kırbıyık S, Yeşildağ M.: Isparta ili Verem Savaş Dispanseri'ne başvuran hastaların değerlendirilmesi. *SDÜTıp Fakültesi Dergisi* 2005;12:1-5.
23. Committee to Advise on Tropical Medicine and Travel (CATMAT). Statement on travellers and sexually transmitted infections. An Advisory Committee Statement (ACS). *Can Commun Dis Rep* 2006; 32: 1-24.
24. Dept. of Communicable Disease Surveillance and Response: Global Prevalence and Incidence of Selected Curable Sexually Transmitted Infections Overview and Estimates. WHO,

- Geneva, 2001.
25. Tozun N, Ozdogan O, Cakaloglu Y, Idilman R, Karasu Z, Akarca U ve ark.: Seroprevalence of hepatitis B and C virus infections and risk factors in Turkey: a fieldwork TURHEP study. Clin Microbiol Infect 2015; 21:1020-6.
 26. Yao GB.: Importance of perinatal versus horizontal transmission of hepatitis B virus infection in China. Gut 1996; 38:39-42.
 27. Van Damme P, Cramm M, Van der Auwera JC, Vranckx R, Meheus A.: Horizontal transmission of hepatitis B virus. Lancet 1995; 345:27-9.
 28. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Faaliyet Raporu 2014. http://www.thsk.gov.tr/dosya/birimler/strateji_db/dokumanlar/faaliyet_raporu/2014_faaliyet_raporu.pdf adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
 29. HIV Prevention Strategic Plan Through 2005. Centers for Disease Control and Prevention. January 2001. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6442/cdc_6442_DS1.pdf adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
 30. Hasta Hakları Yönetmeliği, Ankara, 1998. <http://mevzuat.basbakanlik.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatTliski=0&>) adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.
 31. Türk Ceza Kanunu, Ankara, 2004. <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf> adresinden 24.12.2018 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 18/04/2019

Kabul tarihi: 17/07/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Güzin Zeren Öztürk

e-posta: guzin_zeren@hotmail.com

Fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeylerinin değerlendirilmesi

Evaluation of Vitamin D levels among overweight and obese children

Volkan Atasoy¹, Elif Ateş Altunbaş², Turan Set²

¹ Kanuni Aile Sağlığı Merkezi, Trabzon, Türkiye

² Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

Özet

Amaç: Bu çalışmada fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeylerini tespit etmek ve Beden Kitle İndeksi (BKİ) ile ilişkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Trabzon Ortahisar Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi'ne Aralık 2015-Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran 6-18 yaş arası çocuklardan kilo fazlalığı veya obezite teşhisi konularak Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği'ne yönlendirilenlerin serum 25 hidroksi vitamin D [25 (OH) D] verilerine tıbbi kayıtlardan ulaşıldı. Hastalar Dünya Sağlık Örgütü'nün 5-19 yaş grubundaki çocuklar için belirlediği fazla kiloluluk ve obezite tanımına göre sınıflandırıldı. Serum 25-25(OH)D düzeyi ≤ 20 ng/ml olanlar D vitamini eksik, 21-29 ng/ml olanlar D vitamini yetersiz, ≥ 30 ng/ml olanlar D vitamini yeterli kabul edildi. Mevsimlere göre 25(OH)D düzeyleri değerlendirildi. Katılımcılar 6-12 yaş ve 13-18 yaş olarak iki gruba ayrıldı. 25(OH) D düzeyleri her iki grupta karşılaştırıldı. Fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeyi ile BKİ ilişkisi araştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 77 hastanın (30 erkek, 47 kadın) yaş ortalaması $13,4 \pm 2,9$ yıldır. Katılımcıların %13'ü fazla kilolu, %87'si obezdir. D vitamini yetersizliği %10,4 oranında, D vitamini eksikliği %89,6 oranında saptandı. Mevsimlere göre 25(OH) D değerleri istatistiksel olarak anlamlı fark gösterdi ($p=0,007$). Yaş grupları arasında 25(OH)D düzeyi açısından fark bulunmadı ($p=0,365$). D vitamini düzeyi ile BKİ arasında ilişki saptanmadı.

Sonuç: D vitamini eksikliği ve yetersizliği fazla kilolu ve obez çocuklarda oldukça yaygındır. Bu çocuklarda yeterli D vitamini seviyelerinin yakalanması amacıyla bir halk sağlığı programının başlatılması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Vitamin D, çocuk, fazla kilo, obezite, beden kitle indeksi

Summary

Objective: This study aimed to assess vitamin D levels among overweight and obese children and to investigate its relationship with Body Mass Index (BMI).

Methods: Serum 25(OH)D data of 6-18 years old children admitted to Trabzon Ortahisar Kalkınma Family Healthcare Center between December 2015-December 2016 and diagnosed as overweight or obese and referred to Karadeniz Technical University Medical Faculty Department of Family Medicine were obtained from medical records. Patients classified as overweight or obese according to World Health Organization growth reference for 5-19 years old children. Vitamin D deficiency defined as serum 25(OH) D level ≤ 20 ng/ml, insufficiency as 21-29 ng/ml, and normal vitamin D level as ≥ 30 ng/ml. Seasonal 25(OH)D levels evaluated. Participants divided into two groups of age 6-12 and age 13-18. 25(OH)D levels compared in both groups. Vitamin D levels and BMI relation investigated in overweight and obese children.

Results: A total of 77 patients (30 male and 47 female) mean age was $13,4 \pm 2,9$ years. 13% of the participants were overweight and 87% were obese. Vitamin D insufficiency was 10,4% and vitamin D deficiency was 89,6%. Seasonal 25(OH)D levels showed statistically significant difference ($p=0,007$). 25(OH)D levels were not varied through the age groups ($p=0,365$). Vitamin D levels and BMI were not related.

Conclusion: Vitamin D deficiency and insufficiency are highly prevalent in overweight and obese children. Starting a public healthcare program would be useful to achieve sufficient vitamin D levels in these children.

Key words: Vitamin D, children, overweight, obesity, body mass index

Giriş

D vitamini steroid yapıda bir hormon olup kalsiyum ve fosfor metabolizmasını düzenler. Son yıllarda yapılan çalışmalar bilinen fizyolojik etkilerine ek olarak kalp-damar sağlığı, kanserden korunma, otoimmün hastalık riskinin azaltılması, insülin direnci gibi pek çok alanda etkisi olduğunu ortaya koymuştur.^[1,2,3]

Şişmanlık D vitamini etkisinin olduğu önemli bir diğer sağlık sorunudur.^[4,5] Türkiye’de 6-18 yaş çocuklarda fazla kilolu ve şişman olanların sıklığı %22,5 olarak bulunmuştur.^[6] Fazla tartılı çocuklarda yapılan birçok çalışmada şişmanlık ile düşük serum D vitamini arasında ilişki olduğu gösterilmiştir.^[7,8,9,10,11] Bu ilişkide yüksek Beden Kitle İndeksi’nin (BKİ) düşük D vitamini düzeylerine yol açtığı ileri sürülmüştür.^[12]

Obezite ile vitamin D bağlantısı üzerine etkili proteinler olduğunu gösteren genetik çalışmaların yanı sıra oksidatif stres, inflamasyon ve hücre metabolizmasındaki bozuklukları içeren bulgular vardır.^[13] Buna karşın D vitamini eksikliğinin obeziteye neden olduğu veya eksikliğin giderilmesinin bu bulguları ortadan kaldırdığı net değildir. Obezlerde D vitamini eksikliği nedenleri arasında artmış yağ dokusunun yüksek oranda D vitamini depolaması da sayılmıştır.^[14,15]

Kilo fazlalığı gibi D vitamini eksikliği riski taşıyan 6-18 yaş grubu çocuklar için 600-1000 IU/gün D vitamini desteği önerilmektedir.^[16] Oysa ülkemizde 6-18 yaş arası kız ve erkek çocuklarda besinlerle günlük ortalama D vitamini alım düzeyleri 32,4 IU ile 62,4 IU aralığındadır.^[6] Türkiye’de her çocuğa ücretsiz D vitamini destek programı 1 yaşa kadar uygulanmaktadır.^[17] Bu nedenler fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini eksikliği görülme riskini yükseltiyor olabilir. Bu çalışmada fazla kilolu ve obez çocuklarda serum 25(OH)D₃ düzeyi verileri değerlendirilerek D vitamini düzeyleri ve BKİ ile ilişkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamız kesitsel, tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır. Trabzon Ortahisar Kalkınma Aile Sağlığı Merkezi’nde bir aile hekimliği birimine (41° kuzey enlemi) başvuran 6-18 yaş arası çocuklardan Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tanımına göre kilo fazlalığı veya obezite teşhisi konularak bu hastalıklarının takibinin yapılması amacıyla Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Kliniği’ne yönlendirilen ve ayırıcı tanıda düşünülen D vitamini eksikliği için serum 25(OH)D₃ düzeyi bakılan hastaların verileri kayıtlardan toplandı. Hasta kayıtlarından cinsiyet, yaş, boy, kilo, BKİ ve serum 25(OH)D₃ düzeyi bilgilerine ulaşıldı.

Kilo ve boy ölçümleri kalibrasyonları yapılmış dijital bir tartı aleti ve Harpenden stadiometre kullanılarak yapıldı. BKİ vücut ağırlığı-kg/boy-m² formülüyle hesaplandı. Fazla kiloluluk ve obeziteyi tanımlamak için DSÖ’nün 5-19 yaş grubundaki çocuklarda fazla kiloluluk tanımı için belirlediği >+1 SD veya >85. yüzdeliğin üzeri ve obezite tanımı için belirlediği >+2 SD veya >97. yüzdeliğin üzeri kriterleri esas alındı.^[18] Kronik hastalığı bulunanlar, son bir yıl içinde D vitamini tedavisi almış olanlar ve herhangi bir farmakolojik tedavi alanlar çalışmaya dahil edilmedi.

Çalışma için belirlenen tarihlerde aile hekimliği birimine başvuran 6-18 yaş arası toplam 589 çocuktan 92 tanesine fazla kilolu veya obez tanısı koyuldu. Bu hastalardan 13 tanesi serum 25(OH)D₃ düzeyi kayıtlarına ulaşamadığı için 2 tanesi son bir yıl içinde D vitamini tedavisi aldığı için çalışmaya dahil edilmedi. Kayıtlarına ulaşılan 77 fazla kilolu ve obez çocuk çalışmaya dahil edildi.

Serum 25(OH)D₃ seviyesi ticari kit (Immuno-chrom, Heppenheim GERMANY) kullanılarak high-performance liquid chromatography (Shimadzu Japan) yöntemi ile ölçüldü. Serum 25(OH)D₃ düzeyi ≤20 ng/ml olan çocuklar D vitamini eksik, 21-29 ng/ml olanlar D vitamini yetersiz, ≥30 ng/

ml olanlar D vitamini yeterli olarak kabul edildi. Ölçümlerde alt limit 3 ng/ml idi. 25(OH)D₃ düzeyi <3 olarak raporlanan dört sonuç istatistiksel çalışmaya 3 ng/ml olarak alındı.

Tanımlayıcı verilerin ardından mevsimlere göre 25(OH)D₃ düzeyleri, mevsimlere göre 25(OH)D₃ eksiklik ve yetersizlik durumları değerlendirildi. Katılımcılar 6-12 yaş ve 13-18 yaş olarak iki gruba ayrıldı. 25(OH)D₃ düzeyleri ve 25(OH)D₃ eksiklik ve yetersizlik durumları her iki grupta karşılaştırıldı. Fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeyleri ile D vitamini düzeyi BKİ ilişkisi araştırıldı.

Çalışma için KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (protokol no: 2016/189).

İstatistiksel analiz SPSS for Windows versiyon 16.0 (SPSS Inc; Chicago, IL, USA) kullanılarak yapıldı. Numerik değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Değişkenler arası farkların anlamlılığını değerlendirmek üzere Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Ki kare testleri kullanıldı. BKİ ile D vitamini arasındaki korelasyon Spearman testi kullanılarak değerlendirildi. P<0,05 istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

Bulgular

Toplam 77 çocuğun yaş ortalaması 13,47±2,93 idi. Kızların oranı %61,00 (n=47) iken erkekler

Tablo 1. Katılımcıların 25-OHD₃ düzeylerinin mevsimlere göre dağılımı

Mevsimler	Sayı	Ortanca	25-OHD ₃ düzeyi (min-maks)	P değeri
İlkbahar	19	8,82	3-24,48	0,007*
Yaz	5	8,1	6,10 – 21,5	
Sonbahar	8	21,1	7 – 29	
Kış	45	10,68	3 – 24	

* Kış-sonbahar arasında ve ilkbahar-sonbahar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. (sırasıyla P=0,001 ve 0,002).

katılımcıların %39'unu (n=30) oluşturuyordu. Ortalama boy uzunluğu 155,82±11,48 cm, ortalama ağırlık 70,30±16,73 kg idi. BKİ persentil ortanca değeri 99,30 (min. 85,80, mak. 100), BKİ standart sapma ortanca değeri 2,45 (min.1,07, mak.4,17) idi.

Çocukların 10'u (%13) fazla kilolu, 67'si (%87) obezdi. Tamamında 25(OH)D₃ düzeyi 30 ng/ml'nin altındaydı. 8 çocukta (%10,4) D vitamini yetersizliği, 69 çocukta (%89,6) D vitamini eksikliği vardı. Tüm katılımcılarda 25(OH)D₃ ortanca değeri 10,37 idi (min. 3,00, mak. 29,00).

Olguların 25(OH)D₃ düzeyleri 19 (%24,7) çocukta ilkbahar, 5 çocukta (%6,5) yaz, 8 çocukta sonbahar ve 45 çocukta kış aylarında ölçülmüştü. Katılımcıların 25(OH)D₃ düzeylerinin mevsimlere göre dağılımı **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Mevsimlere göre 25(OH)D₃ değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,007). Mevsimlere göre 25(OH)D₃ düzeyi yetersizlik ve eksiklik durumları **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Mevsimlere göre 25(OH)D₃ düzeyi eksiklik ve yetersizlik durumları arasında istatistiksel anlamlı fark vardı (p=0,001, **Tablo 2**).

Yaş gruplarına göre ayırmda; 6-12 yaş grubu ile 13-18 yaş grubu arasında 25(OH)D₃ düzeyi açısından fark yoktu (p=0,365). Aynı yaş grupları ile 25(OH)D₃ düzeyi yetersizlik ve eksiklik durumları arasında da fark yoktu (p=0,785).

Tablo 2. Mevsimlere göre 25-OHD₃ düzeyi yetersizlik ve eksiklik durumları

Mevsimler	Yetersizlik ve eksiklik durumları	Sayı (Yüzde)	P değeri
İlkbahar	Yetersiz	1 (5,3)	0,001
	Eksik	18 (94,7)	
Yaz	Yetersiz	1 (20)	
	Eksik	4 (80)	
Sonbahar	Yetersiz	4 (50)	
	Eksik	4 (50)	
Kış	Yetersiz	2 (4,4)	
	Eksik	43 (95,6)	

Fazla kilolu ve obez çocuklar arasında 25(OH)D₃ düzeyi yetersizlik ve eksiklik durumları açısından fark yoktu (p=0,940, **Tablo 3**). 25(OH)D₃ düzeyi ile BKİ arasında korelasyon saptanmadı (p=0,794, **Şekil 1**).

Tartışma

Çalışmamıza dahil edilen fazla kilolu ve obez çocukların tamamında 25(OH)D₃ düzeyi 30 ng/ml olarak tanımlanan yeterli düzeyin altında bulunmuştur. Bu sonuç obez çocuklarda yüksek D vitamini eksikliği sıklığını bildiren önceki çalışmalarla uyumludur.^[10,19,20,21,22]

Hollanda'da yaşayan farklı etnik kökenlere sahip obez çocuklarda yapılan bir çalışmada D vitamini yeterli saptananlar %17,8 oranında kalmıştır.^[23] Aynı çalışmada etnik kökeni Türk olanlarda bu oran %14,4 olarak bulunmuştur. Ancak bu çalışmada D vitamini için 20 ng/ml üzerinin yeterli kabul edilmiş olması bizim çalışmamıza kıyasla daha yüksek yeterlilik düzeyini açıklayabilir.

Birçok klinik çalışmada adölesanlarda optimal iskelet sağlığı için gerekli D vitamini seviyesi bildirilmiştir.^[24,25,26,27] Çalışmamızda yaş ortalamasına daha uygun düşmesi nedeniyle bu çalışmalarda tanımlanan düzeyler benimsenmiştir. Çalışmaya dahil edilen olgular yılın her ayından seçilerek D vitamini düzeyi üzerindeki mevsimsel etki nötralize edilmeye çalışılmıştır.

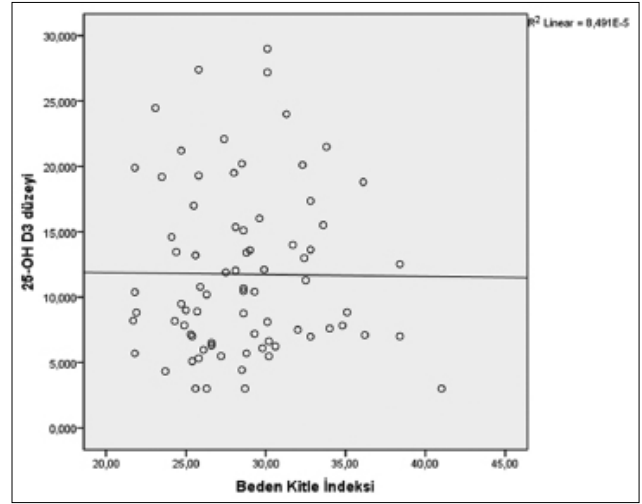
Çalışmamızda mevsimlere göre 25(OH)D₃ düzeyleri arasında farklılıklar saptandı. Bu fark kış-sonbahar ve ilkbahar-sonbahar mevsimleri arasındaydı. Sonbaharda 25(OH)D₃ düzeyi bakılan katılımcılar diğer mevsimlerde ölçümleri yapılanlara

kıyasla en yüksek ortanca değerlere sahipti. Bu sonuç ülkemizde yapılan mevsimsel etkinin değerlendirildiği diğer çalışmalarla uyumludur.^[28,29]

Bener ve arkadaşları vitamin D eksikliğinin yaşla arttığını ve 11-16 yaş arasında en fazla görüldüğünü belirtmiştir.^[30] Çalışmamızda oluşturduğumuz iki ayrı yaş grubu arasında 25(OH)D₃ düzeyleri ve D vitamini yetersizlik ve eksiklik durumları açısından fark saptanmadı. Her iki gruptaki katılımcıların obez ve fazla kilolu olması yaş grupları arasında istatistiksel farklılık oluşmamasının sebebi olabilir.

Çalışmamızda fazla kilolu ve obez çocuklar arasında D vitamini eksikliği açısından fark saptanmadı. Fazla kilolu olgu sayısının az olmasının (10 olgu) istatistiksel sonuçları etkilediği düşünülebilir.

Çalışmamızda D vitamini düzeyi ile BKİ arasında korelasyon saptanmadı. Buna karşın obez çocuklarda BKİ ile D vitamini arasında negatif korelasyon olduğunu bildiren çalışmalar vardır.^[23,31]



Şekil 1. 25-OHD₃ düzeyi ile BKİ arasındaki korelasyon.

Tablo 3. Fazla kilolu ve obez çocuklar arasında 25-OHD₃ düzeyi yetersizlik ve eksiklik durumları

		25-OHD ₃ düzeyi		Toplam	P değeri
		yetersiz	eksik		
Fazla kilolu	Sayı (%)	1 (11,1)	8 (88,9)	9 (100)	0,940
Obez	Sayı (%)	7 (10,3)	61 (89,7)	68 (100)	
Toplam	Sayı (%)	8 (10,4)	69 (89,6)	77 (100)	

Düşük D vitamini düzeylerinin BKİ artışı üzerindeki olası etkisini belirleyebilmek için geniş katılımlı çalışmalar gereklidir.

Çalışmamız ülkemizin Doğu Karadeniz Bölgesi'nde bulunan Trabzon ilinde yapılmıştır. Bu bölgede güneşin etkisi diğer bölgelere göre daha azdır. Güneş ışığının 32° kuzey enlemi üzerinde Kasım-Şubat ayları arasında deride D vitamini üretimi için yeterli olmadığı ileri sürülmüştür.^[32] Ülkemizde bu enlem üzerinde kalan coğrafi bölgelerde yaşayan fazla kilolu ve obez çocuklara çocukluk çağı boyunca D vitamini desteği verilebilir.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar vardır. Kontrol grubunun olmaması bunlardan biridir. Katılımcı sayısının azlığı nedeniyle D vitamini ile BKİ ara-

sında beklenen negatif ilişki bulunamamış olabilir. Vitamin D düzeyini etkileme potansiyeli olan gün ışığına maruziyet süresi ve beslenme alışkanlıklarının değerlendirilmemiş olması bir diğer kısıtlılıktır.

Sonuç

Çalışmamız fazla kilolu ve obez çocuklarda D vitamini düzeylerinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu çocuklarda yeterli D vitamini seviyelerinin yakalanması için D vitaminine ulaşmayı kolaylaştırıcı önerileri kapsayan bir halk sağlığı programının başlatılması yararlı olacaktır. Ülkemizin diğer bölgelerinde yapılacak çok merkezli çalışmalar böylesi bir programın başarısını artıracaktır.

Kaynaklar

- Holick MF. Sun light and vitamin D for bone health and prevention of autoimmune diseases, cancers, and cardiovascular disease. *Am J Clin Nutr* 2004; 80(6): 1678-88.
- Li YC, Qiao G, Uskokovic M, Xiang W, Zheng W, Kong J. Vitamin D: a negative endocrine regulator of the renin-angiotensin system and blood pressure. *J Steroid Biochem Mol Biol* 2004; 89-90: 387-92.
- Boucher BJ, Mannan N, Noonan K, Hales CN, Evans SJ. Glucose intolerance and impairment of insulin secretion in relation to vitamin D deficiency in east London Asians. *Diabetologia* 1995; 38(10): 1239-45.
- Buffington C, Walker B, Cowan GS Jr, Scruggs D. Vitamin D deficiency in the morbidly obese. *Obes Surg* 1993; 3(4): 421-4.
- Wortsman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu Z, Holick MF. Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. *Am J Clin Nutr* 2000; 72(3): 690-3.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması 2010: Beslenme Durumu ve Alışkanlıklarının Değerlendirilmesi Sonuç Raporu. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 931, Ankara, 2014; 469.
- Buyukinan M, Ozen S, Kokkun S, Saz EU. The relation of vitamin D deficiency with puberty and insulin resistance in obese children and adolescents. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2012; 25(1-2): 83-7.
- Bruney TS. Childhood Obesity: effects of micronutrients, supplements, genetics, and oxidative stress. *J Nurse Pract* 2011; 7(8): 647-53.
- Al-Musharaf S, Al-Othman A, Al-Daghri NM, et al. Vitamin D deficiency and calcium intake in reference to increased body mass index in children and adolescents. *Eur J Pediatr* 2012; 171(7): 1081-6.
- Rajakumar K, de las Heras J, Chen TC, Lee S, Holick MF, Arslanian SA. Vitamin D Status, Adiposity, and Lipids in Black American and Caucasian Children. *J Clin Endocrinol Metab* 2011; 96(5): 1560-7.
- Rajakumar K, Fernstrom JD, Holick MF, Janosky JE, Greenspan SL. Vitamin D status and response to Vitamin D(3) in obese vs. non-obese African American children. *Obesity* 2008; 16(1): 90-5.
- Vimaleswaran KS, Berry DJ, Lu C, et al. Causal relationship between obesity and vitamin D status: bi-directional Mendelian randomization analysis of multiple cohorts. *PLoS Med* 2013; 10(2): e1001383.
- Vinhquoc Lu'o'ng K, Nguyen LTH. The beneficial role of vitamin D in obesity: possible genetic and cell signaling mechanisms. *Nutr J* 2013; 12: 89.
- Bell NH, Epstein S, Greene A, Shary J, Oexmann MJ, Shaw S. Evidence for alteration of the vitamin D-endocrine system in obese subjects. *J Clin Invest* 1985; 76(1): 370-3.
- Liel Y, Ulmer E, Shary J, Hollis BW, Bell NH. Low circulating vitamin D in obesity. *Calcif Tissue Int* 1988; 43(4): 199-201.
- Saggese G, Vierucci F, Boot AM, et al. Vitamin D in childhood and adolescence: an expert position statement. *Eur J Pediatr* 2015; 174(5): 565-76.
- Hatun S, Bereket A, Ozkan B, Coskun T, Kose R, Calikoglu AS. Free vitamin D supplementation for every infant in Turkey. *Arch Dis Child* 2007; 92(4): 373-4.
- Growth reference data for 5-19 years. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/adresinden 21.12.2016 tarihinde erişilmiştir.
- Alemzadeh R, Kichler J, Babar G, Calhoun M. Hypovitaminosis D in obese children and adolescents: relationship with adiposity, insulin sensitivity, ethnicity, and season. *Metabolism* 2008; 57(2): 183-91.
- Reis JP, von Muhlen D, Miller ER, Michos ED, Appel LJ. Vitamin D status and cardiometabolic risk factors in the US adolescent population. *Pediatrics* 2009; 124(3): 371-9.
- Lagunova Z, Porojnicu AC, Lindberg FA, Aksnes L, Moan J. Vitamin D status in Norwegian children and adolescents with excess body weight. *Pediatr Diabetes* 2011; 12(2): 120-6.
- Bellone S, Esposito S, Giglione E, et al. Vitamin D levels in paediatric population of normal weight and obese subjects. *J Endocrinol Invest* 2014; 37(9): 805-9.
- Radhakishun N, van Vliet M, von Rosenstiel I, et al. High prevalence of vitamin D insufficiency/deficiency in Dutch multi-

- ethnic obese children. Eur J Pediatr 2015; 174(2): 183-90.
24. Bischoff-Ferrari HA, Giovannucci E, Willett WC, Dietrich T, Dawson-Hughes B. Estimation of optimal serum concentrations of 25-hydroxyvitamin D for multiple health outcomes. Am J Clin Nutr 2006; 84(1): 18-28.
 25. Holick MF. Vitamin D status: measurement, interpretation, and clinical application. Ann Epidemiol 2009; 19(2): 73-8.
 26. Zerwekh JE. Blood biomarkers of vitamin D status. Am J Clin Nutr 2008; 87(4): 1087-91.
 27. Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, Del Valle HB. Dietary reference intakes for calcium and vitamin D. Washington D.C, National Academies Press 2011; 13-4.
 28. Olmez D, Bober E, Buyukgebiz A, Cimrin D. The frequency of vitamin D insufficiency in healthy female adolescents. Acta Paediatr 2006; 95: 1266-9.
 29. Karaguzel G, Dilber B, Can G, Okten A, Deger O, Holick MF. Seasonal vitamin D status of healthy schoolchildren and predictors of low vitamin D status. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2014; 58(5): 654-60.
 30. Bener A, Al-Ali M, Hoffmann GF. Vitamin D deficiency in healthy children in a sunny country: associated factors. Int J Food Sci Nutr 2009; 60: 60-70.
 31. Sluyter JD, Schaaf D, Scragg RK, Plank LD. Prediction of fatness by standing 8-electrode bioimpedance: a multiethnic adolescent population. Obesity 2010; 18(1): 183-9.
 32. Webb AR, Kline L, Holick MF. Influence of season and latitude on the cutaneous synthesis of vitamin D3: exposure to winter sunlight in Boston and Edmonton will not promote vitamin D3 synthesis in human skin. J Clin Endocrinol Metab 1988; 67(2): 373-8.

Geliş tarihi: 14/08/2018

Kabul tarihi: 11/07/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Volkan Atasoy,

e-posta: drvova@hotmail.com

Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi

Evaluation of sun-protective behaviors and preventive medicine practices of family physicians for skin cancer

Atiye Öğrum¹, Gülseren Oktay²

¹⁾ Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Anabilim Dalı, Tokat / Türkiye

²⁾ Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tokat / Türkiye

Özet

Amaç: Deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarında, aile hekimlerinin rolü önemlidir. Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarını değerlendirmektir.

Yöntem: Bu anket çalışması, Kasım 2018-Şubat 2019 tarihleri arasında, Tokat ilindeki 91 aile hekimi ile yapıldı. Aile hekimlerinin güneşten korunmaya yönelik davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik çalışmalarını değerlendirmeyi amaçlayan soruları içeren anketi doldurmaları istendi.

Bulgular: Çalışmaya 32'si (%35,2) kadın, 59'u (%64,8) erkek olmak üzere, 91 aile hekimi katıldı. Katılımcıların yaş ortalamaları $40,31 \pm 8,77$ yıl, ortalama hekimlik süreleri $15,02 \pm 8,33$ yıldır. Hekimlerin %74,7'i açık tenli olup, %45,1'inin (n=41) en az bir kez güneş yanığı hikayesi mevcuttu. Her mevsim ve düzenli güneşten koruyucu krem kullanma oranı %15,4 (n=14) idi. Güneşten korunmak için en sık tercih edilen metodlar sırasıyla, güneşten koruyucu krem (%68,1), güneş gözlüğü (%60,4) ve yoğun güneşten kaçınma (%57,1) idi. Kadın hekimlerin güneşten koruyucu krem kullanma oranı erkeklere kıyasla anlamlı oranda yüksekken ($p=0,014$); güneşten koruyucu krem kullanımı ile medeni durum, ten rengi, güneş yanığı hikayesi arasında anlamlı ilişki yoktu ($p>0,05$). Güneşten koruyucu krem kullanımındaki öncelikli neden, kadınlarda kozmetik sebepler iken; erkeklerde güneş yanığından korunmaktı. Öncelikli nedeni deri kanserinden korunmak olanların oranı %11 idi. Deri kanserine yönelik nevüs takibi yapan hekim oranı %82,4 olup, ailede deri kanseri hikayesi ile nevüs takibi arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Hekimlerin %65,9'u (n=60) hastalara deri kanserinin önlenmesine yönelik güneşten koruyucu krem önerdiğini bildirmekle beraber, deri kanseri risk faktörü taşıyan bireylere güneşten koruyucu krem önerme oranı oldukça düşüktü. Güneşten koruyucu krem önerisi almak amacıyla hasta başvurusu aldığını ifade edenlerin oranı ise %59,3 (n=54) idi. Güneşten koruyucu krem kullanan hekimlerin benlerini takip etme ve hastalara güneşten koruyucu krem önerme oranı, kullanmayanlara kıyasla anlamlı oranda yüksekti (sırasıyla $p=0,021$; $p=0,015$).

Sonuç: Aile hekimlerinin güneşten korunma metodlarını uygulama düzeyleri ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları yetersizdi. Aile hekimlerinin güneşten korunma, deri kanserini önleme ve erken tanıma yönelik bilgi düzeyini iyileştirecek çalışmalar faydalı olabilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, güneş koruyucu ajanlar, deri kanseri, hasta, koruyucu hekimlik

Summary

Objective: Family physicians play an important role in preventive medicine practices for skin cancer. This study aims to evaluate family physicians sun-protection behaviors and preventive medicine practices for skin cancer.

Methods: We conducted this survey with 91 family physicians between November 2018 and February 2019 in Tokat. They were asked to fill the questionnaire that includes questions about sun-protective behaviors and preventive medicine practices for skin cancer.

Results: Ninety one family physicians, 32 (35.2%) females and 59 (64.8%) males, participated in the study. The mean age of the participants was 40.31 ± 8.77 years, and the mean duration of professional experience was 15.02 ± 8.33 years. Of 91 family practitioners, 74.7% had fair skin, and 45.1% had a history of sunburn at least once. The rate of regular sunscreen cream use was 15.4%. The most preferred methods for sun protection were sunscreen cream (68.1%), sunglasses (60.4%), and avoidance of intense sunlight (57.1%). The female physicians had a significantly higher rate of sunscreen cream use than that of male physicians ($p=0.014$), but there was no significant relationship between sunscreen cream use and marital status, skin color, and sunburn history ($p>0.05$). Female physicians used sunscreen cream primarily for cosmetic reasons, and male physicians for protection of sunburn. For 11% of the participants, the primary reason was to reduce the risk of getting skin cancer. The rate of physicians who follow their own nevus for skin cancer was 82.4% and, there was no significant relationship between the family history of skin cancer and nevus follow-up ($p>0.05$). Of the physicians, 65.9% (n=60) stated that they had recommended their patients to use sunscreen cream. However, the rate of sunscreen cream recommendation to the patients with skin cancer risk factors was pretty low. The physicians visited for sunscreen cream recommendation constituted 59.3% (n=54) of the participants. Those who used sunscreen cream had significantly higher rates to follow their own nevus and to advise sunscreen cream use to their patients than those who did not ($p=0.921$; $p=0.015$, respectively).

Conclusion: The family physicians had an insufficient level of knowledge about the application of sun protection methods and preventive medicine practices for skin cancer. Further studies might be useful to improve the level of knowledge regarding sun protection, skin cancer protection and early diagnosis of skin cancer.

Keywords: family practice, suncreening agents, skin cancer, patient, preventive medicine

Giriş

Güneş ışınları, başta melanom ve melanom dışı deri kanserleri olmak üzere, deri yaşlanması, eritem, güneş yanığı ve solar keratoz gibi çok sayıda deri lezyonunun oluşumunda rol oynayan önemli bir faktördür.^(1,2) Dünya genelinde son birkaç dekadaki melanom ve melanom dışı deri kanseri insidansındaki artış, korunmasız güneş maruziyeti ve bilinçsiz güneşlenme davranışlarıyla ilişkilendirilmektedir.⁽³⁾ Güneş ışınları hem kümülatif etki hem de aralıklı yoğun maruziyet yoluyla melanom gelişiminde risk faktörü olarak rol oynar.⁽⁴⁾

Müdahale edilebilir çevresel faktörlerin neden olduğu hastalıklarda primer amaç, tetikleyici faktörlerin eliminasyonunu sağlayarak hastalığın oluşumunu önlemektir. Deri malignitelerinin gelişimini önlemek amacıyla, gerek ultraviyole ışından korunmayı içeren birincil önlemler, gerekse hastalığın erken teşhis ve tedavisini içeren ikincil önlemlerin uygulanmasında aile hekimlerinin koruyucu hekimlik fonksiyonu, yeri doldurulamaz bir öneme sahiptir.⁽⁵⁾

Ülkemizde yılda en az bir kez aile hekimine uğrama oranının %76,3, kişi başı yıllık başvuru ortalamasının 3,9 olduğu ve başvuruların ağırlıklı olarak çocuk ve yaşlı popülasyon olduğu değerlendirildiğinde, aile hekimlerinin deri kanserinin önlenmesi ve erken teşhisindeki benzersiz yeri anlaşılabilir.⁽⁶⁾ Bununla birlikte, aile hekimlerinin güneşten korunma ve hastaları bu konuda bilinçlendirmeye yönelik koruyucu hekimlik çalışmalarını uygulama düzeyleri bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, aile hekimlerinin güneşten korunmaya yönelik tutum ve davranışlarını değerlendirmek ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik faaliyetlerinin durumlarını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmanın evrenini Tokat il merkezi ve ilçelerinde

çalışan aile hekimleri oluşturmaktaydı. Merkez ve ilçelerde toplam 198 aile hekimliği birimi mevcuttu. Bu birimlerin 11'i boş pozisyon olup, toplam 187 aile hekimi çalışmanın evrenini oluşturmaktaydı. Hekimlere yüzyüze, e-mail ile ya da telefon aracılığıyla anket çalışmasına katılma daveti iletildi.

Hekimlerin 91'inden (%48,66) olumlu yanıt alındı. Hazırlanan anketle hekimlerin güneş yanığı geçirme durumu, güneşten sakınmak amacıyla kullandığı metodlar ve yaklaşımlarına ek olarak, deri kanserinin önlenmesi ve erken tanısına yönelik uygulamaları (hastanın güneşten korunmaya yönelik bilgilendirilmesi, deri kanseri açısından yüksek risk taşıyan bireylerin değerlendirilmesi ve endikasyon dahilinde uzman görüşü açısından yönlendirilmesi) değerlendirildi.

Ankete katılan aile hekimlerinin, ten rengini, Fitzpatrick deri tipi örnek skalasını inceleyerek 1-6 arasında değerlendirmeleri istendi.⁽⁷⁾ Hekimler bu skalaya göre, açık tenli (Fitzpatrick deri tipi 1, 2 veya 3) ve koyu tenli (Fitzpatrick deri tipi 4, 5 veya 6) olarak gruplandırıldı.

Araştırma öncesi Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (18-KAEK-211).

İstatistiksel analiz

Sürekli değişkenlere ait veriler ortalama ve standart sapma değerleri şeklinde; kategorik değişkenlere ait veriler ise sayı ve yüzde şeklinde verildi. Nitel değişkenlerin gruplar arasındaki karşılaştırması için ki-kare testinden yararlanıldı. *P* değerleri 0,05'ten küçük hesaplandığında istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi. Hesaplamada hazır istatistik yazılımı kullanıldı (IBM SPSS inc., an IBM Co., Somers. NY).

Bulgular

Çalışmaya katılan 91 aile hekiminin 32'si (%35,2) kadın, 59'u (%64,8) erkek olup, yaş ortalamaları 40,31±8,77 yıldır. Ortalama hekimlik süreleri 15,02±8,33 yıl olup, 10'u (%11) Aile

Hekimliği Uzmanı idi. Hekimlerin %45,1'inde (n=41) en az bir kez güneş yanığı hikayesi mevcut olup, %31,9'u (n=29) hiçbir dönemde güneşten koruyucu krem (GKK) kullanmadığını ifade etti. GKK'yi her mevsim ve düzenli kullandığını ifade edenlerin oranı ise %15,4 (n=14) idi.

Tablo 1. Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri, güneş yanığı hikayesi ve güneşten korunmaya yönelik uygulamaları

Özellikler	n	%
Medeni durum		
Evli	75	82,4
Bekar	16	17,6
Ten rengi		
Açık	68	74,7
Koyu	23	25,3
Güneş yanığı hikayesi		
Yok	50	54,9
Bir kez	13	14,3
≥ 2 kez	28	30,8
GKK kullanma durumu		
Kullanmıyor	29	31,9
Her mevsim	14	15,4
Yaz boyunca	12	13,2
Sadece tatillerde	36	39,6
GKK kullanma sıklığı		
Kullanmıyor	29	31,9
Günde bir	29	31,9
Günde 2 ≤	33	36,3
GKK faktörü		
Kullanmıyor	29	31,9
SPF 15	3	3,3
SPF 30	11	12,1
SPF >30	48	52,7
GKK kullanılan vücut bölgesi		
Yüz	58	63,7
Kol/bacak	50	54,9
Gövde	32	35,2
Güneşten sakınma metodları		
GKK	62	68,1
Şapka	38	41,8
Güneş gözlüğü	55	60,4
Uygun kıyafet giyme	32	35,2
Şemsiye	16	17,6
Yoğun güneşten kaçınma	52	57,1

GKK: Güneşten koruyucu krem; SPF: Sun protection factor

Güneşten korunmak için en sık tercih edilen metodlar sırasıyla, GKK (%68,1), güneş gözlüğü (%60,4) ve yoğun güneşten kaçınma (%57,1) idi. Aile hekimlerinin sosyodemografik özellikleri, güneş yanığı hikayesi ve güneşten korunmaya yönelik uygulamaları **Tablo 1**'de özetlendi.

GKK kullanma oranı, kadın hekimlerde (%84,4) erkeklere kıyasla (%59,3) anlamlı oranda yüksekten (p=0,014); GKK kullanımı ile medeni durum, ten rengi ve güneş yanığı hikayesi arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05). Kadınlarda GKK kullanımındaki öncelikli neden kozmetik kaygı (%34,4) iken; erkeklerde yanma-kızarmayı önlemek (%40,7) idi. Deri kanserinden korunmayı öncelikli neden olarak belirtenlerin oranı %11 (n=10) idi.

Hekimlerin 12'sinde (%13,2) ailede deri kanseri hikayesi varken, deri kanseri açısından nevüs kontrolü yaptığını ifade edenlerin oranı %82,4 (n=75) olup, ailede deri kanseri varlığı ile nevüs takibi arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p>0,05).

Hekimlerin %54,9'u (n=50) GKK'lerin üzerinde yazan SPF 30 tanımının tam anlamını bilmediğini ifade ederken; %45,1'i (n=41) ifadeyi kısmi olarak tanımladı, kavramın tam karşılığını açıklayan hekim yoktu.

Hekimlerin %65,9'u (n=60) hastalarına GKK kullanımını önerdiğini, %59,3'ü (n=54) ise GKK önerisi almak amacıyla kendisine başvuran hasta olduğunu ifade etti. GKK kullanan hekimlerin, benlerini takip etme (%88,7) ve hastalara GKK önerme oranı (%74,2) kullanmayanlara kıyasla (%69 ve %48,2) anlamlı oranda yüksekti (sırasıyla p=0,021; p=0,015). Deri kanseri şüphesiyle hastaları üst merkeze yönlendirme oranları ise GKK kullanan (%59,7) ve kullanmayan hekimlerde (%58,6) benzerdi (p>0,05). Hekimlerin deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları **Tablo 2**'de özetlendi.

Tartışma

Başta malign melanom olmak üzere, deri kanserleri, dünya genelinde artan insidansı nedeniyle

bir halk sağlığı sorunu haline gelmekte olup, Türkiye’de en çok görülen kanserler sıralamasında beşinci sıradadır.^(8,9) Deri kanserinin önlenmesi noktasında üzerinde çalışılacak en önemli hedef grup çocuk ve adölesanlar, erken teşhisinde temel hedef grup orta-ileri yaşta bireylerdir.

Ülkemizde güneşin olası riskleri ve güneşten korunma metodlarına yönelik bilgi düzeyi ve korunma davranışlarının oldukça yetersiz olduğu

Tablo 2. Aile hekimlerinin deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamaları

Sorular	n	%
Hastalarınıza GKK önerisinde bulunur musunuz?		
<i>Evet</i>	60	65,9
<i>Hayır</i>	31	34,1
Size GKK önerisi almak amacıyla başvuran hasta olur mu?		
<i>Evet</i>	54	59,3
<i>Hayır</i>	37	40,7
Hangi hasta grubuna GKK önerisinde bulunursunuz?		
<i>Çok sayıda beni olan</i>	34	37,4
<i>Çocuk</i>	30	33
<i>Gebe</i>	19	20,9
<i>Açık tenli</i>	44	48,4
<i>Lekeli cilt</i>	40	44
<i>Ailede deri kanseri hikayesi olan</i>	39	42,9
<i>Deri kanseri hikayesi olan</i>	24	26,4
<i>Güneş hassasiyeti yapan hastalık (vitiligo, albinizm gibi)</i>	41	45,1
<i>Yoğun güneşe maruz kalan meslekler</i>	35	38,5
Kanser şüphesi olan deri lezyonuyla başvuran hastanız olur mu?		
<i>Evet</i>	53	58,2
<i>Hayır</i>	38	41,8
Kanser şüphesi olan deri lezyonuyla üst merkeze yönlendirdiğiniz hasta olur mu?		
<i>Evet</i>	54	59,3
<i>Hayır</i>	37	40,7

GKK: Güneşten koruyucu krem

bilinmektedir.^(10,11) Ayrıca, birinci basamak sağlık kuruluşuna başvuran hastaların değerlendirildiği Ankara’da yapılan bir çalışmada, bireylerin %82,2’sinde deri kanseri açısından en az bir risk faktörünün saptandığı bildirilmiştir.⁽⁸⁾ Bu değerlendirmeler göz önüne alındığında, ülkemizde güneşten korunmaya yönelik bilgi düzeyi ve davranışların iyileştirilmesi noktasında çalışmalara ihtiyaç olduğu ve bu alanda toplumun büyük kısmı ile iletişimde olan birinci basamak hekimlerinin aktif rol oynayabileceği öngörülebilir. Ancak, bu çalışmaların etkin şekilde yürütülmesi, aile hekimlerinin bu alandaki yeterli bilgi, bilinç ve farkındalık düzeyiyle gerçekleştirilebilir.

Çalışmamızda aile hekimlerinin her mevsim ve düzenli GKK kullanma oranı oldukça düşük olduğundan, aile hekimlerinin bu konuya yönelik farkındalık düzeyinin artırılmasının, toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarında önemli bir basamak olduğunu düşünüyoruz.

Güneşten korunmanın toplumda etkin şekilde uygulanması noktasında en önemli iki motivasyon konusunun, GKK’lerin deri kanserini önleme ve deri yaşlanmasını geciktirme noktasındaki rolü olduğu bildirilmiştir.^(12,13) Bizim çalışmamızda ise, kadın hekimlerde, GKK kullanımındaki en önemli neden kozmetik kaygı iken, GKK’yi deri kanserini önlemeye yönelik kullandığını bildiren aile hekimi oranı yalnızca %11 idi. Bu durum, aile hekimlerinin farkındalık düzeyinin iyileştirilmesi gerektiğini destekler bir bulgu olarak değerlendirilebilir.

Bununla beraber, GKK üzerinde yazan SPF 30 tanımının karşılığını tam olarak ifade eden aile hekiminin gözlenmemesi, güneşten korunma metodları ve etkinliğine yönelik bilgi düzeyinin geliştirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. GKK’ler, ultraviyole B tarafından oluşturulan eritemi durdurma gücüne göre numaralandırılır ve bu engelleme gücü, SPF (Sun Protection Factor) ile ifade edilir. Güneşe karşı koruma gücünü SPF teriminin yanında yazan sayı belirtmekte olup, örneğin SPF 30 terimi, krem uygulanmayan deriye kıyasla, eri-

tem oluşma süresini 30 kat geciktiren gücü ifade eder.⁽¹⁾ SPF değeri 30 ve üzeri olan GKK'ler yüksek koruma faktörlü olarak değerlendirilir. Bununla birlikte, GKK'nin bu düzeyde etki etmesi için deriye uygulanması gereken doz 2 mg/cm² olarak bildirilmiştir. Rutinde, uygulamalarda bireylerin kullandığı miktar daha düşük olduğundan, faktörün kremin üzerindeki değer 1/2-1/4 kadarı olarak düşünülmesi daha uygun olabilir.⁽¹⁴⁾

GKK kullanımında dikkat edilecek hususlar; her mevsim ve en az SPF 15 kullanılması, dışarı çıkmadan 15-20 dakika önce uygulanması ve her 2 saatte bir tekrarlanmasıdır.⁽¹⁵⁾ Ayrıca güneş gözlüğü ve şapka kullanımı da güneşin zararlı etkilerinden korunmada kullanılabilir ek aksesuarlardır.⁽¹⁶⁾ Çalışmamızda, aile hekimlerinin güneşten korunma ve GKK'yi etkin şekilde kullanma oranları yetersiz düzeyde saptanmıştır. Güneşten korunmaya yönelik uygulanan en sık yöntemlerin ise, GKK'ye ek olarak, güneş gözlüğü kullanımı ve yoğun güneşten sakınma olduğu gözlenmiştir.

Deri kanseri açısından risk faktörleri aralıklı ve yoğun veya kümülatif ultraviyole ışın maruziyeti, solaryum, çocukluk döneminde geçirilmiş büllü güneş yanığı, açık ten rengi, kişisel ya da ailesel melanom öyküsü, 50'den fazla nevüs ya da displastik nevüs varlığı ve immünsüpresyondur.⁽¹⁷⁻²¹⁾ Hayat boyu maruz kalınan ultraviyolenin en yüksek oranda alındığı ve pigment yoğunluğunun en az olduğu çocukluk döneminde güneşten korunmak, deri kanserini önlemede en önemli metoddur.^(20,22,23)

Bu değerlendirmeyi destekler şekilde, ilk 18 yaşta SPF 15 bir GKK'nin düzenli kullanılmasının, melanom dışı deri kanseri riskini %78 oranında azalttığını bildiren çalışmalar mevcuttur.⁽²⁴⁾ Bununla birlikte, deri kanseri tanısı alan hastaların sadece beşte birinin, tanı almadan önce doktorlar tarafından güneşten korunmaya yönelik tavsiye aldığı bildirilmiştir.⁽²⁵⁾ Çalışmamızda, çocuklar ve risk faktörlü bireylerin aile hekimlerince GKK kullanımı teşvik edilme oranları %50'nin altında olup, oldukça düşüktü. Toplumdaki bireylerle yoğun ve sık

iletişime geçme olanağı bulunan aile hekimlerinin özellikle risk faktörü taşıyan bireyleri, güneşin olası riskleri ve güneşten korunma yöntemleri konusunda bilgilendirme faaliyetlerine aktif katılımları ve bunun için gerekli altyapı ve desteğin sağlanması, deri kanserlerinin önlenmesi noktasında faydalı olabilir. Çalışmamızda, aile hekimine GKK önerisi almak amacıyla başvuran hasta olduğunu bildirenlerin oranının %59,3 olması, toplumun da aile hekimini bu konuda bilgi ve destek alınacak güvenilir bir kaynak olarak gördüğünü, dolayısıyla aile hekimlerinin yapacağı fonksiyonun oldukça etkili sonuçlar doğurabileceğini düşündürmektedir.

GKK önerisinde bulunduğunu ifade eden aile hekiminin %65,9 oranında olması ise, aile hekimlerinin de bu alanda çalışmaya istekli olduğunu düşündürmektedir. Güneşin olası riskleri ve güneşten korunmaya yönelik toplumun bilinçlendirilmesi çalışmalarının, aile hekimlerinin de katılımıyla gerçekleştirilmesinin hem daha etkin sonuç elde etme, hem de daha geniş kitlelere ulaşma noktasında faydası olacağını düşünüyoruz.

Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık kuruluşu başvurularının %40'ının birinci basamaktaki aile hekimi ya da iç hastalıkları uzmanına yapıldığı bildirilmiş ve kanser taramasında aile hekiminin önemine dikkat çekilmiştir.⁽²⁶⁾ Ayrıca, melanoma tanısı koyan hekimlerin neredeyse tamamının uzmandan ziyade birinci basamak sağlık kuruluşu hekimi olduğu bildirilmiştir.⁽²⁷⁾ Bununla birlikte, çalışmamızda melanoma tanısı alan hastaların çoğunun tanıdan önceki bir yıl içinde en az bir kez birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğu, ancak sadece %20 kadarının deri muayenesinin yapıldığı değerlendirilmiştir.⁽²⁷⁾

Çalışmamızda, aile hekimlerinin %58,2'si deri kanseri şüphesiyle başvuran hastayla karşılaştığını; %59,3'ü deri kanseri şüphesi olan lezyon nedeniyle hastayı üst merkeze yönlendirme durumu yaşadığını bildirmiştir. Buradan yola çıkarak, birinci basamak hekimlerine deri muayenesi ve şüpheli lezyonların

değerlendirilmesine yönelik bilgilendirme ve eğitimler verilerek bu alanda aktif katılımlarının sağlanmasının, deri kanserinin erken evre teşhisinde çok önemli bir basamak olduğunu düşünüyoruz.

Johnson ve ark.⁽²⁸⁾ deri kanserinin erken tanısına yönelik stratejide birinci basamak sağlık kuruluşu hekimlerinin değerlendirilebileceği 3 temel noktayı; hastaları sözel olarak ya da broşür desteğiyle deri kanserini tanıma ve derisini kendi kendine muayene etme konusunda destek verme; ailede deri kanseri hikayesi, açık ten rengi ya da deri kanseri risk faktörü taşıyan bireyleri belirleme ve tarama için dermatoloğa yönlendirme; son olarak rutin muayene sırasında tüm hastaların uygun şekilde deri muayenesini yapma olarak özetlemiş ve bunların gerçekleşmesi için aile hekimlerine uygun eğitimin verilmesini önermiştir.

Ülkemizde bu alanda yapılacak çalışmalarla deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik çalışmaları-

nın daha etkin yürütülebileceğini düşünüyoruz.

Kısıtlılıklar

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle, anket sorularında yer alan güneşten korunma ve hastaları koruma durumunu değerlendiren sorulara verilen cevaplarda kişilerin beyanı esas alındı. Ek olarak, katılımcılar belirli bir bölgede yaşayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülerden olduğundan sonuçlar toplumun genelini yansıtmayabilir.

Sonuç

Aile hekimlerinin güneşten korunmaya yönelik davranışları ve koruyucu hekimlik uygulamaları yetersizdi. Koruyucu hekimlik uygulamaları, aile hekimlerinin güneşten korunma ve deri kanserine yönelik bilgi ve farkındalık düzeyini artıracak eğitimlerle daha etkin hale getirilip yaygınlaştırılabilir.

Kaynaklar

1. Aydemir EH. Güneşten koruyucular. *Turkderm* 2009;43(Özel Sayı 1):7-11.
2. Özügöz P, Kaçar Doğruk S, Akyürek Tuncez F, Üzel H. Birinci sınıf ve son sınıf tıp öğrencileri arasında güneş ve deri hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Turk J Dermatol* 2014;8(1):19-22.
3. Uslu M, Karaman G, Şavk E, Şendur N. Adnan Menderes Üniversitesi hekimlerinin deri kanserleri ve güneşin etkileri konusundaki bilgi düzeyleri ile güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;7(1):5-10.
4. Lin JS, Eder M, Weinmann S. Behavioral counseling to prevent skin cancer: a systematic review for The U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2011;154(3):190-201.
5. Baron-Epel O, Azizi E. The association between counseling, sun protection, and early detection of skin cancer in middle-aged Israelis. *Cancer Detect Prev* 2003;27(5):338-44.
6. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin aile hekimliği uygulaması ile ilgili düşünceleri ve aile hekimlerine başvuru durumu. *TAF Prev Med Bull* 2013;12(4):417-24.
7. Sachdeva S. Fitzpatrick skin typing: applications in dermatology. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2009;75(1):93-6.
8. Ağadayı E, Demir Alsancak A, Üstünol D, et al. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda malign melanom risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve güneşten korunma hakkındaki tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi* 2017;9(3):1-6.
9. Öncel S, Gündoğdu D. Deri kanseri risk algısının güneşten korunma davranışlarına etkisi: sistematik derleme. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nursing-Special Topics* 2017;3(1):52-60.
10. Balcı E, Durmuş H, Ergün Arslantaş E, Gün İ. Birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran yetişkinlerin güneşin zararlı etkileri ve korunma yolları konusunda bilgi, tutum ve davranışları. *Turk J Dermatol* 2018;12(2):96-9.
11. Tezel Kahraman A, Baran Aksakal FN, Uğraş Dikmen A, Büyükdemirci E, Güven AE. Ankara'da bazı aile sağlığı merkezlerine başvuran 15 yaş üzeri kişilerin güneş ışınları ve deri kanseri hakkında bilgi düzeyleri ve güneş ışınlarından korunma durumları. *CBU-SBED* 2018;5(3):138-44.

12. Hughes MC, Williams GM, Baker P, Green AC. Sunscreen and prevention of skin aging: a randomized trial. *Ann Intern Med* 2013;158(11):781-90.
13. Seite S, Fourtanier AM. The benefit of daily photoprotection. *J Am Acad Dermatol* 2008;58(5):160-6.
14. Eşrefoğlu Seyhan M. Güneşten korunma. *Turkderm* 2003;37(4):237-44.
15. Mancuso JB, Maruthi R, Wang SQ, Lim HW. Sunscreens: an update. *Am J Clin Dermatol* 2017;18(5):643-50.
16. US Preventive Services Task Force, Grossman DC, Curry SJ, et al. Behavioral counseling to prevent skin cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2018;319(11):1134-42.
17. Özdemir F. Malign melanom. *Türkiye Klinikleri Dermatoloji Özel Dergisi* 2013;6(3):24-44.
18. Ilter N, Öztas MO, Adisen E, ve ark. Ankara’da bir alışveriş merkezinde yapılan nevüs taramasında popülasyonun güneşten korunma alışkanlıkları ve melanositik nevüslerinin değerlendirilmesi. *Turkderm* 2009;43(4):155-9.
19. Davis KJ, Cokkinides VE, Weinstock MA, O’Connell MC, Wingo PA. Summer sunburn and sun exposure among US youths ages 11 to 18: national prevalence and associated factors. *Pediatrics* 2002;110(1 Pt 1):27-35.
20. Wesson KM, Silverberg NB. Sun protection education in the United States: What we know and what needs to be taught. *Cutis* 2003;71(1):71-4.
21. Kassianos AP, Emery JD, Murchie P, Walter FM. Smartphone applications for melanoma detection by community, patient and generalist clinician users: a review. *Br J Dermatol* 2015;172(6):1507-18.
22. Kornek T, Augustin M. Skin cancer prevention. *J Dtsch Dermatol Ges* 2013;11(4):283-96.
23. Kraywinkel K, Bertz J, Laudi A, Wolf U. Epidemiologie und Früherkennung häufiger Krebserkrankungen in Deutschland. *GBE kompakt* 2012;3(4):1-11. Almanca.
24. Schaeffer H, Mogal D, Fourtannier A. Recent advances in sun protection. Protection of the skin against UV radiations. In: Rougier A, Schaeffer H (Eds.). Paris: John Libbey Eurotext, 1998:119-29.
25. D’Orazio J, Jarrett S, Amaro-Ortiz A, Scott T. UV radiation and the skin. *Int J Mol Sci* 2013;14(6):12222-48.
26. Oliveria SA, Christos PJ, Marghoob AA, Halpern AC. Skin cancer screening and prevention in the primary care setting: national ambulatory medical care survey 1997. *J Gen Intern Med* 2001;16(5):297-301.
27. Geller AC, Koh HK, Miller DR, Mercer MB, Lew RA. Health services before the diagnosis of melanoma. Implications for early detection and screening. *J Gen Intern Med* 1992;7(2):154-7.
28. Johnson N, Mant D, Newton J, Yudkin PL. Role of primary care in the prevention of malignant melanoma. *Br J Gen Pract* 1994;44(388):523-6.

Geliş tarihi: 09/04/2018

Kabul tarihi: 20/05/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Atiye Oğrum,

e-posta: aogrum@yahoo.com

Türkiye’de iller arası yerleştirmeye açılan birimlerin boş kalma durumları ve etkileyen faktörler

The vacancy of the family practice units opening for the inter-provincial placement and the factors affecting vacancies in Turkey

Fatma Yeşim Karakoç¹, Mestan Emek², Mete Önde¹

¹ Muratpaşa İlçe Sağlık Müdürlüğü – Antalya / Türkiye

² Antalya İl Sağlık Müdürlüğü - Antalya / Türkiye

Özet

Amaç: Türkiye’de aile hekimlerine kayıtlı nüfusun azaltılması çalışmaları yürütülmekte, bu kapsamda yeni aile hekimliği birimleri açılmakta ve dolayısıyla birimler arası yer değiştirmeler de yapılmaktadır. Bu çalışmanın amacı aile hekimliği yerleştirilmesinde iller arası yerleştirmeye açılan birimlerin boş kalmasını etkileyen değişkenleri saptamaktır.

Gereç-yöntem: Araştırma 2017 yılı son ve 2018 yıl boyu internet üzerinden Sağlık Bakanlığı iller arası aile hekimliği yerleştirmesine açılan verilerden yararlanılarak oluşturulan kesitsel bir çalışmadır. İncelenen yerleştirmede ilan edilen birim, bir sonraki iller arası yerleştirmede tekrar yerleştirmeye açılmış ise boş kalmış birim olarak değerlendirilmiştir. Yerleştirmeye açılan birimler illerine göre Türkiye İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflaması 1 düzeyinde de sınıflandırılmıştır. Açılan pozisyonun boş kalmasıyla ilgili olasılıklar oranı (OR) %95 güven aralıklarıyla birlikte hesaplanmıştır. Değişkenlerin lojistik regresyon analizinde NUTS bölgeleri ile birlikte nüfusa göre düzeltme yapılarak düzeltilmiş olasılıklar oranı (OR adjusted) da hesaplanmıştır.

Bulgular: Aile hekimliği iller arası yerleştirmeye açılan birimin kayıtlı nüfusunun, mobil nüfusunun, hizmet verecek odasının, grubunun ve birimde çalışan aile sağlığı çalışanın (ASÇ) olmasının birimin daha fazla boş kalmasına neden olduğu saptanmıştır. Açılan birimin bulunduğu aile sağlığı merkezinde (ASM) beş ve üzerinde hekim (birim) olması, daha az birim sayısı olmasına göre yerleştirmeye açılan birimin dolma ihtimalini artırmaktadır. Yerleştirmeye açılan birimin özel ASM veya sanal ASM olması veya 1000 TL ve üzerinde kirasının olması ya da kirasının belirsiz olması da boş kalma oranını artırmıştır. Nüfusa ve istatistiksel bölgeye göre düzeltme yapılması sonrası birimin mobil nüfusu, hizmet verecek odası ve kira durumunun istatistiksel olarak anlamlı etkisinin kalmadığı; ASÇ ve birimin grubunun yokluğu ile ASM’de beşten az birim olmasının hala istatistiksel anlamlı olarak boş kalmayı artırdığı görülmüştür.

Sonuç: Aile hekimliği uygulaması kapsamında aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusu azaltma çalışmaları hizmet kalitesi ve toplum sağlığı bakımından önemlilik arz etmekle birlikte planlamasında bazı aksaklıklar olduğu görülmektedir. Bu nedenle aksayan yönlerin daha kapsamlı çalışmalarla tespit edilerek yeni birimlerin tercih edilmesini artıracak yönde çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, sanal ASM, iller arası yerleştirme

Summary

Objectives: There are on going initiatives to reduce the number of registered population per family physician in Turkey. In order to reach this aim new family practice units are opened, and family physicians are transferred between the units based on their preference. The aim of this study is to determine the variables that affect the vacancy of the units that are opened for inter-province placements.

Materials and methods: In this cross-sectional study; the online data on the positions opened for family practice inter-province placements by the Ministry of Health between the end of 2017 and throughout 2018 were used. The units that is opened for the following inter-province placement is considered as a vacant unit in the studied placement. The units that are opened for the placement are classified, by means of their provinces, in accordance with the first level of the Nomenclature of Territorial Units for Statistics (NUTS) region. The odds ratio (OR) of an open position remaining vacant was calculated with the 95% confidence interval. The odds ratios (OR) adjusted for population size and the NUTS regions were estimated using logistic regressions analysis.

Results: It is found out that registered population size, mobile service population, number of rooms for service, lack of family health worker in the family practice were the significant determinants of the family practice vacancies. Having five or more physicians (units) in the opened family health center increases the probability of occupancy when compared to having less physicians. Units opened for placement have a higher risk of remaining vacant if they are in either a private or virtual family health center, having a rent of either above 1000 Turkish Liras, or an indefinite amount. After the adjustments according to population size and NUTS region, it was observed that unit’s mobile service population, number of rooms for service and the rental situation didn’t show any statistical significance, never the less lack of family health worker and groups and having less than five units in the family health centers till remained significant for the increased probability of being vacant.

Conclusion: In the context of family medicine practice, initiatives to reduce the registered population size to family practice unit do have a significant contribution to the quality of service and public health; however there are some flaws in planning. Thus more actions are required in order to increase the preference of newly opened units by detecting the deficient aspects which can be done by conducting more comprehensive studies.

Keywords: Family practice, virtual family health center, inter-province placement.

Giriş

Türkiye’de 2005 yılında, Düzce ilinde pilot uygulama olarak başlatılan ve 2010 yılı sonu itibari ile ülkemizin tamamında aile hekimliği uygulamasına geçilmiş, ilk başlangıcından on dört, tüm illerde uygulamaya geçilişinin üzerinden ise dokuz yıl geçmiştir.^[1] Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında geçilen uygulama ile aile hekimi, kendi sorumluluğu altındaki bireyleri yalnızca bir hastalık çerçevesinde değil mevcut sağlık şartları, riskleri, psiko-sosyal çevre ve varsa diğer akut veya kronik sağlık sorunları ile birlikte bir bütün olarak değerlendirecek kişi olarak tanımlanmıştır.

Kendisine kayıtlı kişilerin koruyucu ve tedavi edici hizmetlerini, birlikte ekip olarak tanımlandığı aile sağlığı çalışanı (ASÇ) ile birlikte verebilmesi tasarlanmıştır. Ancak 2012’de Sağlık Bakanlığı’nın yapmış olduğu değerlendirme -mevcut kayıtlı kişi sayısı ile bunun çok da kolay olamayacağı öngörülerek- yıllar itibarıyla aile hekimine kayıtlı kişi sayısının kademeli olarak azaltılması gerektiği yönünde olmuştur. Hedef ise 2023 yılında ortalama 2.000 kişiye bir aile hekiminin hizmet vermesi şeklinde açıklanmıştır.^[2] Bu kapsamda 2011 itibarıyla 20.216 olan aile hekimliği birim sayısı 2016 yılında 24.428’e yükseltilmiştir.^[3,4] 2017 yılına gelindiğinde ise 25.198 aile hekimliği birimi olduğu açıklanmakla birlikte aile hekimi başına düşen ortalama nüfus 3207 olup, aktif çalışan aile hekimi başına düşen nüfus ise halen 3481’dir.^[4] Bu da 2017 itibarıyla 1983 biriminde aile hekimi olmadığını göstermektedir.

Aile hekimliği uygulaması kapsamında, bir ilde yeni birimlerin açılması ya da bir aile hekimliği biriminin boşalması durumunda en geç bir ay içinde olmak üzere il genelinde yerleştirme işlemleri yapılmaktadır. Yerleştirmenin yapılacağı ilde halen sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapan personelin boş pozisyonları tercih etmesi halinde bu personelin boşalttığı pozisyonlar ile birlikte bütün yerleştirme işlemleri o ilde çalışan aile hekimlerinin tercihlerinin alınması ile tek oturumda

tamamlanmaktadır. Münhal aile hekimliği pozisyonlarından, bir yerleştirme işlemi sonucunda yerleştirme yapılamamış pozisyonlar, yılda asgari üç kez olmak üzere diğer illerde çalışan hekimler arasında yerleştirme yapılacak şekilde iller arası yerleştirmeye açılmaktadır. Aile hekimliği uygulama yönetmeliği uyarınca iller arası yerleştirmede yerleştirme yapılamamış pozisyonlara, Devlet Hizmeti Yükümlülüğü kurasında ilan edilmek suretiyle de yerleştirme yapılabilmektedir.^[5]

Birinci basamakta çalışan bir hekimin 2.500 hastadan oluşan nüfus için önerilen tüm akut, kronik ve önleyici bakımı sağlamak için günde 21,7 saate ihtiyacı olduğu tahminleri gözönüne alınırsa,^[6] mevcut durumda aile hekimine kayıtlı nüfusun birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda, özellikle de koruyucu sağlık hizmetlerindeksamalara yol açabileceği ya da bir şekilde durumu telafi etmeye çalıştıkça aile hekimlerinde tükenmişliğe yol açabileceği öngörülebilir.^[7,8] Kayıtlı nüfusun azaltılması çalışmaları kapsamında yeni aile hekimliği birimlerinin açılması yanısıra bu birimlerin aile hekimleri tarafından tercih edilmesi yani boş kalmaması önemlidir.

Bu çalışmada aile hekimliği yerleştirilmesinde iller arası yerleştirmeye açılan birimlerin tercih edilmemesini/boş birim olarak kalmasını etkileyen değişkenlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma 2017 yılı son ve 2018 yıl boyu açıklanmış olan Sağlık Bakanlığı iller arası aile hekimliği yerleştirmesine açılan aile hekimliği birimleri verilerinden yararlanılarak oluşturulan kesitsel bir çalışmadır. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında 2017/3, 2018/1, 2018/2 ve 2018/3 İller Arası Aile Hekimliği Yerleştirme İşlemi kapsamında internet üzerinden ilan etmiş olduğu kadrolar veri tabanı olarak kullanılmıştır.^[9-12] Yerleştirmeye açılan birimler illerine göre Türkiye İstatistiksel Bölge Birimleri Sınıflaması (NUTS) 1 düzeyinde de (12 bölge) sınıflandırılmıştır.^[13]

İncelenen yerleştirmede ilan edilen birimin bir sonraki iller arası yerleştirmede tekrar yerleştirmeye açılması; o birimin ya hiç tercih edilmemesi ya tercih edilip yerleşilmemesi ya da yerleşip kısa süre sonra hekimin o birimden ayrılması ile sonuçlandığından, sonuçta halen boş birim olarak değerlendirilmiştir. 2018/3'te açılan birimlerin dolmuş olmasına ait sonuçlar 2019/1 yerleştirmeye açılacak birimlerle karşılaştırma sonrası anlaşılabilirliğinden 2018/3 İller Arası Aile Hekimliği Yerleştirme verileri yalnızca 2018/2 yerleştirmesinde açılan birimlerin tekrar açılma durumlarının değerlendirilmesinde ve 2017/3 yerleştirmesinden bir yıl sonra halen boş birim olarak açıklanmasının karşılaştırmasında kullanılmıştır.

Veri tabanının oluşturulması sırasında T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Aile Hekimliği Yerleştirme İşlemi kapsamında ilan ettiği birimlere ait bazı özelliklerin açıklanmasında iller arası standardizasyon sağlanmadığı, eksik bilgiler içerdiği gözlenmiştir. Özellikle aile hekimliği birim gruplandırmasıyla ilgili eksik bilgiler belirgindir. Yerleştirmeye açılan birimler için "A,B,C,D,E ve H grupları" ile "grup yok" şeklinde açıklanmış yedi farklı tanımlama geçmektedir. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğine göre aile hekimliği birimlerinin A, B, C, D grubu şeklinde gruplu ya da grubu yok olarak gruplandırılması nedeniyle, çalışmamızda bu gruplar "A,B,C,D" olarak açıklananların grubu "grubu var"; "E" ve "H" olarak belirtilenlerle "yok" yazanlar için "grubu yok" olarak sınıflandırılması ile analize alınmıştır.

Benzer bir durum aile hekimliği birimine ait kira bedeli için de söz konusu olmuştur. Yerleştirmeye açılan birimlerin bir kısmının kira bilgisi verilmemiş, kira bilgisi verilmeyen bu birimlere dair bazılarında hiçbir açıklama yapılmazken bazılarında da belli bir standartta olmayan açıklamalar yapılmıştır. Çalışmamızda kira miktarı belirli olan birimler kamu-özel-sanal olması gibi özelliklerine bakılmaksızın ödenen miktar üzerinden sınıflamaya alınmıştır. Kira miktarı belirsiz olanlar

herhangi bir açıklama içermiyorsa "kira bilgisi yok" olarak sınıflandırılırken bir açıklama içeriyorsa buna göre sınıflandırılmıştır. Kira bilgisi olmayıp özel ASM açıklaması varsa özel ASM, kamu binası açıklaması varsa kamu, belediye binası açıklaması varsa belediye, kira bedeli alınmıyorsa da kira ödenmeyen ASM olarak alınmıştır.

Yerleştirmeye açılan birimlerin kira durumu belirsiz olup hizmet verecek odası olmaksızın, açıklamalarında "özel aile sağlığı merkezi (ASM) aile hekimi (AH) kendi bulacak", "fiziki mekan gösterilemeyen ASM", "sanal ASM" gibi, aslında aynı tanımı gösteren farklı tanımlamalarla AH'nin kendisinin yer bulması gerektiğine işaret eden tüm açıklamalar ise "sanal ASM" olarak alınmıştır. Yapılan bu sınıflamalar sonrası kira bilgisine dair yapılan grupta; "Kirası 1000 TL'den az olan, kira ödenmeyen kamu ya da belediyeye ait" ibarelerinin geçtiği birimler bir grup, "kira miktar ve açıklama içermeyenler" bir grup, "kirası 1000TL ve üzeri olanlarla kira bedeli belirtilmemiş özel-sanal ASM'ler" de başka bir grup olarak sınıflandırılmıştır.

Bir birimin bir sonraki yerleştirmeye tekrar açılma durumu (boş kalmış olarak değerlendirilenlerin saptanması) Excel tablolarında koşullu biçimlendirmede yinelenen değerlerin karşılaştırması yapılarak saptanmıştır. Ki-kare ve lojistik regresyon analizleri ile birimlerin boş kalmasını etkileyen değişken araştırmasında aynı birimin bir yıl içinde bir seferden çok yerleştirmeye açılabilirdiği göz önüne alınarak, aynı birime ait özelliğin tekrar değerlendirmeye alınmasını önlemek için, farklı yerleştirme döneminde açılan aynı birimler sadece ilk açıldığı dönem tutulmak üzere diğerleri silinerek ikinci bir veri tabanı oluşturulmuştur.

Açılan pozisyonun boş kalmasıyla ilgili olasılıklar oranı (OR) %95 güven aralıklarıyla birlikte hesaplanmıştır. Nüfus değişkeninin ikili analizlerde diğer değişkenlerle yüksek korelasyon göstermesi nedeniyle, değişkenlerin lojistik regresyon analizinde NUTS bölgeleri ile birlikte nüfusa göre de düzeltme yapılarak düzeltilmiş olasılıklar oranı (ORadjusted) hesaplanmıştır. Verilerin istatistiksel

analizleri SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 18.0 programı ile yapılarak, elde edilen p değerleri 0,05'den küçük ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Tablo 1'de 2017 yılı son ve 2018 yılı ilk iki iller arası yerleştirmeye açılan aile hekimliği birimlerinin bazı tanımlayıcı özellikleri yer almaktadır. 2017 son iller arası yerleştirmede 1160 birim, 2018

ilk iller arası yerleştirmede 656 birim ve 2018 ikinci yerleştirmede 1446 birim açılmıştır. Bu üç yerleştirmeyi kapsayan 1 yıl içinde toplamda açılan 3262 birimin %53,9'unun bir sonraki yerleştirmede tekrar açıldığı görülmüştür. Yerleştirmeye açılan birimlerin %65,6'sının mevcut hizmet vereceği kayıtlı bir nüfusu olmayıp %91,5'inin beraber çalışabileceği bir sözleşmeli ASÇ (Aile Sağlığı Çalışanı) bulunmamaktadır. %60,5'inin hizmet vereceği bir odası bulunmazken %95,5'inin

Tablo 1. 2017 yılı son ve 2018 yılı ilk iki iller arası yerleştirmeye açılan aile hekimliği birimlerinin bazı tanımlayıcı özellikleri

Yerleştirmeye açılan birimin özelliği	Yerleştirme açılan yıl/dönem						Toplam* (n=3262)	
	2017/3 (n=1160)		2018/1 (n=656)		2018/2 (n=1146)		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Bir sonraki yerleştirmede dolma durumu								
Boş	437	37,7	449	68,4	873	60,4	1759	53,9
Dolu	723	62,3	207	31,6	573	39,6	1503	46,1
Nüfus								
Yok	781	67,3	392	59,8	968	66,9	2141	65,6
Var	379	32,7	264	40,2	478	33,1	1121	34,4
Mobil nüfus								
Yok	1042	89,8	552	84,1	1333	92,2	2927	89,7
Var	118	10,2	104	15,9	113	7,8	335	10,3
ASÇ								
Yok	1074	92,6	585	89,2	1327	91,8	2986	91,5
Var	86	7,4	71	10,8	119	8,2	276	8,5
Oda								
Yok	715	61,6	262	39,9	998	69,0	1975	60,5
Var	445	38,4	394	60,1	448	31,0	1287	39,5
Birimin grubu								
Yok **	1130	97,4	619	94,4	1367	94,5	3116	95,5
Var	30	2,6	37	5,6	79	5,5	146	4,5
ASM toplam birim sayısı								
1	99	8,5	85	13,0	89	6,2	273	8,4
2	438	37,8	242	36,9	498	34,4	1178	36,1
3-4	409	35,3	216	32,9	545	37,7	1170	35,9
5+	214	18,4	113	17,2	314	21,7	641	19,7
Kira								
Sanal-özel-1000 TL ve üzeri	287	24,7	279	42,5	330	22,8	896	27,5
Kira bilgisi yok***	497	42,8	92	14,0	794	54,9	1383	42,4
1000 TL altı-kamu-belediye	376	32,4	285	43,4	322	22,3	983	30,1

*Üç yerleştirmede açılan birimlerin toplamını vermektedir.

%62,4'ünün hizmet verecek odası yok *%88,6'sının hizmet verecek odası yok

grubu yoktur. Grubu olmayan birimlerin % 62,4'ünün hizmet verecek odası bulunmamaktadır. %27,5'inin kirası 1000TL üzeri ya da sanal/özel ASM olup, %42,4'üne ait bir kira bilgisi bulunmamaktadır. Kira bilgisi ya da özel, kamu gibi herhangi bir açıklaması olmayan bu gruptaki birimlerin %88,6'sına ait hizmet verebilecekleri bir oda bulunmadığı saptanmıştır. Yerleştirmeye açılan birimin bulunduğu ASM'lerin %19,7'sinde beş ve üzeri birim sayısı bulunurken %8,4'ü tek birimli ASM'dir (**Tablo 1**).

2017 yılı son yerleştirmesinden 2018 yılı son yerleştirmesine dek (hariç) bir yıllık süreçte boş kalan birimlerin özelliklerine bakıldığında; yerleştirmeye açılan birimin nüfusunun olmamasının 3,0 kat, mobil nüfusu olmamasının 1,7 kat, birimde çalışan ASÇ olmamasının 2,5 kat, birimin hizmet verecek odasının olmamasının 1,6 kat, birimin grubunun olmamasının 4,9 kat daha fazla boş kalmasına neden olduğu saptanmıştır. Açılan birimin bulunduğu ASM'de 5 ve üzerinde hekim (birim) olmasına göre 4 ve daha az birim olmasının boş kalma oranını 1,5 kat daha fazla artırdığı görülmüştür.

Kirasının 1000 TL den az olması veya binanın kamu-belediyeye ait binası olmasına göre özel ASM, sanal ASM olması veya 1000ve üzeri kirali ya da kirasının belirsiz olması da boş kalma oranını 1,5 kat daha fazla artırmıştır. Nüfusa ve istatistiki bölgeye göre düzeltme yapılması sonrası birimin mobil nüfusu, hizmet verecek odası ve kira durumunun istatistiksel anlamlı etkisinin kalmadığı; ASÇ ve birimin grubunun yokluğu ile ASM' de beşten az birim olmasının hala istatistiksel anlamlı olarak boş kalmayı artırdığı görülmüştür (**Tablo 2**).

Tablo 3'de 2017/3. yerleştirmeye açılan birimlerden ne kadarının bir yıl sonra, yani 2018/3. yerleştirmeye açıldığı ve bunların tekrar yerleştirmeye açıldığında ne kadarının oda varlığı ve nüfusunda değişim olduğu görülmektedir. 2017/3'de yerleştirmeye açılan 1160 birimden 436 birim (%37,6) bir yıl sonrasında tekrar yerleştirmeye açılmış, 294 birimin (%67,4) hizmet verecek odası ve kayıtlı nü-

fusunun olmaması durumu değişmemiştir.

Tartışma

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğindeki, aile hekimliği birimleri bölgede ortalama "3500 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde" tespit edilir, ifadesi 16.05.2017 tarihinde yapılan değişikliklerle "2000 kişiye bir aile hekimi düşecek şekilde" tespit edilir şeklinde düzenlenmiştir.^[5] Hekim başına düşen nüfusu azaltmaya yönelik çalışmalar, uygulama yönetmeliğinde de belirtildiği şekliyle "çalışma bölgeleri nüfus yoğunluğu, idari ve coğrafi şartlar ile kişilerin sağlık hizmeti alma alışkanlıkları göz önünde bulundurularak" belirlenip, yeni birimlerin açılması şeklinde sürdürülmektedir. Aile hekimi başına düşen nüfusun 2000 kişiye indirilmesi hedefi aşamalı bir şekilde yapılmaktadır. Ancak henüz nüfusun 3000'lere düşürülme aşamasında yerleştirmeye açılan birimler boş kalıyorsa olumsuz etkileyen faktörlere bakılarak düzeltilmesi, sonraki aşamalara geçişi kolaylaştırır.

Çalışmamızda nüfusu olmayan aile hekimliği birimlerinin üç kat, istatistiksel bölge sınıflamasına göre düzeltilmesi sonrası ise dört kat daha az tercih edildiği/boş kaldığı, gözlenmiştir. Bu durum aile hekimlerine yapılan ödemenin asıl olarak kayıtlı nüfus üzerinden yapılıyor olması ve aile hekimine kayıtlı kişi sayısının aralıksız iki aydan fazla süreyle (aylık yapılan üçüncü bildirimde) bin kişinin altına düşmesi durumunda sözleşmesinin sona erdiriliyor olması nedeniyle beklenen bir durumdur.

Bakanlıkça bölgede çalışan aile hekimi sayısında değişiklik yapılması nedeniyle ihtiyaç duyulması hâlinde veya kayıtlı kişi sayısının iki aydan uzun süreyle bin kişinin altında seyretmesi nedeniyle sözleşmesi sona erdirilen aile hekimi yerine sözleşme yapılan aile hekimi için bu hükmün sözleşme tarihini takip eden birinci yılın sonundan itibaren uygulanıyor olması ya da yeni açılan ve hizmet verilecek aile sağlığı merkezi mekanı gösterilemeyen birimler için aile sağlığı merkezi giderleri tavan ücretin %100'ü olarak ödeniyor olması bile, kayıtlı nüfus

varlığının aile hekimliği biriminin tercih edilmesinde önemli bir parametre olmasının önüne geçememiştir.^[14]

Sanal ASM tanımı yönetmelik ya da kanunda tanımı yapılmamış bir kavram olup, yerleştirmeye açıldığı dönemde hizmet verecek binası ya da nüfusu olmaksızın açılan ve yerleşecek hekim tarafından yer temin edilerek kendine nüfus kaydetmeye başlayacağı birimler olarak tanımlanabilir. Veri tabanı olarak kullandığımız iller arası yerleştirme münhalleri içinde kira ile ilgili bilgi verilmemiş yerlerin %88,6'sının bir odası bulunuyor olması bu birimlerin de sanal olabileceğini düşündürmektedir. Ancak münhal listesinde bunu destekleyecek bir açıklama yazılmamış olması

nedeniyle bu yerler sanal ASM sınıflamasına alınmamıştır. Bu durum belki de sanal birim olabilecek bu birimler için daha sağlıklı bir analiz yapılmasını engellemiş olabilir. Bu kapsamda iller arası yerleştirmeye açılacak birimlerle ilgili illerden gelecek açıklamalar için belirli standartların oluşturulması daha sağlıklı veriye ulaşılmasını ve değerlendirme yapılabilmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda çoklu analizde -belki de bu nedenlerden dolayı- kira durumu birimin boş kalmasını/tercih edilmemesini etkileyen değişkenler içinde olmamakla birlikte iki değişkenli analizlerde birimin kamu/belediyeye ait bir bina olması ya da 1000TL altında kirasının olmasının birimin dolmasını/

Tablo 2. 2017 yılı son ve 2018 yılı ilk iki iller arası yerleştirmeye açılan aile hekimliği birimlerinin bazı özelliklerine göre boş kalma durumu (n=2013)

Yerleştirmeye açılan birimin özelliği	Yerleştirmede boş kalan		Yerleştirmede dolan		OR(%95 güven aralığı)	Düzeltilmiş OR* (%95 güven aralığı)
	n	%	n	%		
Kayıtlı nüfus						
Yok	756	78,3	564	53,9	3,08 (2,54-3,75)	4,08 (3,22-5,16)
Var	210	21,7	483	46,1		
Mobil nüfus						
Yok	887	91,8	908	86,7	1,72 (1,28-2,30)	0,93 (0,64-1,36)
Var	79	8,2	139	13,3		
ASÇ						
Yok	908	94,0	902	86,2	2,52 (1,83-3,46)	1,57 (1,07-2,32)
Var	58	6,0	145	13,8		
Oda						
Yok	643	66,6	577	55,1	1,62 (1,35-1,94)	1,16 (0,89-1,50)
Var	323	33,4	470	44,9		
Kira/mülkün durumu						
Sanal-özel- 1000 TL ve üzeri ve belirsiz kira	714	73,9	675	64,5	1,56 (1,29-1,89)	0,91 (0,70-1,19)
1000 TL altı-kamu-belediye	252	26,1	372	34,5		
Birimin grubu						
Yok	946	97,9	948	90,5	4,94 (3,03-8,05)	3,54 (2,04-6,13)
Var	20	2,1	99	9,5		
ASM birim sayısı						
1-4 birim	813	84,2	808	77,2	1,572 (1,25-1,97)	1,44 (1,22-1,85)
5ve üzeri	153	15,8	239	22,4		
TOPLAM	966	100,0	1047	100,0		

*Nüfus değişkeni istatistikî bölgelere, diğer değişkenler ise hem istatistikî bölge hem de nüfusa göre düzeltilmiştir.

tercih edilmesini olumlu yönde etkilediği gözlenmektedir. Aile hekimleri de aile hekimliğine ilk geçiş döneminde açılan birimlerdeki gibi kamu-belediye binası gibi tanımlanmış ve belirli makul kira bedelleri olmayan ve içinde en azından temel ihtiyaçlara yönelik malzeme bakımından yeterlilik sağlamayan sanal ASM'lerle ilgili sıkıntılarını belirtmekte ve bu durumun hekimler arası eşitsizliğe yol açtığını ifade etmektedirler.^[15-17] Sanal birimlerin açılması ile ilgili olarak Aile Hekimliği Ödeme Sözleşme Yönetmeliğinde 2015 yılında yapılan değişiklikle “müteakiben üst üste iki yerleştirme sonucunda boş kalması hâlinde müdürlüğün

teklif ettiği ve Bakanlıkça uygun görülen yerler için giderleri döner sermaye bütçesinden karşılamak üzere müdürlükçe aile sağlığı merkezi oluşturulur” denilmekle birlikte 2017/3. yerleştirmeye açılan birimlerden 2018/3. yerleştirmeye tekrar açıldığında %67,4’ünde başlangıçta oda ve nüfusu olmayan birimlerin halen bu halini koruyarak oluşu bu mevzuat düzenlemesinin henüz tamamıyla uygulan(a)madığını göstermektedir.

Mevcut aile hekimliği uygulamasında aile hekiminin ekip olarak tanımlandığı tek personel aile sağlığı çalışanlarıdır.^[5] Eğer birimin sözleşmeli aile sağlığı çalışanı yoksa koruyucu ve tedavi edi-

Tablo 3. 2017/3 iller arası yerleştirmede açılan birimlerden tekrar 2018/3 yerleştirmeye açılan birimlerin oda varlığı ve birime kayıtlı nüfus durumu

Sayı	Yüzde	Birimlerin 2017 yılı son iller arası yerleştirmedeki özelliği		Birimlerin 2018 yılı son iller arası yerleştirmedeki özelliği	
		Oda durumu*	Birime kayıtlı nüfus**	Oda durumu*	Birime kayıtlı nüfus**
294	67,4	-	-	-	-
5	1,2	-	+	-	+
18	4,1	-	+	-	++
18	4,1	-	++	-	+
22	5,0	-	-	+	-
6	1,4	-	-	+	+
1	0,2	-	+	+	+
4	0,9	-	+	+	++
1	0,2	-	++	+	+
2	0,5	-	+	-	-
18	4,1	+	-	+	-
3	0,7	+	-	+	+
5	1,2	+	+	+	++
24	5,5	+	++	+	+
9	2,1	+	-	-	-
1	0,2	+	+	-	++
5	1,2	+	++	-	+
436	100,0	% 85,1'inin odası yok		% 80,8'inin odası yok	

*(-): oda yok, (+): oda var

**(-): birime kayıtlı nüfus yok, (+):birime kayıtlı nüfus var. (+) sadece nüfus varlığını göstermekle birlikte (++) olması nüfusta bir artma olduğunu; (++) iken (+) olması ise nüfusta bir azalma olduğunu göstermektedir.

ci hizmetlerin tümü, zaten bir bakıma biriminin işvereni pozisyonunda olarak başka diğer yükümlülükleri de yerine getiren tek kişi olan aile hekimine kalmaktadır. Bu nedenle ASÇ olmayan birimlerin daha fazla boş kalması da beklenen bir sonuçtur.

Benzer şekilde ASM’deki birim sayısının artışı ile boş kalma oranının azalıyor olması da bu kapsamda değerlendirilebilir. Nitekim başka aile hekiminin/aile hekimlerinin varlığı, aile hekiminin günlük acil işlerinde ya da zorunlu katılması gereken günlük eğitimleri olduğu süreçte, başvuran hastalarına karşı yükümlülüklerini yerine getirmede, hastalarının olumsuz etkilenmesini önleyecek bir kompansasyon mekanizması oluşturulmasını kolaylaştırır.

Aynı şekilde, yıllık izinlerini kullanacakları dönemde gönüllü olarak birbirlerine kayıtlı nüfusa hizmetin sürdürülmesi durumunda kayıtlı nüfus üzerinden kendilerine ödenen ücrette kesinti olmaksızın yıllık izin kullanabiliyor olmaları da, birim sayısının artışıyla boş kalma oranının azalıyor olmasını etkileyen faktörlerden olabilir. Bunun yanında kendi aralarında anlaşamayan birim hekimleri “görevlendirme” suretiyle diğer hekimin görevlerini sürdürürse bu durumda yıllık izni vb. durumda ücretinde kesinti yaşanır.

Diğer birim hekimi ile uyumlu çalışılmayacağı varsayılsa bile yerleştirmeye açılan birimin tek hekim olması, 5 ve üzeri hekimli yerlere göre daha fazla boş kalması ile sonuçlanmıştır. Bu kapsamda aile hekimliği ödemelerinde “tek birimli aile sağlığı merkezinde görev yapan ve yıllık izin sebebiyle görevi başında bulunamayan aile hekimine, toplam

yıllık izin süresinin ilk yedi günlük kısmı için tam ödeme yapılır” şeklindeki uygulamanın varlığının da tercih edilmede bir avantaj olarak görülmemiş olduğu söylenebilir.^[14]

Aile hekimlerine yapılan aylık ödemelerde, aile hekimliği birimleri gruplandırmasına göre ayrıca ek olarak her ay; A grubunda tavan ücretin %50’si, B grubunda %35’i, C grubunda %20’si ve D grubunda %10’u oranı kadar ödeme yapılıyor olması nedeniyle, aile hekimliği biriminin grubunun bulunmaması da daha fazla boş kalması bakımından beklenen bir sonuçtur.^[14] Bununla birlikte grubu olmayan birimlerin %62,4’ünün odasının olmadığı görülmektedir ve zaten odası bile mevcut olmayan birimin herhangi bir gruplandırmasının olması düşünülemez.

Bu nedenle birimin grubunun olmasının, dolmasına etkisinin daha net görülmesi bakımından odası olan birimler içinde bu durumun değerlendirilmesidaha sağlıklı olabilir şeklinde düşünülebilir. Ancak bir yıllık süre içinde açılan birimlerin yarısından fazlasının (%60,5) odasının olmaması böyle bir değerlendirmede verinin çoğunluğunun değerlendirmeye alınamamasına yol açacağından böyle bir analiz yapılmamıştır.

Sonuç olarak, aile hekimliği uygulaması kapsamında aile hekimliği birimine kayıtlı nüfusu azaltma çalışmaları hizmet kalitesi ve toplum sağlığı bakımından önemlilik arz etmekle birlikte, planlamada bazı aksaklıkların olduğu görülmektedir. Bu nedenle aksayan yönlerinin daha kapsamlı çalışmalarla tespit edilerek, yeni birimlerin tercih edilmesini artıracak yönde çalışmaların yapılması gerekir.

Kaynaklar

1. TC. S.B. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Aile Hekimliği. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/1394-t%C3%BCrkiye-de-aile-hekimli%C4%9Fi.html> adresinden 06.03.2019 tarihinde erişilmiştir.
2. Akdağ R. Sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011), <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf> adresinden 06.03.2019 tarihinde indirilmiştir.
3. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2012. Ankara, 2013;80
4. Başara B.B, Soyutun Çaęlar İ, Aygün A ve ark. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017. Ankara 2018;139-40
5. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25.01.2013 tarih 28539 sayılı Resmî Gazete <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.17051&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=aile%20he> adresinden 02.03.2019 tarihinde indirilmiştir.
6. Altschuler J, Margolius D, Bodenheimer T, Grumbach K. Estimating a reasonable patient panel size for primary care physicians with team-based task delegation. *Annals of Family Medicine* 2012; 10(5): 396-400.
7. Ersoy F, Yıldırım R.C, Edirne T. Tükenmişlik (staff burnout) sendromu. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2001. <http://www.ttb.org.tr/STED/sted0201/1.html> adresinden 15.02.2019 tarihinde indirilmiştir.
8. Antahed. Check-up kandırmacası. <http://www.antahed.org.tr/check-up-kandirmacasi> adresinden 06.03.2019 tarihinde indirilmiştir.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında 2017/3 İller Arası Aile Hekimliği Yerleşirme İşlemi; Münhal Kadrolar <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,31010/aile-hekimligi-uygulamasi-kapsaminda-20173-iller-arasi-aile-hekimligi-yerlestirme-islemi.html> adresinden 08.01.2019 tarihinde indirilmiştir.
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında 2018/1 İller Arası Aile Hekimliği Yerleşirme İşlemi; Münhal Kadrolar <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,34798/aile-hekimligi-uygulamasi-kapsaminda-20181-iller-arasi-aile-hekimligi-yerlestirme-islemi.html> adresinden 08.01.2019 tarihinde indirilmiştir.
11. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında 2018/2 İller Arası Aile Hekimliği Yerleşirme İşlemi; Münhal Kadrolar <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,46469/aile-hekimligi-uygulamasi-kapsaminda-20182-iller-arasi-aile-hekimligi-yerlestirme-islemi.html> adresinden 08.01.2019 tarihinde indirilmiştir.
12. T.C. Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında 2018/2 İller Arası Aile Hekimliği Yerleşirme İşlemi; Münhal Kadrolar <https://yhgm.saglik.gov.tr/TR,50509/aile-hekimligi-uygulamasi-kapsaminda-20183-iller-arasi-aile-hekimligi-yerlestirme-islemi.html> adresinden 08.01.2019 tarihinde indirilmiştir.
13. TÜSEB. İstatistiksel Bölge Birimleri Nomenklatürü (NUTS). <https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/-statistiksel-b-lge-birimleri-nomenklat-r-nuts> adresinden 23.02.2019 tarihinde indirilmiştir.
14. Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliği. 30.12.2010 tarih 27801 sayılı Resmî Gazete <http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.20101237.pdf> adresinden 02.03.2019 tarihinde indirilmiştir.
15. İSTAHED.İstahed-sanal asm ve tek hekimiasmlere ilişkin raporumuz. <https://www.istahed.org.tr/istahed-sanal-asm-ve-tek-hekimli-asm-lere-iliskin-raporumuz/> adresinden 06.03.2019 tarihinde indirilmiştir.
16. AHEF. THSK Toplantısı Sonuç Raporu. 2017 <http://ahef.org.tr/Detay/1851/THSK-Toplantisi-Sonuc-Raporu.aspx> adresinden 04.03.2019 tarihinde indirilmiştir.
17. Medimagazin. Aile hekimleri: Sanal ASM açılmasına karşıyız. <https://www.medimagazin.com.tr/hekim/aile-hekimligi/tr-aile-hekimleri-sanal-asm-acilmasina-karsiyiz-2-21-52304.html> adresinden 06.03.2019 tarihinde indirilmiştir.

Geliş tarihi: 22/05/2018

Kabul tarihi: 14/06/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Fatma Yeşim Karakoç

e-posta: drfyesim@hotmail.com

Erken evre demans hastalarına ve yakınlarına yaklaşım

Approach to early stage dementia patients and their families

Güzel Dişçigil¹, F. Sıla Ayan²

Özet

Bu çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemi giderek artan demans hastalığının erken evresinde, hasta ve yakınlarına yaklaşım ve yaşamlarını kolaylaştıracak pratik önerilerin derlenmesi amaçlanmaktadır. Hastalık nedeniyle değişen günlük yaşamın yeniden düzenlenmesinden, davranış değişikliklerinden kaynaklanan sorunlarla başa çıkma yöntemlerinden ve yalnız yaşam için önerilerden söz edilmektedir. Hasta yakınlarını, hastanın olabildiğince uzun süre bağımsızlığı ve hastanın otonomisini destekleyecekleri şekilde yönlendirmek, kendileri ve hastaları adına risklerin farkında olarak bu riskleri yönetmek için cesaretlendirmek gerekmektedir. Bu anlamda bilgi birikiminin, farklı ihtiyaçlara yönelik hizmet konseptlerinin etkin bir şekilde kullanımının bu hastalık sürecinde yaşam kalitesini ve doyumunu olumlu yönde etkilemesi beklenmektedir.

Anahtar kelimeler: Yaşlı, yaşlanma, Alzheimer hastalığı, aile hekimliği

Summary

This study aims to present practical suggestions for patients and family members of early stage dementia patients to make their daily life easier. Reorganization of the changing daily life, coping with behavioural problems and suggestions for living independently was discussed accordingly. It is necessary to raise an awareness of the family members to support patient's independence for as long as possible and to support the autonomy of the patient and encourage them to manage the possible risks for the patient and themselves. In this sense, it is expected that the use of the practical knowledge, providing new service concepts for different needs would positively affect the quality and satisfaction of their life.

Key words: Elderly, aging, dementia, Alzheimer disease, family practice

¹ Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı AD., Aydın / Türkiye

² Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yaşlı Sağlığı AD., Aydın / Türkiye

Giriş

İleri yaş nüfusun dünyada ve ülkemizde giderek arttığı bilinmektedir. Bu doğrultuda aile hekimliği uygulama alanlarında daha fazla sayıda yaşlı hastanın yer almasını ve aile hekimlerinin yaşlılık dönemi hastalıklarıyla daha fazla karşılaşmaya başlayacaklarını öngörmek mümkündür. İlerleyen yaşla birlikte sıklığı artan demans, yeti kayıplarıyla seyreden bir hastalıktır. Bu hastalıkların yönetimi özellikle bakım yükü açısından çeşitli zorluklar arz etmektedir. Demansta hasta ve yakınları, tıbbi tedaviden çok bakım gereksinimlerinin doğru yönetimine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu doğrultuda aile hekimlerinin, hastalığın seyrini ve günlük yaşamı kolaylaştırabilecek önerileri içeren danışmanlık hizmeti vermesi hasta ve yakınlarına büyük katkı sunar. Bu çalışmada demansın erken evresinde hasta ve yakınlarının yaşamlarını kolaylaştıracak yaklaşım ve pratik önerilerin derlenmesi amaçlanmıştır.

Yaşlılık dönemi ve ileri yaştaki yeterliliklerin düzeyi büyük ölçüde tasarlanabilir bir süreç olmakla birlikte bireyin aktif, sağlıklı, uyum sağlama odaklı ve yeni şeyler öğrenen bir yaşam sürmesi, riskleri azaltmakta ve karşılaşılan risklerin yönetiminde temel yaklaşımı oluşturmaktadır. Tanıdan önce veya tanıdan sonra bilinçli ve disiplinli bir şekilde uygulanan, sosyal destek ağlarınca desteklenen yaşam tarzı değişikliklerinin, olabildiğince uzun süre bağımsızlığı koruma motivasyonunun sağlanması büyük önem taşır.

Hasta ve yakınları, günlük yaşamı kapsayan fiziksel aktivite, kişisel bakım, beslenme, doktor kontrolleri, cinsellik, davranışsal değişimler, bakım planlaması gibi konularda değişen duruma uyum sağlayabilmek için önerilere ihtiyaç duyabilmektedir. Bu doğrultuda sunulan öneriler daha çok ileri evreleri kapsamakta, erken evre dönem ise hastalığın ileri evrelerini bekleme kaygısı ile geçip gitmektedir.

Demansta erken evre hem hasta hem de yakınları için yeni duruma uyum sağlama, ileriye dö-

nük fiziksel, ruhsal, zihinsel hazırlık yapabilme açısından çok kıymetli bir zamandır. Bu dönemde hasta ve yakınlarının yaşamın tüm alanlarını kapsayan bir rehberliğe, hastalığın kabullenilmesi, yeti kayıplarının yönetilmesi gibi zorlu süreçleri aşabilmek için sağlık ve sosyal danışmanlık hizmetine ihtiyaçları vardır. Bu konuda aile hekimlerine de görev düşmektedir. Bakımın sürekliliği kapsamında aile hekimi, hastalığın erken evrelerinden itibaren hasta ve yakınları ile birlikte hastalık sürecine dahil olmaktadır. Tanı konmasının ardından ilk adım hastalığın kabullenilmesidir. Kabullenme süreci sağlıklı geçirildiği takdirde diğer adımlar çok daha kolay ilerleyebilmektedir.

Hastalığı kabullenmek

Hastanın kendisinin teşhisi kabullenmesi ve yakınlarına durumunu açıklayabilmesi, gerek tedavi ve iyilik halinin sürdürülebilmesi, gerek ihtiyaç duyulan desteğin alınabilmesi ve zaman kazanmak açısından büyük önem arz eder. Hastalık tanısının paylaşılacağı ortamın organizasyonunda profesyonel meslek mensuplarının “aile toplantısı” yöntemini tercih etmeleri tavsiye edilebilir. Kişilerin bir anda çok fazla bilgi bombardımanına tutulmaması, kişi ve ailenin duygusal durumuna ve stres düzeyine uygun bir organizasyon yapılması gerekir.⁽¹⁾

Özellikle kişilerin yaşamında uzun süreli değişiklikler yapacak planlamalarla ilgili bilgiler birkaç toplantıya bölünmüş şekilde verilebilir. Açıklamalar sırasında kişinin yetileri (duyma, görme vb.) ve sosyo-ekonomik durumu (ailedeki rolü, eğitim seviyesi vb.) göz önüne alınmalıdır.

Hastanın destek ihtiyacının arttığı durumlarda aileler bir arada yaşamayı tercih edebilir. Bu durumda hastalığı kabullenmesi gerekenler sadece yetişkin hasta yakınları değil, çocuklar da olabilir. Türkiye Alzheimer Derneği hastalığın çocuklara açıklanması ve çocukların kabullenme süreci sırasında şu hususlara dikkat edilmesini önermektedir:

- Öncesinde kendilerine sorumlu olan kişilere karşı sorumluluk duymak, onların sağlıkları

ve geleceklere için duydukları kaygı, hastanın davranışlarını anlamlandıramadıkları anlarda öfke ve utanç duyguları gibi olası riskler hakkında açık ve yapıcı bir şekilde konu-şabilmeleri teşvik edilmelidir.

- Bakım verme sürecinde ebeveynlerin çocuğa ayırdığı zamanın azalmasından kaynaklanan olumsuz duygu durumu telafi edilmeye çalışılmalıdır.⁽²⁾

Terapötik etkinlikler

Demansla toplumsal yaşamdan ve aktivitelerden tamamen uzaklaşmak semptomları kötüleştirebilmektedir. Uygun düzey ve ağırlıkta aktivite ve egzersizlerin, olumlu biyopsikososyal sonuçlar sağladığı belirtilmektedir.⁽³⁾ Hastanın katılımında istikrarı sağlayabilmek için gerçekçi beklentilerin benimsenmesi ve hastanın tedirgin olacağı düzeyde ısrarcı olunmaması önemlidir.

Aktiviteler sırasında hastaya eşlik edilmeli ve aktivite sırasında agresyon, ajitasyon gibi belirtiler gözlemlendiğinde aktiviteye ara verilmeli veya kişinin dikkati başka bir konuya yönlendirilmelidir. Amerikan Alzheimer Derneği aşağıdaki aktivite önerilerinde bulunmaktadır:⁽¹⁾

- **Geçmiş anıları yad etmek:** Hasta ile yakınlarının birlikte zaman geçirerek eski albümlere bakması, güzel anılardan ve ortak tanıdıkları ile yaşananlardan söz etmesi faydalı ve terapi niteliğinde bir aktivitedir. Olumlu duygu uyandıranlara odaklanmakta fayda vardır.
- **Hatıra kutuları organize etmek:** Hastanın kendisi ve aile için önemli anlarda kullanılan eşya ve kalan anılardan bir kutu organize edilmesi mutluluk verici ve öğretici bir aktivitedir. Bir düğünden kalan süsler, gezilerden kalan magnetler, kişinin çocuklarını yetiştirdiği dönemden kalan eşya ve oyuncaklar bir kutuya koyulmalı ve periyodik olarak elden geçirilmesi sağlanmalıdır.
- **Meşguliyeti korumak:** Alzheimer tanısı almak, hayattan bir anda geri çekilmeye neden olmamalı ve basit günlük işlerde aile üyelerinin gözetiminde yardımlaşma ağı sağlanmalıdır.

Hasta birey ortalığı toplamak, yemek yapmaya yardım etmek gibi konularda meşguliyetini devam ettirmelidir.

Bu aktiviteleri spontan değil sistemli olarak terapötik amaçla yapmak gerekir. Aktivitelere mümkünse hatıra da yer alan kişilerin de katılımının sağlanması etkinliği güçlendirir.

Duyu kayıpları

Yaşlanma ile birlikte beş duyu gözlemlenen kayıplar, bilişsel kayıpları tetikleyebildiği gibi aynı zamanda hastalık süresince de bu duyular çeşitli değişimlere uğramaktadır. Özellikle duyma kaybı Alzheimer için bir risk faktörü olmakla birlikte aynı zamanda yakınılan bir semptom olarak da karşımıza çıkabilmektedir. Bu anlamda yaşlıların yardımcı ekipmanlar ve müzik terapileri ile desteklenmesinin olumlu etkisi oldukça büyüktür.⁽⁴⁾

Görme ve görsel algıda yaşanan kayıplarda duvarlar ve zemin arasında kontrastın sağlanması, eşya ve geçit sınırlarının farklı renklerle belirlenmesi yararlı olabilmektedir. Koku kayıpları ise çok çeşitli alanlarda riskler doğurabilmektedir. Bu durumu, duman detektörlerinin kullanımı ve besinlerin buzdolabında saklanarak sıklıkla kontrolü ile yönetmek mümkün olabilir.

Dokunma duyusunda yaşanan kayıplar ise özellikle ısı ve kesici aletlerle ilgili yaralanmalara sebep olabilmektedir. Sıcak ve soğuk eşyaların üzerine uyarı notlarının asılması ve kesici aletlerin kilitli dolaplarda tutulması çözüm önerisi olabilmektedir.⁽¹⁾ Tat almada yaşanan kayıplar, uygunsuz maddelerin tüketimine sebep olabileceği için özellikle deterjanlarla ilgili önlem alınmalıdır. Ayrıca bakım verenlere, Heimlich manevrası ve zehirlenme anında acil yardım ve bilgi alma prosedürü öğretilmelidir.⁽¹⁾

Beslenme ve ağız - diş sağlığı

Demans hastalarında beslenme ile ilişkili sorunlar malnütrisyon ve hastalığın hızlı seyri nedeniyle risk yaratabilmektedir. Akdeniz diyetinin bilişsel gerilemenin yavaşlaması açısından olumlu

etkileri olduğu belirtilmektedir.⁽⁵⁾ Hem yaşlanma hem de patolojik tablo ile birlikte iştah, beslenme, sindirim, tat ve enerji sentezi mekanizmalarında yaşanan kayıplar kişinin yeme-içme paternini değiştirebilir. Kişi bilişsel ve fizyolojik tablodaki değişimler sebebiyle hiç yemek yemeyebilir veya aşırı yeme eğiliminde bulunabilir. Kişinin yemeği hazırlama sürecine katılması bu anlamda motive edici bir yöntem olabilir. Bu süreçte görülen zorluklar ise kişinin aşamaları takip edebileceği direktiflerin yazılması ve görsel materyallerin kullanılması ile çözülebilir. Yemek yenilen ortamda dikkat dağıtıcı etmenlerin bulunmaması önemlidir.

Ayrıca kişiye mümkün olduğunca alternatifler sunularak seçim yapması desteklenmelidir.⁽⁶⁾ Yardımcı ekipmanla (örneğin uygun kaşık, kağıt bardak vb.) kişinin kendi beslenmesi mümkün olduğunca uzun süre desteklenmelidir. Susuzluğun bir risk faktörü olduğunu vurgulayan çalışmalar, demans hastalarının beslenme düzeninde yeterli hidrasyon için önlemlerin alınmasına dikkat çekmektedirler.⁽⁷⁾

Beslenme bozukluklarının önemli bir nedeni de dış kayıplardır. Demans hastaları bilişsel gerileme nedeniyle dış bakımlarını yerine getiremeyebilmektedir. Bu dönemde yaşanan hijyen ve özbakım eksiklikleri dış kaybına yol açabilir. Tedavi gerektiren durumlar ise kooperasyon zorluğu nedeniyle büyük güçlükler arz edebilir. Demans hastasına sunulan dental tedavi sırasında hastanın rahat hissetmesinin sağlanması, olabildiğince stresten ve yanlış inanışlardan uzaklaştırılması önemlidir. Aile üyeleri ve hastanın ağız bakımı ile ilgilenen ekip, hijyen eksikliği, olası bir enfeksiyon ve ağrı açısından göstergeleri dikkatle izlemelidir.⁽⁸⁾

Ağrı

Demans hastalarında yaşanan bilişsel gerileme ve iletişim bozuklukları, deneyimlenen ağrının ifade edilmesini de engelleyebilmektedir.⁽⁹⁾ Aile yakınlarının ağrıyı ayırt etmek için yaralanabileceği ipuçları aşağıda belirtilmiştir:⁽¹⁾

- **Yüz ifadesi:** Hasta kişinin yüz ifadesinde göz-

lerde kısıklık, kaş çatıklığı, gergin bir ifade, terleme, sık göz kırpması gibi ifadeler;

- **İfade ve Sesler:** Hastanın kelimelerle ifade etmesi veya inleme, ağlama sesleri;
- **Duruş:** Rijit ve gergin duruş, mobilitede değişiklik, fetüs pozisyonu;
- **Davranışsal Değişimler:** Günlük rutinde, uyku, beslenme ve aktivite düzeyinde ani değişimler;
- **Mental Durum Değişiklikleri:** Ağlama, ajitasyon ve agresyon eğiliminde ise ağrı irdelenmelidir.

Bu göstergeler mevcutsa hasta ve yakınlarından ağrıya yönelik öykü almak gerekir.⁽¹⁾ Ağrının görüldüğü bölge, enfeksiyon öyküsü, ruhsal durum, ağrının ortaya çıkış süreci sorgulanmalıdır. Erken evrede hastanın sözel ifadesi de yol göstericidir ve ihmal edilmemelidir. Sonrasında nedene yönelik ağrı yönetimi planlanmalıdır.

Cinsellik

Demansın davranışsal belirtilerinden birinin uygunsuz cinsel davranışlar olduğu bilinmektedir. Cinsellik ile ilişkili sorunlar genel olarak ilk evrelerde görülmeye başlar. Psikolojik, toplumsal, fizyolojik sebepler ve kullanılan ilaçlarla ilişkili olarak sorunların görülme sıklığı ve boyutu değişmektedir. Alınan tanı ile birlikte gözlemlenen kişilik değişimleri, çiftlerde iletişim eksikliği ve kaygıya sebep olabilmektedir.⁽¹⁰⁾ Hasta bireyler bakıcılarına ve diğer yakınlarına ilgi duyabilir veya topluma açık yerlerde uygunsuz tavırlar sergileyebilir. Bu durumda hasta ile inatlaşmaması ve hastanın ajitasyonunu engelleyici bir yaklaşımın benimsenmesi gerekmektedir. Böylelikle hastanın dikkatinin başka yere çekilmesi ve uygunsuz davranıştan uzaklaştırılması kolaylaşır.⁽¹¹⁾

Uyku

Alzheimer hastalığı, uyku alışkanlıklarında önemli değişikliklere sebep olabilir. Uyuyamama, fazla uyuma, gece-gündüz alışkanlıklarının değişmesi gibi durumlar günlük yaşamı zorlayıcı bir hal alabilir. Uyku hijyeninin sağlanması ve uyku kalitesinin artırılması için şu önlemler alınabilir:⁽¹²⁾

- Gündüz saatlerinde en az 30 dakika egzersiz

yapılması,

- Gün ışığında yapılacak yürüyüşler,
- Akşam saatlerinde yatakta uyanık geçirilen zamanın ve gündüz kısa süreli kestirmelerin kısıtlanması,
- Düzenli uyku saatlerinin sağlanması,
- Işık, teknolojik cihazlar ve gürültüden uzak, hijyenik bir uyku ortamının organize edilmesi,
- Kolinesteraz inhibitörleri ve uyarıcı ilaçların uyku öncesi kullanımının kısıtlanması,
- Sirkadiyen ritmi düzenleyici BLT (bright-light therapy) gibi yöntemlerden ve farmakolojik tedavilerden yararlanılması.

Tüm bu önlemlere karşın uyku kalitesinin sağlanamadığı ve gezinme davranışının engellenmediği durumlarda ise güvenlik önlemlerinin alınması gerekmektedir.⁽¹⁾ **Bu önlemler:**

- Evdeki zeminlerin düşme riski yaratabilecek eşyalardan temizlenmesi,
- İlaçların kilitli dolaplarda tutulması,
- Koridor ve banyolara tutma barlarının konması,
- Merdiven başlarına güvenlik kapılarının konması,
- Bakımverenin nikotin ve alkol kullanımını kontrol etmesi olarak sayılabilir.

Demans hastalarında yalnız yaşam tercihi

Erken evrede tanı alan bazı bireyler evlerinde yalnız yaşamaya devam etmeyi tercih ederek tersi bir düzenlemeyi bağımsızlığın kaybı olarak değerlendirebilir. Bu kişilerin erken evrede evlerinden uzaklaştırılması hastalık sürecinde olumsuz etkilere sebep olabilir. Kişinin kendi yaşam ortamında olabildiğince uzun süre desteklenmesi ve güvenliği tehdit eden evrede farklı destek imkanlarının sağlanması, kendine güvenin devamı açısından büyük önem arz etmektedir.⁽¹³⁾

Bu aşamada hasta ve yakınlar tarafından yaşanan tedirginliklerin gerçekçi bir yaklaşımla gözden geçirilmesi ve hasta için en uygun kararın verilmesi önemlidir. Gözlemlenen bazı sorunlara yönelik çözüm önerileri ve bu önerilerin risk yaratabilecek yönleri **Tablo 1**'de belirtilmiştir.⁽¹⁾

Hastalık ile ilişkili davranış bozuklukları ile başa çıkabilmek

Hastalık sırasında karşılaşılan davranış bozukluklarını yönetmek ve olumlu bakış açısını korumak büyük önem arz etmektedir. Davranışın veya davranışı sergileyen kişinin değiştirilmeye çalışılmasının genellikle yararsız olduğunu fark etmek gerekir. Bu nedenle davranışları tetikleyen beslenme, televizyon, ışıklandırma gibi sebeplerin belirlenmesi öncelikli olmalıdır. Davranış bozukluklarının yönetiminde bir kez işe yarayan bir strateji bir sonraki seferde işe yaramayabilir; bu nedenle yaratıcı bir tavır benimseyerek yeni ve alternatif stratejiler geliştirmeye hazır olmak gerekir.⁽¹⁴⁾

Hastalık ile ilişkili iletişim problemleri, olabildiğince basit ve kolay anlaşılır cümleler seçilmesi ve sakin bir ses tonunun kullanılması ile çözülebilir. Hastaların süreç içinde değişen farklı ihtiyaçları olan yetişkin bireyler olduğu göz ardı edilmemeli ve hasta ile çocukmuş gibi konuşulmamalıdır. Hastanın bulunduğu ortamda onu ilgilendiren konular ile ilgili, o orada değilmiş gibi değerlendirmede bulunulmamalıdır. Hasta ile göz teması kurulmalı ve sözleri dinlenmeli, pozitif ve destekleyici bir tutum benimsenmelidir.⁽¹⁾

Banyo zamanlarının kişinin en uyumlu olduğu saatlerde planlanması, rutin olması ve bakım verenin kararlı olması gereklidir. Hastalar için banyo ritüelinin kafa karıştırıcı, korkutucu ve rahatsız edici olabileceği unutulmamalı ve sabırlı davranılmalıdır. Kişiye aşamalar adım adım anlatılmalıdır. Banyo ortamı hastadan önce organize edilmeli ve suyun sıcaklığına dikkat edilmelidir. Yumuşak bir banyo süngeri kullanılmalıdır ve riskler önlenmelidir.⁽¹⁵⁾ Karmaşık fermuar ve düğmelerden oluşan kıyafetler rahatsız edici olabilir. Kişinin olabildiğince uzun süre kendi kendine giyinmesine izin verilmelidir. Mevsim şartlarına uygun kıyafetler, giyim sırasına göre organize edilerek hastaya sunulmalıdır.⁽¹⁾

İnkontinans, hastalıkta en sık rastlanan sorunlardan birisidir. Kişinin sıkışma hissini beklemeden

tuvalete gitmesi yardımcı olabilmektedir. Kişinin huzursuzluk belirtileri gözden kaçırılmamalıdır. Beslenme ve sıvı alımı iyi organize edilmeli ve akşam saatlerinde kısıtlanmalıdır. İnkontinans yaşadığında suçlayıcı bir tavırdan uzak durulmalıdır. Evin dışında bulunulması gerektiğinde bez kullanılması, tuvaletlerin yerinin belirlenmesi gibi önlemler katkı sunabilmektedir.⁽¹⁾

Daha çok ileri evrelerde olmakla birlikte halüsinasyon da görülebilir. Bakım veren bu durumda hasta ile tartışmamalı, onun yansıttığı duyguları anlayarak rahatlaması için çaba harcamalıdır. Teknolojik cihazların kapatılması sükunetin sağlanmasına katkı sunabilir. Eğer atak süreleri uzunsa veya sıklıkla tekrarlıyorsa ilaç yan etkisi gözden geçirilmelidir. Tekrarlayan konuşma ve sorulara kar-

şı sabırlı olunmalı ve hastanın dikkati başka bir yöne çekilmelidir. Günlük rutin ile ilgili sık sorulan soruların yanıtlarının görülebilir yerlere asılması yardımcı olabilmektedir. Hastaya aynı soruları sıklıkla sorduğunun hatırlatılmasının bir faydası olmamaktadır. Paranoya davranışına karşı çalışanlar ve diğer aile üyeleri bilgilendirilmeli ve tartışmalardan olabildiğince kaçınılması sağlanmalıdır.⁽¹⁶⁾

Hastalar, özellikle mobilitenin korunduğu ilk evrelerde gezinme davranışı sergileyebilmektedir. Günümüzde kişinin yerini bildirebilen teknolojik imkanlar mevcuttur. Bu tip durumlarda hastanın kimlik bilgilerini içeren kağıt veya takıları taşıdığından emin olunmalıdır. Komşular ve yakın çevrenin hastanın durumu ile ilgili bilgilendirilmesi fayda sunabilmektedir. Kapı kilitli tutulmalı veya

Tablo 1. Yalnız yaşayan demans hastaları için öneriler ve önerilerin taşıdığı riskler.

Sorun	Öneri	Risk
Güvenlik	Yakın komşulara evin anahtarını bırakmak	Güvenlik problemleri ve komşuların yirmi dört saat destek sunamayacak olması
	Günde bir kez ziyarette bulunacak kişilerin görevlendirilmesi	Günde bir kez ziyaretin yeterli olmayabileceği
	Evde otomatik su ısıtıcı, alarm sistemleri ve uzaktan kontrol edilebilen teknik sistemlerin kurulması	Değişimlere ihtiyaç duyulmasını kabullenmek ve cihazlara uyum sağlamak zorluk arz edebilir
	Acil durum butonu kurulması	Kişi butonun kullanım amacını algılayamayabilir
Günlük Yaşam	Ev işleri ile ilgili yardımcı tutulması	Yardıma kabul etmek ve yardımcıyla iletişime geçmek hususunda güçlük yaşanabilir
	Eşyaların minimize edilmesi ve ev düzeninin basitleştirilmesi	Basitleştirilen düzene uyum sorunu olabilir, eşyaların ne zaman nasıl kullanılacağı konusunda yardım sağlamaz
Beslenme	Yemek teslimatı	Yemeğin tüketilme ve uygun saklama durumu kontrol edilemeyebilir
	Hazır yemek alternatiflerinin ısıtılabilceği cihazların alınması	Kişiler cihazı kullanamayabilir, mikrodalg vb cihazların kullanılması hususundaki çekinceler
	İşlem gerektirmeyen hazır besinlerin tüketimi	Besleyici değildir ve tadı beğenilmeyebilir
İlaç Kullanımı	En basit düzen ile ilaç kutuları takip edilerek ilaç zamanlarında kişilerin ziyareti sağlanmalıdır.	Kişi zaman oryantasyonunda sorun yaşayabilir ilaçların saklanma şartları ek önlemler gerektirir
Finans Yönetimi	Evde ve mobil bankacılık hizmetleri	Finans yönetiminde yaşanan sorunlar ilerleyicidir Erken evrede yararlanacağı hizmetlerin seçilmesi ve çıkarlarının korunması kritik önem arz eder
	Profesyonel veya informal yardım alınması	
	Periyodik talimatların verilmesi	

kapı açıldığı an çalışacak bir sesli uyarı sistemi organize edilmelidir. Olası bir kayıp durumu için güncel bir fotoğraf ve video kaydını kolay ulaşılabilir bir yerde bulundurmak önemlidir.⁽¹⁷⁾

Hekim ziyaretlerinin kişinin en uyumlu olduğu dönemlerde planlanması ve aksatılmaması önerilmektedir. Ayrıca hastaya randevuya kısa bir süre kala haber verilmesi ve randevuya gidileceği bildirilirken destekleyici olunması önemlidir. Hastanın kullandığı ilaçlar ve kısa medikal öyküsü eksiksiz alınmalıdır.⁽¹⁾

Hasta ile basit cümlelerle ve tane tane konuşulması davranış bozukluklarının yönetiminde yardımcı olabilmektedir. Buna ek olarak bakım verenlerin ve yaşam alanının sabit kalması, eve ziyarete gelen kişilere hastanın hassasiyetleriyle ilgili bilgi verilmesi ve gerektiğinde ziyaretin sınırlandırılması gerekebilmektedir.⁽¹⁸⁾

Bakıcının bakımı

Demans uzun süreli ve giderek zorlaşan bir yolculuğa benzetilebilir. Bu anlamda bakım veren kişilerin de hastaların olduğu gibi bakım ve destek almaya ihtiyacı vardır. Türkiye Alzheimer Derneği bakıcıların kendisinin ve çevresinin süreci kolaylaştırmak adına destek sunabilmesi için şu önerilerde bulunmaktadır:⁽¹⁹⁾

- Bakım veren sürecin başlangıcından itibaren aile üyelerini ve arkadaşları maddi, manevi veya pratik olarak bakıma yardımcı olmak adına teşvik etmelidir.
- Bakım veren, yardım ettiği kişiye net ve açık taleplerde bulunmalıdır. Örneğin hastayı yarım saat belirli bir lokasyonda yürüyüşe çıkarmasını istemek, yemek yemesine destek olmasını rica etmek, yarım saat yanında oturmak gibi komutlar vermelidir.
- Bakım veren kişiler hem fiziksel hem de ruhsal sağlığın korunması adına uzman önerilerine uygun fiziksel egzersiz ve nefes egzersizleri yapmalıdır.
- Yeterli uyku ve beslenme sağlık için büyük önem arz etmektedir.

nem arz etmektedir, hasta için olduğu kadar bakım verenin kendisi için de titiz davranması önemlidir.

- Doktor kontrolleri ve düzenli ilaç kullanımı ihmal edilmemelidir. Eğer depresif belirtiler hissediliyorsa vakit geçmeden doktora başvurulmalıdır.
- Bakım veren düzenli olarak bir fincan kahve içmek, gazete okumak, bir hobi edinmek gibi aktivitelerde bulunmalıdır. Kendisine zaman ayırdığı için suçluluk duymamalı ve düzenli olarak mola verebilmelidir.
- Mizah duygusunun geliştirilmesi ve olumlu bakış açısının benimsenmesi bakım verenlerin işini kolaylaştırabilmektedir.
- Gün içinde başa çıkılan zorluklar, atlatılan ataklar ve kazanımlar için bakım verenin ödüllendirme mekanizmasını kullanması, kendisini ve hastasını kutlayabilmesi önem arz etmektedir.

Sonuç

İleri yaş nüfusun artması ile birlikte aile hekimliği uygulama alanlarında giderek daha çok yer almakta olan demans hastaları ve yakınları, tıbbi tedaviden çok bakım gereksinimlerinin doğru yönetimine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu doğrultuda demansın etkin yönetimi, erken evrelerden itibaren kapsamlı ve detaylı olarak ele alınmayı gerektirmektedir. Hastalığın kabullenilmesi ile birlikte hem mevcut kıymetli zamanın değerlendirilmesi, hem de ilerleyen evrelere hazırlık yapılması amaçlanmalıdır.

Hastanın mümkün olduğunca bağımsız yaşaması desteklenmeli; hatta erken evrede yalnız yaşamaya devam etme gibi kişisel tercihleri varsa saygı gösterilmelidir. Bu süreçte terapötik etkinlikler, fiziksel ve bilişsel aktivitelerin devamı, hasta ve yakınları açısından hastalığın seyrinin daha iyi tolere edilmesini kolaylaştırmaktadır. Süreç içinde gelişen davranış değişikliklerinin yönetimi ile beslenme, uyku gibi temel ihtiyaçların uygun şekilde düzenlenmesi, günlük yaşamda küçük değişikliklerle mümkün olabilmektedir.

Kaynaklar

1. Sutton AL. Alzheimer disease sourcebook. Detroit: Omnigraphics, 2011:323-493.
2. Türkiye Alzheimer Derneği. Çocuklara nasıl açıklamalı? <http://www.alzheimerderneği.org.tr/bizim-hizmetlerimiz/bakim-onerileri/cocuklara-nasil-aciklanmalı/adresinden> 10/03/2019 tarihinde erişilmiştir.
3. Schneider J. The arts as a medium for care and self-care in dementia: arguments and evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2018;15(6):1151. doi: 10.3390/ijerph15061151.
4. Chen YL, Pei YC. Musical dual-task training in patients with mild-to-moderate dementia: a randomized controlled trial. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2018;14:1381-93.
5. Rocaspana-García M, Blanco-Blanco J, Arias-Pastor A, Gea-Sánchez M, Piñol-Ripoll G. Study of community-living Alzheimer's patients' adherence to the Mediterranean diet and risks of malnutrition at different disease stages. *PeerJ* 2018;6:2-3.
6. Volkert D, Chourdakis M, Faxen-Irving G, et al. ESPEN guidelines on nutrition in dementia. *Clin Nutr* 2015;34(6):1052-1073.
7. Lauriola M, Mangiacotti A, D'Onofrio G, et al. Neurocognitive disorders and dehydration in older patients. *Nutrients* 2018;10(5):562.
8. Delwel S, Binnekade TT, Perez RSGM, Hertogh CPM, Scherder EJA, Lobbezoo F. Oral hygiene and oral health in older people with dementia: a comprehensive review with focus on oral soft tissues. *Clin Oral Invest* 2018;22(1):93-108.
9. van Kooten J, Delwel S, Binnekade T, et al. Pain in dementia: prevalence and associated factors: protocol of a multidisciplinary study. *BMC Geriatrics* 2015;15(29):1-10.
10. Derouesne C. Sexualité et démences. *Psychol NeuroPsychiatr Vieil* 2005;3(4):281-9.
11. De Giorgi R, Series H. Treatment of inappropriate sexual behavior in dementia. *Curr Treat Options Neurol* 2016;18:41. doi: 10.1007/s11940-016-0425-2.
12. Porter VR, Buxton WG, Avidan AY. Sleep, cognition and dementia. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17(12):97. doi: 10.1007/s11920-015-0631-8.
13. Eichler T, Hoffmann W, Hertel J, et al. Living alone with dementia: prevalence, correlates and the utilization of health and nursing care services. *J Alzheimers Dis* 2016;52(2):619-29.
14. Hamdy RC, Lewis JV, Copeland R, et al. Repetitive Questioning exasperates caregivers. *Gerontol Geriatr Med* 2018;4:1-5.
15. Wahl AL, Colling KB, Kolanowski A, et al. Factors associated with aggressive behavior among nursing home residents with dementia. *Gerontologist* 2008;48(6):721-31.
16. Mendez MF, Shapira JS, Saul RE. The spectrum of sociopathy in dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2011;23(2):132-40.
17. Rowe MA, Vandevveer SS, Greenblum CA, et al. Persons with dementia missing in the community: is it wandering or something unique? *BMC Geriatrics* 2011;11:28. doi: 10.1186/1471-2318-11-28.
18. Türkiye Alzheimer Derneği. Davranış bozuklukları ve baş etme yöntemleri. <http://www.alzheimerderneği.org.tr/bizim-hizmetlerimiz/bakim-onerileri/davranis-bozukluklari-ve-basetme-yontemleri/adresinden> 10/03/2019 tarihinde erişilmiştir.
19. Türkiye Alzheimer Derneği. Kendinizle ilgilenin. <http://www.alzheimerderneği.org.tr/bizim-hizmetlerimiz/bakim-onerileri/kendinizle-iligilenin/adresinden> 10/03/2019 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 25/07/2018

Kabul tarihi: 16/06/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi;

Güzel Dişçigil,
e-posta: gdiscigil@gmail.com

Şemseddin-i İtakî ve İtakî Düşme Riski Ölçeği hakkında bilgi notları

Şemseddin-i İtakî and information notes about the İtakî Fall Risk Scale

İlhan Bahşi¹, Funda Gülay Kadioğlu²

Sayın Editör,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin 22. cildinin 2. sayısında yayınlanmış olan Evde Bakım Alanlarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi başlıklı makaleyi ilgi ile okuduk.^[1] Evde bakıma kayıtlı olan hastaların düşme risklerinin ele alındığı bu önemli çalışmanın literatüre değerli katkıları sağlayacağı inancındayız. Ancak makale metninde yer alan "İtaki Düşme Riski Ölçeği, Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî tarafından geliştirilmiştir" ifadesinin üzerinde durulması gerektiğini düşünmekteyiz.^[1]

Şemseddin-i İtakî 1570'lerde Şirvan'da doğmuş ve tıp, felsefe, tarih, matematik ve astronomi gibi birçok farklı alanda çalışmış ünlü bir Türk alimidir.^[2,3] İtakî tarafından yazılan Teşrih-ül Ebdan ve

Tercümânı Kıbale-i Feylesûfan isimli el yazması ilk resimli anatomi kitabıdır ve Türk tıp tarihi açısından kayda değer bir öneme sahiptir.^[2,4,5] İtakî'nin bu kitap haricinde başka bir kitap yazıp yazmadığı bilinmemektedir.^[2,3,6]

T.C. Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na oluşturulan bir komisyon tarafından ülkemize özgü, anlaşılır ve uygulanması kolay iki adet düşme riski ölçeği geliştirilmiştir.^[7,8] Bu ölçeklerden çocuklar için tasarlanmış olanına, dokuzuncu yüzyılda matematik ve astronomi alanlarındaki önemli çalışmalarıyla tanınan, ünlü alim Harizmi'nin adı verilmiş ve "Harizmi Düşme Riski Ölçeği" olarak isimlendirilmiştir.^[7] Erişkinler için tasarla-

¹⁾ Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Anatomi AD, Gaziantep / Türkiye

²⁾ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik AD, Adana / Türkiye

nan ikinci ölçeğe ise, yukarıda kısaca tanıttığımız, ünlü Türk bilim insanı Şemseddin-i İtakî'ye atfen "İtakî Düşme Riski Ölçeği" adı verilmiştir.^[8]

Düşme riskini değerlendirmek amacıyla günümüzde birçok farklı ölçek kullanılmaktadır. Türkiye'de 2011 yılından itibaren erişkinler için İtakî Düşme Riski Ölçeği kullanılmaya başlanmıştır.^[9] Sağlık Bakanlığı'nca hasta düşmelerinin önlenmesi amacıyla geliştirilen bu ölçek 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Bu risk faktörleri majör (5 puan) ve minör (1 puan) olarak kategorize edilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puana göre düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. Toplam puanı 5 ve 5'in üstünde olan hastalar yüksek riskli, toplam puanı 5'in altında olan hastalar ise düşük riskli olarak kabul edilmektedir. Bu puanlama sonucu yük-

sek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için düşme riski yüksek hastalarda 'dört yapraklı yonca' figürünün kullanılması önerülmüştür.^[10]

Şemseddin-i İtakî'ye atfedilmiş bir düşme riski ölçeğinin geliştirildiğini göz önünde bulundurarak, Evde Bakım Alanlarda Düşme Riskinin Değerlendirilmesi başlıklı makalede yer alan "İtakî Düşme Riski Ölçeği, Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî tarafından geliştirilmiştir" ifadesinin hatalı olduğunu belirtmek ve daha sonraki çalışmalarda konuya ilişkin hatalı kaynak gösterimlerinin engellenmesine katkı sağlamak amacıyla bu mektubu yazma ihtiyacını duyduk.

Saygularımızla

Kaynaklar

1. Çubukçu M. Evde bakım alanlarda düşme riskinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg 2018;22 (2):50-7.
2. Kâhya E. Şemseddin-i İtâki'nin Resimli Anatomi Kitabı. Ankara, Ankara Kültür Merkezi Yayınları, 1996.
3. Çetkin M, Orhan M, Bahşi İ, Turhan B. Anatomy of spinal nerves in the first Turkish illustrated anatomy handwritten textbook. Childs Nerv Syst 2017;33(2):205-9.
4. Bahşi İ, Orhan M, Çetkin M, Turhan B, Sayın S. Anatomy of cranial nerves in the first Turkish illustrated anatomy manuscript. Childs Nerv Syst 2017;33(11):1855-62.
5. Uzel İ. 13-18. yüzyıllar arasında anadoluda ağız ve diş hastalıkları tedavisi. Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 1984 (1-2):178-90.
6. Kâhya E. Şemseddin-i İtâki. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi. İstanbul, Türkiye Diyanet Vakfı Yayın Matbaacılık, 1988.
7. Harizmi Düşme Riski Ölçeği. <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,13485/harizmi-dusme-riski-olcegi.html> adresinden 22.10.2018 tarihinde erişilmiştir.
8. İtâki Düşme Riski Ölçeği. <https://kalite.saglik.gov.tr/TR,13486/itaki-dusme-riski-olcegi.html> adresinden 22.10.2018 tarihinde erişilmiştir.
9. Karan MA. Yaşlılarda Düşme, Önemi ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi. Aegean J Med Sci 2018;4:129-32.
10. İtâki Düşme Riski Ölçeği. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4202,itakisonolcekpdf.pdf?0> adresinden 13.03.2019 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 25/12/2018

Kabul tarihi: 15/03/2019

Yayın tarihi: 25/09/2019

Çıkar çatışması:

Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

İletişim adresi:

Dr. Funda Gülay Kadioğlu

e-posta: dr.ilhanbahsi@gmail.com