

ISSN 1308 - 531X

Turkish Journal of Family Practice

# Türkiye

# Aile Hekimliği



Cilt  
Volume **25** | Sayı  
Number **1** | Mart  
March **2021**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır  
[www.turkailehekderg.org](http://www.turkailehekderg.org)



e-ISSN 1308 - 531X

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

*Turkish Journal of Family Practice*

## Sahibi / Owner

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

## Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Esra Saatçı  
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile  
Hekimliği, Adana, Türkiye  
esra.saatci@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4881-5906

## Editörler / Editors

Prof. Dr. Serdar Öztora  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
droztora@yahoo.com  
ORCID: 0000-0001-9336-6009

Prof. Dr. Mümtaz Mazıcıoğlu  
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Kayseri, Türkiye  
mumtaz33@hotmail.com  
ORCID: 0000-0002-6458-2906

Doç. Dr. Ümit Aydoğan  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye  
uaydogan06@gmail.com  
ORCID: 0000-0003-4114-3473

Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural  
Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul, Türkiye  
zeynepvural@mynet.com  
ORCID: 0000-0001-6131-7085

Doç. Dr. Mustafa Kürşat Şahin  
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile  
Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye  
m.kursatsahin@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-3490-6009

## Dizgi-Grafik / Graphics

Arzu Deniz ÖLMEZ - Ayfer ERYEŞİL

## Yayın Koordinatörü / Publication Coordinator

Hira Gizem FİDAN

## Yayın Sekreteri / Publication Secretary

Hilal KARAKAYA

**Yayın Türü:** Yaygın Süreli

## Yayınevi / Publisher

LOGOS YAYINCILIK TİC. A.Ş.  
Yıldız Posta Cad. Sinan Apt. No. 36 D. 63/64  
34349 Gayrettepe-İstanbul



**Tel** : (0212) 288 05 41  
**Faks** : (0212) 211 61 85  
**E-mail** : logos@logos.com.tr  
**web** : www.logosyayincilik.com

**Yıl / Year 2021**

**Cilt / Volume 25**

**Sayı / Issue 1**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

Dergi üç ayda bir (Mart, Haziran, Eylül, Aralık) olarak yayımlanan  
açık erişim, ücretsiz ve hakemli bir dergidir.

Türkiye Atf Dizini, Index Copernicus,  
EBSCOHost, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir.

The journal is published quarterly (March, June, September, December)  
TJFP is an open access, free and peer-reviewed journal.

Turkish Journal of Family Practice is indexed by Turkey Citation Index  
Index Copernicus, EBSCOHost, TUBITAK TR index.

©Her hakkı saklıdır. Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır. Dergi Basım Meslek İlkeleri'ne uymaktadır.

©All rights are reserved. Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to TAHUD. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden. The journal complies with the Professional Principles of the Press.



**Teknik Yönetim Kurulu /  
Technical Management Board**

Doç. Dr. Erdinç Yavuz,  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Samsun Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği,  
Samsun, Türkiye  
erdincyavuz@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Önder Sezer,  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Edirne, Türkiye  
ondersezer@trakya.edu.tr

Uzm. Dr. Birgül Coşkun,  
Karayolları 1. Bölge Müdürlüğü  
Kurum Hekimliği, İstanbul, Türkiye  
birgulhan@yahoo.com

Uzm. Dr. Işık Gönenc,  
Haydarpaşa Numune  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği,  
İstanbul, Türkiye  
gonenc68@yahoo.com

**Sorumlu Yazı İşleri Müdürü /  
Responsible Managing Editor**

Prof. Dr. Serdar Öztora  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği  
Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye  
droztora@yahoo.com  
0000-0001-9336-6009

**Dil Editörü / Language Editor**

Ümit Özkan

**İstatistik Editörü / Statistics Editor**

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

**Yönetim Yeri / Administrative Office**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel  
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.  
No:44/3, Çankaya - ANKARA

**Yazışma Adresi / Business Correspondence**

e-posta: tahud@tahud.org.tr

## Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Nezih Dağdeviren  
Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Edirne

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu  
Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği / Ankara

Prof. Dr. Mehmet Ungan  
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı / Ankara

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu  
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı /  
Eskişehir

## Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board

Prof. Dr. Thomas Freeman  
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada

Prof. Dr. Michael Kidd  
Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia

Prof. Dr. Jan De Maeseneer  
Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent,  
Belgium

Prof. Dr. Waris Qidwadi  
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

Prof. Dr. Richard G. Roberts  
School of Medicine, and Public Health, University of Wisconsin / Madison,  
WI, USA

Prof. Dr. Moira Steward  
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario /  
Ontario, Canada

Prof. Dr. Nabil D. Sulaiman  
College of Medicine, University of Sharjah/ Sharjah, United Arab Emirates

Prof. Dr. Chris van Weel  
Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

### AMAÇ KAPSAM

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice (e-ISSN 1308-531X) Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) resmi yayın organıdır. Ulusal süreli yayın türünde olan dergi elektronik olarak üç ayda bir yayımlanır. Derginin yayını dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayımlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, sürekli tıp eğitimi katkısında bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayını tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri ve aile hekimliğinden haberler yer alır.

### YAZILARIN HAZIRLANMASI

Yazılar, çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece 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.

### ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

Yazar(lar), insanlar üzerinde yapılan çalışmalarda katılımcı bireylerden Bilgilendirilmiş Onam Formu alındığını yazılarında belirtmeli ve çalışmanın yapıldığı kurumun Etik Kurulu veya eşdeğeri bir kuruldan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunumlarında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayını amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösteren bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri ile uyumlu şekilde uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'ne uygun olarak alınmış olmalıdır.

Hayvanlar üzerindeki sonuçları bildiren deneysel çalışmaların, Hayvan Hakları Evrensel Bildirgesi, Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlarla Kullanılacak Omurgalı Hayvanların Korunması Hakkındaki Avrupa Konvansiyonu (European Convention for the Protection of Vertebrate Animals Used for Experimental and Other Scientific Purpose), T.C. Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı'nın Deneysel ve Diğer Bilimsel Amaçlar İçin Kullanılan Deneysel Hayvanların Üretim Yerleri ile Deneysel Yapacak Olan Laboratuvarın Kuruluş Çalışma Denetleme Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Laboratuvar Hayvanları Biliminin Temel İlkeleri (Principles of Laboratory Animal Science), laboratuvar hayvanlarının bakım ve kullanılmasıyla ilgili el kitaplarında yer alan kural ve ilkelerle uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deneysel Hayvanları Etik Kurulu'ndan alınacakları onay sonrasında yapılmış olması gerekir. Etik Kurul onayı, yazı ile birlikte sunulmalıdır. Yazılarda, insan ve hayvanlarda yapılan çalışmalarda kullanılan ameliyat sonrası ağrı giderici tedavi yöntemleri hakkında da bilgi verilmelidir.

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkıları ya da sponsorlukları, çalışmaya ilgili olabilecek mali ilişkileri ya da kişisel çıkar çatışma konuları yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir. Dergimiz bilimsel yayını etliğinin kötüye kullanımını ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. www.publicationethics.org

### YAZI ÇEŞİTLERİ

**Özgün Araştırmalar:** Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur. Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları.

**Giriş** bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, 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 sunularak araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

**Gereç ve Yöntem** bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örneklemi, 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 sistemati olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya da metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; çalışmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemli

vurgulanmalı, 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 tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır.

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 yayınılanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'yı, şekil ve tablo sayısı 2'yi geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

**Olgu Sunumu:** Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. 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.

**Derlemeler:** Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bazı 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 1000 sözcük ile sınırlanmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayımlanır.

**Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar:** Dergide yayımlanmış 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 uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikiyososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerektiğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

**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 yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayımlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapanın sorumluluğundadır.

**Dergilerden Seçmeler:** Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayımlanan makalelerden özet bilgiler içeren yazılar 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 Yazıları:** Aile hekimliği ile ilgili ulusal ya da uluslararası kurum çalışmalarını ve önemli projelerini 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 yayını politikası ve yayını ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayımlanmış başlık makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu konuları 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 içerebilir.

### YAZI KURALLARI

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 sözcüklerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.



# Yayın Kuralları

Dergiyi gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

- Başlık
- Özet ve abstract
- Metin
- Kaynaklar
- Tablo, şekil ve resimler

**Başlık:** Bu bölümde önce makalenin başlığı yer alır. Makale başlığı, yazının içeriğini açıklayıcı ve anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli ve zorunlu durumlarda dışında 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 başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150, en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç (Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere, Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler, Türkiye Bilim Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için [www.bilimterimleri.com](http://www.bilimterimleri.com) adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için [www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html](http://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 yazar 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 vermesiz 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, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için linke tıklayabilirsiniz>>>

**Makale için:** Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Makalenin adı (ilk harf dışında bütün küçük harflerle) (nokta). Derginin kısaltma ile belirtilen adı (boşluk), yayınlandığı yıl (noktalı virgül), cilt (iki nokta üst üste), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Başak O, Güldal D. Akademik aile hekimliği bölümlerinin 20 yılı: Gelişimsel süreç üzerine bir değerlendirme. *Türk Aile Hek Derg* 2014; 18(1): 16-24.

Tomasik T, Windak A, Seifert B, Kersnik J, Jozwiak J. Treatment targets in patients with type 2 diabetes set by primary care physicians from Central and Eastern Europe. *Eur J Gen Pract* 2014; 20(4): 253-9.

**Bildirir için:** Dergiyi gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözler ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütün küçük harflerle) (nokta). Sunulan kongre/bilimsel toplantının adı (virgül), yapıldığı yer (virgül), yapıldığı tarih (noktalı virgül), başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Mansuroğlu YE, Arıca S, Yengil E, Taner M, Özer C. Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin makrozomi ile ilişkisi. 13. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Antalya, 23-27 Nisan 2014; 103.

**Kitap için:** Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük) (nokta). (Varsa) kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), Yayınevi (virgül), Yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Bozdemir N, Kara İH. Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi. Birinci baskı. Adana, Nobel Kitabevi, 2010; 95-7.

Başka bir örnek verelim.

**Kitap bölümü için:** Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütün küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna "de"/"da" yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri) (nokta). (Varsa) kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa) cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), yayınevi (virgül), yayınlandığı yıl (noktalı

virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

**Örnek:**

Rakel RE. The family physician. Textbook of Family Practice'de. Ed. Rakel RE. 5. Baskı. Philadelphia, W.B. Saunders, 1995; 3-19.

**İnternet sayfası için:** (Varsa) yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Sayfanın ya da yazının başlığı (nokta). Tarayıcının adres satırında görünen internet sayfasının tam adresi (boşluk) adresinden gg/aa/yyyy tarihinde erişilmiştir (ya da indirilmiştir) (nokta).

**Örnek:**

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

**Şekil, Tablo ve Resimler**

Şekil, tablo ve resimler her biri en çok 6 adet olmak üzere toplam 18'i geçmemelidir. Kısa araştırma raporları için bu sayı ikişerden 6'dır. Her bir kategori kendi içinde Arap rakamlarıyla (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır. Tablo, şekil ve resim/grafikler metin içinde verilmesinin yanı sıra ayrı dosya halinde makale kabul sistemine yüklenmelidir.

## KONTROL LİSTESİ

Hazırlanan yazıların dergiyi gönderilmeden önce aşağıdaki kontrol listesine göre gözden geçirilmesi önerilir:

Yazının uzunluğu (özgün araştırmalar en fazla 3000, kısa araştırma raporları ve olgu sunumları en fazla 1000, derlemeler en fazla 4000 sözcük)

Metin stili (Çift satır aralıklı, her yandan 2.5 cm boşluk bırakılmış, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak yazılmış Word dokümanı)

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

Özetler (Türkçe ve İngilizce; araştırma yazılarında yapılandırılmış; en az 150, en fazla 350 sözcük; kısa raporlarda en fazla 100 sözcük)

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

Şekil, tablo ve resimler (Her biri en çok 6 adet olmak üzere en fazla 18; kısa araştırma raporlarında ikişerden en fazla 6 adet; numaralandırma; gereğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çatışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

## GENEL KURALLAR

Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmaması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiyi gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayınına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayınına uygun ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda Yayın Kurulu incelemesi aşamasının ardından Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulur.

Bilimsel Danışma Kurulu'na 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 yanıtlar da aynı doğrultuda ise 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 gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtı göre karar verilir.

Dergimiz, derneğimiz ve yayıncı, yayımlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayımlanan yazı ve resimler derginin mali olur (bkz. Telif Hakları). Dergiden yapılacak her türlü alıntının, bilinen standartlarda kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.

Toplam 20 basılı sayfayı geçen bir yazı ya da yazı serisi, dergi ek sayısı (supplementum) olarak yayımlanmak üzere kabul edilebilir. Bu durumda bütün masrafların yazar(lar) tarafından karşılanması istenir. Ayrı baskı talepleri ücret karşılığında yerine getirilir.





# İçindekiler / Contents

## Orijinal Araştırmalar / Original Research

### **Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde KOAH ve Astım'lı Hastaların İnhalasyon Cihazlarını Kullanma Becerilerinin Değerlendirilmesi**

*Assessment of the Skills of Using Inhaler Devices of the Patients with COPD and Asthma in Primary Health Care Centers*

Vedat Arslan, Burcu Oktay Arslan, Mehmet Esat Özdemir

1-8

### **Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencileri Arasında Bilimsel Araştırmaya Yönelik Kaygının Değerlendirilmesi**

*The Evaluation of the Anxiety Towards Scientific Research Among the Medical Faculty Residents*

Nilüfer Emre, Tamer Edirne, Aysun Özşahin, Burak Arıkan

9-14

### **Gebelik Planlayan Kadınların Beden Kitle İndeksi, Obezite ve Gebelik İlişkisi Hakkındaki Farkındalıkları**

*Awareness of the Pregnancy Planning Women About Relationship Between Body Mass Index, Obesity and Pregnancy*

Emrah Ersoy, Esra Saatçi, Cüneyt Ardıç

15-20

### **İnfertilite Tedavisi İçin Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyum Düzeyi**

*Men's Marital Adjustment and Violence against Female Partners in Couples Applying for Infertility Treatment*

Elif Can Halıcı, Esra Saatçi

21-27

### **Adana'da İki Hastanede Gerçekleştirilen Karın Duvarı Fıtık Onarımlarında 20 Yılda Ne Değişti?**

*What has changed in 20 years in Abdominal Wall Hernia Repairs Performed in Two Hospitals in Adana?*

Mehmet Murat Şahin, Feyzi Kurt, Didem Adahan, Sitem Merve Şahin, Ömer Uluçay

28-33

## Editöre Mektup / Letters to the Editor

### **Filyasyonun İsimsiz Savaşçıları**

*The Nameless Warriors of Filiation*

Hülya Parıldar

34-36

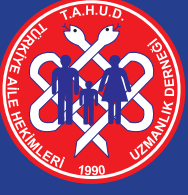
## Haberler / The News

### **2020'ye Genç Bir Bakış**

*A Young Look At 2020*

Halil Volkan Tekayak, Süheyla Atalay Kahraman, Demet Yılmaz, Ali Öztürk, İkbâl Hümay Arman, Rabia Eroğlu Kılaç

ix-xii



## Editörden

Değerli Okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimliği Dergimizin (TAHD) 25. Yılıni kutlamanın gururu ve mutluluğunu yaşıyoruz. Eminim ki tıpkı benimkinden olduğu gibi, çoğunuzun kütüphanesinde, Dergimizin basılı olarak yayınlandığı dönemlere ait tüm sayıları birinci cilt, birinci sayıdan itibaren yer almaktadır. Bilimsel yayınların başlatılması kadar sürdürülmesi de önemlidir ve aslında belki de sürdürülebilirlik, ilk adımdan daha zordur. Ülkemizde nispeten yeni bir tıp disiplini olan aile hekimliğinin bilimsel dergisinin çeyrek asırı tamamlaması gerçekten hepimizi gururlandıran bir başarıdır. Elbette bu başarı, siz değerli okurlarımız ile birlikte elde edilmiştir.

Bu özel yılda ilk sayıda sizlere Editörler Kurulu üyelerimizden kısa mesajlar iletacağız.

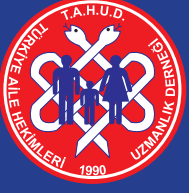
Dergimizin 1996 yılında yayınlanan ilk sayısından bugüne kadar emek vermiş olan baş editörlere, Editörler Kurulu, Teknik Kurul, Ulusal ve Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu üyelerine, hakem ve yazarlara ve okurlarımıza sonsuz teşekkürler. Sağlıklı günler dileğiyle.

### Prof. Dr. Esra SAATÇI

Değerli Okurlarımız,

Bugün Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin 25. yılını kutlamanın haklı gururunu sizlerle paylaşmak istiyoruz. Dergimiz disiplinimizin gelişmesine tanıklık etmiş önemli bir mihenk taşıdır. Aile Hekimliği disiplini bilimsel bir platforma kavuşturabilmek için bir dergi çıkarmak fikri ilk olarak 1995'de benim de aralarında yer aldığım bir avuç genç aile hekimliği uzmanı ve asistanı tarafından ortaya atıldı. Hepimiz hem sahada hem de akademik alanda üretilen bilginin sunulabileceği bilimsel bir platform oluşturmanın henüz emekleyen yeni disiplinimizin en önemli eserlerinden ve başarı kanıtlarından birisi olacağını biliyorduk. Hedefimiz aile hekimliğine ait araştırmaları ve çalışmalarını kendimize ait bir dergide sunarak bilime katkıda bulunmak, disiplinimize özgü araştırmalara öncülük etmek, genç akademisyenlerimizi araştırma ve yayın yapmaya motive etmek ve akademik anlamda kendi ayaklarımız üzerinde durabilmektir. Disiplinimiz için bu çok önemli aşamanın alt yapısını hazırlamak tam iki yıl sürdü. 1997 yılında yayın hayatına başlayan dergimizin ilk adı "Aile Hekimliği Dergisi/Journal of Family Practice" idi. İlk toplantımızı Haydarpaşa Numune Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nin bir salonunda yapıldı. İlk Yayın Kurulumuz Haluk Çağlayaner, Zeynep Tuzcular Vural, Birgül Coşkun, Erdem Birgül, Hakan Sezer, Işık Gönenç, Levent Hekimoğlu, Sevim Duman, Şebnem Bilgen ve Tuncer Baybağ'dan oluşmakta idi. Bir derginin yayın hayatında başarıya ulaşması fedakarlıkla yürütülen çalışmaların yanı sıra maddi desteğe de bağlıdır. Bu iş için dernek olarak bir bütçemiz olmamasına rağmen yayinevimiz Deomed'in sahibi Prof. Dr. Salih Murat Akkın dergimizin basılabilmesi için destek oldu. Dergimizin ilk sayısı camiamızda büyük bir ilgi yarattı ve aldığımız olumlu tepkiler bizleri de motive etti. Yıllar içinde dergiye yazı akışı hızlandı, içeriği zenginleşti. Dergimiz hala disiplinimizin bilimsel boyutunun kuvvetlenmesine tanıklık etmektedir. Birçok akademisyen arkadaşımız ilk yazılarını gönderdikleri dergimizin onlara bir rehber olarak katkıda bulunduğunu, yüreklendirdiğini ifade etmektedir. Disiplinimiz kendi çekirdek yeterlilikleri, kendine özgü eğitim içeriği, araştırmaları, kanıta dayalı uygulamaları ve klinik becerileri ile birlikte akademik ve bilimsel bir disiplin olarak 21. yüzyılın yükselen yıldızı olup yıllar içinde gösterdiği büyük gelişimin yansımasını dergimizde görmek mümkündür. Bir derginin yayınlanabilmesi kadar, sürdürülebilirliği de önem taşımaktadır. Bunu editörler, yayın kurulları, hakemler ve yayinevinin yanı sıra siz okuyucularımıza ve yazarlarımıza borçluyuz. Birlikte daha nice 25 yıllara!

### Doç. Dr. E. Zeynep TUZCULAR VURAL



Kıymetli Okurlarımız,

Akademisyenliğe başladığım 2008 yılı itibarıyla yazar olarak ilk makalelerimi değerlendirilmeleri amacıyla gönderdiğim ve benim için onurlu bir görev olan editörler kurulunda yer aldığım Türkiye Aile Hekimliği Dergimizin hep birlikte 25. yılını kutlamanın mutluluğu içindeyiz. Her işte olduğu gibi bir şeylere başlamak çok güzel olmakla birlikte, başladığımız işlerin sürdürülebilir olması çok daha önem arz etmektedir. Disiplinimizin varlığı ve dergimizin yayın hayatına devam edebilmesi için hem dergimizde farklı kurullarda görev alan hocalarımız hem de hakem olarak davetlerimizi kabul eden hocalarımız özverili bir şekilde çalışmaları kesintisiz güç kaynaklarıdır. Dergimizi için daha da önemlisi yayınlanan bilimsel makalelerin siz kıymetli okurlarımız nezdinde değerini bulması ve bilimsel alanda merdiven basamaklarını tırmanarak çıkmasıdır. Hayatımızın her alanında hem bireysel hem de ülkemiz açısından zor günlerden geçtiğimiz bu dönemde sizlere teşekkür eder, sağlıklı günler dileriz.

**Doç. Dr. Ümit AYDOĞAN**

Değerli Okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin 1996 yılında makale kabulüne başlayıp 1997 yılında ilk sayısı ile yayın hayatına başlamasının üstünden 25 yıl geçmesinin mutluluğu ve gururunu tüm aile hekimliği camiası ile birlikte yaşıyorum. Bu süreçte çıkmış olan 96 sayı ve 3 ek sayıda emek vermiş olan herkese sonsuz şükranlarımı sunarım. Bilimsel dergi yayıncılığı uzun bir maraton olup bunun düzenli olarak devam ettirilmesi yoğun bir emek gerektirmektedir. Hele de bu sürecin gönüllülük esasıyla devam ettiği düşünülecek olursa tüm hakem ve editör ekibine de ayrıca emekleri için teşekkür ederim. Şimdiye kadar çıkmış olan sayılar incelendiğinde aslında aile hekimliği ile ilgili değişim ve gelişimlerde fark edilmektedir. İlk sayılarda aile hekimliği kliniklerinin ağırlıklı olarak yer aldığı İstanbul'dan yazılar görülürken, son yıllarda neredeyse tüm şehirlerden gelen yazılar ile aile hekimliğinin gelişimini hissetmekte ayrı bir mutluluk olmaktadır. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin yayın organı olan dergimiz, aile hekimliği disiplininin Türkiye'deki bilimsel yansıması olup onun daha da ileri gitmesi sizlerin destekleri ile mümkün olacaktır. Bu sayı ile birlikte dergimizde olan değişimleri sizlerle paylaşmaktan mutluluk duyar, sağlıklı günler dilerim.

**Doç. Dr. Mustafa Kürşat ŞAHİN**

Değerli Okurlarımız,

Türkiye'de Aile Hekimliğinin çatı derneği olan Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneğinin uzun yıllardır Aile Hekimliği alanına yaptığı büyük katkıların başlıca gelenlerinden biri Türkiye Aile Hekimliği Dergisidir. Kurulduğu ve geliştiği bu 25 yıl içerisinde hem TAHUD yönetimleri hem de Aile Hekimliği camiası tarafından her zaman özen gösterilmiş ve en önemli unsurlardan biri olarak görülmüştür. Akademik yayıncılıkta en önemli özelliklerden biri sürekliliktir. Bu süreklilik, siz değerli yazarlarımızın makaleleri ile sağlandığı kadar, editöriyel ekiplerin de zaman içinde yenilenmeleri yolu ile heyecanı her zaman yüksek tutarak bu bayrak yarışını sürdürmeleri sayesinde olmuştur. Asistanlık yıllarımdan beri takip ve takdir ettiğim Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'ne son beş yılında Sorumlu Yazı İşleri Müdürü ve Editörler Kurulu Üyesi olarak hizmet etmek benim için de büyük bir onur kaynağı olmuştur. Bundan sonra da her koşulda Türkiye Aile Hekimliği Dergisi benim için özel olmaya devam edecektir. Dergimizi kuran, geliştiren, destekleyen ve 25. yıla ulaşmasını sağlayan tüm meslektaşlarımıza sonsuz teşekkür ve minnetlerimle...

**Prof. Dr. Serdar ÖZTORA**





# Birinci Basamak Sağlık Merkezlerinde KOAH ve Astımlı Hastaların İnhalasyon Cihazlarını Kullanma Becerilerinin Değerlendirilmesi

## Assessment of the Skills of Using Inhaler Devices of the Patients with COPD and Asthma in Primary Health Care Centers

Vedat Arslan<sup>®</sup>, Burcu Oktay Arslan<sup>®</sup>, Mehmet Esat Özdemir<sup>®</sup>

**Auf/Cite as:** Arslan V, Oktay Arslan B, Özdemir ME. Birinci basamak sağlık merkezlerinde KOAH ve astımlı hastaların inhalasyon cihazlarını kullanma becerilerinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):1-8.

### Öz

**Amaç:** İnhaler cihazların doğru kullanılması kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astım yönetiminde oldukça önemlidir. Bu çalışmada; birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran KOAH ve astım tanılı hastaların inhalasyon cihazı kullanım becerilerinin değerlendirilmesi ve doğru ve yanlış kullanım ile ilgili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Aile sağlığı merkezimize başvuran, KOAH ya da astım tanısı ile inhalasyon cihazı kullanan, 18-80 yaş aralığında hastalar çalışmaya dâhil edildiler. Hastaların demografik bilgileri kaydedildi ve inhalasyon cihazlarını kullanmaları istendi. İnhalasyon cihazı kullanma tekniği, inhalasyon cihazı kullanım beceri çizelgesine göre puanlandı ve beceri skoru elde edildi. Beceri skoruna göre kötü, orta ve iyi kullanım düzeyleri belirlendi. İnhalasyon cihazı, beceri skoru ve demografik özellikler arasındaki ilişki değerlendirildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 120 (62 erkek, 58 kadın) hasta dâhil edildi. Ortalama yaş  $59 \pm 11,5$  idi. Yüzde 51,7 hastanın KOAH, %48,3 hastanın astım tanısı vardı. Hastaların %56,7'si ölçülü doz inhaler (ODI), %20'si turbohaler, %20'si discus, %40,8'i kapsüllü kuru toz inhaler (aerolizer, handihaler, capsair, neohaler) kullanıyordu. İnhalasyon cihazı beceri skoru ODI için  $4,4 \pm 2,77$ , turbohaler için  $5,6 \pm 2,05$ , discus için  $5,9 \pm 2,71$  ve kapsüllü kuru toz inhalasyon (KKTİ) cihazları için  $8 \pm 1,64$  olarak belirlendi. ODI beceri skoru ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki izlendi ( $r=0,400$ ,  $p=0,019$ ). KOAH'lı hastalarda KKTİ cihaz kullanımı daha sık ve beceri skoru astımlı hastalara göre daha yüksekti ( $p=0,003$ ,  $p=0,002$  sırasıyla).

**Sonuç:** En sık kullanılan ancak en düşük kullanım beceri puanı alan cihaz ODI'dir. KKTİ cihazları ise doğru teknikle kullanım oranı en yüksek cihazlardır. Birinci basamak sağlık merkezleri KOAH ve astım tedavi yönetiminde inhaler cihazların doğru teknikle kullanılması aşamasında daha etkin rol alabilirler. Birinci basamakta hastaların inhaler cihaz kullanım becerilerinin değerlendirilmesi ve gereğinde yeniden eğitim verilmesi, bu hastalıkların uzun dönem sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratacaktır.

**Anahtar kelimeler:** İnhalasyon cihazları, birinci basamak sağlık hizmeti, KOAH, astım

### ABSTRACT

**Objective:** Proper use of inhaler devices is essential in the management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. The aim of this study was to evaluate the inhalation device usage skills of COPD and asthma patients who admitted to the primary health care centers and try to figure out suggestions for good inhalation technique.

**Methods:** Patients aged 18 to 80 years, who applied to primary health care center with the diagnosis of COPD and asthma and using inhaler devices were included in the study. Demographic data of the patients were recorded. Patients were asked to demonstrate the use of their prescribed inhaler devices. Inhaler technique was assessed by the inhaler device usage scoring system. Skill scores for each inhaler devices were calculated. The relation between inhaler device, inhaler device skill scores and demographic parameters were evaluated.

**Results:** In total, 120 patients (62 male, 58 female) were included in the study. The mean age of the study population was  $59 \pm 11.5$ . Fifty-one point seven percent of the patients had COPD and 48.3% had asthma. Of those 56.7% of the patients were using metered dose inhaler (MDI), 20% were using turbohaler, 20% were using discus and 40.8% were using dry powder inhalers (aerolizer, handihaler, capsair, neohaler). Average skill scores for inhaler devices were  $4.4 \pm 2.77$ ,  $5.6 \pm 2.05$ ,  $5.9 \pm 2.71$  and  $8 \pm 1.64$  for MDI, turbuhaler, discus and dry powder inhalers (DPI) respectively. There was a positive correlation between ODI skill score and education level ( $r=0.400$ ,  $p=0.019$ ). In patients with COPD, use of DPI was more frequent and the average score was higher than in patients with asthma. ( $p=0.003$ ,  $p=0.002$  respectively).

**Conclusion:** The inhaler device most used and has the lowest skill score was MDI. DPI was the devices with the highest rate of use with proper technique. Primary health care centers may play a more effective role regarding inhaler device use with proper technique in the management of COPD and asthma. Evaluating of the patients' ability to use inhaler devices and retraining if necessary, will have positive impacts on the long-term outcomes of COPD and asthma.

**Keywords:** Inhaler devices, primary health care center, COPD, asthma

© Telif hakkı Türk Aile Hekimliği Dergisi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.  
© Copyright Turkish Journal of Family Practice. Published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 02.03.2020  
Accepted/Kabul: 28.06.2020  
Publication date: 02.04.2021

**Corresponding Author:**  
**B. Oktay Arslan**  
ORCID: 0000-0002-4865-8982  
S.B. Dr. Suat Seren Göğüs  
Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İzmir - Türkiye  
✉ dr.arslanburcu@gmail.com

**V. Arslan**  
ORCID: 0000-0001-6928-8812  
**M. Esat Özdemir**  
ORCID: 0000-0003-4921-2621  
S.B. Dr. Suat Seren Göğüs  
Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi  
Eğitim ve Araştırma Hastanesi,  
İzmir, Türkiye

## GİRİŞ

Birinci basamak sağlık hizmetleri, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde merkezi bir konumda bulunmakta olup, en temel bileşenini koruyucu sağlık hizmetleri oluşturmaktadır.<sup>[1,2]</sup> Toplumda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte kronik hastalıklar ile mücadele, entegre sağlık hizmeti sunumu, artan maliyetler sağlık sistemlerinin en zorlu sorunları hâline gelmiştir. Günümüzde bu sorunlar ile baş etmede en etkili yolun, güçlü bir birinci basamak sağlık hizmeti sunumu olduğu ileri sürülmektedir.<sup>[3,4]</sup> Önlenabilir durumlara bağlı hastaneye yatış oranları, kanser, majör solunumsal ve kardiyovasküler hastalıklar da dâhil tüm nedenlere bağlı ölümlerin birinci basamak sağlık sisteminin gelişmiş olduğu ülkelerde önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir.<sup>[5,6]</sup>

Kronik hastalıklar birinci basamak başvurularının içerisinde önemli bir orana sahiptir. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalarda, en az 22 milyon kişinin yani her 4 kişiden birinin kronik hastalığı olduğu saptanmıştır.<sup>[7]</sup> Bunlar arasında, kronik solunum hastalıkları önemli bir ağırlığa sahiptir, %65'ini KOAH ve astım oluşturmaktadır. Ülkemizde KOAH prevalansı %19,2, astım prevalansı ise erişkinde %2-6 olarak bildirilmiştir. Astım ve KOAH yönetiminde birinci basamak sağlık merkezlerinin önemi her geçen gün daha da artmaktadır.<sup>[8]</sup>

İnhalasyon yolu ile ilaç kullanımı KOAH ve astım tedavisi yönetiminde önemli bir yer tutmaktadır. İnhalasyon cihazlarının yanlış teknikle kullanılması, semptom kontrolü, atak sayısı, hastaneye yatış ve hastalık maliyeti üzerinde olumsuz etkiler yaratacak, özetle hastalık kontrolünü güçleştirecektir. KOAH ve astım hastalarının tedavi yönetimi için hazırlanan rehberler hasta eğitimine odaklanmıştır.<sup>[9,10]</sup> İnhalasyon cihazları öncelikle kuru toz inhaler ve ölçülü doz inhaler olarak 2 gruba ayrılmaktadır. Farklı üreticiler tarafından kullanıma sunulan çeşitli sayıda inhalasyon cihazları vardır. Yapılan bir çalışmada, KOAH ve astımlı hastalarda etkili inhalasyon tekniğinin geliştirilmesi için en az 3 kez eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmıştır.<sup>[11]</sup> Pek çok kronik hastalık gibi KOAH ve astım tanılı hastalar da sağlık hizmetlerinden yararmak için birinci basamak sağlık merkezlerine başvurumaktadırlar.

Bu çalışmada; birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran KOAH ve astım tanılı hastaların inhalasyon cihazı kullanım becerilerinin değerlendirilmesi ve doğru kullanım oranlarının artırılması için önerilerin geliştirilmesi amaçlanmıştır. “Doğru ve yanlış kullanım ile ilgili faktörlerin belirlenmesi ve birinci basamak sağlık merkezlerinde inhalasyon cihazı kullanım eğitimi verilmeli midir?” sorusuna yanıt aranması da hedeflenmiştir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel tanımlayıcı tipte tasarlanan çalışmamıza 15.11.2019-15.01.2020 tarihleri arasında Şemikler 7 No.lu aile sağlığı merkezine (ASM) herhangi bir neden ile başvuran, öncesinde bir göğüs hastalıkları uzmanı tarafından düzenlenen KOAH ya da astım ilaç raporu bulunan, en az 1 yıldan beri inhaler cihaz kullanmakta olan, 18-80 yaş aralığında ard arda gelen hastalar çalışmaya dâhil edildiler. Kooperasyon kurulamayan, evinde nebulizatör cihazı kullanan, cihaz kullanımına engel fiziksel engeli olan ve çalışmaya katılmayı kabul etmeyen hastalar çalışma dışında bırakıldılar. Sonuç olarak, araştırmanın yapıldığı tarihler arasında birinci basamak sağlık merkezimize başvuran ve dâhil edilme kriterlerini karşılayan 120 hasta araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, hastalık süreleri, kullandıkları inhaler cihaz çeşitleri, ilaçlarından memnuniyet durumları ve ek hastalıkları kaydedildi. Sonrasında hastaların inhaler cihaz kullanım becerilerini değerlendirmek için inhaler cihazlarını kullanmalarını istendi. Hastanın ilaçları yanında ve ilaç doz saati uygun ise değerlendirme o an yapıldı. Ancak, hastanın ilaçları yanında değil ise, ertesi gün ilaç doz saatinde yeniden ASM'ye başvurması ve ilaçlarını hekim gözetiminde kullanması istendi.

İnhalasyon cihazı kullanım becerisi Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği, inhalasyon tedavileri çalışma grubunun hazırladığı “Aerosol Tedavi Cihazları Rehberi” ve “İnhaler İlaç Kullanma Beceri Çizelgesi”ne göre değerlendirildi.<sup>[12]</sup> Çalışmamızda, farklı inhalasyon cihazının kullanım teknikleri 10 basamakta değerlendirildi. Her doğru basamak için 1 puan, yanlış ya da uygulanmayan basamak için sıfır puan verildi. Toplanan puan ile inhalasyon cihazı beceri skoru elde edildi. Beceri skoru 0-3 puan; kötü düzeyde uygulama, 4-6 puan; orta düzeyde uygulama, 7-10 puan; iyi düzeyde uygulama olarak kabul edildi.<sup>[13]</sup> Çalışmamızda kullanımı değerlendirilen inhalasyon cihazları ise; ölçülü doz inhaler (ÖDİ), discus, turbohaler, aerolizer, handihaler, capsair, neohaler, sanohaler ve easyhaler cihazlarıdır. Her bir inhalasyon cihazı için kullanılan basamaklar Tablo 1’de gösterilmiştir.<sup>[14]</sup> Kapsül şeklindeki ilaçların kullanıldığı tek dozluk kuru toz inhalasyon cihazları olan aerolizer, capsair, handihaler ve neohaler inhalasyon cihazları kullanım basamakları benzer olduğundan kapsüllü kuru toz inhalasyon (KKTİ) cihazları başlığı altında değerlendirilmiştir.

Bu çalışma, Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak gerçekleştirilmiş olup, etik kurul onayı Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Girişimsel Olmayan Etik Kurulu’ndan

**Tablo 1. İnhalasyon cihazları kullanım basamakları.**

ÖDİ	Turbohaler	Discus	KKTİ	Sanohaler	Easyhaler
1. Kapağı çıkarın	1. Kapağı döndürerek çıkartın	1. Kapağı çevirerek açın	1. Kapağı çıkartın	1. Cihazın kapağını açınız	1. Kapağı çıkartın
2. İnhaleri çalkalayın	2. Cihazı dik pozisyonunda tutun	2. Mandalı tık sesi duyana kadar itin	2. Cihazın kapsül haznesini açın	2. Yan tarafındaki doz hazırlama butonuna bir klik sesi duyulana kadar basınız	2. Cihazı işaret ve başparmağı arasında kavrayarak dik tutun
3. Cihazı dik pozisyonunda tutun	3. Cihazın altındaki halkayı önce sağa ve tekrar geriye klik sesi duyana kadar döndürün	3. Nefesinizi verin	3. Kapsülü folyadan ya da blisterden çıkartıp hazneye yerleştirin	3. Başınızı dik tutun	3. Doz yükmeden önce cihazı aşağı yukarı sallayın. Doz yükleme haznesini bir klik sesi duyana kadar bastırın, bırakın. Bırakırken bir klik sesi daha duymalısınız
4. Başınızı dik tutun	4. Başınızı dik tutun	4. Başınızı dik tutun	4. Cihazı kapatın ve iki yanındaki klipslere basarak kapsülleri delin	4. Nefesinizi verin	4. Başınızı dik tutun
5. Nefesinizi verin	5. Nefesinizi verin	5. Cihazın ağız kısmını dudaklarınızın arasına alın	5. Başınızı dik tutun	5. Cihazın ağızlığını dudaklar arasına alın	5. Nefesinizi verin
6. Cihazın ağız kısmını dudaklarınızın arasına alın	6. Cihazın ağız kısmını dudaklarınızın arasına alın	6. Derin ve güçlü bir nefes alın	6. Nefesinizi verin	6. Derin ve güçlü bir şekilde nefes alın	6. Cihazın ağız parçasını dudaklar içine alın
7. Yavaşça nefes almaya başlarken ilacı sıkın	7. Derin ve güçlü bir nefes alın	7. Nefes vermeden inhaleleri ağızınızdan çekin	7. Ağız kısmını dudaklarınızın arasına alın	7. Nefes vermeden cihazı ağızınızdan çekin	7. Güçlü ve derin nefes alın
8. Derin inhalasyona devam edin	8. 10 sn. nefesinizi tutun	8. 10 sn. nefesinizi tutun	8. Derin ve güçlü bir nefes alın	8. Nefesinizi 10 sn. tutun	8. Nefes vermeden cihazı ağızdan çıkartın
9. 10 sn. nefesinizi tutun	9. Nefesinizi tamamen boşaltın	9. Nefesinizi tamamen boşaltın	9. 10 sn. nefesinizi tutun	9. Nefesinizi boşaltın	9. Nefesinizi 10 sn. tutun
10. Nefesinizi tamamen boşaltın ve gerekiyorsa 2. uygulama için 20-30 sn. bekleyin	10. Kapağı kapatın ve gerekir ise 2. uygulama için 20-30 sn. bekleyin	10. Kapağı kapatın ve gerekir ise 2. uygulama için 20-30 sn. bekleyin	10. Cihazın kapağını kapatınız	10. Cihazın kapağını kapatınız	10. Cihazın kapağını kapatınız

ÖDİ, Ölçülü doz inhaler; KKTİ, kapsüllü kuru toz inhaler.

alınmıştır (Karar No. 2019/16-15, Tarih:13.11.2019). Çalışmaya katılan her birey çalışmanın içeriği ve katılımın gönüllü olması hususunda bilgilendirilmiş, sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

### İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler için IBM-SPSS 25.0 paket programı kullanıldı. Nicel veriler ortalama±standart sapma ya da ortanca (minimum-maksimum) şeklinde belirtilirken, nitel veriler frekans ya da yüzde olarak verildiler. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov dağılım testi ile değerlendirildi. Grup karşılaştırmalarında parametrik veriler için independent samples t-test, non-parametrik verilerin karşılaştırılmasında ise Mann-Whitney U test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson ki-kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Grup içi etkiler için tekrarlı ölçüm-

ler ANOVA ile analiz edildi. İstatistiksel olarak p<0,05 anlamlı kabul edildi.

### BULGULAR

Çalışmaya 62 (51,7) erkek, 58 (48,3) kadın olmak üzere toplam 120 hasta dâhil edildi. Ortalama yaş  $59 \pm 11,5$  idi. Hastaların %51,7'si KOAH, %48,3'ü astım nedeni ile inhalasyon cihazı kullanmaktaydı. Tedavi süreleri 5 (1-40) yıl idi. Beden kitle indeksi  $29,4 \text{ kg/m}^2$  (20,4-48,8) olarak belirlendi. En sık eşlik eden ko-morbidite hipertansiyon (%60,8) iken, %19,1 hastanın da aritmi öyküsü mevcuttu. Çalışma grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların kullandıkları inhalasyon cihazları değerlendirildiğinde hastaların %56,7'sinin ÖDİ, %40,8'nin tek

kullanımını kapsüllü kuru toz inhaler kullandığı saptandı. Cihaz kullanım oranları Tablo 3'te belirtilmiştir. Easyhaler cihazı kullanan hasta yoktu. İnhalasyon cihazı eğitimi ile ilgili sorgulandıklarında yalnızca 1 (%1,7) hasta hiç kimsenin kendisine eğitim vermediğini ve kendi kendine öğrendiğini belirtti. Hastaların %73,3'ü doktor tarafından, %20'si eczacı kalfası tarafından, %5'i ise eğitim hemşiresi tarafından inhalasyon cihazı eğitimi aldıklarını belirttiler. Hastaların %85'i kullanmakta olduğu inhalasyon cihazından memnun olduğunu söyledi. Yüzde 11,7'si orta düzeyde memnuniyet belirtirken, %3,3'ü hiç memnun olmadığını dile getirdi. Son 1 yıl içinde hastane yatışı olan yalnızca 2 hasta vardı.

**Tablo 2. Çalışma grubu sosyo-demografik özellikleri (n=120).**

	Sayı (N)	Yüzde (%)
<b>Eşlik eden hastalıklar</b>		
KOAH	62	51,7
Astım	58	48,3
Hipertansiyon	73	60,8
Diabetes Mellitus	36	30
KAH	11	9,2
Aritmi	23	19,1
Depresyon	9	7,9
<b>Çalışma durumu</b>		
Aktif çalışan	52	43,3
Emekli	47	39,1
Ev hanımı	21	17,5
<b>Eğitim durumu</b>		
Okur-yazar	7	5,8
İlk okul	38	31,7
Orta okul	9	7,5
Lise	21	17,5
Üniversite	45	37,5

KOAH: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı, KAH: koroner arter hastalığı. Veriler sayı (yüzde) olarak verilmiştir.

**Tablo 3. Kullanılan inhalasyon cihazları ve kullanım oranları.**

	Sayı (N)	Yüzde (%)
ÖDİ	68	56,7
Turbohaler	24	20
Discus	24	20
Aerolizer	28	23,3
Handihaler	13	10,8
Çapsair	2	1,7
Neohaler	6	6,7
Sanohaler	11	9,1
KKTİ	49	40,8

ÖDİ: ölçülü doz inhaler, KKTİ: kapsüllü kuru toz inhaler (aerolizer, handihaler, çapsair, neohaler). Veriler sayı (%) olarak belirtilmiştir.

Hastaların inhaler cihaz kullanım beceri skorları Tablo 4'te gösterilmiştir. Buna göre, hastalar tarafından en iyi kullanılan inhalasyon cihazı  $8 \pm 1,64$  beceri skoru ile KKTİ cihazlardır. ÖDİ ise en düşük beceri puanı olan cihazlardır. KKTİ cihazları beceri skoru açısından sırası ile sanohaler, discus ve turbohaler cihazları izlemektedir. Genel olarak beceri skoru en düşük inhalasyon cihazı olan ÖDİ kullanım beceri skoru ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir

( $r=0,400$ ,  $p=0,019$ ). Benzer ilişki diğer inhaler cihazlar ile izlenmemiştir. Lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip hasta grubu ile diğer eğitim düzeylerindeki (okuryazar, ilköğretim, ortaokul) hastalar karşılaştırıldığında beden kitle indeksi, turbohaler ve KKTİ kullanım sıklığı ve turbohaler kullanım beceri skoru açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık izlenmiştir ( $p=0,007$ ,  $p=0,027$ ,  $p=0,09$ ,  $p=0,037$ , sırası ile). Lise üzeri eğitim seviyesi olan hastalar daha zayıf, turbohaler kullanımı daha sık ve turbohaler kullanım beceri skoru daha yüksek olarak belirlendi. KKTİ cihazlar eğitim düzeyi daha düşük hastalar tarafından daha yüksek oranda (%51,9) kullanılmaktaydı. Easyhaler kullanan hasta yoktu.

**Tablo 4. İnhalasyon cihazları beceri skoru.**

Cihaz türü	Beceri Skoru
ÖDİ	$4,4 \pm 2,77$
Turbohaler	$5,6 \pm 2,05$
Discus	$5,9 \pm 2,71$
KKTİ	$8 \pm 1,64$
Sanohaler	$7,1 \pm 2,13$

ÖDİ: ölçülü doz inhaler; KKTİ: kapsüllü kuru toz inhaler, Veriler ortalama±standart sapma olarak belirtilmiştir.

Kullanılan inhalasyon cihazı, inhalasyon cihazı beceri skoruna göre kötü, orta, iyi kullanım oranları ve demografik parametreler ile ilişkisi Tablo 5'te gösterilmiştir. Beceri düzeyi iyi seviyede olan hasta oranları ÖDİ için %27,9, turbohaler için %29,1, discus için %54,1 ve KKTİ cihazları için %81,2 düzeyinde saptandı. ÖDİ kullanan hastaların %47,1'i kötü beceri skoru elde ederken, KKTİ kullanan hastaların hiçbirisi kötü beceri skoru ortaya koymamıştır. ÖDİ kullanan grupta, lise ve üzeri eğitim düzeyi ile kötü, orta, iyi beceri skoru olan gruplar arasında istatistiksel anlamlı farklılık izlenmiştir ( $p=0,012$ ). Discus cihazlarını iyi ve kötü kullanım açısından cinsiyetler arasında anlamlı farklılık izlenmedi ( $p=0,036$ ). Discus cihazını orta düzeyde kullanım becerisi gösteren erkek hasta olmaması nedeniyle cinsiyet sütununa tabloda yer verilmemiştir.

KOAH ve astım tanılı hastalar demografik özellikleri, cihaz kullanım oranları ve beceri skorları açısından karşılaştırılmıştır (Tablo 6). Demografik açıdan bakıldığında, KOAH'lı hastaların astımlı hastalara göre daha yaşlı olduğu, erkek cinsiyetin daha yoğun olduğu ve sigara tüketiminin daha çok olduğu saptanmıştır ( $p=0,002$ ,  $p=0,002$ ,  $p=0,004$  sırasıyla). KKTİ cihazlar KOAH tanılı hastalar tarafından daha yüksek oranda kullanılmaktadır ( $p=0,003$ ) ve inhalasyon cihazı beceri puanı açısından da KKTİ cihazları KOAH'lı hastalar tarafından daha iyi teknikle kullanılmaktadır ( $p=0,002$ ).



**Tablo 5. Kullanılan inhalasyon cihazları ve inhalasyon cihazı beceri düzeylerinin demografik parametreler açısından karşılaştırılması.**

<b>a; Ölçülü doz inhaler, turbohaler ve discus cihazları</b>				
	<b>Kötü</b>	<b>Orta</b>	<b>İyi</b>	<b>P değeri</b>
<b>ÖDİ</b>				
n, (%)	32 (47,1)	17 (25)	19 (27,9)	
Yaş, yıl	60,8±11,1	61,1±11,1	56,6±7	0,558
Erkek cinsiyet, n(%)	11 (34,3)	6 (35,2)	13 (68,4%)	0,277
BKI, kg/m <sup>2</sup>	32,7±6,9	26,3±3,5	29,4±7,5	0,064
Lise ve üzeri eğitim düzeyi	6 (18,7)	13 (76,4)	11 (57,8)	0,012
Tanı, yıl	5,5±5,07	10±7,2	10,8±11,7	0,196
<b>Turbohaler</b>				
n, (%)	1 (4,1)	17 (70,8)	7 (29,1)	
Yaş, yıl	72	59,8±9,6	45,6±7,7	0,059
Erkek cinsiyet, n(%)	1 (100)	3 (17,6)	4 (57,1)	0,080
BKI, kg/m <sup>2</sup>	26,6	29,6±9,3	27±6,2	0,904
Lise ve üzeri eğitim düzeyi	1 (100)	13 (76,4)	6 (100)	0,549
Tanı, yıl	1	11,3±7,9	6,3±7,5	0,387
<b>Discus</b>				
n, (%)	4 (16,6)	7 (29,1)	13 (54,1)	
Yaş, yıl	41,5±7,7	62,7±13,4	61,6±4,3	0,042
BKI, kg/m <sup>2</sup>	32,2±0,14	26,5±1,9	28,3±6,4	0,451
Lise ve üzeri eğitim düzeyi	2 (50)	7 (100)	5 (38,4)	0,108
Tanı, yıl	4±1,4	6,7±6	10,6±14,5	0,741
<b>b; Kapsüllü kuru toz inhalasyon cihazları</b>				
	<b>Orta</b>	<b>İyi</b>	<b>P değeri</b>	
n, (%)	9 (18,3)	40 (81,2)		
Yaş, yıl	64,2±5,5	59,6±11,2		0,439
Erkek cinsiyet, n(%)	4 (44,4)	26 (65)		0,572
BKI, kg/m <sup>2</sup>	35,5±1,9	32,3±6,39		0,416
Lise ve üzeri eğitim düzeyi	4 (44,4)	15 (37,5)		0,711
Tanı, yıl	5,6±1,1	9,6±5,9		0,141

ÖDİ: ölçülü doz inhaler, BKI: beden kitle indeksi.

**Tablo 6. Astım ve KOAH tanılı hastaların demografik özellikleri ve cihaz kullanım oranları ve beceri skorları açısından karşılaştırılması.**

	<b>Astım</b>	<b>KOAH</b>	<b>P value</b>
Yaş, yıl	55,06±13	64,1±7,8	0,002
Erkek cinsiyet, n(%)	9 (29)	22 (71)	0,002
BKI, kg/m <sup>2</sup>	29,8±6,1	30,9±5,9	0,512
Sigara, p/y	4 (13,8)	15 (48,4)	0,004
Tedavi süresi	8,5±8,8	7,3±5,5	0,541
<b>Kullandıkları inhalasyon cihazları</b>			
ÖDİ, n(%)	14 (51,7)	19 (61,3)	0,455
Turbohaler, n(%)	8 (26,7)	4 (12,9)	0,155
Discus, n(%)	8 (26,7)	4 (12,9)	0,155
KKTİ, n(%)	6 (20,7)	18 (58,1)	0,003
<b>İnhalasyon cihazı beceri puanları</b>			
ÖDİ	2,55±3,17	2,54±3,0	0,833
Turbohaler	1,7±3,01	0,5±1,6	0,071
Discus	1,3±2,4	1,6±2,8	0,724
KKTİ	1,5±3,21	4,7±4,27	0,002

KOAH: kronik obstrüktif akciğer hastalığı, BKI: beden kitle indeksi, ÖDİ: ölçülü doz inhaler, KKTİ: kapsüllü kuru toz inhaler. Veriler ortalama±standart sapma ve sayı (%) olarak belirtilmiştir.

## TARTIŞMA

Çalışmamızda birinci basamak sağlık merkezine başvuran KOAH ve astım tanılı hastaların inhalasyon cihazı kullanım becerileri değerlendirilmiş olup, en sık kullanılan ÖDİ cihazlarının, kullanım tekniği açısından en başarısız cihazlar olduğu, en iyi teknikle kullanılan cihazların ise KKTİ cihazları olduğu belirlenmiştir. KKTİ

cihazlarını kötü teknikle kullanan hasta olmamış, tüm hastalar orta-iyi seviyede kullanım becerisi göstermişlerdir. ÖDİ cihaz kullanım tekniği ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki tespit saptanmıştır. Birinci basamak sağlık merkezlerine başvuran KOAH ve astım tanılı hastaların inhalasyon cihazı kullanma becerilerinin değerlendirilmesi, astım ve KOAH tedavi yönetiminde önemli katkılar sağlayabilir.

KOAH ve astım tedavisinde kullanılan gerek bronkodilatör gerekse anti-inflamatuvar ilaçların çoğunluğu inhalasyon yolu ile kullanılmaktadır. Teknolojik ilerlemeler ile hava yollarına etkin dozda ilaç ulaştırabilmek için farklı özelliklerde pek çok cihaz geliştirilmiştir, ancak inhalasyon cihazlarının piyasaya sürülmesinden on yıllar sonra bile yanlış kullanımları, optimal hastalık sonuçları elde etmenin önünde bir engel olmaya devam etmektedir.<sup>[15,16]</sup> KOAH ve astım kontrolünü sağlayamamanın en sık nedenlerinden birisi, cihazların hastalar tarafından yanlış ve yetersiz teknikle kullanılmasıdır. Çalışmalar arasında farklılıklar göstermekle birlikte, inhaler cihazların kullanımda teknik hatalar oldukça yüksek seviyelerdedir.<sup>[17]</sup> Kullanılan inhalasyon cihaz türü ve yapılan kritik hatalar arasında anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.<sup>[18]</sup> Çalışmamızda, en yanlış teknikle kullanılan inhalasyon cihazı ÖDİ olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalış-

malarda da ÖDİ cihazının doğru kullanım oranının diğer cihazlardan daha düşük olduğu gösterilmiştir.<sup>[19,20]</sup> ÖDİ cihazları daha fazla hasta koordinasyonu ve bilişsel yetenek gerektirmektedir ve bu durum yanlış kullanım oranlarında artışa neden olmaktadır. Yapılan çalışmalarda ÖDİ yanlış kullanım oranları %89-71 arasında bulunmuştur ve en sık yapılan hatalar püskürtme sırasında nefes alınmaması ve nefesin tutulmamasıdır.<sup>[21-23]</sup> Aydemir yaptığı bir çalışmada, inhalasyon cihazı doğru kullanımı etkileyen faktörlerin eğitim seviyesi, cinsiyet, hastalık süresi bir göğüs uzmanı tarafından takip edilme ve kırsal kesimde yaşama gibi faktörler olduğunu belirlenmiştir. Hastalara verilen eğitim sonrasında ÖDİ doğru kullanım oranının %58,9'dan %92,6'lara kadar yükseldiğini belirtmiştir.<sup>[24]</sup> Bizim çalışmamızda da eğitim seviyesi ile ÖDİ beceri skoru arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Her ne kadar cihaz beceri skoru genel anlamda düşük olsa da eğitim seviyesi arttıkça cihazın doğru teknikle kullanım oranı artmaktadır. Turbohaler ve discus cihazları beceri skorları incelendiğinde sonuçların birbirine oldukça yakın olduğu görülmektedir. Özel ve ark.'nca yapılan çalışmada da sonuçlarımıza yakın şekilde turbohaler için  $6,8 \pm 2,3$  ve discus için  $6,8 \pm 3,4$  beceri skoru bulunmuştur.<sup>[10]</sup> Aydemir tarafından yapılan çalışmada ise, discus cihazı doğru kullanım oranı en yüksek cihaz olarak bildirilmiştir.<sup>[19]</sup> Çalışmamızda discus cihazı kullanan hastaların %54,1'i cihazlarını iyi teknikle kullandıkları belirlendi. Beceri skoru açısından bakıldığında ise, discus cihazları KKTİ ve sanohaler cihazından sonra üçüncü sırada yer aldı. Yine çalışmamızda, discus cihazlarını iyi teknikle kullanan hastaların %76,9'unun erkek olduğu saptandı. Cinsiyetin inhalasyon cihazı kullanım becerileri üzerine etkisini araştıran ve farklı sonuçları literatüre sunun pek çok çalışma vardır. Çalışmalar genel olarak kadın hastaların inhalasyon cihazlarını kullanırken hata yapmaya daha eğilimli olduğunu ortaya koymuştur.<sup>[15,25]</sup> Ancak, cinsiyet farkında gözlenen etki olasılıkla kadın alt grubundaki düşük eğitim düzeyi ile ilişkilidir.<sup>[18]</sup> Düşük eğitim düzeyi ve düşük sosyoekonomik seviye yanlış inhalasyon tekniği ile ilişkisi bulunan önemli parametrelerdir.<sup>[25]</sup>

Çalışmamızda, KKTİ cihazlar, bu cihazı kullanan tüm hastalar tarafında orta-iyi seviyede beceri skoru ile kullanılmış, hiçbir hastada kötü beceri skoru saptanmamıştır. Hastaları lise ve üzeri eğitim düzeyi olan ve olmayan şeklinde gruplandırdığımızda KKTİ kullanımı açısından iki grup arasında fark izlenmemiştir. Bu durum KKTİ cihazların hastalarımız tarafından eğitim düzeyine bakılmaksızın daha doğru teknikle kullanıldığı şeklinde yorumlanabilir. KKTİ cihazların el-ağız koordinasyonu ve eşzamanlama gerektirmemesi cihazın hastalar tarafından daha iyi teknikle kullanılmasını sağ-

lıyor olabilir.<sup>[19,26]</sup> Çalışmamızda, KKTİ cihazların KOAH hastaları tarafından astım hastalarına göre daha sık ve daha iyi teknikle kullanıldığı görülmüştür. Bu durum KOAH hastalarının daha uzun süredir tedavi altında olmaları ile açıklanabilir.

Yapılan çalışmalar, inhaler cihaz eğitiminin cihazın doğru teknikle kullanılması üzerinde oldukça olumlu etkileri olduğunu ortaya koymaktadır. Takaku ve ark.<sup>[11]</sup> KOAH ve astımlı hastalarda etkili inhalasyon tekniğinin geliştirilmesi için en az 3 kez eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmışlardır. Ülkemizde hastalar inhaler cihaz eğitimi genel olarak reçeteyi düzenleyen doktor, eğitim hemşiresi, eczacı ya da eczacı kalfasından almaktadır.<sup>[13]</sup> Çalışmamızda, yalnızca bir hasta hiç eğitim almadığını, hastaların %73,3'ü kendilerine doktor tarafından cihaz eğitimi verildiğini belirtmişlerdir. Çalışma popülasyonumuzu oluşturan hastaların en az 1 yıldır inhaler tedavi kullanıyor olması ve %73,3'ünün doktor-dan inhaler cihaz eğitimi aldığını belirtmesine rağmen doğru kullanım oranları özellikle ÖDİ için oldukça düşüktür. Birinci basamak sağlık merkezleri kronik hastaların tedavi hizmetlerinden yararlanmak için sıklıkla başvurduğu merkezlerdir. Hastalar 2. ya da 3. basamak yerine, özellikle reçete yenilemek amacı ile birinci basamak sağlık merkezlerini tercih edebilmektedirler. Bu noktada birinci basamak hekimleri hastalık kontrolü ve optimal tedavi açısından son derecede kritik olan doğru inhalasyon tekniği ile cihaz kullanımında önemli bir rol oynayabilir. Reçetesini yenilemek için gelen hastalara ayrılacak birkaç dakika hataların belirlenmesi ve doğru teknikle cihaz kullanımı açısından son derece önemli olabilir. Ülkemizde aile hekimleri ve inhalasyon cihazı kullanım becerileri ile ilgili yapılan çalışmada, aile hekimlerinin %58'i inhaler cihaz eğitimi verdiğini, %42'si ise inhaler cihaz eğitimi vermediğini belirtmiş, bunun için en sık gerekçe ise "İlk reçete eden hekim tarafından anlatılmıştır." söylemi yer almıştır.<sup>[14]</sup> İlk reçete eden hekim tarafından anlatılsa bile bu çoğunlukla yeterli olmamaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda, inhaler cihazları doğru teknikle kullanım oranlarının oldukça düşük olduğu göz önüne alındığında, tedavinin eğitim ayağına daha fazla önem vermemiz gerektiği aşikardır.<sup>[27,28]</sup> Bu nedenle göğüs hastalıkları uzmanları yanında birinci basamak hekimlerinin de polikliniklerine başvuran KOAH ve astım tanılı hastaları inhalasyon cihazı kullanım becerileri açısından değerlendirmeleri gerektiğini düşünmekteyiz. İnhaler cihazların tam ve doğru kullanılmaması beraberinde efektif olmayan bir tedavi, kontrol dışı hastalık, sık atak, artmış ilaç kullanımı, hastane yatışı ve artmış maliyeti getirmektedir.<sup>[29]</sup>

Çalışmamızın sınırlayıcı noktaları da vardır. Hastaların

daha öncesinde inhaler cihaz eğitimi alıp almadıkları sorgulanmış ancak kaç kez eğitim aldıkları değerlendirilmemiştir. Yine hastalık ağırlığı ve cihaz kullanım becerileri arasındaki ilişki değerlendirilememiştir. Cihaz kullanım becerileri tek hekim tarafından skorlanmıştır. Bu tutarlılık açısından bir avantaj olarak değerlendirilebilir. Ancak, birkaç farklı gözlemci tarafından skorlama yapılması daha değerli olabilirdi.

## SONUÇ

Sonuç olarak, birinci basamak sağlık merkezleri KAOH ve astım tedavi yönetiminde en önemli basamak olan inhaler cihazların doğru teknik kullanılması aşamasında daha etkin rol alabilir. ÖDİ cihazlar hastalar tarafından en sık, ancak en kötü inhalasyon tekniği ile kullanılan cihazlardır. ÖDİ beceri skoru ile eğitim düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. KKTİ cihazlar ise doğru teknik kullanım oranı en yüksek olan inhalasyon cihazlarıdır. Birinci basamak sağlık merkezlerinde astım ve KOAH tanılı hastaların inhaler cihaz kullanım becerileri açısından değerlendirilmesi ve gerek duyulduğunda yeniden eğitim verilmesinin, bu hastalıkların uzun dönem sonuçları üzerinde olumlu etkiler yaratacağı düşüncesindedir.

**Etik Kurul Onayı:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan onay alındı (Karar No. 2019/16-15/13.11.2019).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Sözlü ve yazılı onamları alındı.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the Non-Invasive Ethics Committee of Health Sciences University, İzmir Tepecik Health Application and Research Center (Decision No. 2019/16-15/13.11.2019).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Verbal and written consents were obtained.

## KAYNAKLAR

1. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Aile Hekimliği Dairesi başkanlığı- 1. Basamak sağlık hizmetleri. www.hsgm.saglik.gov.tr.
2. Başer DA, Kahveci R, Koç ME, Kasım İ, Şencan İ, Özkara A. Etkin Sağlık Sistemleri İçin Güçlü Birinci Basamak. Ankara Med J. 2015;15:26-31. <https://doi.org/10.17098/amj.47853>
3. De Maesneer J, Roberts RG, Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd MR. Tackling NCDs: a different approach is needed. Lancet. 2012;379:1860-1. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61135-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61135-5)
4. Akman M. Türkiye'de birinci basamağın gücü. Türk Aile

- Hek Derg. 2014;18:70-8. <https://doi.org/10.2399/tahd.14.00070>
5. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. Health Serv Res. 2003. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.00149>
6. Schäfer W La, Boerma WG, Kringos DS, et al. QUALICOPC, a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care. BMC Fam Pract. 2011;12. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-115>
7. Sağlıklı Yaşlanma ve Kronik Hastalıklar Raporu:sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıkları farkındalık projesi:sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklar raporu. Kanıta Dayalı Tıp Derneği.
8. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Astım ve KOAH Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Hekimler İçin Eğitim Modülü Ankara, 2011.
9. Vogelmeier CF, Criner GJ, Martinez FJ, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive lung disease 2017 report. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2017; 110-5.
10. Özel F, Gündüzoğlu NÇ, Akyol AD. KOAH ve Astımlı Hastaların İnhalasyon Cihazlarını Kullanma Becerileri ve Memnuniyet Durumları. ACU Sağlık Bil Derg. 2018;9:266-71. <https://doi.org/10.31067/0.2018.24>
11. Takaku Y, Kurashima K, Ohta C, et al. How many instructions are required to correct inhalation errors in patients with asthma and chronic obstructive pulmonary disease? Respir Med. 2017;110-5. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2016.12.012>
12. Ari A, Hess D, Mayers TR, Rau JL. A guide to aerosol delivery devices for respiratory therapists. Am Assoc Respir Care. 2009.
13. Görgün D, Yılmaz F, Özkan ÇG, Durmaz A, Nazik F. Sağlık Personelleri (uzman hekim, aile hekimi, hemşire), Eczacı ve Eczane Kalfalarının İnhaler Cihaz Kullanım Becerilerinin Değerlendirilmesi. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastan Tıp Derg. 2014;54.
14. Tanrıverdi E, Özmen Süner K, Süner H, İliaz S, Annakkaya AN. The Evaluation of Family Physicians' Knowledge on the Use of Inhalation Devices. Eurasian J Pulmonol. 2015;17:98-102. <https://doi.org/10.5152/ejp.2015.66375>
15. Choroa P, Pereira AM, Fonseca JA. Inhaler devices in asthma and COPD e An assessment of inhaler technique and patient preferences. Respir Med. 2014;108:968-75. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2014.04.019>
16. Melani AS, Bonavia M, Cilenti V, et al. Inhaler mishandling remains common in real life and is associated with reduced disease control. Respir Med. 2011;105:930-8. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2011.01.005>
17. Sanchis J, Corrigan C, Levy ML, Viejo JL. Inhaler devices-From theory to practice. Respir Med. 2013;107:495-502. <https://doi.org/10.1016/j.rmed.2012.12.007>
18. Duarte-De-Araújo A, Teixeira P, Hespanhol V, Correia-De-Sousa J. COPD: Misuse of inhaler devices in clinical practice. Int J COPD. 2019;14:1209-17. <https://doi.org/10.2147/COPD.S178040>
19. Aydemir Y. İnhalasyon cihazlarının hatalı kullanımını-etkili faktörler ve eğitimin rolü. Solunum. 2013;15:32-8. <https://doi.org/10.5152/solunum.2013.006>
20. Başlılar Ş, Şaylan B, Oludağ G, Sarıman N. Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Başvuran Hastaların İnhaler Kullanım Becerilerinin Araştırılması. Türk Aile Hek Derg. 2018;22:66-77. <https://doi.org/10.15511/tahd.18.00266>
21. Giraud V, Roche N. Misuse of corticosteroid metered-dose inhaler is associated with decreased asthma stabi-

- lity. *Eur Respir J.* 2002;19.  
<https://doi.org/10.1183/09031936.02.00218402>
22. Khassawneh BY, Al-Ali MK, Alzoubi KH, et al. Handling of inhaler devices in actual pulmonary practice: Metered-dose inhaler versus dry powder inhalers. *Respir Care.* 2008;53:324-8.
  23. Rootmensen GN, Van Keimpema ARJ, Jansen HM, De Haan RJ. Predictors of incorrect inhalation technique in patients with asthma or COPD: A study using a validated videotaped scoring method. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2010;23:323-8.  
<https://doi.org/10.1089/jamp.2009.0785>
  24. Aydemir Y. Assessment of the factors affecting the failure to use inhaler devices before and after training. *Respir Med.* 2015;109(4):451-8.  
<https://doi.org/10.1016/j.rmed.2015.02.011>
  25. Pothirat C, Chaiwong W, Phetsuk N, Pisalthanapuna S, Chetsadaphan N, Choomuang W. E valuating inhaler use technique in COPD patients. *Int J COPD.* 2015;10:291-8.  
<https://doi.org/10.2147/COPD.S85681>
  26. Fink JB, Rubin BK. Problems with inhaler use: A call for improved clinician and patient education. *Respir Care.* 2005;50:1360-74.
  27. Mirici A, Meral M, Akgün M, Sağlam L, İnandı T. İnhalasyon tekniklerine ahsta uyumunu etkileyen faktörler. *Solunum Hast.* 2001;12:13-21.
  28. Ceylan E, Akkoçlu A, Ergör G, Yıldız F, İtil O. Astımlı hastaların inhaler kullanımı ve cihaz tercihleri: Doğru uygulama için eğitimin rolü. *Eurasian J Pulmonol.* 2008;10:40-7.
  29. Usmani OS, Lavorini F, Marshall J, et al. Critical inhaler errors in asthma and COPD: A systematic review of impact on health outcomes. *Respir Res.* 2018;19:10.  
<https://doi.org/10.1186/s12931-017-0710-y>

# Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencileri Arasında Bilimsel Araştırmaya Yönelik Kaygının Değerlendirilmesi

## The Evaluation of the Anxiety Towards Scientific Research Among the Medical Faculty Residents

Nilüfer Emre <sup>1</sup>, Tamer Edirne <sup>2</sup>, Aysun Özşahin <sup>3</sup>, Burak Arıkan <sup>4</sup>

**Atf/Cite as:** Emre N, Edirne T, Özşahin A, Arıkan B. Tıp fakültesi uzmanlık öğrencileri arasında bilimsel araştırmaya yönelik kaygının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):9-14.

### ÖZ

**Amaç:** Mevcut tıbbi sağlık bakım sistemini iyileştirmek iyi bir araştırma kalitesi ile sağlanır ve bu tıp fakültesi öğrencilerinden başlayarak uzmanlık öğrencilerinin araştırmaya yönelik ilgilerini oluşturmakla başlanır. Öğrencilerin araştırmaya yönelik tutumlarını anlamak, araştırmaya yönelik olumsuz görüşlerini ele almak, kaygılarını değerlendirmek önemlidir. Bu çalışmada, bir üniversitesi hastanesinde görev yapan tıpta uzmanlık öğrencileri arasında bilimsel araştırmaya yönelik kaygı düzeylerini ve ilişkili olabilecek faktörleri değerlendirmek amaçlandı.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tasarlanan bu çalışma Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında bir tıp fakültesinde görevli tıpta uzmanlık öğrencilerini kapsamaktadır. Araştırmaya katılanların sosyodemografik özellikleri sorgulandı ve araştırma kaygısını değerlendiren araştırmalara yönelik kaygı ölçeği uygulandı.

**Bulgular:** Toplam 310 tıpta uzmanlık öğrencisinin katıldığı bu araştırmada, katılanların yaş ortalaması 28,3±2,6 yıl ve %49,0'u (n=152) kadındı. Tıpta uzmanlık öğrencilerinde bilimsel araştırmaya yönelik kaygı ölçeği ortalama puanı 33,37±9,27 idi ve cinsiyetler arası fark bulunmadı (p=0,666). Temel bilimlerde uzmanlık eğitimi alanların diğer bölümlerde uzmanlık eğitimi alanlara göre, iş yükünün orta-az olanların iş yükü fazla olanlara göre, ileride akademisyenlik düşünenlerin akademisyenlik düşünmeyenlere göre, asistanlık yaptığı bölümden memnun olanların çalıştığı bölümden memnun olmayanlara göre bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu saptandı (sırasıyla p=0,023; p<0,001; p<0,001; p<0,001).

**Sonuç:** Çalışmada, tıpta uzmanlık öğrencilerinin çalıştıkları bölümün, çalışma koşullarının, memnuniyet durumlarının ve akademisyen olma isteğinin bilimsel araştırma yapma kaygısını etkilediği saptandı.

**Anahtar kelimeler:** Uzmanlık öğrencisi, bilimsel araştırmalar, araştırma kaygısı

### ABSTRACT

**Objective:** Improving the current medical health care system is achieved by increasing the quality on research and this is managed by encouraging residents to develop interest in research beginning from the first years of the medical school. It is important to understand the attitudes of students and address their negative opinions for research, and to evaluate their anxiety. In this study, we aimed to assess the levels of anxiety related to scientific research and the factors that may be related to these factors among the residents working in a university hospital.

**Methods:** This descriptive study covered all medical faculty residents working at a medical school between October and December 2019. The sociodemographic characteristics of all participants were questioned and all medical faculty residents completed an anxiety scale that assessment the level of anxiety for research.

**Results:** A total of 310 medical faculty residents were included in the study. The mean age of the participants was 28.3±2.6 years and 49.0% (n=152) of the participants were women. The mean score of the anxiety scale for scientific research in residents was 33.37±9.27 and there was no difference between the participants in terms of gender (p=0.666). The residents who were doing their residency on basic science compared to those working in other departments, those who had a less workload compared to those who had a more workload, those who thought of pursuing an academic career compared to those who do not think of becoming an academic, those who were satisfied with the department compared to those who were not satisfied with the department had a significantly lower level of anxiety for scientific research (p=0.023; p<0.001; p<0.001; p<0.001 respectively).

**Conclusion:** The department that the resident was working, working conditions, satisfaction status of the residents and wish for becoming an academic had significant effects on anxiety for scientific research.

**Keywords:** Medical faculty residents, scientific research, research anxiety

**Received/Geliş:** 07.05.2020

**Accepted/Kabul:** 12.09.2020

**Publication date:** 02.04.2021

**Corresponding Author:**

**N. Emre**

**ORCID:** 0000-0002-6519-0920  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Denizli - Türkiye  
✉ nilemre83@gmail.com

**T. Edirne**

**ORCID:** 0000-0001-9683-5624

**A. Özşahin**

**ORCID:** 0000-0002-5768-4146

**B. Arıkan**

**ORCID:** 0000-0002-8064-1929  
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,  
Denizli, Türkiye



## GİRİŞ

Araştırma, bir sorunu çözmek veya bir sistemin mevcut durumunu iyileştirmek için kullanılabilir yeni bilgi üretmek için bilimsel yöntemi kullanan sistematik bir süreçtir.<sup>[1]</sup> Son yıllarda tıp pratiğinde “deneyime dayalı” dan “kanıta dayalı” yaklaşıma daha fazla yer verilir oldu. Kanıta dayalı tıp, çağdaş araştırma bulgularını klinik kararların temeli olarak bulma, değerlendirme ve kullanma sürecidir.<sup>[2]</sup> İyi tasarlanmış tüm araştırma çalışmaları, kesin sonuçlar vermese de kanıta dayalı tıp için katkıda bulunma potansiyeline sahiptir. Kanıta dayalı tıp ve kaliteli hasta bakımının teşvik edilmesi, yaşam boyu öğrenme için becerilerin sağlanmasına, uzmanlık öğrencilerinin analitik becerilerinin ve eleştirel düşünmenin geliştirilmesine yardımcı olur.<sup>[3]</sup> Araştırma ilkeleri hakkında bilgi, uzmanlık öğrencileri arasında önemlidir, böylece tıbbi sağlık sisteminin ilerlemesine doğrudan veya dolaylı olarak katkıda bulunan iyi planlanmış ve yüksek kaliteli araştırmalar yapabilirler.<sup>[4]</sup> Ayrıca, pratik yaparken, günümüz doktorları yayınlanmış çeşitli araştırmaların uygunluğunu bilmek için literatür araştırma tekniklerine sahip olmalıdır. Bu nedenle, her doktor araştırma yaparak kanıt üretimine katkıda bulunmaya çalışmalıdır.<sup>[1,5]</sup> Ancak, tıpta uzmanlık öğrencilerinde uzmanlık süresince araştırmaya yönelik tutumları tutarsız ve çelişkili görünmektedir. Bu durum öğrencilerinin araştırma yapmaya istekli olsa da isteğe bağlı projelerde çoğunun projeyi tamamlamadığı yönündedir.<sup>[6]</sup> Ayrıca öğrencilerin araştırma kaygısı ve şüphelerinin araştırma kavramlarına hâkim olma becerilerini büyük ölçüde etkileyebileceği bildirilmiştir. Bununla birlikte, lisans öğrencileri genellikle araştırmayı zor ve stresli olarak görme eğilimindedir ve hatta bazıları araştırmaya yönelik bir ‘fobi’ geliştirmiştir.<sup>[7]</sup> Uzmanlık öğrencilerinde ise araştırmayla ilgili en büyük sorunun zaman eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmektedir.<sup>[8]</sup> Literatür taramasında, Türkiye’de uzmanlık eğitimi alan öğrenciler arasında bilimsel araştırma kaygısını değerlendiren verilerin yeterli olmadığı görülmüştür. Bu nedenle, Türkiye’deki üçüncü basamak bir hastaneye bağlı tıp fakültesindeki uzmanlık öğrencilerinin araştırma ile ilgili kaygılarını değerlendirmek amaçlandı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma tanımlayıcı tipte olup Ekim-Aralık 2019 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinde araştırmaya yönelik kaygı düzeyleri ölçülerek yapıldı. Araştırma öncesinde Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 08.10.2019 tarih ve 17 sayılı kurul kararıyla onay alın-

dı. Çalışmanın evreni Pamukkale Üniversite Tıp Fakültesinde çalışan uzmanlık öğrencilerinden (n=411) oluştu. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmemiş olup tüm evrene ulaşılması planlandı. Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerine yüz yüze görüşme ile sosyodemografik özellikleri içeren sorular ve hekimlerin hangi bölümde çalıştığı, tıpta uzmanlık sınavı (TUS)’nda kaç puan alarak bölüme yerleştiği, bulunduğu bölümdaki çalışma yılı, memnuniyet durumu, araştırma ile ilgili herhangi bir eğitim alıp almadığı, herhangi bir araştırma içinde çalışıp çalışmadığı ile ilgili sorulardan oluşan bir anket uygulandı. Ayrıca bilimsel araştırmalara yönelik kaygıyı ölçmek için araştırmaya yönelik kaygı ölçeği uygulandı.

**Araştırmaya yönelik kaygı ölçeği:** Büyüköztürk (1997) tarafından üniversite öğrencilerinin araştırmaya yönelik kaygılarını ölçmek amacıyla geliştirilen Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olan 12 maddeden oluşan bir ölçekdir. Ölçek beşli Likert tipinde ve ölçekten alınabilecek puanlar 12 ile 60 arasında değişmektedir. Kesim değeri bulunmayıp, yüksek puan yüksek kaygıyı, düşük puan düşük kaygıyı göstermektedir.<sup>[9]</sup> Bu çalışmada, ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,917 ve %95 güven aralığı 0,903-0,930’dur.

Veriler IBM SPSS 21,0 (Statistical Package For Social Sciences) paket programıyla analiz edildi. Sürekli

**Tablo 1. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin demografik özellikleri.**

Değişkenler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	152	49,0
Erkek	158	51,0
<b>Medeni durum</b>		
Evli	118	38,1
Bekar	192	61,9
<b>Asistanlık bölümü</b>		
Dahili branş	199	64,2
Cerrahi branş	84	27,1
Temel bilimler	27	8,7
<b>Asistanlık yılı</b>		
İlk yıl	116	37,4
13-36 ay	123	39,7
37-60 ay	71	22,9
<b>Bölümden memnuniyet</b>		
Evet	194	62,6
Hayır	58	18,7
Kararsız	58	18,7
<b>İş yükü</b>		
Az	9	2,9
Orta	90	29,0
Fazla	211	68,1
<b>Araştırma eğitimi alma</b>		
Evet	160	51,6
Hayır	150	48,4
<b>Araştırmada yer alma</b>		
Evet	123	39,7
Hayır	187	60,3
<b>Akademisyenlik isteği</b>		
Evet	71	22,9
Hayır	119	38,4
Kararsız	120	38,7

değişkenler ortalama±standart sapma, ortanca ve çeyrekler arası aralık ve kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verildi. Parametrik test varsayımları sağlanmadığından bağımsız grup farklılıklarını karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenlerin arasındaki ilişkiler Spearman korelasyon analizi ile değerlendirildi. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak alındı.

## BULGULAR

Çalışmada ulaşılmış hedeflenen 411 öğrenciden

%75,4'üne (n=310) ulaşıldı. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin yaş ortalamaları  $28,3 \pm 2,6$  yıl olup (25-40 yaş), %49,0'u (n=152) kadın, %38,1'i (n=118) evliydi. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin %64,2'si (n=199) dâhili branşlarda çalışmaktaydı. Araştırma ile ilgili eğitim alan %51,6'sı (n=160) iken, herhangi bir araştırma içinde yer alan tıpta uzmanlık öğrencileri %39,7'si (n=123) idi. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin demografik özellikleri Tablo 1'de yer almaktadır.

Çalışmaya katılan tıpta uzmanlık öğrencilerinden %59,6'sı (n=185) araştırma sözcüğünün huzursuz

**Tablo 2. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin araştırma kaygısı ile ilgili sorulara ilişkin cevapları.**

	Hiç katılmıyorum n (%)	Katılmıyorum n (%)	Kararsızım n (%)	Katılıyorum n (%)	Tamamen katılıyorum n (%)
1) Mecbur kalmadıkça araştırma yapmak istemem.	44 (14,2)	100 (32,3)	79 (25,5)	69 (22,3)	18 (5,8)
2) Araştırma yaparken kendimi genellikle rahat hissedirim.	20 (6,5)	95 (30,6)	95 (30,6)	86 (27,7)	14 (4,5)
3) Araştırma yapmaktan büyük zevk duyarım.	19 (6,1)	75 (24,2)	112 (36,1)	88 (28,4)	16 (5,2)
4) Araştırma yapmak bende rahatsızlığa yol açmaz.	22 (7,1)	54 (17,4)	77 (24,8)	129 (41,6)	28 (9,0)
5) Araştırma yapmam gerektiğinde içimin sıkıldığını hissedirim.	29 (9,4)	100 (32,3)	79 (25,5)	84 (27,1)	18 (5,8)
6) Araştırma sözcüğü bile, beni huzursuz etmeye yetiyor.	64 (20,6)	121 (39,0)	59 (19,0)	50 (16,1)	16 (5,2)
7) Araştırma yapmak düşüncesi bile beni tedirgin eder.	48 (15,5)	129 (41,6)	63 (20,3)	54 (17,4)	16 (5,2)
8) Araştırma yapmak, benim için eğlendirici bir uğraştır.	18 (5,8)	81 (26,1)	121 (39,0)	69 (22,3)	21 (6,8)
9) Araştırma yaparken kendimi genellikle huzursuz hissedirim.	27 (8,7)	130 (41,9)	85 (27,4)	53 (17,1)	15 (4,8)
10) Araştırma yaparken kısa zamanda bırakırım.	20 (6,5)	147 (47,4)	72 (23,2)	59 (19,0)	12 (3,9)
11) Araştırma yaparken ortaya çıkabilecek problemler bende önemli bir endişe yaratmaz.	19 (6,1)	92 (29,7)	86 (27,7)	98 (31,6)	15 (4,8)
12) Araştırma yapmak konusunda kendime güvenim yoktur.	49 (15,8)	117 (37,7)	83 (26,8)	46 (14,8)	15 (4,8)

**Tablo 3. Tıpta uzmanlık öğrencilerinin bilimsel araştırmaya yönelik kaygı ölçek puanı ile demografik özelliklerinin karşılaştırılması.**

Değişkenler	Ölçek puan A.O.±S.S.	Ort. (Ç.A.A.)	Test	p
<b>Cinsiyet<sup>a</sup></b>			-0,431	0,666
Kadın	33,04±9,69	33,5 (26-40)		
Erkek	33,68±8,88	33,0 (28-39)		
<b>Branş<sup>b</sup></b>			7,517	0,023 (1-3)
Dahili branş (1)	34,03±8,65	34,0 (28-39)		
Cerrahi branş (2)	33,26±9,61	32,0 (26,5-42)		
Temel bilimler (3)	28,85±11,51	26,0 (20-39)		
<b>Asistanlık yılı<sup>b</sup></b>			1,102	0,577
İlk yıl asistanı	33,51±9,56	33,0 (27-40)		
13-36 ay	32,61±8,80	33,0 (27-38)		
37-60 ay	34,45±9,62	34,0 (28-40)		
<b>Asistan iş yükü<sup>b</sup></b>			21,771	< 0,001 (2-3)
Az (1)	31,44±10,80	31,0(19,5-42,5)		
Orta (2)	29,81±9,47	28,0 (24-36)		
Fazla (3)	34,97±8,72	35,0 (29-40)		
<b>Akademisyenlik<sup>b</sup></b>			48,043	< 0,001 (1-2;1-3; 2-3)
Evet (1)	28,42±7,65	28,0 (23-33)		
Hayır (2)	37,62±9,28	37,0 (31-44)		
Kararsız (3)	32,08±8,32	32,0 (26,25-37)		
<b>Bölümden memnuniyet<sup>b</sup></b>			11,768	0,003 (1-2;1-3)
Evet (1)	32,14±9,26	30,5 (26-39)		
Hayır (2)	35,53±8,73	36,0 (30-40)		
Kararsız (3)	35,29±9,27	35,0 (29-40,25)		
<b>Araştırma eğitimi alma<sup>a</sup></b>			-1,096	0,273
Evet	32,64±9,21	33,0 (26-39)		
Hayır	34,15±9,31	34,0 (28-40)		
<b>Araştırmada yer alma<sup>a</sup></b>			-1,002	0,316
Evet	32,72±9,60	32,0 (26-39)		
Hayır	33,79±9,05	34,0 (28-40)		

<sup>a</sup>:Mann-Whitney U testi ile grup farklılıkları karşılaştırıldı;

<sup>b</sup>:Kruskal-Wallis testi ile grup farklılıkları karşılaştırıldı;

A.O.: Aritmetik Ortalama; S.S.: Standart sapma; Ort.: Ortanca; Ç.A.A.: Çeyrekler arası aralık

etmesi, %57,1'inin (n=177) araştırma düşüncesinin tedirgin ettiği, %53,9'nun (n=167) araştırmadan kısa sürede bıktığı %53,5'nin (n=166) araştırma konusunda kendine güveninin olmadığı, %50,6'sının (n=157) araştırma yaparken huzursuz olduğu fikrine katılmadı. Tablo 2 tıpta uzmanlık öğrencilerinin araştırma kaygısı ile ilgili sorulara verdikleri yanıtları göstermektedir.

Tıpta uzmanlık öğrencilerinde araştırmaya yönelik kaygı ölçeği ortalama puanı  $33,37 \pm 9,27$  olarak (min. 12-max. 60) bulundu. Tablo 3'te araştırmaya yönelik kaygı ölçek puanı ile demografik özelliklerin karşılaştırılması yer almaktadır. Cinsiyetler arasında kaygı ölçek puanı ortalaması açısından fark bulunmadı ( $p=0,666$ ). Ayrıca araştırma ile ilgili eğitim alanlarda ve araştırma içinde yer alanlarda kaygı puanı daha düşük bulunduğu halde, bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (sırasıyla  $p=0,273$ ;  $p=0,316$ ). Temel bilimlerde asistanlık yapan, iş yükü orta-az olan, ileride akademisyenlik düşünen, asistanlık yaptığı bölümden memnun olan tıpta uzmanlık öğrencilerinde araştırma yapmaya yönelik kaygı ölçek puanları anlamlı düzeyde daha düşük bulundu (sırasıyla  $p=0,023$ ;  $p<0,001$ ;  $p<0,001$ ).

Yaş, asistanlık yılı ve TUS puanıyla kaygı arasında ilişki saptanmazken, iş yükü artışıyla kaygı puanı arasında pozitif yönde zayıf düzeyde ilişki saptandı (sırasıyla  $r=-0,019$ ;  $p=0,734$ ;  $r=0,012$ ;  $p=0,833$ ;  $r=-0,080$ ;  $p=0,159$ ;  $r=0,257$ ;  $p<0,001$ ).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada tıpta uzmanlık öğrencilerinin kaygı ortalama puanları ileride akademisyenlik planlama, çalışmaları bölümünden ve bölümdeki memnuniyet durumundan ve iş yükünden etkilendiği görülmektedir. Ullrich ve ark.'nın<sup>[10]</sup> yaptığı bir çalışmada, uzmanlık eğitimleri sırasında araştırmaya katılımın hem kariyer seçimi hem de gelecekteki araştırma faaliyetlerinin güçlü bir öngörücüsü olduğunu belirtmekte olup, bu çalışmaya benzer şekilde tıpta uzmanlık öğrencilerinin akademik bir kariyer seçme durumu öğrencileri araştırma yapmaya yönlendirmektedir.<sup>[11]</sup> Literatürdeki diğer çalışmalarda ise, klinikte çalışma süresi yoğunluğu nedeniyle zaman eksikliği, uzmanlık öğrencilerinin çoğunluğu tarafından araştırmanın ana engeli olarak belirtilmiştir.<sup>[5,12-15]</sup> Bu çalışmada ele almadığımız ancak literatürdeki çalışmalarda uzmanlık öğrencilerinde araştırma yapmayı etkileyen diğer faktörler öğretim elemanlarının yetersiz rehberliği ve araştırmalardaki mali destek sorunları olarak belirtilmektedir.<sup>[5,12,14,15]</sup> Kanada'da anestezi alanındaki uzmanlık öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, öğrencilerin eğitim sürecinin çoğunu uzmanlık alanla-

rının klinik yönlerini öğrenmek için harcadığı ve araştırma için kişisel zamanlarını feda etmeye istekli olmadıkları belirtilmektedir.<sup>[16]</sup> Yaygın bir gözlem olarak da uzmanlık öğrencilerinin çoğunluğunun yalnızca 2. ve 3. asistanlık yıllarında araştırma tezlerini yaptığı görülmektedir.<sup>[5]</sup>

Bu çalışmada, tıpta uzmanlık öğrencilerinin asistanlık yılının kaygı puanını etkilemediği bulundu. Khan ve ark.'nın<sup>[17]</sup> yaptığı çalışmada da, uzmanlık öğrencilerinin eğitim yılının araştırmaya yönelik bilgi ve tutumu değiştirmediği, ancak tıp öğrencilerinin tıp eğitimi yılı ile araştırma bilgi ve tutum puanlarının etkilendiğini gösterilmiş, bu durumun, uzmanlık öğrencilerinin müfredatının araştırma becerileri kazandırmadaki eksikliklerinden kaynaklı olduğu belirtilmektedir. Yine Khan ve ark.'nın<sup>[17]</sup> çalışmasında, araştırma yapma bilgisi konusunda cinsiyetler arası fark olmadığı belirtilmektedir. Kanada da aile hekimlerinde yapılan bir çalışmada, uzmanlık süresi boyunca araştırmalara yönelik tutumların cinsiyet, yaş ve asistanlık eğitim ortamına göre değişiklik göstermediği belirtilmektedir.<sup>[6]</sup> Clancy ve ark.'nın<sup>[18]</sup> kadın doğum uzmanlık öğrencileri arasında yaptığı çalışmada da, cinsiyetler açısından araştırma deneyimi, kariyer hedefleri, araştırmaya katılma nedenleri, araştırma faaliyetleri içinde yer alma durumları, araştırmanın önündeki engeller ve tutumları ile ilgili farklılık saptanmamış. Bu çalışmada da her iki cinsiyette araştırma kaygısı benzer düzeyde idi. Cinsiyetler arası fark olmamasını çalışma koşulları açısından benzer iş yüklerinin olmasına, bir araştırma içinde yer alma durumlarının farklılık göstermemesine ve ilerideki akademik kariyer planlarının benzer olmasına bağlamaktayız.

Bu çalışmada, tıpta uzmanlık öğrencilerinin araştırma ile ilgili eğitim alma ve herhangi bir araştırma etkinliği içinde yer alması kaygı düzeylerini etkilememektedir. Literatürde tıp dışı üniversite öğrencilerinde yapılan çalışma sonuçları da araştırma eğitimi almış ve araştırma etkinliğine katılmış öğrenciler ile katılmamış öğrenciler benzer düzeyde araştırma kaygılarına sahipti.<sup>[19-20]</sup> Michigan'da aile hekimliği uzmanlarıyla yapılan bir çalışmada, uzmanlık eğitimleri süresince araştırma eğitimi alanların almayanlara göre, araştırmaya karşı olumlu tutum geliştirdiği, tedaviye karar vermede kılavuzları kullanma ve tıbbi literatür taramada araştırmayı daha fazla kullandığı, ancak mevcut araştırma öğretim ve araştırma faaliyetlerine katılım konusunda farklılık gözlenmediği belirtilmektedir.<sup>[21]</sup>

Lisansüstü öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, %61,2'si daha önce araştırma projesi deneyimine sahipken ve %31,1'i enstitü, ulusal veya uluslararası düzeylerde

bildiriler sunduğu belirtilirken,<sup>[12]</sup> benzer sonuçlar Sumi ve ark.<sup>[13]</sup> çalışmasında, %68,0'i klinik araştırmaya şu anda katıldığını bildirmiştir. Kadın doğum uzmanlık öğrencilerinde yapılan bir çalışmada da, %61,0'inin uzmanlık eğitiminde zorunlu olduğu için bir araştırmaya katıldığı belirtilmiştir.<sup>[18]</sup> Literatürdeki çalışmalara benzer şekilde bu çalışmada da tıpta uzmanlık öğrencilerinin %51,6'sı araştırma eğitimi almış, 39,7'si bir araştırma içinde yer almaktaydı. Uzmanlık öğrencilerini araştırma yönelimini teşvik etmek için ülkelerin farklı politikaları vardır. Hindistan'da, tıp konseyi yalnızca bir uluslararası/ulusal konferansa katılmayı değil, aynı zamanda sözlü/poster sunumu yapmayı ve makaleyi yayına göndermeyi zorunlu kılmıştır.<sup>[22]</sup> Ayrıca pek çok gelişmiş ülke tıp öğrencilerini araştırma alanında kariyer yapmaya motive ederek bu boşluğu doldurmak için girişimler başlatmıştır.<sup>[23]</sup> Bunlar tıp fakültesine girdikleri ilk günden itibaren araştırmanın önemini anlatan sunumlar, ilgi alanlarındaki araştırma fırsatları hakkında bilgilendirme toplantıları, mentor desteği sağlama, öğrencilerin araştırma faaliyetlerine katılımı ve yürütmeleri için finansman desteği sağlama ve öğrencilerin araştırmaya katılımını ödüllendirme gibi programlar.<sup>[24]</sup> Sonuç olarak, tıp öğrencileri arasında araştırma kültürünü, araştırma ve araştırmaya dayalı öğrenmenin gelişimini teşvik etmek, daha fazla ve daha iyi klinisyen-araştırmacı geliştirmek büyük bir öncelik haline gelmiştir.<sup>[25]</sup>

Çalışmanın en büyük kısıtlılığı tek bir tıp fakültesinde yapılıyor olması ve sonuçlarımızın genelleştirilememesidir. Buna ek olarak, araştırma eğitim içeriği hakkında bilgi toplanmadığı için yorum yapmayı güçleştirmektedir. Ayrıca tıpta uzmanlık öğrencilerinin temel kaygı düzeyleri ölçülmedi, ancak kullanılan ölçek bireysel kaygıyı ölçmekten çok araştırma kaygısını değerlendiren bir ölçektir. Araştırmamızın güçlü yönü olarak fakülte'deki her branşta çalışan uzmanlık öğrencilerinin yaklaşık olarak %75'ine ulaşmamız sayılabilir.

## SONUÇ

Sonuç olarak, bu çalışmada, tıpta uzmanlık öğrencilerinin iş yükü fazlalığı araştırma kaygılarını arttırmaktadır. Ancak, temel bilimlerde çalışan, çalıştıkları bölümlerden memnuniyet duyan ve akademisyen olmayı isteyen tıpta uzmanlık öğrencileri arasında araştırma kaygıları daha düşüktü.

Bilimsel araştırma faaliyeti, aile hekimliğinin önemli bir yönü olarak ortaya çıkmaktadır ve bilimsel bir disiplinin sürekli büyümesi ve gelişmesi için aktif araştırmanın gerekliliği önemlidir. Aile hekimliği uzmanlık öğrencileri başta olmak üzere diğer tüm branş uzmanlık

öğrencilerinin araştırma ilkeleri konusunda bilgili olmaları tıbbi literatürü eleştirel bir şekilde değerlendirmelerine, bilimsel bilginin üretimine katılmalarına ve hastalara daha kaliteli bakım sunmalarını sağlayarak sağlık hizmetlerini iyileştirmeye katkı sağlar. Bu nedenle tıpta uzmanlık öğrencileri arasında tıbbi araştırma motivasyonunu iyileştirmek için çaba gösterilmelidir. Ayrıca gelecekteki çalışmalarda tıpta uzmanlık öğrencileri ile detaylı odak grup görüşmeleri yapılarak kaygının nedenleri detaylı olarak irdelenmesi yararlı olabilir.

**Teşekkür:** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Biyoistatistik Bölümü Doktor Öğretim Üyesi Hande Şenol'a katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

**Etik Kurul Onayı:** Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 08.10.2019 tarih ve 17 sayılı kurul kararıyla onay alındı.

**Çıkar Çatışması:** Yazarlar çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

**Finansal Destek:** Yazarlar herhangi bir finansal destek bildirmemişlerdir.

**Hasta Onamı:** Katılımcılardan bilgilendirilmiş onam formu alındı.

**Ethics Committee Approval:** Approval was obtained from the Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee of Pamukkale University Faculty of Medicine with the board decision dated 08.10.2019 and numbered 17.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared by the authors.

**Funding:** No financial disclosure was declared by the authors.

**Informed Consent:** Informed consent form was obtained from the participants.

## KAYNAKLAR

1. Mandhare RN, Khadke VV, Tamboli SB. Knowledge, attitude and practices towards medical research among resident doctors at a tertiary care hospital. *Int J Basic Clin Pharmacol.* 2019;8(11):2517-22. <https://doi.org/10.18203/2319-2003.ijbcp20194795>
2. Tripathi KD. Aspects of pharmacotherapy, clinical pharmacology and drug development. *Essentials of Medical Pharmacology.* 8<sup>th</sup> ed. India: Jaypee Brothers Publisher; 2019:83.
3. Rothberg MB. Overcoming the obstacles to research during residency: What does it take?. *JAMA.* 2012;308(21):2191-2. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14587>
4. Gore AD, Kadam YR, Chavan PV, Dhumale GB. Application of biostatistics in research by teaching faculty and final-year postgraduate students in colleges of modern medicine: a cross-sectional study. *Int J Appl Basic Med Res.* 2012;2(1):11-6.



- <https://doi.org/10.4103/2229-516X.96792>
5. Pawar DB, Gawde SR, Marathe PA. Awareness about medical research among resident doctors in a tertiary care hospital: A cross-sectional survey. *Perspectives in Clinical Research*. 2012;3(2):57-61. <https://doi.org/10.4103/2229-3485.96446>
  6. Leahy N, Sheps J, Tracy CS, Nie JX, Moineddin R, Upshur RE. Family physicians' attitudes toward education in research skills during residency: findings from a national mailed survey. *Can Fam Physician*. 2008;54(3):413-4.
  7. Naing C, Wai VN, Durham J, Whittaker MA, Win NN, Aung K, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Medical Students' Perspectives on the Engagement in Research. *Medicine*. 2015;94(28):e1089. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001089>
  8. Patel Brijalkumar S, Kubavat Amita R, Sondarva Divyesh B, Chaudhari Jignesh S. Knowledge, Attitude, and Practice of Resident Doctors about Medical Research in a Tertiary care Hospital, Rajkot, Gujarat. *Int J Res Med*. 2014;3(2):94-7.
  9. Büyükköztürk Ş. Araştırmaya yönelik kaygı ölçeğinin geliştirilmesi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. 1997;3(4):453-64.
  10. Ullrich N, Botelho CA, Hibberd P, Bernstein HH. Research during pediatric residency: predictors and resident-determined influences. *Acad Med*. 2003;78:1253-8. <https://doi.org/10.1097/00001888-200312000-00014>
  11. Mohammad AE, Best AM, Laskin DM. Attitudes and opinions of residency directors and residents about the importance of research in oral and maxillofacial surgery residencies. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011;69(7):2064-9. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2011.01.033>
  12. Giri PA, Bangal VB, Phalke DB. Knowledge, attitude and practices towards medical research amongst the post-graduate students of Pravara Institute of Medical Sciences University of Central India. *J Family Med Prim Care*. 2014;3(1):22-4. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.130263>
  13. Sumi E, Murayama T, Yokode M. A survey of attitudes toward clinical research among physicians at Kyoto University Hospital. *BMC Med Educ*. 2009;9(1):75. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-75>
  14. AlSayyad AS, Al Nashaba S, Al Eid K, Al Maskati M, Al M. Knowledge, Attitudes and Practices of Training Doctors in a Tertiary Care Hospital in Bahrain Towards Health Research. *J Bahrain Med Soc*. 2019;31(3):23-9.
  15. Truong HTT, Chan JJJ, Leong WL, Sultana R, Koh DLK, Sng BL. Interest and experience of anaesthesiology residents in doing research during residency training. *Indian J Anaesth*. 2019;63(1):42-8. [https://doi.org/10.4103/ija.IJA\\_543\\_18](https://doi.org/10.4103/ija.IJA_543_18)
  16. Silcox LC, Ashbury TL, VanDenKerkhof EG, Milne B. Residents' and program directors' attitudes toward research during anesthesiology training: a Canadian perspective. *Anesth Analg* 2006;102(3):859-64. <https://doi.org/10.1213/01.ane.0000194874.28870.fd>
  17. Khan H, Khan S, Iqbal A. Knowledge, attitudes and practices around health research: the perspective of physicians-in-training in Pakistan. *BMC Med Educ*. 2009;9(1):46. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-9-46>
  18. Clancy AA, Posner G. Attitudes toward research during residency: a survey of Canadian residents in obstetrics and gynecology. *J Surg Educ*. 2015;72(5): 836-43. <https://doi.org/10.1016/j.jsurg.2015.02.007>
  19. Bökeoğlu OÇ, Yılmaz K. Üniversite öğrencilerinin eleştirel düşünmeye yönelik tutumları ile araştırma kaygıları arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi Dergisi*. 2005;11(1):47-67.
  20. Saracaloglu AS. Lisansüstü öğrencilerin akademik güdülenme düzeyleri, araştırma kaygıları ve tutumları ile araştırma yeterlikleri arasındaki ilişki. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2008;2(5):179-208.
  21. Smith M. Research in residency: do research curricula impact post-residency practice. *Fam Med*. 2005;37(5):322-7.
  22. Medical Council of India Postgraduate Medical Education regulations, 2000. <https://www.mciindia.org/CMS/wp-content/uploads/2019/04/Postgraduate-Medical-Education-Regulations-2000.pdf> 01/05/2020 tarihinde erişilmiştir.
  23. Scaria V. Whisking research into medical curriculum. *Calicut Med J*. 2004;2(1):1-4.
  24. Zier K, Stagnaro-Green A. A multifaceted program to encourage medical students' research. *Acad Med*. 2001;76(7):743-7. <https://doi.org/10.1097/00001888-200107000-00021>
  24. Diwan RA, Anwar MS. Attitude of Self-Employed General Practitioners Towards Medical Research. *J Fatima Jinnah Med Univ*. 2013;7(2):31-5.



# Gebelik Planlayan Kadınların Beden Kitle İndeksi, Obezite ve Gebelik İlişkisi Hakkındaki Farkındalıkları

## Awareness of the Pregnancy Planning Women About Relationship Between Body Mass Index, Obesity and Pregnancy

Emrah Ersoy<sup>®</sup>, Esra Saatçı<sup>®</sup>, Cüneyt Ardıç<sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Ersoy E, Saatçı E, Ardıç C. Gebelik planlayan kadınların beden kitle indeksi, obezite ve gebelik ilişkisi farkındalıkları. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):15-20.

### Öz

**Amaç:** Gebelik planlayan kadınların, obeziteyi saptamakta kullanılan geleneksel yöntem olan beden kitle indeksi (BKİ) kavramı hakkında ve obeziteye bağlı gebelik komplikasyonları hakkında yeterli bilgi sahibi olmaları, obeziteye bağlı gebelik komplikasyonlarında azalma sağlayabilir. Bu çalışmada, gebelik planlayan kadınların BKİ ve obeziteye bağlı oluşan gebelik riskleri hakkındaki bilgi düzeylerinin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu kesitsel çalışmada, Haziran-Ağustos 2020 tarihleri arasında Fındıklı Bölge Guatr Araştırma ve Tedavi Merkezi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-45 yaş arası gebelik planlayan toplam 211 evli kadın ele alınmıştır. Sosyodemografik özellikler anketi, BKİ bilgi düzeyi ve obezitenin gebeliğe etkileri hakkında sorular içeren ölçekler yüz yüze yöntemle uygulanmıştır. Veriler istatistiksel olarak değerlendirilmiş ve karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların (n=211) yaş ortalaması 31,7±5,9 yıldır. Katılımcıların %40,3'ü (n=85) gebelik öncesi danışmanlık aldığını belirtmiştir ve %37,4'ünün (n=79) BKİ 25 ile 29,9 arasındadır. Katılımcıların BKİ ölçüğü ortalama puanları 5 üzerinden 0,99±0,69 olup, prekonsepsiyonel bakım alanların ortalama BKİ puanları, almayanlara göre anlamlı olarak yüksektir (p=0,01). Katılımcıların "morbid" (aşırı) obez bir kadında gebelikte oluşabilecek her bir komplikasyon için "yüksek" veya "çok yüksek risk düzeyi" belirtmiş olanların ortalama BKİ puanları anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05). Katılımcıların morbid (aşırı) obez bir kadının gebelikten önce kilo vermesi durumunda gebelikte oluşabilecek her bir komplikasyon için "daha düşük" veya "çok daha düşük" risk düzeyi belirtmiş olanların ortalama BKİ puanları anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05).

**Sonuç:** Çalışmamızda, gebelik planlayan kadınların BKİ bilgi düzeylerinin düşük olduğu ve obezitenin gebeliğe etkileri ve olası komplikasyon risklerinin farkındalığının yeterli düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Aile hekimlerinin, hastaları ile BKİ kavramı hakkında konuşmaları, kişilerin kendi kilolarını gözden geçirmeye olanak sağlayacağı gibi obezite yönetiminde veya obeziteyi önlemede etkili olacak, gebelik planlayan kadınların obezitenin risklerine ait farkındalıklarını arttıracaktır.

**Anahtar kelimeler:** Aile hekimliği, beden kitle indeksi, gebelik, obezite

### ABSTRACT

**Objective:** Adequate knowledge about body mass index (BMI), which is a traditional method of measuring obesity, and about obesity-related pregnancy risks will possibly decrease obesity-related pregnancy complications in women contemplating pregnancy. In this study, we aimed to determine knowledge levels of women contemplating pregnancy about BMI and pregnancy risks related with obesity.

**Methods:** In this cross-sectional study, our sample was 211 married women age 18 to 45 years old who visited a family physician in Fındıklı Center of Goitre Research and Treatment between June to August 2020. Patients completed the questionnaire including sociodemographic data, questions about BMI and questions about effects of obesity on pregnancy via the face-to-face interview method. The data was analyzed using statistical analysis program.

**Results:** The mean age of participants (n=211) was 31.7±5.9 years. Of the participants, 40.3% (n=85) stated that they received pre-pregnancy counseling and 37.4% (n=79) had BMI score between 25 to 29.9. The mean BMI knowledge score of participants was 0.99±0.69 out of 5, and the mean BMI knowledge score of participants who received preconceptional counselling was significantly higher than those who did not (p=0.01). The mean BMI knowledge score of participants who stated 'high' or 'very high' risk level for each complication during pregnancy of a morbid obese woman was significantly higher than those of the remaining groups (p<0.05). In case of that a morbid obese woman loses weight before pregnancy, the mean BMI knowledge score of participants who stated 'lower' or 'much lower' risk level for each complication during pregnancy significantly higher than those of the remaining groups (p<0.05).

**Conclusion:** In our study, we determined women who contemplating pregnancy had inadequate BMI knowledge levels, but had adequate awareness about effects of obesity on pregnancy and potential pregnancy risks related obesity. The conversation of family physicians about BMI with their patients will ensure them to realise their own weight as well as effective prevention and management of obesity, and will increase awareness of women contemplating pregnancy about obesity related pregnancy risks.

**Keywords:** Body mass index, family medicine, obesity, pregnancy

Received/Geliş: 20.08.2020

Accepted/Kabul: 30.01.2021

Publication date: 02.04.2021

Corresponding Author:

E. Ersoy

ORCID: 0000-0001-8248-0949

Fındıklı Guatr Bölge

Araştırma ve Tedavi Merkezi

Aile Hekimliği Polikliniği,

Rize - Türkiye

✉ dremrahersoy86@gmail.com

E. Saatçı

ORCID: 0000-0003-4881-5906

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Adana, Türkiye

C. Ardıç

ORCID: 0000-0001-8018-9314

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi

Tıp Fakültesi Aile Hekimliği

Anabilim Dalı,

Rize, Türkiye

## GİRİŞ

Beden kitle indeksi (BKİ), obezitenin saptanması için kullanılan ve birçok kaynak tarafından standart olarak kabul edilen geleneksel bir ölçüm yöntemidir.<sup>[1]</sup> BKİ'nin obezite değerlerinde olması, tip 2 diyabet, hipertansiyon ve kardiyovasküler hastalıklar da dâhil olmak üzere birçok sağlık sorunu ile ilişkilidir.<sup>[2]</sup> Obeziteye bağlı olarak gelişen morbidite ve mortalite, sağlık harcamalarında artışa yol açmaktadır.<sup>[3]</sup> Hastalarla kilo ve kilo verme hakkında konuşmak, obezite yönetiminde başarının anahtarıdır.<sup>[4]</sup> Bu bağlamda hastaların BKİ kavramından ne anladıkları önemlidir.

Obezite, obstetride hem anneyi hem de bebeği etkileyen en yaygın sorundur.<sup>[5]</sup> Gestasyonel diyabet ve preeklampsi riskinde artış gibi annede kısa ve uzun vadeli sorunlara neden olur.<sup>[6]</sup> Obez kadınların gestasyonel dönemde aşırı kilo artışı riski daha yüksek olduğundan gelecekte metabolik sendrom riskleri de daha yüksektir.<sup>[7]</sup> Obez annelerin bebeklerinde obstetrik morbidite ve mortalite riski artmıştır<sup>[8]</sup> ve uzun dönemde çocukluk obezitesi ve metabolik fonksiyon bozukluğu riski vardır.<sup>[9]</sup> Obezite, erken gebelik döneminde, spontan gebelik kaybına ve yarı dudak, diyafragma hernisi, kardiyak ve gastrointestinal anomaliler gibi konjenital anomalilere neden olabilir.<sup>[10]</sup>

Obez kadınlarda, erken gebelik döneminde insülin direnci artmıştır. Bu durum, geç gebelik döneminde glukoz intoleransına ve fetal aşırı büyümeye yol açabilir. Bu dönemde sezaryenle doğum zorunluluğu ve yara komplikasyonları riski artar. Postpartum dönemde, obez kadınların venöz tromboembolizm, depresyon ve emzirme sorunları gibi riskleri artar. Postpartum dönemde kilo alma, gelecekteki kardiyometabolik riskleri ve sonraki gebeliklerde prekonsepsiyonel dönemdeki obeziteyi artırır.<sup>[11]</sup>

Literatürdeki çalışmalarda genel olarak, gebelik planlayan kadınlarda obeziteye bağlı gebelik komplikasyonları hakkında bilgi eksikliği olduğu bildirilmiştir.<sup>[12,13]</sup> Yapılan literatür taramasında, Türkiye'de gebelik planlayan kadınların obeziteyle ilişkili gebelik komplikasyonları konusundaki bilgi düzeyleri ve farkındalıkları hakkında yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada, anne adaylarının obezitenin gebeliğe etkileri hakkında orta derecede bilgi sahibi oldukları gösterilmiştir.<sup>[14]</sup> Bununla birlikte, Güney Hindistan'da yapılan bir çalışmada, obeziteye bağlı gebelik riskleri hakkındaki farkındalık orta düzeyde bulunmuş olup, katılımcıların sadece küçük bir oranında yüksek farkındalık düzeyi saptanmıştır.<sup>[15]</sup>

Bu çalışmanın amacı, gebelik planlayan kadınların obezitenin gebeliğe olumsuz etkileri hakkındaki farkındalık durumunun belirlenmesidir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

### Evren-örneklem seçimi

Bu kesitsel çalışmada, Fındıklı Bölge Guatr Araştırma ve Tedavi Merkezi Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran 18-45 yaş arası gebelik planlayan toplam 211 evli kadın ele alındı. Katılımcılar herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran kadın hasta/bireylerden oluşmaktadır. Örneklem büyüklüğünün hesaplanması, daha önceki uluslararası bir çalışmadaki yerel bölgede obeziteyle ilişkili risk bilgisinin yüzdesine dayanmaktadır.<sup>[16]</sup> Buna göre, aşağıda yaptığımız hesaplama göre çalışmamız için gereken en düşük örneklem sayısına ulaşıldı (n=196).

(Z: t tablo değeri=1,96; P: ilgili olayın olma olasılığı=%20; (1-P): ilgili olayın olmama olasılığı=%80; e: göze alınacak sapma miktarı=%5)

$$NO = Z^2 * P * (1-P) / e^2 = 1,96^2 * (0,20) * (0,80) / (0,05)^2 = 246$$

Yerel düşük nüfus için düzeltme:

$$n = NO / 1 + (NO/N) = 246 / 1 + (246/960) = 196$$

Çalışmamıza ise belirlenen en düşük örneklem sayısından %7,7 daha fazla katılımcı dahil edilmiştir (n=211).

### Etik kurul ve onam

Çalışmanın etik kurul onayı TC. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. (Karar No. 2020/90) Çalışmaya alınan katılımcılara, çalışma ile ilgili gerekli bilgilendirmeler yapılmış ve yazılı onamı alınmıştır.

### Veri toplama araçları

Sosyodemografik özellikler anketi, BKİ bilgi düzeyi ve obezitenin gebeliğe etkileri hakkında sorular içeren ölçekler yüz yüze yöntemiyle uygulandı.

### Çalışmanın tasarımı

Katılımcıların BKİ değerleri, kendileri tarafından ifade edilen boy ve kilolarına göre hesaplandı ve dört grup olarak tanımlandı: zayıf (BKİ, <18,5), normal kilolu (18,5 ile 24,9), fazla kilolu (25 ile 29,9) ve obez (30 ve üzeri).

Katılımcıların BKİ bilgi düzeyini belirlemek için açık ve kapalı uçlu sorular içeren sekiz soruluk bir ölçek kullanıldı. Bu ölçek, daha önce uluslararası başka bir çalışmada kullanılmış ve konuyla ilgili uzmanlarca oluşturulduğu bildirilmiştir.<sup>[1]</sup> BKİ bilgi düzeyi anketinde, "doğru" (1 puan) ve "yanlış" (0 puan) olarak yanıtlan-

dırılması beklenen beş cümle vardır. Puanlar ne kadar yüksekse bilgi düzeyinin de o kadar iyi olduğu kabul edilir.

Gebelikte obeziteye bağlı risk farkındalığı, Callaway tarafından oluşturulan ölçek ile değerlendirildi.<sup>[16]</sup> Ölçek, “çok zayıf”, “normal kilolu” ve “aşırı obez” olarak sınıflandırılmış kadınlarda oluşabilecek anne ve yenidoğanla ilgili önceden belirlenmiş yedi komplikasyona ilişkin farkındalığı 5 puanlık Likert ölçeği ile değerlendirmektedir.

#### Gebelikte obeziteye bağlı risk farkındalığı anket soruları (n=7).

Soru A/B/C. Çok zayıf/Normal kilolu/Aşırı obez bir kadın için hamilelik ve doğum komplikasyonları riski sizce nasıl etkilenmektedir?  
Soru D. Aşırı obez bir kadın hamilelikten önce kilo verebildiyse, bunun hamilelik ve doğum komplikasyonları riskini nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz? (Bu soru için ‘daha’ eki var)

1-Genel komplikasyon riski... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

2-Gebelikte oluşan şeker hastalığı riski... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

3-Gebelikte oluşan tansiyon hastalığı riski... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

4-Zorunlu sezaryen olma ve sezaryene bağlı gelişen risk... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

5-Erken doğum riski... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

6-Bebekte gelişebilecek özel bakım ihtiyacı (ör: özel eğitim kreşi/okulu) riski... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

7-Bebekte gelişebilecek doğumsal anomali riski... olacaktır.  
a-çok (daha) düşük b-(daha) düşük c-riskte değişiklik olmaz d-(daha) yüksek e-çok (daha) yüksek f-bilmiyorum

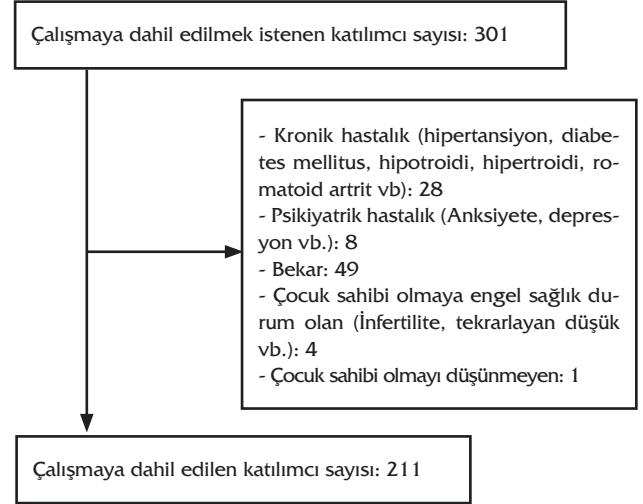
Her bir katılımcı yukarıda belirtildiği gibi A/B/C/D durumları için anketi yanıtladılar. Ankete göre gebelikte obeziteye bağlı risk farkındalığı daha çok C ve D durumuna göre belirlenmektedir. Aşırı obezitenin gebelik üzerindeki riskleri (C) hakkında farkındalığın yüksek olması için katılımcıların genel komplikasyon riskini “yüksek” veya “çok yüksek” olarak derecelendirmeleri gerekmektedir. Aşırı obez bir kadının gebelikten önce kilo vermesini (D), “daha düşük” veya “çok daha düşük” bir genel komplikasyon riski olarak derecelendirmek yüksek farkındalığın diğer bir göstergesidir.

BKİ bilgi düzeyi belirleme ve Callaway tarafından hazırlanan gebelikte obeziteye bağlı risk farkındalığı ölçeklerinin henüz Türkçe geçerlilik çalışması yoktur. Ölçekler

bu makalenin yazarlarınca Türkçeye çevrilmiş ve katılımcılara uygulanmıştır.

Araştırmaya alınmama (dışlama) kriterleri: Kronik hastalığı olan, psikiyatrik bozukluğu olan, bekar, çocuk sahibi olmaya engel bir sağlık sorunu olan ve çocuk sahibi olmayı düşünmeyen kadınlar çalışmaya dâhil edilmemişlerdir.

Çalışmanın planı Şekil 1’de gösterilmiştir.



Şekil 1. Çalışmanın planı.

Çalışma 04.06.2020-20.08.2020 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

#### İstatistiksel analiz

Anket yoluyla elde edilen veriler IBM SPSS 26 programına girilerek analiz edildi. Katılımcıların yaşları ve BKİ puanları, ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak hesaplandı. Sosyodemografik özellikler ve katılımcıların obezitenin gebelik üzerindeki risklere ait değerlendirmeleri sayı ve yüzde olarak hesaplanmış ve grup hâlinde kategorize edildi. Verilerin dağılımları Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Normal dağılımı olan bağımsız gruplar, grup sayısına göre, One-Way ANOVA ve bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırıldı. Kategorik verilerin karşılaştırılması için ise ki-kare testi kullanıldı. One-Way ANOVA testinde istatistiksel olarak anlamlı çıkan verilerin ilişkilerini daha iyi anlamak üzere verilerin homojenitesine göre post hoc testi olan Games-Howell testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık, p değerinin 0,05'ten küçük olması olarak kabul edildi.

#### BULGULAR

Katılımcıların (n=211) yaş ortalaması 31,7±5,9 yıldır. Katılımcıların %64,9 (n=137)'unun gebelik öyküsü var-

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri ve BKİ durumları (n=211).**

Özellikler	n (%)	BKİ <sup>a</sup> puan
Yaş ortalaması (yıl)	31,7±5,9	-
Eğitim durumu	İlköğretim 38 (18,0) Ortaöğretim 102 (48,3) Üniversite 71 (33,7)	0,363 <sup>b</sup>
BKİ <sup>a</sup>	<18,5 1 (0,5) 18,5-24,9 73 (34,6) 25-29,9 79 (37,4) >29,9 58 (27,5)	0,489 <sup>b</sup>
Meslek	Ev kadını 43 (20,4) İşçi 98 (46,4) Memur 57 (27,0) Esnaf 13 (6,2) Orta-yüksek 72 (34,1)	0,678 <sup>b</sup>
Sosyoekonomik durum	Orta 129 (61,2) Düşük 10 (4,7) 2200 ve altı 0 (0,0)	0,085 <sup>b</sup>
Aylık hane geliri (Türk lirası)	2201-6800 119 (56,4) 6801-10000 73 (34,6) 10000 üstü 19 (9,0)	0,485 <sup>b</sup>
Gebelik öyküsü olanlar	137 (64,9)	0,358 <sup>c</sup>
Prekonsepsiyonel bakım alanlar	85 (40,3)	0,01 <sup>c</sup>

<sup>a</sup>Beden Kitle İndeksi, <sup>b</sup>One-Way ANOVA, <sup>c</sup>Bağımsız örneklem t-testi

**Tablo 2. Katılımcıların BKİ ölçeğinden aldıkları puan durumları.**

Sorular	Doğru yanıt veren katılımcılar
Puan Yüzde % Min-maks*	
BKİ nasıl hesaplanır?	33 (%15,6) (0-211)
BKİ hangi hastalığın tanısı için kullanılır?	57 (%27,0) (0-211)
BKİ'nin 25 veya daha fazla olması ne anlamına gelir?	31 (%14,7) (0-211)
BKİ'nin 30 veya daha fazla olması ne anlamına gelir?	49 (%23,2) (0-211)
BKİ'nin 40 veya daha fazla olması ne anlamına gelir?	38 (%18,0) (0-211)
	<b>Evet (n, %) Hayır (n, %)</b>
BKİ'nizin kaç olduğunu biliyor musunuz?	47 (%22,2) 164 (%77,8)
Bu anketten önce BKİ kavramını duydunuz mu?	60 (%28,4) 151 (%71,6)
Aile hekiminiz BKİ kavramını daha önce sizinle hiç konuştu mu?	18 (%8,5) 193 (%91,5)
Toplam puan (Min-maks)*	208 (0-1055)
Ölçek puan ortalaması (Min-maks)	0,99±0,69 (0-3)

BKİ: Beden Kitle İndeksi \*211 katılımcıya göre alınabilecek minimum ve maksimum puanlar (her doğru yanıt '1', her yanlış yanıt '0' puanıdır)

**Tablo 3. Katılımcıların obezitenin gebelik üzerindeki etkileri hakkındaki değerlendirmeleri.**

Komplikasyonlar	Aşırı obez (n=211)				Aşırı obez kadının gebelik öncesi kilo vermesi (n=211)			
	Bilmiyorum n (%)	Düşük-orta* n (%)	Yüksek-çok yüksek* n (%)	BKİ puan ortalaması p**	Bilmiyorum n (%)	Düşük-orta* n (%)	Yüksek-çok yüksek* n (%)	BKİ puan ortalaması p**
Genel komplikasyon	15 (7,1)	22 (10,4)	174 (82,5)	0,001	26 (12,3)	40 (19,0)	145 (68,7)	0,001
Gestasyonel diyabet	17 (8,1)	11 (5,2)	183 (86,7)	0,01	20 (9,5)	44 (20,9)	147 (69,6)	0,02
Gestasyonel hipertansiyon	9 (4,3)	18 (8,6)	184 (87,1)	0,01	17 (8,1)	42 (19,9)	152 (72,0)	0,01
Sezaryen	43 (20,4)	32 (15,2)	136 (64,4)	0,001	40 (19,0)	41 (19,5)	130 (61,5)	0,002
Prematürite	26 (12,3)	48 (22,8)	137 (64,9)	0,03	24 (11,4)	39 (18,5)	148 (70,2)	0,02
Özel bakım ihtiyacı	20 (9,5)	61 (28,9)	130 (61,6)	0,03	35 (16,6)	32 (15,2)	144 (68,2)	0,02
Konjenital anomali	27 (12,8)	43 (20,4)	141 (66,8)	0,004	37 (17,6)	26 (12,3)	148 (70,1)	0,01

\*Risk, \*\*One-Way ANOVA

dır ve %40,3 (n=85)'ü gebelik öncesi danışmanlık aldığı belirtilmiştir. Katılımcıların %48,3 (n=102)'ü ortaöğretim mezunu, %46,4 (n=98)'ü işçi, %61,2 (n=129)'ünün sosyoekonomik durumu orta, %56,4 (n=119)'ünün aylık hane geliri 2,200-6,800 TL arasıydı. Katılımcıların %37,4 (n=79)'ünün BKİ 25 ile 29,9 arası idi (Tablo 1).

Tablo 1'de sosyodemografik özelliklerle katılımcıların ortalama BKİ puanları ve obezitenin gebeliğe etkileri hakkındaki değerlendirmeleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Buna göre, prekonsepsiyonel bakım alanların ortalama BKİ ölçek puanı, prekonsepsiyonel bakım almayanlara göre anlamlı olarak yüksekti (p=0,01).

Tablo 2'de katılımcıların BKİ ölçeğindeki her bir açık uçlu sorudan almış oldukları puanlar, toplam puanları

ve ortalama puanları gösterilmiştir. Katılımcıların ortalama toplam puanı 208'dir (iki yüz on bir katılımcının bütün sorulara doğru yanıt verdikleri varsayılırsa ölçekten alacakları maksimum puan 1,055'tir) ve ortalama puanları 5 üzerinden 0,99±0,69 idi. Ayrıca katılımcıların %91,5 (n=193)'i kayıtlı oldukları aile hekimlerinin kendilerine BKİ kavramı hakkında önceden hiç söz etmediklerini belirtmiştir. Kayıtlı oldukları aile hekimlerinin BKİ kavramını daha önce kendileriyle konuştuğunu belirten katılımcıların ortalama BKİ puanları, konuşmadıklarını belirtenlere göre anlamlı olarak daha yüksekti (p=0,001, bağımsız örneklem t-testi).

Katılımcıların %82,5'i (n=174) aşırı obez kadınlarda genel komplikasyon riskinin "yüksek" veya "çok yük-



sek” düzeyde olduğunu belirtti. Aşırı obez bir kadının gebelik öncesi dönemde kilo vermesi hâlinde genel komplikasyon riskinin “daha düşük” veya “çok daha düşük” düzeylere ineceğini belirten katılımcı yüzdesi %68,7 (n=147) idi. Katılımcıların diğer komplikasyonlar hakkındaki risk değerlendirmeleri Tablo 3’te gösterilmiştir.

Aşırı obez bir kadında gebelikte oluşabilecek her bir komplikasyon için “yüksek” veya “çok yüksek” risk düzeyi belirtmiş olan katılımcıların ortalama BKİ puanları, diğer risk düzeylerini (bilmiyorum, düşük-orta) belirten katılımcılara göre anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05, Anova-post hoc tests, Games-Howell). Katılımcılardan aşırı obez bir kadının gebelikten önce kilo vermesi durumunda gebelikte oluşabilecek her bir komplikasyon için “daha düşük” veya “çok daha düşük” risk düzeyi belirtmiş olanların, diğer risk düzeylerini (bilmiyorum, yüksek-aynı) belirten katılımcılara göre ortalama BKİ puanları anlamlı olarak daha yüksekti (p<0,05, Anova-post hoc tests, Games-Howell) (Tablo 3).

## TARTIŞMA

Obeziteyle mücadelede; kilo yönetimi bilgisini artırma, kilo yönetiminin nasıl yapılacağını belirleme, obeziteye bağlı gelişebilecek riskli durumlar gibi konulara odaklanan müdahaleler kullanılmaktadır. Ancak, bu müdahaleler umulduğu kadar somut klinik sonuçlar vermeyebilir ve kilonun somut veya sayısal bir tanımını yapmak obeziteyle mücadelede daha etkili bir yol olabilir. Çalışmamızda, katılımcılardan obezite kavramını duymayan olmamasına rağmen, BKİ kavramını duyan katılımcı oranı yalnızca ¼ ve kendi BKİ’ini bilen katılımcı oranı yalnızca 1/5’di. Gebelik planlayan kadınların BKİ hakkındaki sorulara vermiş oldukları doğru yanıt oranı yine 1/5’di. Her on katılımcıdan dokuzu kayıtlı oldukları aile hekimlerinin kendileriyle BKİ kavramı hakkında hiç konuşmadığını belirtti. Katılımcıların ortalama BKİ bilgi düzeyleri beklenenden düşük olsa da bilgi düzeyi puanları yüksek olan katılımcılar obezitenin gebeliğe etkileri hakkında daha bilinçliydi ve farkındalıkları daha yüksekti.

Bir kesitsel kohort çalışmasında, hastaların BKİ bilgi düzeyleri ile gebelikte obeziteyle ilişkili risklerin farkındalığı pozitif yönlü olarak ilişkili bulunmuştur.<sup>[1]</sup> Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, gebelikte obeziteyle ilişkili risk farkındalığı yüksek olan katılımcıların farkındalığı düşük olanlara göre ortalama BKİ bilgi puanları daha yüksek bulunmuştur. Aynı çalışmada, herhangi bir nedenle polikliniğe başvuran hastalarda, BKİ kavramı hakkındaki konuşmalardaki artışla birlikte hastaların

bilgi düzeylerinin de arttığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da prekonsepsiyonel bakım aldığı belirten katılımcıların, hangi konu başlıklarıyla ilgili konuşulduğu net olarak bilinmese de BKİ bilgi düzeyleri artış göstermiştir. Yapılan bir meta-analiz çalışmasında, hekimlerin hastalarıyla sağlıklı yaşam tarzı hakkında konuşmasının, hastanın sağlıklı ilgili bilgi ve bilinç düzeyini artırarak sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri yapma olasılığını arttırdığı gösterilmiştir.<sup>[17]</sup> Başka bir çalışmada, hasta bilgisini arttırmanın, davranış değişikliği oluşturmada önemli bir adım olabileceği gösterilmiştir.<sup>[18]</sup> Bu bağlamda, hastaların BKİ bilgi düzeyindeki artışın obeziteyle mücadelede önemli bir rolü olabilir. Ancak, davranış bilgisi yaratmak için hastanın bilgi düzeyinin arttırılması gerekli ama yeterli değildir. Hastanın bilgi düzeyinin, ortak karar verme ve motivasyonel görüşme gibi teknikler kullanılarak, davranışsal bir değişiklik yapmak için öz-yeterlikle birleştirilmesi gerekir.<sup>[19, 20]</sup>

Çalışmamızda, gebelik planlayan kadınların BKİ bilgi düzeyleri düşük çıkmış olsa da obezitenin gebeliğe etkileri konusundaki farkındalıkları kabul edilebilir düzeydeydi. Beklenen yanıtları veren katılımcıların oranı %61,5 ile %87,1 arasındaydı. Aynı risk ölçeğini kullanan benzer bir çalışmada, anne adaylarının büyük çoğunluğu (%82,2) aşırı obez kadınlarda gelişebilecek gebelikte ilişkili genel komplikasyon riskinin daha yüksek olduğunu doğru bir şekilde saptamıştır.<sup>[21]</sup> Buna rağmen, aşırı obez kadınların bebeklerinde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkındaki farkındalıkları annede ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkındaki farkındalıklarından daha düşüktü. Daha önce yapılan iki çalışmada, çalışmamızla tutarlı olarak, aşırı obez kadınların gebeliklerinde annede ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkındaki farkındalıkları bebeklerde ortaya çıkabilecek komplikasyonlar hakkındaki farkındalıklarından daha yüksek bulunmuştur.<sup>[21, 22]</sup> Bu nedenle kadınları, fetal komplikasyonların risklerine vurgu yaparak anne obezitesinin zararlı etkileri konusunda eğitmek daha iyi bir farkındalık yaratabilir.

Katılımcıların obeziteye bağlı gelişebilecek gebelik riskleri farkındalıkları kabul edilebilir düzeyde olmasına rağmen, yarıyından fazlası fazla kilolu veya obezdi. Bunun nedeni, kadınların kilolu olduklarının somut veya sayısal olarak farkında olmamaları olabilir. Çünkü katılımcıların obezitenin ölçümünde geleneksel bir yöntem olan BKİ bilgi düzeyleri çok düşüktü. Bu tutarsızlık, aynı zamanda, kişinin obezite ile ilgili riskler bilgisi ile sağlıklı yaşam tarzı davranışları arasındaki boşluğu göstermektedir. Yine bazı kültürlerde, obezitenin mutluluğu, sağlıklı olayı, normal hatta çekiciliği temsil ettiği düşünülebilir.<sup>[23]</sup>



## SONUÇ

Obezite ile ilgili sağlık ve gebelik komplikasyonlarına yönelik koruyucu ve geliştirici yaklaşım, her anne adayına ulaştırılmalı ve böylece sağlıklı bir gebeliğe hazırlanmaları sağlanmalıdır. Bu yaklaşım, evlilik öncesi danışmanlık veya prekonsepsiyonel bakım programları sırasında uygulanabilir. Kilolu anne adaylarına, BKİ kavramını anlatarak kilo verme danışmanlığı ve istenen kiloya ulaşıncaya dek uygun kontraseptif yöntemlerle gebeliğin ertelenmesinin önerilmesi bazı olası stratejilerdir. Aile hekimleri ve diğer sağlık hizmeti sunucuları, sağlıklı kilonun korunmasına yönelik engellerin belirlenmesinde, gebelikte ve doğum sonrası dönemde sağlıklı kilonun öneminin farkındalığının artırılmasında ve halkın bilinçlendirilmesinde kilit rol oynamaktadır.

**Etik Kurul Onayı:** TC. Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alındı (2020/90).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Alındı.

**Ethics Committee Approval:** TC. Received from Recep Tayyip Erdogan University Faculty of Medicine Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (2020/90).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Receipt.

## KAYNAKLAR

- Haggerty T, Xiang J, King D. Patient Body Mass Index (BMI) Knowledge in a Rural Primary Care Population. *J Am Board Fam Med.* 2019;32(3):413-7. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.03.180211>
- Must A, Spadano J, Coakley EH, Field AE, Colditz G, Dietz WH. The disease burden associated with overweight and obesity. *JAMA.* 1999;282:1523-9. <https://doi.org/10.1001/jama.282.16.1523>
- Kim DD, Basu A. Estimating the med care costs of obesity in the United States: systematic review, meta-analysis, and empirical analysis. *Value Heal.* 2016;19:602-13. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2016.02.008>
- Laidlaw A, McHale C, Locke H, Cecil J. Talk weight: an observational study of communication about patient weight in primary care consultations. *Prim Health Care Res Dev.* 2015;16:309-15. <https://doi.org/10.1017/S1463423614000279>
- Flegal KM, Carroll MD, Kit BK, Ogden CL. Prevalence of obesity and trends in the distribution of body mass index among US adults, 1999-2010. *JAMA.* 2012;307:491-7. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.39>
- Catalano PM. Management of obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2007;109:419-33. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000253311.44696.85>
- Rasmussen KM, Yaktine AL. Institute of Medicine and National Research Council Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines. National Academies Press, 2009.
- Aune D, Saugstad OD, Henriksen T, Tonstad S. Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth, and infant death: a systematic review and meta-analysis. *JAMA.* 2014;311:1536-46. <https://doi.org/10.1001/jama.2014.2269>
- Boney CM, Verma A, Tucker R, Vohr BR. Metabolic syndrome in childhood: association with birth weight, maternal obesity, and gestational diabetes mellitus. *Pediatrics.* 2005;115:e290-6. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-1808>
- Racusin D, Stevens B, Campbell G, Aagaard KM. Obesity and the risk and detection of fetal malformations. *Semin Perinatol.* 2012;36(3):213-21. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2012.05.001>
- Catalano MP, Shankar K. Obesity and pregnancy: mechanisms of short term and long term adverse consequences for mother and child. *BMJ.* 2017;8:356:j1. <https://doi.org/10.1136/bmj.j1>
- Shub A, Huning EY, Campbell KJ, McCarthy EA. Pregnant women's knowledge of weight, weight gain, complications of obesity and weight management strategies in pregnancy. *BMC Res Notes.* 2013;6:278. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-278>
- Gaudet LM, Gruslin A, Magee LA. Weight in pregnancy and its implications: what women report. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33(3):227-34. [https://doi.org/10.1016/S1701-2163\(16\)34823-X](https://doi.org/10.1016/S1701-2163(16)34823-X)
- Okezele-Okeh N, Hawkins KC, Butler W, Younis A. Knowledge and Perception of Risks and Complications of Maternal Obesity during Pregnancy. *Gynecology & Obstetrics (Sunnyvale).* 2015;5(9):1000323. <https://doi.org/10.4172/2161-0932.1000323>
- Nitin J, Sneha V, Maria N, Sharada R, Supriya K, Kamalakshi B. Awareness of consequences of obesity on reproductive health problems among women in an urban area in South India. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2015;4(4):1109-16. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150437>
- Nitert MD, Foxcroft KF, Lust K, et al. Overweight and obesity knowledge prior to pregnancy: a survey study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11:96. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-96>
- Rose SA, Poynter PS, Anderson JW, Noar SM, Conigliaro J. Physician weight loss advice and patient weight loss behavior change: a literature review and meta-analysis of survey data. *Int J Obes.* 2013;37:118-28. <https://doi.org/10.1038/ijo.2012.24>
- Ghisi GL de M, Abdallah F, Grace SL, Thomas S, Oh P. A systematic review of patient education in cardiac patients: do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Educ Couns.* 2014;95:160-74. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2014.01.012>
- Äikäs AH, Pronk NP, Hirvensalo MH, Absetz P. Does Implementation follow design? a case study of a workplace health promotion program using the 4-S program design and the PIPE impact metric evaluation models. *J Occup Environ Med.* 2017;59:752-60. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000001067>
- Joseph-Williams N, Elwyn G, Edwards A. Knowledge is not power for patients: A systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making. *Patient Educ Couns.* 2014;94:291-309. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.10.031>
- Muthupalaniappen L, Danasamy RS. Knowledge of obesity related pregnancy risks among expectant mothers and its associated factors. *Med J Malaysia.* 2018;73(4):239-43.
- Kominiarek MA, Vonderheid S, Endres LK. Maternal obesity: do patients understand the risks? *J Perinatol.* 2010;30(7):452-8. <https://doi.org/10.1038/jp.2010.52>
- Jackson A, Cole C, Esquiro J, Edwards M. Obesity in primary care patients in Kelantan, Malaysia: prevalence, and patients' knowledge and attitudes. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 1996;27(4):776-9.

# İnfertilite Tedavisi için Başvuran Çiftlerde Erkeğin Eşine Gösterdiği Şiddet ve Evliliğe Uyum Düzeyi

## Men's Marital Adjustment and Violence against Female Partners in Couples Applying for Infertility Treatment

Elif Can Halıcı<sup>®</sup>, Esra Saatci<sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Can Halıcı E, Saatci E. İnfertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine gösterdiği şiddet ve evliliğe uyum düzeyi. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):21-7.

### Öz

**Amaç:** İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren, kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan, bireye spesifik, çiftlerde strese yol açan, toplumsal etiketlenmeyle sonuçlanan, cinsellikle ilgili başarısızlık, yetersizlik duyguları yaşanmasına neden olan, yaşamı değiştiren bir deneyimdir. İnfertilitede, şiddeti tetikleyen veya artırabilecek pek çok faktör bulunmaktadır. Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde de olumsuzluklar yaşarlar. Bu çalışmada, amaç, infertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine uyguladığı şiddeti belirlemek ve bu çiftlerde erkeğin evlilik uyumunu değerlendirmektir.

**Yöntem:** Araştırma evrenini, 1 Haziran 2017-31 Ekim 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, infertilite Polikliniğine başvuran çiftlerden 286 erkek oluşturmaktadır. Araştırmada, tarafımızca oluşturulan 18 soruluk Sosyodemografik Veri Formu, 31 sorudan oluşan Yeniden Gözden Geçirilen Çatışma Taktikleri Ölçeği-2'den yararlanılarak Dönmez ve ark. tarafından hazırlanan ölçek ve 15 sorudan oluşan Evlilik Uyum Ölçeği kullanılarak toplanan veriler kodlanarak bilgisayara girilmiş ve SPSS 20.0 istatistiksel analiz programı aracılığıyla değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan erkeklerin yaş ortalaması 34,79±7,24 yıl olup, ortalama evlilik süresi 5,87±4,86 yıl, ilk evlilik yaşı ortalaması 26,33±5,09 yıl olduğu bulunmuştur. Yeniden Gözden Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 sonucuna göre katılımcıların %93,4'ü eşlerine şiddet uygulamaktadır. Çalışmamıza katılan erkeklerin uyguladıkları genel şiddet ile mevcut sosyodemografik veriler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Çocuk sahibi olma ve sigara ile fiziksel ve cinsel şiddet arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Ekonomik şiddet ise eş çalışma durumu ve aile tipi ile anlamlı ilişkili bulunmuştur. Evlilik Uyum Ölçeği sonucuna göre katılımcıların %80,4'ünde evlilik uyumunun olduğu bulunmuştur. Çalışma durumu, daha önce infertilite tedavisi alma durumu ve kaçınıcı evlilik olduğu gibi sosyodemografik değişkenlerle evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmamıza katılan infertil çiftlerden erkeklerin eşlerine şiddet uyguladığı ve en sık uygulanan şiddet türünün psikolojik şiddet olduğu bulunmuştur. Çalışmamıza katılan infertil çiftlerde erkeklerin büyük çoğunluğunun evlilik uyumunun olduğu ve infertiliteden bu açıdan etkilenmedikleri sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar kelimeler:** İnfertilite, eş şiddeti, evlilik uyumu, aile hekimliği

### ABSTRACT

**Objective:** Infertility is a life-changing experience that brings with it medical, psychiatric, psychological, and social problems, with cultural, religious, and social aspects, individual-specific, leadings to stress in couples, resulting in social labeling, sexual dysfunction. Many factors can trigger or increase the severity of infertility. Couples failing to achieve one of the basic functions of the family institution, also experience negativities in marriage. This study aimed to determine the severity of violence by men to his partner and the marital adjustment level in men in couples applying for infertility treatment.

**Methods:** The study population consisted of 286 men from the couples applying to Cukurova University Faculty of Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, Infertility Outpatient Clinic June-October 2017. The data was collected using the Sociodemographic Data Form, Conflict Tactic Scale-2, Marital Adjustment Scale. Data analyzed using SPSS 20.0 Statistical analysis program.

**Results:** The mean age of men was 34.79±7.24 years, the mean duration of marriage was 5.87±4.86 years and the mean age at first marriage was 26.33±5.09 years. Of the participants, 93.4% were violent against their spouses based on the Conflict Tactics Scale-2 results. There was no significant relationship between the overall violence by men and any of the sociodemographic data. Marital Adjustment Scale revealed that there was a marital adjustment in 80.4% of men. A significant relationship was found between marital adjustment and sociodemographic variables including occupation, previous infertility treatment, and marital status.

**Conclusion:** The men practiced violence against their wives and that the most common type of violence was psychological violence. In infertile couples, the majority of men had good marital adjustment and they did not seem to be affected by infertility.

**Keywords:** Infertility, domestic violence, marital adjustment, family medicine



© Telif hakkı Türk Aile Hekimliği Dergisi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.  
© Copyright Turkish Journal of Family Practice. Published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

**Received/Geliş:** 14.09.2020  
**Accepted/Kabul:** 08.02.2021  
**Publication date:** 02.04.2021

### Corresponding Author:

**E. Can Halıcı**  
**ORCID:** 0000-0001-8957-3099  
Hasan Fattım Kafadar  
Aile Sağlığı Merkezi,  
Gaziantep, Türkiye  
✉ elifcansert@gmail.com

**E. Saatci**  
**ORCID:** 0000-0003-4881-5906  
Çukurova Üniversitesi  
Aile Hekimliği,  
Adana, Türkiye

Halıcı EC, Saatci E. Infertilityandviolence: Men'sconfession. International Mediterranean Family Medicine Congress, Barcelona, Spain, 31 Mayıs-3 Haziran 2018.

## GİRİŞ

İnfertilite tıbbi, psikiyatrik, psikolojik ve sosyal sorunları beraberinde getiren kültürel, dinsel ve sınıfsal yönleri olan bir krizdir.<sup>[1]</sup> İnfertilite, basit bir rahatsızlık değil; eşlerin her ikisi için de psikolojik olarak tehdit edici, duygusal olarak stresli, ekonomik olarak pahalı ve genellikle de fiziksel olarak acı veren bir sağlık sorunudur.<sup>[1,2]</sup>

Dünyada çiftlerin %8-%12'sinin (yaklaşık 50-80 milyon kişi) infertilitenin bir biçimini yaşadığı bildirilmektedir.<sup>[3]</sup> Türkiye'de de çiftlerin %10-%20'sinin (1,5-2 milyon çift) etkilendiği düşünülmektedir.<sup>[4-6]</sup>

Aile içi şiddetin yaygınlığı dünyada yaklaşık %15-%71 gibi geniş bir prevalansa sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2005<sup>[7]</sup> raporuna göre, erkek eş/partner tarafından fiziksel şiddete maruz kalmış kadınların %13-%61 prevalansında olduğu belirtilmiştir.<sup>[8]</sup> Yalnızca son 12 ayda her on kadından birinin fiziksel şiddet yaşadığı anlaşılmıştır.<sup>[9]</sup>

Kadın infertilitesi varlığında, kadınların eş ya da partnerden gördüğü şiddet yaygınlığı, Nijerya'da %41,6, Türkiye'de %33,6, Pakistan'da %64, İran'da %61,8, Hindistan'da %77,8, Hong Kong'da %1,8 olarak bildirilmiştir.<sup>[10-13]</sup>

Bu çalışmanın amacı, infertilite tedavisi için başvuran çiftlerde erkeğin eşine gösterdiği şiddeti belirlemek ve bu çiftlerde erkeğin evliliğe uyumunu değerlendirmektir.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmamız gözlemsel, kesitsel, analitik bir anket çalışmasıdır. Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihler olan 1 Haziran 2017-31 Ekim 2017 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı İnfertilite Polikliniğine başvuran çiftlerden erkek bireyler oluşturdu. Şiddet sıklığı %33,6 hata payı %4 alınarak, %95 güven düzeyinde, %10 yedek eklenerek ulaşılabilecek minimum kişi sayısı 254 olarak hesaplandı.<sup>[10]</sup> Örneklemeye dâhil olan tüm bireylere doğrudan görüşme yöntemiyle araştırmanın amacı anlatılıp bilgilendirilmiş onamları alındıktan sonra anketler katılımcılar tarafından dolduruldu. Veri toplama sırasında infertilite nedenleri bakımından ayırım yapılmaksızın İnfertilite Polikliniğine başvuran 289 erkek katılımcıya ulaşıldı. Üç erkek katılımcı araştırmaya katılmayı reddetti. Çalışma, İnfertilite Polikliniğine başvuran 286 erkek katılımcı ile tamamlandı.

Çalışma için Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesinden 5 Mayıs 2017 tarihli 64 numaralı Etik Kurul onayı alındı. Araştırma için Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü, Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi'nden TTU-2017-9547 proje numarası ile destek alındı.

## Veri Toplama Araçları

Araştırmada sosyodemografik özellikler tarafımızca şiddetle ilgili olabileceğini düşündüğümüz özellikler belirlenerek oluşturulan 18 soruluk formla belirlendi.

Sosyodemografik Veri Toplama Anketi'nde katılımcıların doğum tarihi, kendisinin ve eşinin eğitim düzeyi, mesleği, şu anda yaptığı iş, kaçınıcı evliliği olduğu, ilk evliliğini kaç yaşında yaptığı, şu anki eşi ile kaç yaşında evlendiği, şu anki evliliğin süresi, evde eşler dışında sürekli yaşayan bireylerin varlığı ve kim oldukları, aile bütçesini kimin yönettiği, çocuklarının olup olmadığı, varsa sayısı, daha önce psikiyatrik rahatsızlık geçirme öyküsü, halen psikiyatrik rahatsızlık varlığı, sigara ve alkol alışkanlığı, düzenli ilaç kullanmayı gerektiren hastalık durumu soruldu.

Şiddet varlığı, şiddetin tüm biçimlerini (psikolojik, ekonomik, fiziksel ve cinsel) içeren Yeniden Gözden Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2'den yararlanılarak Dönmez ve ark. tarafından hazırlanan ölçekle belirlendi.<sup>[14]</sup>

Ölçekte yer alan 31 sorunun 14'ü psikolojik şiddeti, dördü ekonomik şiddeti, 11'i fiziksel şiddeti ve ikisi cinsel şiddeti değerlendirmektedir. Yanıt seçenekleri; "Evet", "Hayır", "Hatırlamıyorum" şeklinde belirlenmiştir. Bu sorulardan en az birine "Evet" yanıtını verenlerde "şiddet var" olarak kabul edilmiştir.

Locke ve Wallace tarafından geliştirilen ve Kışlak tarafından Türkçeye uyarlanıp geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Evlilik Uyum Ölçeği, evlilik ilişkisinden alınan doyum ve evlilik uyumunu ölçmeyi amaçlamaktadır.<sup>[15-16]</sup> Ölçek, seçenek sayıları farklı 15 maddeden oluşmaktadır. Her madde, seçenek sayısına göre farklılaşan 0 ile 6 arasında puan almaktadır. Buna göre; 1. madde 0-6 puan, 2.-9. maddeler 0-5 puan, 10. ve 14. maddeler 0-2 puan, 11. ve 13. maddeler 0-3 puan, 12. madde eşlerden biri için evde oturmak diğeri için dışarıda bir şeyler yapmak seçeneği işaretlenmişse 0 puan, eşlerin herbiri için dışarıda bir şeyler yapmak seçeneği işaretlenmişse bir puan, eşlerin herbiri için evde oturmak seçeneği işaretlenmişse iki puan ve 15. madde 0-2 puan arasında değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan 0-60 arasında değişmektedir. Ölçekten 43 ve üzerinde puan alanlar evlilik ilişkileri açısından uyumlu; 43 puanın altında alanlar ise uyumsuz olarak kabul edilmektedir.

## İstatistiksel Analiz

Toplanan veriler kodlanarak bilgisayara girildi. Verilerin istatistiksel analizinde SPSS 20.0 paket programı kullanıldı. Kategorik ölçümler sayı ve yüzde olarak, sayısal ölçümler ise ortalama ve standart sapma (gerekli yerlerde ortanca ve en az- en çok) olarak özetlendi. Kategorik ölçümlerin gruplar arasında karşılaştırılmasında ki-kare test istatistiği kullanıldı. Gruplar arasında sayısal ölçümlerin karşılaştırılmasında varsayımların sağlanması durumunda bağımsız gruplarda t testi, varsayımların sağlanmaması durumunda ise Mann Whitney U testi kullanıldı. İki'den fazla grubun sayısal ölçümlerinin genel karşılaştırılmasında, Tek Yönlü Varyans Analizi kullanıldı. Grupların ikili karşılaştırılmalarında grup içi varyansların homojen olup olmamasına göre Bonferroni, Scheffe, Tamhane testleri kullanıldı. Sayısal ölçümlerin birbirleri arasındaki etkileşimi incelemek için Pearson Korelasyon katsayısı ve ilgili p değeri elde edildi. Tüm testlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Çalışmamızda yer alan erkeklerin yaş ortalamaları  $34,79 \pm 7,24$  yıl (en az 21- en çok 60), ilk evlilik yaşı ortalamaları  $26,33 \pm 5,09$  yıl (en az 11- en çok 46), evlilik süreleri ortalamaları  $5,87 \pm 4,86$  yıl (en az 1- en çok 26) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %15,4'ü (n=44) birden fazla evlilik yapmıştır. Tablo 1'de katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımları verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri (n=286).**

		Sayı	Yüzde
Eğitim Durumu	Ortaokul ve altı	122	42,6
	Lise	88	30,8
	Üniversite ve üzeri	76	26,5
	Ortaokul ve altı	161	56,3
Eş Eğitim Durumu	Lise	68	23,8
	Üniversite ve üzeri	57	19,8
Eş Çalışma Durumu	Ev Kadını	220	76,9
	Çalışan	66	23,1
	İşçi	94	33,1
	Memur	73	25,9
Çalışma Durumu	Serbest Meslek	107	37,6
	Emekli, Çalışmıyor	10	3,6
	Kendi	180	63,8
Aile Bütçesini Yöneten Kişi	Eşi	12	4,3
	Eşi İle Birlikte	80	28,4
	Diğer	10	3,6
Aile Tipi	Çekirdek Aile	237	82,9
	Geniş Aile	49	17,1
Çocuk	Var	70	24,5
	Yok	216	75,5
Daha Önce Psikiyatrik	Evet	18	6,3
Danışmanlık Alma	Hayır	268	93,7
Kronik Hastalık Öyküsü	Var	54	18,9
	Yok	232	81,1

Çalışmaya katılan erkeklerin %42,6'sının (n=122) ortaokul ve altı mezunu olduğu, %37,6'sının (n=107) ser-

best meslekle uğraştığı, %82,9'unun (n=237) çekirdek aile yapısına sahip olduğu ve %75,5'inin (n=216) çocuk sahibi olmadığı belirlenmiştir.

Katılımcıların %63,8'i (n=180) aile bütçesini kendisinin yönetmekte olduğunu belirtmiştir. Daha önce psikiyatrik danışmanlık alan %6,3'ünün (n=18) danışmanlık alma nedenlerinin depresyon, stres yönetimi, cinsel eğitim gibi nedenler olduğu saptanmıştır. Katılımcıların %18,9'unda (n=54) kronik hastalık bulunduğu saptanmıştır. Diyabet (n=10), hipertansiyon (n=10) ve astım (n=6) katılımcılar arasında en sık görülen ilk üç kronik hastalıktır. Çocuk sahibi olan erkeklerin ortanca çocuk sayısı bir iken maksimum çocuk sayısı beştir.

Çalışmadaki erkeklerin eşlerinin %56,3'ünün (n=161) ortaokul ve altı mezunu ve %76,9'unun (n=220) ev kadını olduğu belirlenmiştir.

Çalışmadaki erkeklerin %76,2'sinin (n=218) daha önce infertilite tedavi öyküsü olmadığı, %6,3'ünün (n=18) bir kez, %6,3'ünün (n=22) iki kez, %4,6'sının (n=13) üç kez, %6,3'ünün (n=18) dört veya daha fazla İn vitro fertilizasyon (IVF) ya da İntrauterin seminasyon (IUI) tedavisi olduğu saptanmıştır. Bu tedavileri katılımcıların %79,6'sının (n=211) tedaviyi eşleriyle birlikte istedikleri, %14,3'ünün (n=38) ise yalnızca eşinin istediği saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmadaki erkeklerin %37,1'inin (n=106) düzenli sigara içicisi olduğu, %28,3'ünün (n=81) hiç içmediği, %18,2'sinin (n=52) ara sıra içtiği, %16,4'ünün (n=47) daha önce içmekte iken bıraktığı ve %14,3'ünün (n=41) ise alkol kullandığı saptanmıştır. Düzenli sigara içenlerin

**Tablo 2. Çiftlerin infertilite tedavi durumlarına göre dağılımı.**

		Sayı	Yüzde
Daha Önce İnfertilite Tedavi Öyküsü	Var	68	23,8
	Yok	218	76,2
	1 Kez	18	6,3
İnfertilite Tedavisi Deneme Sayısı	2 Kez	18	6,3
	3 Kez	13	4,6
	4 Kez ve üzeri	18	6,5
	Kendisi	16	6,0
İnfertilite Tedavisini İsteyen	Eşi	38	14,3
	Her ikisi birlikte	211	79,6

**Tablo 3. Erkeklerin sigara ve alkol alışkanlıklarına göre dağılımı.**

		Sayı	Yüzde
Sigara	Düzenli İçen	106	37,1
	Ara-Sıra İçen	52	18,2
	Hiç İçmeyen	81	28,3
Alkol Kullanımı	Daha önce içmiş, bırakmış	47	16,4
	Evet	41	14,3
	Hayır	245	85,7



**Tablo 4. Katılımcıların Evlilik Uyum Ölçeği'nden aldıkları puanlara göre durumları.**

	Sayı	Yüzde
43 Puan altı	56	19,6
43 Puan ve üzeri	230	80,4

ortalama sigara tüketimleri günlük 21,00±9,09 adet (en az 10- en çok 60) olarak saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışmamızda yer alan erkeklerin %93,4'ünün (n=267) eşine şiddet uyguladığı saptanmıştır. Yeniden Gözden

**Tablo 5. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçekleri arasındaki ilişki.**

Sosyodemografik özellikler	Şiddet alt ölçek p değerleri				
	Psikolojik	Ekonomik	Fiziksel	Cinsel	Genel
Yaş	0,346	0,292	0,437	0,121	0,346
Eğitim	0,374	0,092	0,589	0,117	0,374
Eş eğitim durumu	0,160	0,891	0,478	0,076	0,160
Eş meslek durumu	0,729	0,030*	0,624	0,329	0,729
Meslek	0,305	0,620	0,690	0,170	0,305
Aile tipi	0,999	0,006*	0,234	0,999	0,999
Evlilik süresi	0,478	0,724	0,002*	0,009*	0,478
Çocukları olma durumları	0,421	0,187	0,026*	0,007*	0,421
Çocuk sayısı	0,347	0,662	0,327	0,009*	0,347
Daha önce infertilite tedavisi olma durumları	0,578	0,738	0,111	0,020*	0,578
İnfertilite tedavi sayısı	0,305	0,613	0,027*	0,010*	0,305
İnfertilite tedavisini isteyen kişi	0,615	0,573	0,196	0,999	0,615
Sigara içme durumu	0,860	0,287	0,005*	0,013*	0,860
Günlük içilen sigara sayısı	0,992	0,045*	0,013*	0,150	0,992

**Tablo 6. Katılımcıların Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 sonuçları ve Evlilik Uyum Ölçeği sonuçları arasındaki ilişki.**

	Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçekleri	p değeri
Evlilik uyumu	Psikolojik şiddet	0,137
	Ekonomik şiddet	0,004*
	Fiziksel şiddet	0,002*
	Cinsel şiddet	0,132
	Genel şiddet	0,137

Geçirilmiş Çatışma Taktikleri Ölçeği-2'den yararlanılarak Dönmez ve ark. tarafından hazırlanan ölçeğin alt ölçeklerinden psikolojik şiddet uygulama oranları %93,4 (n=267) ile en yüksek şiddet şekli olarak bulunmuş olup, bunu %37,4 (n=107) ile fiziksel şiddet, %32,2 (n=92) ile ekonomik şiddet ve %9,1 (n=26) ile cinsel şiddet takip etmektedir.

Çalışmamıza katılan erkeklerin %80,4'ü (n=230) Evlilik Uyum Ölçeği puanlarına göre evliliğe uyumlu olarak bulunmuştur (Tablo 4).

Çalışmamızda, erkeklerin yaşları ile eşlerine gösterdikleri psikolojik şiddet (p=0,35), ekonomik şiddet (p=0,29), fiziksel şiddet (p=0,44), cinsel şiddet (p=0,12) ve genel şiddet arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır (p=0,35).

Erkeğin sosyodemografik özellikleri ile şiddet alt ölçekleri arasındaki ilişki Tablo 5'te gösterilmektedir. Erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulama durumu; evlilik süresi (p=0,002), çocuk sahibi olmama (p=0,026), infertilite tedavi sayısı (p=0,027), sigara içme durumu ve

günlük içilen sigara sayısı (sırasıyla, p=0,005 ve p=0,013) ile anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Daha önce infertilite tedavisi olan çiftlerde erkeğin eşine cinsel şiddet uygulama durumu daha fazladır (p=0,020). Sigara içen erkeklerde cinsel şiddet uygulama sıklığı daha yüksektir (p=0,013). Çocuk sahibi olmama durumu ve cinsel şiddet uygulama sıklığı arasında anlamlı ilişki vardır (p=0,007).

Erkeğin eşine ekonomik şiddet uygulama durumu kadının çalışmadığı ailelerde daha fazladır (p=0,030) ve çekirdek aile tipine sahip ailelerde daha siktir (p=0,006).

Evlilik süresi, fiziksel (p=0,002) ve cinsel (p=0,009) şiddetin artmış olması ile anlamlı ilişkili bulunmuştur.

Katılımcıların Evlilik Uyum Ölçeği puanları ile herhangi bir işte çalışıyor olmaları (p=0,02) ve daha önce infertilite tedavisi olma durumları (p=0,05) ile evliliğe uyumlu olmaları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Erkeklerden evlilik uyumu bulunmayan 55 kişinin (%98,2) eşine psikolojik şiddet uyguladığı, 31 kişinin (%55,4) fiziksel şiddet uyguladığı, 27 kişinin (%48,2) ekonomik şiddet uyguladığı, 8 kişinin de (%14,3) cinsel şiddet uyguladığı bulunmuştur.

Katılımcıların Çatışma Taktikleri Ölçeği-2 alt ölçekleri puanları ile Evlilik Uyum Ölçeği puanları arasındaki ilişki ele alındığında, evlilik uyumu olmaması ile fiziksel



( $p=0,002$ ) ve ekonomik ( $p=0,004$ ) şiddet arasında artma yönünde anlamlı ilişki bulunmuştur (Tablo 6).

## TARTIŞMA

İnfertilite yalnızca fiziksel bir sağlık sorunu değil, çiftlerin psikolojik ve sosyal dengesine olan olumsuz etkileri nedeniyle kişiyi biyopsikososyal olarak etkileyen bir sağlık sorunudur.<sup>[18]</sup>

İnfertilite olgularının %40'ı erkeklerden kaynaklanıyor olmasına rağmen, erkeklerin fiziksel ve psikolojik iyi olma durumlarına yönelik araştırmalar azdır.<sup>[19,20]</sup> Literatürdeki çalışmaların çoğu kadınların infertilite tedavisi sürecindeki ruhsal durumunu incelemektedir.<sup>[21]</sup>

Yıldızhan'ın çalışmasında, infertil çiftlerde kadınların %33,6'sının infertilite nedeniyle aile içi şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir. Bu çalışmada, psikolojik şiddetin, infertil kadınlarda en sık karşılaşılan şiddet türü olduğu, bunu fiziksel ve cinsel şiddetin izlediği bulunmuştur.<sup>[10]</sup> Ardabil ve ark. Tahran'da infertilite merkezinde yaptığı çalışmada, infertil kadınların %61,8'inin infertilite sorunu nedeniyle aile içi şiddete maruz kaldıkları bildirilmiştir.

Psikolojik şiddetin, %33,8 ile infertil kadınlarda aile içi şiddetin en yaygın türü olarak görüldüğü, bunu %14 ile fiziksel şiddetin takip ettiği ve %8'inin de cinsel şiddete maruz kaldığı, infertil kadınların %6'sında yaralanmaya yol açtığı tespit edilmiştir.<sup>[11]</sup> Tanrıverdi ve ark.'nın<sup>[22]</sup> yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre, kadınların %80,9'u eşi tarafından herhangi bir şiddet türüne maruz kalmaktadır.<sup>[23]</sup> Williams ve ark.<sup>[24]</sup> bir çalışmasına göre, psikolojik şiddetin en yaygın eş şiddeti şekli olduğu ve bunu fiziksel şiddetle cinsel şiddetin izlediği saptanmıştır. Çalışmamız sonucuna göre, psikolojik şiddetin en sık uygulanan şiddet türü olduğu literatür ile uyumlu bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada, kadının herhangi bir tür şiddet görmesinde eşinin yaşı, evlilik süresi koruyucu faktörler olarak bulunurken evlenme şekli ve eşinin ailesinde kadına yönelik şiddetin varlığı önemli risk faktörleri olarak bulunmuştur.<sup>[25]</sup> Çalışmamızda, erkeğin yaşı ve şiddet arasında anlamlı ilişki bulunamamış olup, yaş aralığının geniş olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

Aile kurumunun en temel fonksiyonlarından biri olan neslin devamını sağlamada başarısız olan çiftler, evlilik ilişkilerinde olumsuzluk yaşarlar.<sup>[20,26]</sup> Birbiri ile etkileşen, evlilik ve aileyi ilgilendiren konularda düşünce birliği yapabilen ve sorunlarını olumlu bir şekilde çöze-

bilen çiftlerin evliliği uyumlu bir evlilik olarak tanımlanır.<sup>[27]</sup>

Çalışmamızda, infertil çiftlerde erkeklerin evlilik uyumu araştırılmış ve çoğunluğunda (%80,4) evlilik uyumu olduğu görülmüştür.

Evlilik uyumunun çocuk sayısına bağlı olarak değişmediğine işaret eden çalışmalar bulunmaktadır.<sup>[17]</sup> Çocuklar küçük yaşta evlilikte istikrarı artırmaktadır, diğer yandan da evlilikte kaliteyi düşürmek gibi çelişkili bir etkiye sahiptir. Çalışmamızda, çocuk sahibi olma durumu ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Evlilik süresi, evlilik uyumunu etkilemektedir. Evliliğin ilk yıllarında evlilik uyumunun düşük olduğunu ancak evlilik süresi ilerleyip çocuklar evden ayrıldıktan sonra daha yükseldiğine ilişkin araştırma sonuçları bulunmaktadır.<sup>[17]</sup> Evlilik süresinin, cinsiyetler açısından evlilik uyumunu nasıl etkilediğine ilişkin araştırmalarda ise, kadınlarda evlilik uyumunun evlilik süresi arttıkça düştüğü, erkeklerde ise yükseldiği belirlenmiştir.<sup>[17]</sup> Erkek katılımcılarla yaptığımız çalışmamızda, evlilik süresi ve evlilik uyumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Evli çiftlerin çalışma durumu da evlilik uyumuyla ilişkilidir. Kadınların mesleki statüleri, kocalarının evlilik doyumu üzerine etkili olmamaktadır. Bununla birlikte, çalışan kadınların kocaları, çalışmayan kadınların kocalarına oranla daha az evlilik doyumuna sahiptir.<sup>[17]</sup> Çalışmamızda, literatür destekleyecek şekilde erkeğin çalışıyor olması ve evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Ama eşin çalışma durumu ile evlilik uyumu arasında anlamlı istatistiksel ilişki saptanmamıştır.

Bayram tarafından yapılan bir çalışmada, infertil çiftlerde evlilik uyumunun infertil olmayan çiftlerden oluşan kontrol grubundan daha yüksek olduğu, cinsiyetler arası farklılığın olmadığı belirlenmiştir. Kalitatif veriler sonucunda ise; infertilite deneyimlemiş çiftlerde genel yaşam kalitesinin bozulduğu ancak evlilik bağlarının çocuk sahibi olmadan önceki kıyasla güçlendiği belirlenmiştir.<sup>[28]</sup> Çalışmamızda da infertilite tedavisi alma durumu ile çiftlerde erkeğin evlilik uyumu arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Bu durum erkeğin evlilikten ve çocuk sahibi olacağından umutlu olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Çalışmamızda, evlilik uyumu ile yaş, evlilik yaşı, evlilik süresi, eğitim düzeyi, eş eğitimi, meslek, eş mesleği, aile tipi ve çocuk sayısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ve bu bulgularımız literatür ile

uyumludur.<sup>[29-30]</sup> Ancak, tersi yönde bulgular da mevcuttur. Demiray, eşin yaşı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında, Şener ve Terzioğlu ise öğrenim düzeyi, ailenin aylık geliri, 35 yaş ve sonrasında evlenme, sahip olunan çocuk sayısı, eşler arasındaki yaş farkı ve evlilik süresi ile evlilik uyumu arasında anlamlı ilişkiler elde etmiştir.<sup>[31-33]</sup>

Genel olarak değerlendirildiğinde, çalışmamızın bulguları, sosyodemografik değişkenlerle evlilik uyumu arasında ilişki olmadığı yönündeki bulguları desteklemektedir, ancak ilgili değişkenler açısından daha geniş örneklemle yapılacak araştırmalara gereksinim duyulmaktadır.<sup>[34]</sup>

#### Çalışmamızın güçlü yönleri:

- Araştırmada şiddet varlığının eylemi gerçekleştiren kişi onayı ile doğrulanabilir nitelikte olması,
- Sosyodemografik özellikleri sorgulayan ankete şiddet ve evlilik uyumu ile ilişkili olabilecek değerlerin büyük çoğunluğunun dâhil edilmiş olmasıdır.

#### Çalışmamızın kısıtlılıkları:

- Araştırma popülasyonu Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Balcalı Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İnfertilite Polikliniğine başvuran çiftlerde erkek bireylerden 286 kişi ile sınırlıdır,
- Poliklinik başvurusu yapan her erkek konumuzun şiddet ve evlilik gibi hassas değerler içermesinden dolayı dâhil edilememiştir,
- Araştırmada bilgiler anket sorularının yanıtlanması ile edinilmiş olup, anket çalışmalarında derinlemesine bilgiye ulaşmaktaki güçlük göz önüne alınmalıdır ve yanıtlarda doğruları gizleme veya yanlış yanıt olasılığı da göz ardı edilmemelidir.

## SONUÇ

Çalışmadaki erkeklerin büyük çoğunluğunun daha önce infertilite tedavi öyküsü yoktur. Çalışmamızda yer alan erkeklerin çok büyük çoğunluğunun eşine şiddet uyguladığı (en sıklık psikolojik şiddet olmak üzere), büyük çoğunluğunun evliliğe uyumlu oldukları, erkeğin eşine fiziksel şiddet uygulama durumunun; evlilik süresi, çocuk sahibi olmama, infertilite tedavi sayısı, erkeğin sigara içme durumu ve günlük içilen sigara sayısı ile anlamlı ilişkili olduğu bulunmuştur. Erkeğin eşine cinsel şiddet uygulama durumunun ise evlilik süresi, çocuk sahibi olmama, daha önce infertilite tedavisi olma ve erkeğin sigara içme durumu ile anlamlı ilişkili olduğu saptanmıştır. Erkeğin eşine ekonomik şiddet uygulama durumu kadının çalışmadığı ve çekirdek ailelerde daha fazladır.

Katılımcıların evliliğe uyumları ile herhangi bir işte çalışıyor olmaları ve daha önce infertilite tedavisi olma durumları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.

Evlilik uyum düzeyi düşük erkeklerin eşine fiziksel ve ekonomik şiddet uygulama olasılığının daha fazla olduğu saptanmıştır.

**Etik Kurul Onayı:** T.C. Çukurova Üniversitesi, Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (5.5.2017/64).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Araştırma için Çukurova Üniversitesi Rektörlüğü, Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Birimi'nden TTU-2017-9547 proje numarası ile destek alındı.

**Hasta Onamı:** Alındı.

**Ethics Committee Approval:** T.C. Çukurova University, Faculty of Medicine, Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee was received (5.5.2017/64).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** For the research, support was received from the Scientific Research Projects (BAP) Unit of Çukurova University Rectorate with project number TTU-2017-9547.

**Informed Consent:** Receipt.

## KAYNAKLAR

1. Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007;8(2):140-8.
2. Araoye MO. Epidemiology of infertility: Social problems of the infertile couples. West Afr J Med. 2003;22(2):190-6. <https://doi.org/10.4314/wajm.v22i2.27946>
3. WHO Consultation. Violence against women. Geneva, World Health Organization, 1993. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63553/WHO\\_FRH\\_WHD\\_97.8.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63553/WHO_FRH_WHD_97.8.pdf) adresinden 25.04.2017 tarihinde erişilmiştir.
4. Şimşek S. Sociocultural effects of infertility. Eurasian Academy of Sciences Social Sciences Journal. 2017;12(55)-699.
5. Eren N. İnfertil çiftlerde algılanan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Uzmanlık Tezi. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara, 2008.
6. Dohle GR, Weidner W, Jungwirth A, Colpi G et al. EAU İnfertilite Kılavuzu, İstanbul, 1992.
7. The World Health Organization (WHO) Multi-country Study on women's health and domestic violence against women, Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses, 2005. <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/24159358X/en/> adresinden 10.05.2017 tarihinde erişilmiştir.
8. Akyüz A, Seven M, Şahiner G, Bakır B. Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. Int J Fertil Steril. 2013;6(4):286-93.
9. Türkiye'de kadına yönelik şiddet araştırması. Kadının

- Statüsü Genel Müdürlüğü Ankara 2009; 46-52.
10. Yıldızhan R, Adalı E, Kolusarı A, Kurdoğlu M, Yıldızhan B, Şahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynaecol Obstet.* 2009;104(2):110-2.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2008.10.007>
  11. Ardabil HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynecol Obstet.* 2011;112(1):15-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2010.07.030>
  12. Pasi AL, Hanchate MS, Pasha MA. Infertility and domestic violence: cause, consequence and management in Indian scenario. *Biomed Res.* 2011;22(2):255-8.
  13. Sami N, Ali TS. Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. *Asian Review of Social Sciences (ARSS).* 2012;1(1):15-20.
  14. Aba YA, Kulakç Ö. The revised conflict tactics scales (CTS2): validity and reliability study. *Med J Bakirköy.* 2016;12(1):33-43.  
<https://doi.org/10.5350/BTDMJB201612106>
  15. Locke HJ, Wallace KM, Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living.* 1959; 21:251-5.  
<https://doi.org/10.2307/348022>
  16. Tutarel Kışlak Ş. Evlilikte uyum ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *3P Dergisi.* 1999;7(1):50-7.
  17. Yalçın H. Evlilik uyumu ile sosyodemografik özellikler arasındaki ilişki. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi.* 2014;3:251-3.
  18. Özkan M, Baysal B. Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gyn.* 2006;33(1):44-6.
  19. Peronace LA, Boivin J, Schmidt L. Patterns of suffering and social interactions in infertile men: 12 months after unsuccessful treatment. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007;28(2):105-14.  
<https://doi.org/10.1080/01674820701410049>
  20. Orhan, E. Erkek kaynaklı infertilite tanısı almış çiftlerde kaygı ve depresyon belirtileri, evlilik uyumu ve cinsel işlev bozuklukları. Doktora tezi, 2010, Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
  21. Gardner DK, Weissman A, Howles CM, Shoham Z. (Ed.). *Yardımla Üreme Teknikleri Temel Kitabı.* 2010 İstanbul: Nobel Matbaacılık.
  22. Tanrıverdi G, Sıpkın S. Çanakkale'de sağlık ocaklarına başvuran kadınların eğitim durumunun şiddet görme düzeyine etkisi. *Fırat Tıp Dergisi.* 2008;13(3):183-7.
  23. İncecik Y, Kurdak H, Özcan S, et al. Eş şiddeti ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2009;3(1). <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/719097>
  24. Williams JR, Ghandour RM, Kub JE. Female perpetration of violence in heterosexual intimate relationships: Adolescence through adulthood. *Trauma Violence Abuse (TVA).* 2008;9(4):227-49.  
<https://doi.org/10.1177/1524838008324418>
  25. Öyeçkin DG, Yetim D, Şahin EM. Kadına yönelik eş şiddeti tiplerini etkileyen psikososyal faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2012;23:75-81.
  26. Albayrak E, Günay O. State and trait anxiety levels of childless women in Kayseri. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2007;14:1-6.  
<https://doi.org/10.1080/13625180701475665>
  27. Tutarel-Kışlak Ş, Çubukça F. Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi.* 2002;2(6):35-41.
  28. Bayram GO. İnfertilitenin yaşam kalitesi ve evlilik uyumu üzerine etkisi. Doktora Tezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezDetay.jsp?id=oQv7n77pWjqVBcPdFBIqrg&no=3PGoGZ-E6ir-CO11B2Sftw> adresinden 17.06.2017 tarihinde ulaşılmıştır.
  29. Erdoğan S, Çepik A. Evlilik uyumu ile psikiyatrik rahatsızlıklar, bağlanma stilleri ve mizaç ve karakter özellikleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2014;25(1):9-18.
  30. Jose O, Alfons V. Do demographics affect marital satisfaction? *J Sex Marital Ther.* 2007;33:73-85.  
<https://doi.org/10.1080/00926230600998573>
  31. Tutarel-Kışlak Ş, Çubukça F. Empati ve demografik değişkenlerin evlilik uyumu ile ilişkisi. *Aile ve Toplum.* 2002;2(5):35-42.
  32. Demir D, Hazer O. Çalışan bireylerin evlilik uyumlarının incelenmesi. *Int J Eurasian Education and Culture.* 2018;3(5):99-116.
  33. Şener A, Terzioğlu RS. Ailede eşler arasında uyuma etki eden faktörlerin araştırılması. Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı 2002. [https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/4809/01\\_02\\_evlilik-ve-aile-hayat%C4%B1-kitab%C4%B1.pdf](https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/4809/01_02_evlilik-ve-aile-hayat%C4%B1-kitab%C4%B1.pdf) 12.07.2017 tarihinde ulaşılmıştır.
  34. Tutarel-Kışlak Ş, Göztepe, I. Duygu dışavurumu, empati, depresyon ve evlilik uyumu arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 2012;3(2). <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/49/1880/19719.pdf>  
[https://doi.org/10.1501/sbeder\\_0000000044](https://doi.org/10.1501/sbeder_0000000044)

# Adana'da İki Hastanede Gerçekleştirilen Karın Duvarı Fıtık Onarımlarında 20 Yılda Ne Değişti?

## What has changed in 20 years in Abdominal Wall Hernia Repairs Performed in Two Hospitals in Adana?

Mehmet Murat Şahin<sup>®</sup>, Feyzi Kurt<sup>®</sup>, Didem Adahan<sup>®</sup>, Sitem Merve Şahin<sup>®</sup>, Ömer Uluçay<sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Şahin MM, Kurt F, Adahan D, Şahin SM, Uluçay Ö. Adana'da iki hastanede gerçekleştirilen karın duvarı fıtık onarımlarında 20 yılda ne değişti. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):28-33.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmada, Adana ilinde iki büyük hastanenin genel cerrahi kliniğinde yapılan ameliyatlara kayıtları incelenerek karın duvarı fıtık onarımları ile ilgili son yirmi yıldaki gelişmelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

**Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışma iki aşamada yapıldı. Birinci aşamada, 01.01.1999-31.12.1999 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, ikinci aşamada ise ilkinden yirmi yıl sonra 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Seyhan Devlet Hastanesinde yapılan karın duvarı fıtık onarımları retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş, cinsiyet, fıtık tipi, fıtığın tek ya da çift taraflı olması, ameliyatın acil ya da elektif yapılması, nüks gelişip gelişmemesi durumu, uygulanan ameliyat tekniği ve kullanılan mesh tipi kaydedildi ve karşılaştırıldı.

**Bulgular:** Araştırmanın ilk aşamasında 379 olguya 391 çift taraflı onarım yapıldı. Hastaların yaş ortalamaları 49,0 (±3,7) yıl olup, %62,2'si (n=263) erkekti, %41,4'ü (n=157) 45-64 yaş grubundaydı. En fazla görülen fıtık tipi %72,0 (n=273) ile inguinal herni idi ve bu oran erkeklerde kadınlara göre 7,8 kat daha fazlaydı. En sık uygulanan ameliyat tekniği Bassini onarımı (% 42,4, n=166) idi. Araştırmanın ikinci aşamasında, 1.680 olguya 1.719 çift taraflı onarım yapıldı. Hastaların yaş ortalamaları 49,4 (±3,3) yıl olup, %65,9'u (n=1107) erkekti, %48,6'sı (n=816) 45-64 yaş aralığındaydı. En fazla görülen fıtık tipi %50,4 (n=848) ile inguinal herni idi ve bu oran erkeklerde kadınlara göre 16,6 kat daha fazlaydı. En sık uygulanan ameliyat tekniği Prolene Mesh Herniorafi (%73,1, n=1257) idi.

**Sonuç:** Son 20 yılda karın duvarı fıtıklarında cerrahi onarım tekniklerinin çok değiştiği, Bassini, Shouldice, Halsted, Mc Vay gibi tekniklerin yerini daha az nüks, daha az kronik ağrı ve daha hızlı iyileşme süresi sağlayan prostetik mesh ve laparoskopik onarımların aldığı saptandı.

**Anahtar kelimeler:** Inguinal herni, mesh, herniorafi

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study was to evaluate the developments in the last 20 years regarding abdominal wall hernia repairs by examining the surgery records performed in the General Surgery Clinics of two large hospitals in Adana.

**Method:** This cross-sectional and descriptive study was conducted in two stages. In the first stage, abdominal wall hernia repairs performed in Adana Numune Training and Research Hospital between 01.01.1999-31.12.1999 were analyzed. In the second stage, operations performed in Adana Seyhan State Hospital between 01.01.2019-31.12.2019 were analyzed by using medical records. The following parameters were compared for 1999 and 2019: age, gender, type of hernia, being unilateral or bilateral, emergency or elective operation, recurrence constellation, operation technique and type of mesh.

**Results:** In the first stage of the study, 391 operations were performed with bilateral repairs on 379 cases. The mean age of the patients was 49.0(±3.7) and median was 43 years, 62.2% (n=263) were male, 41.4% (n=157) were between 45-64 years of age. The most common type of hernia was inguinal hernia with 72.0% (n=273) and the rate was 7.8 times higher in male than in female. The most common surgical technique was Bassini repair (42.4%, n=166). In the second stage of the study, 1719 operations were performed with bilateral repairs on 1680 cases. The mean age of the patients was 49.4(±3.3) and median was 51 years, 65.9% (n=1107) of them were male, 48.6% (n=816) were between 45-64 years of age. The most common type of hernia was inguinal hernia with 50.4% (n=848) and the rate was 16.6 times higher in male than in female. The most common surgical technique was Prolene Mesh Herniorrhaphy (73.1%, n=1257).

**Conclusion:** In the last 20 years, it was determined that surgical repair techniques in abdominal wall hernias have changed a lot, and techniques such as Bassini, Shouldice, Halsted, Mc Vay have been replaced by prosthetic mesh and laparoscopic repairs that provide less recurrence, less chronic pain and faster recovery time.

**Keywords:** Inguinal hernia, mesh, herniorrhaphy

Received/Geliş: 21.03.2021

Accepted/Kabul: 22.03.2021

Publication date: 02.04.2021

Corresponding Author:

M.M. Şahin

ORCID: 0000-0002-8223-2731

Karabük İl Sağlık Müdürlüğü

Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi,

Karabük, Türkiye

✉ dr\_murat\_sahin@yahoo.com

F. Kurt

ORCID: 0000-0002-8687-2031

TC Sağlık Bakanlığı

Adana Seyhan Devlet Hastanesi

Genel Cerrahi Kliniği,

Adana, Türkiye

D. Adahan

ORCID: 0000-0003-3389-2730

Karabük Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Karabük, Türkiye

S.M. Şahin

ORCID: 0000-0003-3966-4333

Hacettepe Üniversitesi Fen Bilimleri

Enstitüsü Biyomühendislik Bölümü,

Ankara, Türkiye

Ö. Uluçay

ORCID: 0000-0003-2891-1618

TC Sağlık Bakanlığı Adana Numune

Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Genel Cerrahi Kliniği,

Adana, Türkiye

© Telif hakkı Türk Aile Hekimliği Dergisi. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

© Copyright Turkish Journal of Family Practice. Published by Logos Medical Publishing. Licenced by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)



## GİRİŞ

İnsanlık tarihi kadar eski bir hastalık olan fıtık (herni), anatomisi ve cerrahi tedavisi üzerine henüz son sözün söylenemediği karmaşık bir sorundur. Vücut boşluklarında yer alan organların veya bir kılıf ile sarılı olan kasların bir kısmının ya da tümünün uygun bir yerden buldukları boşluğun dışına çıkması olarak tanımlanan fıtıklar her iki cinsiyette, tüm ırklarda ve her yaşta görülebilmektedir. Karın duvarı fıtıklarının %75'i erkeklerde görülür ve prevalansı yaşla birlikte artar. Herni tipleri ve cinsiyetler arasındaki dağılıma bakıldığında, tüm hernilerin %80'ini inguinal herniler oluşturur ve erkeklerde kadınlara oranla 9 kat fazla görülür. Femoral herniler ise tüm hernilerin %6'sını oluşturur ve kadınlarda erkeklere oranla 3 kat daha fazla görülür.

Asemptomatik ve minimal semptomatik hastalarda hastanın izlemi şartıyla ameliyat ertelenebilir. Ancak, genel kontrendikasyon kriterleri bulunmadığı sürece, semptomatik hastanın yaşı ne olursa olsun hernilerde kesin tedavi için ameliyat şarttır.<sup>[1-4]</sup>

Günümüzde fıtık onarımı etkili ve basit bir cerrahi işlem olarak kabul edilmektedir. Fıtık onarımında, düşük maliyet, postoperatif erken mobilizasyon ve rehabilitasyon ve düşük nüks oranı ana parametrelerdir.<sup>[1]</sup> Fıtık onarımlarında nüks oranı; primer onarım sonrası %10, nüks fıtık onarımı sonrası ise %25'tir. Bu nedenle cerrahi, her konuda olduğu gibi fıtık konusunda da hızlı bir ilerleme katetmektedir. Bundan dolayı, karın duvarı fıtıkları tüm dünyada genel cerrahların yaptığı operasyonlar arasında şu anda birinci sırada yer almaktadır. Hatta bazı gelişmiş ülkelerde özel fıtık klinikleri kurulmuş ve fıtık cerrahları yetişmiştir.<sup>[2,3]</sup>

İnguinal herni cerrahisinde karın duvarı takviyesi esas amaçtır. Bunun için hastanın kendi dokularının yeterli olması idealdir. İlerlemiş olgularda dokuların zayıflığı veya defektin büyük olması nedeniyle hastanın kendi dokularıyla onarımının olanaksız olduğu durumlarda sentetik non-absorbabl materyal ile karın duvarı takviyesi yapılmaktadır. Sentetik greft materyali olarak Dacron (Mersilene), Polipropilen (Marlex, Prolene) veya Politetrafloretillen (Gore-Tex) kullanılmaktadır. Bu yöntemde amaç, yara iyileşmesi aşamasında inert materyalin gözeneklerine ya da üzerine fibroblastların yerleşmesi ve karın duvarının bu zayıf bölgesinde kolajen üretiminin sağlanarak defektin kapatılmasıdır.<sup>[4,5]</sup> Herniorafilerde günümüzde Prolene Mesh yaygın olarak kullanılmaktadır. Laparoskopik fıtık onarımında mesh ile zayıf doku takviye edilir. Cerrahin bu konuda ilgi, istek ve beceri sahibi olması laparoskopik girişim sayılarını belirlediği için günümüzde oranlar çok farklı

olarak bildirilmektedir. Birinci basamak sağlık hizmeti açısından bakıldığında, aile hekimliğinin bütüncül yaklaşım ilkesi gereğince bir aile hekimi karın duvarı fıtıklarının tanısını koyabilmeli ve hastayı, fıtığı boğulmuşsa acil, boğulmamışsa elektif cerrahi girişim için genel cerrahi uzmanına yönlendirmelidir. Fıtıkların tek tedavisi cerrahi olduğu için hasta, bir an önce cerraha gitme konusunda inandırılmalıdır. Hastanın postoperatif yara bakımı ve pansumanları aile hekimi tarafından yapılmalı ve bu sırada komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir. Yine nüks açısından hastaya gerekli bilgiler verilmeli ve takibi yapılmalıdır.

Bu çalışmada, Adana ilinde iki büyük hastanenin genel cerrahi kliniğinde yirmi yıl ara ile yapılmış olan karın duvarı fıtık onarımlarındaki fıtık tipleri, tüm genel cerrahi ameliyatları içindeki yüzdesel durumu ve uygulanan ameliyat teknikleri açısından geline nokta ve gelişmelerin değerlendirilmesi amaçlandı.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Kesitsel ve tanımlayıcı nitelikteki çalışma iki zaman diliminde gerçekleştirildi. Birinci aşamada, 01.01.1999-31.12.1999 tarihleri arasında T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, ikinci aşamada ise, ilkinden yirmi yıl sonra Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi kapanmış olduğundan 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında yine çok sayıda hasta bakılan ve benzer hasta profiline sahip olan ve aynı coğrafi bölgede hizmet veren T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Seyhan Devlet Hastanesinde yapılan karın duvarı fıtık ameliyatları, ameliyat protokol defterleri incelenerek retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş, cinsiyet, fıtık yeri, fıtığın tek ya da çift taraflı olma durumu, primer mi nüks mü oluşu, ameliyatın acil ya da elektif yapılma durumu, uygulanan ameliyat tekniği ve kullanılan mesh tipi kaydedildi.

Elde edilen veriler BM SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences) programı ile analiz edildi. Veriler ortalama  $\pm$  standart sapma ve ortanca, nominal veriler sayı(n) ve yüzde olarak hesaplandı.

Çalışma, Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08.12.2019 tarih ve 107 No.lu kararı ile yürütüldü.

## BULGULAR

T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.01.1999-31.12.1999 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniğinde yapılmış olan 1.659 ameliyatın 379'u (%22,8) karın duvarı fıtık ona-



rımı idi. Bu 379 olguya 391 çift taraflı onarım yapılmıştı. Hastaların herni tipine göre cinsiyet ve yaş dağılımları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Hastaların yaş ortalaması 49,0 ( $\pm 3,7$ ) yıl, yaş aralığı 15-91'di (ortanca 43) ve %62,2'si (263/379) erkekti. En sık görülen fitik tipi %72,0 (273/379) ile inguinal herni idi. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde, bu oran erkeklerde %88,6 ve kadınlarda %11,4 idi. İnguinal herni erkeklerde kadınlara göre 7,8 kat (242/31) fazla görüldü.

Araştırmanın ikinci aşamasında, T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Seyhan Devlet Hastanesinde 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniğinde yapılmış olan 11.458 ameliyatın 1.680'inin (%14,6) karın duvar fitik onarımı olduğu ve bu 1.680 olguya 1.719 çift taraflı onarım ameliyatı yapıldığı saptandı.

Buna göre 1.680 olgunun yaş ortalaması 49,4 ( $\pm 3,3$ ) yıl, yaş aralığı 16-89'du (ortanca 51) ve %65,9'u (1107/1680) erkekti. En sık görülen fitik tipi %50,4 (848/1680) ile inguinal herni idi. Cinsiyete göre değerlendirildiğinde inguinal herninin erkeklerde görülme oranının kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Erkeklerde bu oran %94,3 olurken, kadınlarda %5,7 olarak saptanmıştır. Bu durum inguinal herninin erkeklerde kadınlara göre 16,6 kat (800/48) fazla olduğunu göstermektedir. 1999 ve 2019 yıllarında her iki cinsiyet ve her yaş grubunda yapılan fitik ameliyat sayılarının anlamlı olarak yüksek olduğu görüldü.

Araştırmanın ilk aşamasında T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde

yapılan fitik onarım ameliyatları incelendiğinde, 391 fitik onarımının 371'inin (%94,9) primer, 20'sinin (%5,1) nüks nedeniyle yapıldığı saptandı. 355 olguya (%90,8) elektif girişim, 36 olguya (%9,2) ise boğulmuş fitik nedeniyle acil girişim uygulanmıştı. En fazla uygulanan ameliyat tekniği Bassini onarımı (%42,4) idi. Strangülasyon nedeniyle 3 olguya (%0,7) bağırsak rezeksiyonu uygulanmış olup, bu da 36 boğulmuş fitik olgusunun %8,3'ünü oluşturuyordu (Tablo 2).

Araştırmanın ikinci aşamasında, T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Seyhan Devlet Hastanesinde 1.719 fitik onarımının 1.597'si (%92,9) primer, 122'si (%7,1) nüks nedeniyle yapılmıştı. Olguların 1.621'ine (%94,3) elektif girişim, 98'ine (%5,7) ise boğulmuş fitik nedeniyle acil girişim uygulanmıştı. Fitik onarımında kullanılan ameliyat teknikleri incelendiğinde, en fazla Prolene Mesh Herniorafi (%73,1) tekniğinin uygulandığı saptandı. Bassini tekniği yalnızca 12 olguda (%0,7) uygulanmış, 379 olguda (%22,0) primer onarım yapılmıştı.

**Tablo 2. Hastalara uygulanan herni onarım tekniklerinin yıllara göre dağılımı.**

Operasyon Türü	n (%)	
	1999	2019
Bassini Onarımı	166 (42,4)	12 (0,7)
Mesh Kullanımı	154 (39,4)	1257 (73,1)
Laparoskopi	33 (8,4)	63 (3,7)
McVay Onarımı	15 (3,8)	8 (0,5)
Modifiye Bassini Onarımı	8 (2,0)	-
Mayo Tekniği	5 (1,3)	-
Shouldice Onarımı	3 (0,8)	-
Modifiye Shouldice Onarımı	3 (0,8)	-
Barsak Rezeksiyonu	3 (0,8)	-
Ferguson Onarımı	1 (0,3)	-
Primer Onarım	-	379 (22,0)
Toplam	391	1719

**Tablo 1. Hastaların herni tiplerine göre cinsiyet ve yaş dağılımları.**

Herni Tipi	Cinsiyet				Yaş								Toplam	
	Erkek		Kadın		5-29		30-44		45-64		≥65			
	1999	2019	1999	2019	1999	2019	1999	2019	1999	2019	1999	2019	1999	2019
Sol İnguinal	103 (39,17)	353 (31,88)	12 (10,34)	23 (4,01)	28 (45,90)	39 (19,59)	31 (27,19)	69 (20,42)	42 (26,75)	190 (23,29)	14 (29,79)	78 (23,86)	115	376
Sağ İnguinal	127 (48,29)	408 (36,86)	19 (16,38)	25 (4,35)	27 (44,26)	68 (34,18)	46 (40,35)	81 (23,97)	52 (33,12)	193 (23,66)	21 (44,68)	91 (27,83)	146	433
Bilateral İnguinal	12 (4,56)	39 (3,52)	-	-	-	2 (1,00)	1 (0,88)	6 (1,77)	7 (4,46)	23 (2,81)	4 (8,51)	8 (2,44)	12	39
Femoral	1 (0,38)	2 (0,18)	5 (4,31)	12 (2,09)	2 (3,28)	1 (0,50)	2 (1,75)	1 (0,29)	2 (1,27)	3 (0,36)	-	9 (2,75)	6	14
Umbilikal	7 (2,66)	264 (23,85)	48 (41,38)	418 (72,92)	-	76 (38,20)	18 (15,79)	115 (34,03)	33 (21,02)	362 (44,37)	4 (8,51)	129 (39,46)	55	682
İnsizyonel	8 (3,04)	38 (3,44)	21 (18,10)	79 (13,85)	2 (3,28)	12 (6,03)	9 (7,90)	59 (17,45)	15 (9,55)	36 (4,41)	3 (6,38)	10 (3,05)	29	117
Epigastrik	4 (1,52)	3 (0,27)	8 (6,90)	16 (2,78)	1 (1,64)	1 (0,50)	5 (4,39)	7 (2,07)	5 (3,19)	9 (1,10)	1 (2,13)	2 (0,61)	12	19
Diğer *	1 (0,38)	-	3 (2,59)	-	1 (1,64)	-	2 (1,75)	-	1 (0,64)	-	-	-	4	-
Toplam	263	1107	116	573	61	199	114	338	157	816	47	327	379	1680

\*Sliding Herni, Diastasis Recti, Prolen Mesh Reaksiyonu, Spiegel Herni.

Mc Vay onarımı 8 olguda (%0,5) yapılmıştı. 1999 ve 2019 yıllarında uygulanan fitik ameliyat tekniklerinin anlamlı olarak değiştiği görüldü (Tablo 2).

## TARTIŞMA

Karın duvarı fitik ameliyatları ile ilgili son 20 yıldaki gelişmeleri değerlendirmek amacıyla Adana ilinde iki büyük hastanenin genel cerrahi kliniğinde yapılan ameliyat kayıtlarının incelendiği bu çalışmada, karın duvarı fitik onarımının şu anda sık uygulanan cerrahi girişimlerden olduğu, her iki seride de 45-64 yaş arasında ve erkeklerde sık görüldüğü, ancak uygulanan ameliyat tekniklerinin değiştiği saptandı.

T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde 01.01.1999-31.12.1999 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniğinde yapılan ameliyatlara %22,8'i, T.C. Sağlık Bakanlığı Adana Seyhan Devlet Hastanesinde 01.01.2019-31.12.2019 tarihleri arasında Genel Cerrahi Kliniğinde yapılan ameliyatlara %14,6'sı karın duvarı fitik onarım operasyonlarıydı. En sık görülen fitik tipi inguinal herni idi ve erkeklerde kadınlara oranla çalışmanın ilk aşamasında 7,8 kat, ikinci aşamasında 16,6 kat fazla olduğu saptandı. Karın duvarı fitiklerinin tüm yaşlarda prevalansı %1,7, 45 yaş üzerinde ise %4 ve yaşam boyu risk erkeklerde %27-43, kadınlarda %3-6 olarak bildirilmiştir.<sup>[6,7]</sup> Tüm herniler arasında en sık görülen tip ise inguinal hernidir (%80-83) ve tüm popülasyonda sıklık %3-8 olup, erkeklerde, kadınlara oranla 8-10 kat daha fazladır.<sup>[7,8]</sup> Kadınlarda femoral herni ise daha siktir ve bu durum doğumlara bağlı pelvik kasların zayıflığı ile açıklanmaktadır.<sup>[9,10]</sup> Birinci basamakta görülen fitik olgularının %95'i erkektir ve sıklık 16-24 yaş erkeklerde 11/10.000 insan yıl iken, 75 yaş ve üzerinde 200/10.000 insan yıl olarak bildirilmiştir.<sup>[6]</sup> Ruhl ve ark.<sup>[11]</sup> yaptıkları çalışmada, erkeklerde inguinal herni için 20 yıllık kümülatif insidansı 24-39 yaş arasında %7,3, 4-59 yaş arasında %14,8, 60-74 yaş arasında %22,8 olarak bildirmişlerdir. Aynı çalışmada, kadınlar için de ileri yaşın inguinal herni ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. İnguinal hernilerin tüm karın duvarı fitikleri içerisinde görülme oranları literatür ile uyumludur. Ancak, bizim her iki seride görülme sıklığı en fazla 45-64 yaş aralığında iken literatürde en yüksek oranın 75 yaş üstünde olduğu bildirilmektedir.

Çalışmanın ilk aşamasında, fitik onarımlarının %5,1'i, ikinci aşamasında %7,1'i nüks nedeniyle yapılmıştı. Nüksler inguinal herni cerrahisinde en sık görülen uzun dönem komplikasyonlardır ve nüksün nedeni genellikle fasiyal sütür hattı boyunca oluşan gerilimin neden olduğu doku tamirindeki bozulmadır.<sup>[10]</sup> Bu durumun,

tam olmayan diseksiyon, zayıf doku kalitesi (uzun süredir var olan büyük herniler) veya hastanın günlük aktivitelerine erken dönmesinden kaynaklı olabileceği bildirilmiştir. 1990'larda yapılan çalışmalar, inguinal herni ameliyatında çok iyi cerrahi teknik kullanılsa bile komşu fasiyaların birbirine yaklaştırılması ile yapılan tamirlerde %5-10 oranında nüks meydana gelebileceğini göstermiştir.<sup>[12]</sup> Ijzermans ve ark.<sup>[13]</sup> 1991'de yayınlanan çalışmalarında, meshsiz herni tamiri yaptıkları 163 hastada beş yıllık takip sonunda nüks oranını %23 olarak bildirmişlerdir. Yirminci yüzyılın ortalarında nüks oranları %10-25 civarındayken,<sup>[14]</sup> günümüzde uygulanan cerrahi tekniklerle özellikle mesh kullanımı ile nüks oranlarının çok düşük olduğu bildirilmiştir.<sup>[6,15]</sup> Bisgaard ve ark.<sup>[6]</sup> Danimarka'da 1998-2005 yılları arasında yapılan herni onarımlarını Danimarka Herni veri tabanından incelemişler ve reoperasyon oranının %3,1, re-reoperasyon oranının ise %8,8 olduğunu, primer Lichtenstein onarımı sonrasındaki nükslerde laparoskopik operasyon yapılmasının diğer onarım teknikleriyle karşılaştırıldığında re-reoperasyon oranını anlamlı olarak azalttığını bildirmişlerdir.

Çalışmanın ilk aşamasında olgulara en fazla Bassini onarımı (%42,4), ikinci aşamasında ise Prolene Mesh Herniorafi (%73,1) tekniğinin uygulandığı saptandı. Bassini, 1887'de 42 herni olgusunda uyguladığı cerrahi tekniği sunmuş, daha sonra Halsted, Marcy gibi o dönemin diğer cerrahi uzmanları anatomik ve cerrahi bilgilerin temelini cerrahi teknik konularına katkılarıyla genişletmişlerdir.<sup>[14]</sup> Fitik cerrahisinde eski teknikler, en iyi ihtimalle yalnızca geçici iyileşme sağlamış olup, onarılan bir fitiğin bir yıl içinde tekrarlamaması büyük bir cerrahi zafer olarak kabul edilmekteydi. Yirminci yüzyılın sonlarında en sık kullanılan teknikler Bassini, Mc Vay, Schouldice, Halsted teknikleri oldu.<sup>[12]</sup> O dönemde yapılan çalışmalar, inguinal herni tamirinde çok iyi bir cerrahi teknik kullanılsa bile komşu fasiyaların birbirine yaklaştırılması ile yapılan tamirlerde %5-10 oranında nüks meydana gelebileceğini göstermektedir. Daha sonra inguinal herni tamirinde takviye amacı ile protez mesh kullanımı gündeme gelmiş ve o dönemde mesh kullanımı ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır.<sup>[1-3,17]</sup> Kullanılan protez materyalleri polypropylene (prolene veya marlex), polyester fibers (dacron veya gore-tex) kuvvetli olup, fibröz doku oluşumu ile inguinal döşemeyi güçlendirme amaçlanmıştır. Teknik 1984'te Lichtenstein Herni merkezinde uygulanmış ve birincil ve nüks fitikların onarımında dünya çapında yaygın olarak kabul görmüştür.<sup>[8,18,19]</sup> Aynı dönemlerde laparoskopik herni tamiri gündeme gelmiş ve ilk laparoskopik herni tamiri ile ilgili seri 1990'da Schultz tarafından yayınlanmıştır.<sup>[20]</sup> Amaç, nüks oranını azaltmak, postoperatif morbiditeyi daha aza indirmek ve

hastanın konvansiyonel herni tamirine göre daha erken işe dönmesini sağlamaktır. Voyles ve ark.<sup>[21]</sup> 1996'da 4688 hasta ile yaptıkları çok merkezli bir çalışmada, inguinal hernide anatomik onarım (Bassini, Shouldice, vb.), mesh ile onarım (Lichtenstein, mesh plug vb.) ve laparoskopik onarımı karşılaştırmışlar; hastaların işe dönüş sürelerinin mesh ile onarım ve laparoskopik onarım gruplarında anatomik onarıma göre anlamlı olarak daha kısa olduğunu bildirmişlerdir.

1999'da herni onarımında fitik tipi, uygulanacak anestezi şekli, maliyet, ameliyat sonrası işe dönüş süresi ve cerrahın uzmanlığı gibi çeşitli faktörlere bağlı olarak üç majör tip açık anterior ve posterior (Bassini, Mc Vay ve Shouldice teknikleri), mesh ile gerilimsiz onarım (Lichtenstein ve Rutkow teknikleri) ve laparoskopik teknikler kullanılmıştır.<sup>[10]</sup> Laparoskopik teknikler hastaların normal aktivitelerine daha çabuk dönmesini olası kılmakla birlikte, daha maliyetli olması, genel anestezi gerektirmesi, intraabdominal hasar ve geç dönemde adezyon oluşumuna neden olması gibi potansiyel riskleri vardı. Aksine, mesh ile gerilimsiz onarımın lokal anestezi ile yapılabilmesi, rahat ve güvenli bir onarım sağlaması, nüks oranlarının düşük olması popülaritesini artırdı.<sup>[10]</sup> Nyhus ve ark.<sup>[22]</sup> mesh kullanarak tedavi ettikleri 203 nüks inguinal herni hastasını 10 yıl takip etmişler ve sadece iki olguda yeniden nüks geliştiğini bildirmişlerdir. Yine Lichtenstein ve ark.<sup>[4]</sup> mesh ile gerilimsiz ameliyat yaptıkları 1.000 hastada hiçbir nüks ve komplikasyon görmediklerini bildirmişlerdir. 2003'te laparoskopik ve açık herni onarımının karşılaştırıldığı bir Cochrane derlemesinde laparoskopik onarımda normal aktivitelerine dönüşün daha hızlı, postop ağrı ve uyuşmanın daha az, ancak operasyon sürelerinin ve viseral (özellikle mesane) ve vasküler yaralanmalara bağlı ciddi komplikasyonların daha fazla olduğu bildirilmiştir.<sup>[15]</sup> Ancak, 21. yüzyılın başlarında laparoskopik hernioplastide öğrenme eğrisinin uzun olması, mesh ve yama ile açık operasyonu gerçekleştirmenin daha kolay olmasına rağmen, mesh kullanımı artarken laparoskopik onarım da yaygınlaşmıştır.<sup>[23,24]</sup> Bringman ve ark.<sup>[25]</sup> 2003'de yayınlanan ve total ekstraparitoneal laparoskopik hernioplasti (TEP), mesh ile onarım ve Lichtenstein onarımını karşılaştırdıkları çalışmalarında her iki açık yönteme göre TEP'de daha az postoperatif ağrı ve daha kısa iyileşme süresi olduğunu göstermişlerdir.

Nielsen ve ark.<sup>[26]</sup> Lichtenstein mesh onarım oranlarının 1998'de %33 iken, 2000 yılında %62 olduğunu bildirmişlerdir. Günümüzde ABD'de fitik ameliyatlarının %80'inde, İsveç'te %99'unda, Danimarka'da %100'e yakınında mesh ile onarım uygulanmaktadır.<sup>[7,8]</sup> Laparoskopik fitik onarım oranları ise bazı yüksek

kaynaklı ülkelerde %0-55 arasında değişmektedir.<sup>[7]</sup> Yaklaşık 200.000 hastayı kapsayan Alman Herniamed verilerine göre 2009-2016 yılları arasında uygulanan cerrahi teknik oranlarına bakıldığında TAPP %39, TEP %25, Lichtenstein %24, Plug %3, Shouldice %2,6, Bassini %0,2 ile çok geniş yelpazede olduğu görülmektedir.<sup>[7]</sup> Çalışmamızda da 1999'da Bassini onarımı %42,4, mesh ile onarım %39,4 iken, 2019 yılında Bassini ile onarım %0,7'ye gerilerken, mesh ile onarım %73,1'e çıkmıştır.

Sonuç olarak, günümüzde Bassini, Shouldice, Halsted, Mc Vay, gibi tekniklerin yerlerini Lichtenstein, Nyhus, Plug mesh gibi prostetik mesh ve laparoskopik onarımlar almıştır. Son kılavuzlar cerrahi tedavinin; cerrahın yetenek ve deneyimi, hasta ve fitiğin özellikleri ve ulusal kaynaklara göre seçilmesi ve sağlık ile ilgili yaşam tarzı ve sosyal faktörlerin tümünün, fitik yönetimine giden ortak karar verme sürecini etkilemesi gerektiğini söylemektedir. Mesh ile onarım, açık bir prosedür olarak veya laparo-endoskopik onarım tekniği ile ilk tercih olarak önerilmektedir. Tüm herniler için standart bir onarım tekniği yoktur. Kaynaklar ve deneyim olması koşuluyla, laparoskopik tekniklerin daha hızlı iyileşme süreleri ve daha düşük kronik ağrı riski vardır. Bakımın organize edilmesi ve seçilen diğer olgular için önerilen basit herniler için günübürlük (out-patient) cerrahi, açık onarımda özellikle ciddi sistemik hastalığı olan hastalarda lokal anestezinin birçok avantajından dolayı cerrahın bu teknikte deneyimli olması şartıyla kullanılması önerilmektedir. Aile hekimi gatekeeper (kapı tutucu) olduğu için ilk başvuru olan kişidir. Hastaları intrauterin yaşamdan ölümüne kadar takip ettiği için sağlık sorunlarına da hakimdir. Acil cerrahi girişim komplikasyonları her zaman elektif olanlardan çok daha yüksektir. Böylece hastanın acil cerrahiye gereksinimi olmadan elektif cerrahi girişim ile tedavisi için inandırılmasını aile hekimi sağlayabilir.

**Etik Kurul Onayı:** T.C. Karabük Üniversitesi Rektörlüğü Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurul onayı alındı (08.12.2019/107).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Çalışma retrospektif olduğu için onam alınmamıştır.

**Ethics Committee Approval:** T.C. Karabuk University Rectorate Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (08.12.2019/107).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Since the study was retrospective, consent could not be obtained.

## KAYNAKLAR

1. Payne JH, et al. Laparoscopic or open inguinal herniorrhaphy?: a randomized prospective trial. *Archives of Surgery*. 1994;129(9):973-81. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1994.01420330087016>
2. Rutkow IM, and AW. Robbins, Demographic, classificatory, and socioeconomic aspects of hernia repair in the United States. *Surgical Clinics of North America*. 1993;73(3):413-26. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)46027-5](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)46027-5)
3. Winchester DJ, et al. Laparoscopic inguinal hernia repair: a preliminary experience. *Archives of Surgery*. 1993;128(7):781-6. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1993.01420190077010>
4. Lichtenstein IL, et al. The tension-free hernioplasty. *The American Journal of Surgery*. 1989;157(2):188-93. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(89\)90526-6](https://doi.org/10.1016/0002-9610(89)90526-6)
5. Robbins AW, and Rutkow IM. The mesh-plug hernioplasty. *The Surgical clinics of North America*. 1993;73(3):501-12. [https://doi.org/10.1016/S0039-6109\(16\)46033-0](https://doi.org/10.1016/S0039-6109(16)46033-0)
6. Jenkins JT, and O'dwyer PJ. Inguinal hernias. *Bmj*. 2008;336(7638):269-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.39450.428275.AD>
7. International guidelines for groin hernia management. *Hernia*. 2018;22:1-165. <https://doi.org/10.1007/s10029-017-1668-x>
8. Çalışkan YK, Özkarabulut C, and Kaygusuz A. Evaluation of Lichtenstein and posterior wall darn techniques in inguinal hernia surgery: A prospective cohort study. *Journal of Surgery and Medicine*. 2018;2(2):60-4. <https://doi.org/10.28982/josam.401867>
9. Chawla S. Inguinal hernia in females. *Medical Journal Armed Forces India*. 2001;57(4):306-8. [https://doi.org/10.1016/S0377-1237\(01\)80009-5](https://doi.org/10.1016/S0377-1237(01)80009-5)
10. Bax T, Sheppard BC, and Crass RA. Surgical options in the management of groin hernias. *American family physician*. 1999;59(1):143.
11. Ruhl CE, and Everhart JE. Risk factors for inguinal hernia among adults in the US population. *American journal of epidemiology*. 2007;165(10):1154-61. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm011>
12. Sözüer EM, Akyürek N, and Yılmaz Z. Laparoskopik inguinal herni onarımı. *Endoskopik Laparoskopik ve Minimal Invaziv Cerrahi Dergisi*. 1994;167:535-7.
13. Ijzermans JN, et al. Recurrent inguinal hernia treated by classical hernioplasty. *Archives of Surgery*. 1991;126(9):1097-1100. <https://doi.org/10.1001/archsurg.1991.01410330055008>
14. Gilbert AI. An anatomic and functional classification for the diagnosis and treatment of inguinal hernia. *The American Journal of Surgery*. 1989;157(3):331-3. [https://doi.org/10.1016/0002-9610\(89\)90564-3](https://doi.org/10.1016/0002-9610(89)90564-3)
15. McCormack K, et al. Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003(1). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001785>
16. Bisgaard T, et al. Risk of recurrence 5 years or more after primary Lichtenstein mesh and sutured inguinal hernia repair. *British Journal of Surgery: Incorporating European Journal of Surgery and Swiss Surgery*. 2007;94(8):1038-40. <https://doi.org/10.1002/bjs.5756>
17. Mann DV, et al. Late-onset deep prosthetic infection following mesh repair of inguinal hernia. *The American Journal of Surgery*. 1998;176(1):12-4. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(98\)00094-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(98)00094-4)
18. Bay-Nielsen M, et al. Operative findings in recurrent hernia after a Lichtenstein procedure. *The American Journal of Surgery*. 2001;182(2):134-6. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(01\)00674-2](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(01)00674-2)
19. Velitchkov N, et al. The Lichtenstein open tension-free inguinal hernia repair using a new prosthetic mesh-Bulgarian irrororbable ampoxen. *International Surgery*. 1996;81(2):205-9.
20. Schultz L, et al. Laser laparoscopic herniorrhaphy: a clinical trial preliminary results. *Journal of Laparoendoscopic Surgery*. 1990;1(1):41-5. <https://doi.org/10.1089/lps.1990.1.41>
21. Voyles CR, et al. Meta-analysis of laparoscopic inguinal hernia trials favors open hernia repair with preperitoneal mesh prosthesis. *The American Journal of Surgery*. 2002;184(1):6-10. [https://doi.org/10.1016/S0002-9610\(02\)00878-4](https://doi.org/10.1016/S0002-9610(02)00878-4)
22. Nyhus L, et al. The preperitoneal approach and prosthetic buttress repair for recurrent hernia. The evolution of a technique. *Annals of Surgery*. 1988;208(6):733.
23. Voitk AJ. The learning curve in laparoscopic inguinal hernia repair for the community general surgeon. *Canadian Journal of Surgery*. 1998;41(6):446.
24. Bringman S, et al. Introduction of herniorrhaphy with mesh plug and patch. *European Journal of Surgery*. 2000;166(4):310-2. <https://doi.org/10.1080/110241500750009159>
25. Bringman S, et al. Tension-free inguinal hernia repair: TEP versus mesh-plug versus Lichtenstein: a prospective randomized controlled trial. *Annals of Surgery*. 2003;237(1):142. <https://doi.org/10.1097/0000658-200301000-00020>
26. Bay-Nielsen M, et al. Quality assessment of 26 304 herniorrhaphies in Denmark: a prospective nationwide study. *The Lancet*. 2001;358(9288):1124-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)06251-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)06251-1)



## Filyasyonun İsimless Savaşçıları

### *The Nameless Warriors of Filiation*

Hülya Parıldar ©

**Arif/Cite as:** Parıldar H. Filyasyonun isimless savaşçıları. Türk Aile Hek Derg. 2021;25(1):34-6.

Koronavirüs Hastalığı 2019 (COVID-19), Dünya Sağlık Örgütü tarafından Mart 2020’de pandemi olarak kabul edilmiştir.<sup>[1]</sup> Çağımızın en büyük bulaşıcı hastalık salgını olan COVID-19 mücadelesinde tüm dünyada hekim ve diğer sağlık çalışanları öncü neferler olmuş ve yaşamsal risklerindeki artışa karşın çok başarılı halk sağlığı çalışma örnekleri vermişlerdir. Salgınlar ile başa çıkmada saha çalışmaları ve filyasyonun önemi büyüktür. Filyasyon, hastalık kaynağı ve etkeninin belirlenmesine yönelik çalışma yapılması ve/veya temaslılar dâhil koruma ve kontrol önlemlerinin alınması şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>[2]</sup> COVID-19 pandemisi süreci dünyadaki tüm insanlar için belirsizliğini hâlen sürdürürken sağlık çalışanları da kendilerini âdeta bir sis bulutunun içinde buldular. Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Başkanı Prof. Dr. Esra Saatçi’nin TAHUD-dergisi 24. sayısında yazdığı gibi sağlık çalışanlarında yorgunluk, tükenmişlik, bıkkınlık ve ümitsizlik giderek artmaktadır.<sup>[3]</sup> Söz konusu derlemede, 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi sırasında yapılan anketlerde katılımcıların %77,6’sı pandemi döneminde iş yükünün arttığı, %82’si kendini yorgun hissettiği, %79,5’i sevdiklerinin sağlığı için kaygı duyduğu, %70,5’i karar vermekte güçlük çektiği, %67,9’u performans düşüklüğü yaşadığı, %62,8’i, baş ağrısı, bel ağrısı, boyun ağrısı ve konsantrasyon güçlüğü yaşadığı, %61,5’i umutsuz olduğu ve duygusal dalgalanmalar yaşadığını söylediği bildirilmiştir. Ayrıca pandemi süreci ilk olarak Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu, Prof. Dr. Feriha Öz, Prof. Dr. Murat Dilmener ve en baş sıralarda aile hekimleri olmak üzere nice isimless şehitler ile devam etmektedir. Bu yazıda, pandemi sürecinde gönüllü görev alan bir aile hekimliği klinik eğitim sorumlusu olarak, uzmanlık öğrencilerimizin filyasyon görevlendirmeleri sırasında karşılaştığı sorunlar ile ilgili duygu ve düşüncelerini aktarmaya çalışacağım.

COVID-19 pandemisi sürecinde olguların görüldüğü ilk aylardan itibaren ülkemizde yaygın olarak filyasyon çalışmaları başlatılmıştır. Bu kapsamda, Ağustos 2020 tarihinden itibaren il sağlık müdürlüğü tarafından sahadaki filyasyon çalışmaları için eğitim araştırma hastanelerindeki aile hekimliği uzmanlık öğrencileri görevlendirilmeye başlandı. Pandeminin ilk günlerinden itibaren hastanelerinin pandemi birimlerinin ön cephelerinde yoğun emek veren asistanlarımız, 08.08.2020 tarihinde telefonlarına gelen mesajlar ile sahada filyasyon çalışmaları için görevlendirildiklerini öğrendiler. Çalışılan birim ve rotasyonlar ne olursa olsun oradaki görevleri aynı gün sonlandırılıp filyasyon görevine çağrıldılar. Tanımını bile tüm dünyanın yeni benimsemiş olduğu filyasyon kavramının tam ortadaydılar. Ertesi gün olan cumartesi sabahı 08.00’de komuta merkezinde olmaları gerektiğine dair telefon mesajlarının gelmesi üzerine ilgili merkezde toplandılar. Dikkatlerini çeken şu olmuştu; çevrelerinde yalnızca aile hekimliği disiplininin uzmanlık öğrencileri ve yine yalnızca 2 eğitim araştırma hastanesinin uzmanlık öğrencileri vardı; il içinde bulunan 2 üniversite hastanesinin aile

**Received/Geliş:** 10.02.2021  
**Accepted/Kabul:** 01.03.2021  
**Publication date:** 02.04.2021

**Corresponding Author:**  
**H. Parıldar**  
**ORCID:** 0000-0002-4921-6588  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi,  
Tepecik Eğitim ve Araştırma  
Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği,  
İzmir, Türkiye  
✉ hulyaparildar@gmail.com





hekimliği kliniklerinden hiç kimse görevlendirilmemişti. İl sağlık müdürlüğü görevlileri sürecin tanıtımını takiben bu hastalık süreci sonucunda birer kahraman olacaklarını söylediler; hangi doktor kahraman olmak, birilerinin yaşamına dokunmak istemezdi ki... Görevleri; bulaşın engellenmesi adına ilaç dağıtmak olacaktı ki hastaların evlerinde kalması ve hekimlerin hanedeki temaslıları belirleyip ilaç vermeleri filyasyonun önemli parçasını teşkil eder ve salgın mücadelesinde çok temel uygulamalardır.

Asistanlarımız, bu sürece başladıkları ilk günden itibaren çok uzun saatler boyunca görevlerinin başında oldular. Belli saatler sahadaydılar fakat gece yarılarını bulan anlık bilgilendirme, liste hazırlama ve düzenlemelerini içeren telefon mesajları ile ilgilenmek zorunda idiler. Planlama, adres dağıtımı, hastalar ile görüşme, navigasyon, görev dağılımı gibi. Her şey ekip lideri olan aile hekimliği asistanının göreviydi. Doğal olarak COVID-19 hastalarını evlerinde ziyaret etmek de onların göreviydi. Kimi zaman hastalar tarafından “hoş karşılanmadıkları”, uyandırıldıkları için ve/veya damgalanma korkusu ile kötü söz işittikleri ve hatta ısrarlı misafirperverliğe yeterince icabet etmedikleri zaman yanlış algılandıkları da oluyordu. Bunun yanı sıra hastalara kendi özel telefonlarını vermek zorunda kaldıkları için aramak veya aranmak zorunda kalıyorlardı. Yine de hekimlik sorumluluk ve bilincine sahip olarak soğukkanlılıklarını korumaya ve motivasyonlarını düşürmemeye çalıştılar. Ama işler her geçen gün daha da yoğunlaştı. Asistanlarımızın kendileri de hasta olmaktan, hastalığı ailelerine bulaştırmaktan korkuyor ve aralıklı çalışmak istiyorlardı. Pandeminin tüm branş hekimlerini ilgilendirdiğini ve hekimlerin eşit görevlendirilmemesi nedeniyle kırgın olduklarını yetkililere belirttiklerinde, “Ama sizler başrol oyuncusunuz.” şeklinde yanıt aldılar! Bu konularda kaç dilekçe yazıldı, kaç toplantı yapıldı; sayılamadı. Henüz birkaç ay geçmeden asistanlarımızın telefonlarına ilçe sağlık müdürlükleri merkezlerinde görevlendirildiklerini belirten mesajlar geldi. Görevlerinin niteliği değişmişti. Filyasyon grubuna dâhil olacakları için ilaç dağıtımı, tanı için sürüntü örneği alma, sisteme kayıt yapma işlerinin de görev tanımlarına dâhil olduğu bildirildi. Bu iş yükü ile ekip başına günde 60 hane olan kapasitelerinin çok daha üzerine çıkmak zorunda kaldılar. Çalışma şekli ve mesai saatleri dâhil görev tanımları standardize değildi. Bu nedenle ekip deneyimleri tamamen birbirinden farklı oldu. Bazısı her gün düzenli mesai saatleri içinde çalışırken diğer bölgedekiler anlık olarak değişen görevler üstleniyorlardı. Ancak, asistanlarımızın telefonları 24 saat boyunca hiç ama hiç susmuyor, yeni eklenen ve covid danışmanlık için hasta arama görevleri ekleniyordu. Çalışma yeri, gün ve saatleri bazen

sabah göreve giderken bile değişiyordu. Sahada mesai bitiş saati 17.00 iken, saatlerce uzadığını öğrendiler, daha sonraki zamanlar ise gece yarısına kadar sahada kalmaya başladılar. Yalnızca kent merkezi değil; en ücra köylere kadar gittiler. Bazen 2-3 saat sadece ilgili merkeze ulaşmak için yolda geçiyordu. Neyse ki dinlenme günleri olabiliyordu fakat o günlerde bile akşam geç saatlerde hasta aramaları gerektiği söylenerek işlerine eklemeler yapılıyordu. Asistanlar “kahraman” olarak öne atılırken günde tek öğününe bile zor buldukları olabiliyordu. Tek öğün üstelik ayaküstü bir şeyler yiyerek sahada çalışmak onları çok güçsüz ve yorgun düşürüyordu ki bu durum artık sağlıklarını da tehlikeye atar olmuştu. Bir başka sorun da güvenliğin yetersiz olduğu mahallelere de ilaç götürmeleriydi. O bölgelerde kimi zaman etrafları çevrildi ya da çeşitli hakaretlere maruz kaldılar. Kendi sağlıklarının derdine düşmüş iken bir de can güvenliklerini korumaya çalıştılar. Herkes pandemiye ne kadar farklı koşullarda yaşıyordu; benzer hastanelerde bulunan başka disiplinlerdeki asistanlar neler yaşıyorlar gibi sorular da akıllarına takılmıyor değildi.

İlimizdeki eğitim ve araştırma hastanelerinin aile hekimliği klinik uzmanlık öğrencileri hâlen filyasyon çalışmalarında görev almaktadır. Bununla birlikte, Ocak 2021 itibarıyla olgu sayılarının düşmesi ve aşının sağlanması sayesinde filyasyon görevlendirmelerinde başışıklama ekibinde yer almakta ve artık umut da dağıtmaktalar. Pandemide çalışmanın hepimizin özel deneyimler kazanmasını sağladığını ve pandeminin her alanında olduğu gibi özellikle sahada görev almaktan gurur duyduğumuzu özellikle belirtmek isterim. Ancak, Prof. Dr. Esra Saatçi'nin makalesinde önerdiği gibi, yalnızca aile hekimliği disiplinindeki asistan/uzman veya öğretim üyelerinin “pandemi neferleri” olarak görülmemesi, COVID-19 poliklinik ve servislerindeki adil olmayan iş yüklerine son verilmesi ve sağlık çalışanlarına psikolojik destek verilmesi gerektiğine inanıyorum.<sup>[4]</sup> Süreç içinde yukarıda sözü edilen sorunların çözülebilmesi için 1) Çalışma saatleri ve organizasyonun standart ve düzenli olması, 2) Ulaşım ve yemek saatlerinin önceden belirlenmesi, 3) Çalışanlar için güvenlik tedbirlerinin aksatılmaması öncelikli önerilerimiz arasındadır.

Son olarak, aylar sonra da olsa yalnızca aile hekimleri değil tüm hekimlerin pandemi hekimi olduğu ve hakkaniyet arama yönündeki çabalarımızın yaşadığımız il bazında sonuç vermeye başladığını belirtmek isterim. Bir sağlık çalışanı olarak temennim, bu salgın sürecini en zararsız şekilde atlatmak ancak özellikle bu süreçte sevgili aile hekimliği asistanlarımızın her birinin isimli kahraman olduğunu düşünmekteyim; seslerini, isimle-

rini ve yaşadıklarını kimsecikler duymasa da... COVID-19 sürecindeki hasta bakım ve deneyimi ile ilgili değerli duygu ve düşüncelerini paylaşan uzmanlık öğrencilerimize makaleye katkılarından dolayı çok teşekkür ederim.

#### KAYNAKLAR

1. World Health Organization.WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. Erişim adresi: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19--11-march-2020> Erişim tarihi: 30.01.2021
2. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bulaşıcı Hastalıklar ile Mücadele Rehberi. Erişim Adresi: <https://khgmsaglikhizmetleridb.saglik.gov.tr/Eklenti/27034/0/bulasici-hastaliklarek39189df2-1e9b-4866-8c87-919b02695fd5pdf.pdf> Erişim tarihi: 30.01.2021
3. Saatçi E. COVID-19 pandemisi ve sağlık çalışanları. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24(4):172-4.
4. Saatçi E. COVID-19 pandemisi ve aile hekimliği. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2020;24(3):126-7.

## 2020'ye Genç Bir Bakış

### A Young Look at 2020

Halil Volkan Tekayak<sup>®</sup>, Süheyla Atalay Kahraman<sup>®</sup>, Demet Yılmaz<sup>®</sup>, Ali Öztürk<sup>®</sup>, İkbâl Hümay Arman<sup>®</sup>, Rabia Eroğlu Kılâç<sup>®</sup>

Vasco da Gama Movement (VdGM) düşüncesi 2004 yılında Hollanda'da düzenlenen prekonferans sonrası oluşmuş ve 2005 yılında Portekiz'in başkenti Lizbon'da yapılan Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA) Avrupa Bölge Kongresi'nde ilk somut adımı atılmış bir gençlik girişimidir. VdGM; WONCA Avrupa ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından desteklenen, üyeleri tam zamanlı aile hekimliği asistanları ve ilk beş yılı içerisinde bulunan aile hekimliği uzmanlarından oluşan bir oluşumdur. Amacı; Avrupa çapında çok merkezli araştırmalar ve ülkeler arası değişim programları düzenlemek, asistan ve genç uzmanların sorunlarını tartışabilecekleri ve çözümler üretebilecekleri bir iletişim ağı kurarak uzmanlık eğitiminde kaliteyi arttırmaktır.

Küresel COVID-19 salgını tüm dünyayı etkisi altına aldığı gibi, ülkemizi de bilimsel etkinlikler dâhil yaşamın her alanında etkilemiştir. Özellikle 2020 yılının Mart ayından itibaren, gerçekleştirilmesi planlanan aile hekimliği kongrelerinin ve VdGM etkinliklerinin bir kısmı iptal edilmiş, bir kısmı ileri tarihlere ertelenmiş, bir kısmı ise online olarak gerçekleştirilmiştir.

#### 2020 yılında ülkemizde düzenlenen VdGM etkinlikleri:

1. VdGM 2020 Edirne Değişim Programı, 9. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi (1-8 Mart 2020)
2. VdGM Pre-Congress Meeting, 19. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Online (17-20 Eylül 2020)
3. Vasco da Gama Hareketi, 14. Aile Hekimliği Güz Okulu, Online (14-17 Ekim 2020)
4. "COVID-19 Salgınında Aile Sağlığı Merkezlerinde Neler Oluyor? Genç Hekimler Anlatıyor...", 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Online (29 Ekim-1 Kasım 2020)

#### 2020 yılında Avrupa'da gerçekleştirilen, ertelenen

##### veya iptal edilen VdGM etkinlikleri:

- \*Edirne Conference Exchange gerçekleştirildi (1-8 Mart 2020).
- \*Berlin VdGM Prekonferans-ertelendi.
- \*Edinburg 7. VdGM Forum-ertelendi.
- \*Paris Conference Exchange, iptal edildi (16-21 Mart 2020).
- \*Madrid Conference Exchange, iptal edildi (22-28 Mart 2020).
- \*İsviçre Conference Exchange, iptal edildi (30 Mart-4 Nisan 2020).
- \*Hırvatistan Conference Exchange, iptal edildi (29 Eylül-4 Ekim 2020).

Covid-19 salgınını kontrol altına alma çabalarıyla birlikte, VdGM etkinliklerinin yanısıra WONCA etkinlikleri de ertelenmiş, iptal edilmiş veya online olarak gerçekleştirilmişti.

- \*Family Doctors & WHO & Pandemic: The way forward-Webinar (Haziran 2020)
- \*25. WONCA Avrupa Konferansı, Berlin- iptal edildi (24-27 Haziran 2020).
- \*23. WONCA Dünya Kongresi, Abu Dabi Birleşik Arap Emirlikleri, iptal edildi (25-29 Kasım 2020).

COVID-19 salgınının küresel etkileri devam ederken 2021 yılında düzenlenmesi planlanan VdGM ve WONCA etkinliklerinin gerçekleşip gerçekleşmeyeceğini önümüzdeki günlerde görebileceğiz.

Konferans değişimi, farklı ülkelerden katılımcıların ev sahibi ülkede düzenlenen kongreler öncesi yapılan en kısa süreli ancak en dinamik değişimdir. Katılımcılara kısa bir sürede hem gittikleri ülkenin aile hekimliği uygulamalarını ve asistanlık eğitim sürecini gözlemleme hem de o ülkenin kültürünü tanıma fırsatı vermek-

H.V. Tekayak

ORCID: 0000-0003-0022-3186

Adana Çukurova Kurttepe

Aile Sağlığı Merkezi,

Adana - Türkiye

✉ volkan\_tekayak@hotmail.com

tedir. Ne yazık ki tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi, ülkemizin de dâhil olduğu Avrupa'nın oldukça zor süreçlerden geçmesine neden olmuştur. Pandemi sürecindeki önlemlerden Vasco da Gama Hareketi de etkilenmiştir. Fakat ne şanslıyız ki ülkemiz bu sürece geç dâhil olmuştur. Böylelikle Edirne 2020 Değişimi'ni 1-8 Mart 2020 tarihinde ülkemizin pandemi sürecine 11 Mart'ta dâhil olmasından hemen önce düzenlenmeyi başardık. 9. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi öncesi Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalındaki hocalarımızın koşulsuz desteği, asistan arkadaşlarımızın özverili çalışma ve yardımları ile düzenlediğimiz Edirne 2020 Konferans Değişimi farklı ülkelerden yedi katılımcı ile başarılı bir şekilde tamamlanmıştır. Bu süreçte Avrupa'nın farklı ülkelerinden gelen meslektaşlarımıza hem Edirne şehir merkezindeki hem de ilçelerdeki aile sağlığı merkezlerine geziler düzenleyerek Türkiye Aile Hekimliği Modeli'ni en iyi şekilde tanıtmaya fırsatı bulduk. Bu süreçte katılımcılarımız kendi ülkelerindeki uygulamaları aktararak kendi ülkelerinin sağlık sistemlerinin güçlü ve zayıf yönlerini anlama fırsatı bulmuşlardır. Aynı zamanda ev sahibi arkadaşlarımız da Türkiye Modeli'nin güçlü ve zayıf yönlerini anlama fırsatı bulmuşlardır. Değişim programımızın sonunda 9. Uluslararası Trakya Aile Hekimliği Kongresi'nde Vasco da Gama Hareketi oturumumuzu gerçekleştirdik. Oturum süresince hem Trakya Aile Hekimliği Anabilim Dalından asistan arkadaşlarımıza Vasco da Gama Hareketi'ni tanıtmaya hem de misafir meslektaşlarımızdan kendi ülkelerinin sağlık sistemlerinin, gelecekte beklenenleri içeren sunumları dinleme fırsatımız oldu.

Pandemi sürecinde Vasco da Gama Hareketi Ekibi olarak Avrupalı meslektaşlarımız ile birlikte Vasco da Gama ruhunu dinamik tutmak amacı ile eskisinden daha da sıkı iletişim hâline geçtik. Bu bağlamda kendileriyle online platformlarda toplantılar yapmaya ve yeni değişimler düzenlemek için istişarelerde bulunmaya devam ediyoruz. Umarız pandemi süreci en kısa sürede son bulur ve



Fotoğraf 1.

hem ülkemizde yeni değişim programları düzenleyerek hem de Avrupa'nın diğer ülkelerinde düzenlenen değişimlere katılımcılar göndererek birlikte uzak ufuklara açılma keyfini yine yaşarız (Fotoğraf 1).

Ülkemizi ve tüm dünyayı etkisi altında bırakan COVID-19 pandemisi nedeniyle 17-20 Eylül 2020 tarihleri arasında online olarak gerçekleştirilen 19. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde, Vasco da Gama Movement Türkiye ekibi çok önemli bir ilke imza atmanın gururunu yaşadı. VdGM ekibinin heyecanı ve azmi, Kongre Düzenleme Kurulu'nun koşulsuz desteği ile VdGM Pre-Congress Meeting oturumu, Royal College of General Practitioners ortaklığı ile üçüncü kez gerçekleştirildi. 18 Eylül 2020 cuma günü yapılan yarım günlük toplantının ilk oturumunda, Uz. Dr. Demet Yılmaz'ın ve Uz. Dr. Ali Öztürk'ün oturum başkanlığında "Involving young doctors in quality of care improvement in family practice" başlıklı sunumuyla VdGM Türkiye Başkanı Uz. Dr. Halil Volkan Tekayak ve "Lean thinking in healthcare: 5S Application in a family health center" başlıklı sunumuyla Dr. Volkan Sönmez söz aldı. Oturumun devamında ise Uz. Dr. Süheyla Atalay Kahraman, Arş. Gör. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç, Uz. Dr. İkbâl Hümay Arman'ın oturum başkanlığında, Glasgow, Birleşik Krallık'ta görev yapan, RCGP üyesi Uz. Dr. Cemal Kavaşoğulları "Why should doctors lead the way? Leadership training in medicine" başlıklı sunumunu gerçekleştirdi.

Toplantının son oturumunda ise İngiltere'de aktif olarak görev yapan ve Royal College of General Practitioners-Junior International Committee (RCGP-JIC) üyesi olan hekimler tarafından "Everything you want to know about primary care in The UK" başlıklı panel gerçekleştirildi. Panelin oturum başkanlığını değerli WONCA Avrupa Başkanı Prof. Dr. Mehmet Ungan ve Uz. Dr. Cemal Kavaşoğulları paylaşıyor. Sırasıyla, Dr. Ayede Ologun "Primary care structure in the UK (Financials)", Dr. Ali Siddiqi "GP training and e-portfolio", Dr. Daniel Crowfoot "Extended roles of the GP (Research / Training/Portfolio careers)", Uz. Dr. Cemal Kavaşoğulları "How to create international collaborations?" konulu sunumlarıyla, İngiltere'de birinci basamak sağlık hizmetleri ve yapılanması, genel pratiklik/aile hekimliği uzmanlık eğitim süreci, görev ve sorumlulukları gibi merak edilen pek çok konuya dair aydınlatıcı bilgiler paylaştı. Uluslararası platformlarda nasıl ortaklıklar kurulabileceği ve bu şekilde mesleki birliktelik ve paylaşımları artırmanın yollarının neler olabileceği tartışıldı.

19. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi kapsamın-



da, VdGM Türkiye ve RCGP iş birliği ile gerçekleştirilen VdGM Pre-Congress Meeting, genç meslektaşlarımıza ulusal ve uluslararası kariyer planlaması, mesleki ve kişisel gelişim konularında düşünce vermesi ve örnek olması açısından oldukça değerliydi. Genç aile hekimliği uzmanları ve tam zamanlı aile hekimliği asistanlarına her yıl farklı oturumlarla fırsatlar sunan Kongre Düzenleme Kurulu'na teşekkürlerimizi sunarken, 2021 yılında yine verimli ve keyifli geçmesini temenni ettiğimiz 20. Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi'nde VdGM ekibi olarak bir arada olmayı umuyoruz (Fotoğraf 2-3).

14-17 Ekim 2020 tarihleri arasında "online" olarak



Fotoğraf 2.



Fotoğraf 3.

düzenlenen 14. Aile Hekimliği Güz Okulu'na Vasco da Gama Hareketi Türkiye ekibi olarak biz de katıldık. Her yıl Antalya'da düzenlenen ve tüm aile hekimliği camiasının heyecanla beklediği bu kongre, COVID-19 pandemi süreci nedeniyle, diğer kongreler gibi çevrimiçi olarak düzenlendi. Kahve molalarında hocalarımız ve diğer şehirlerden meslektaşlarımızla etkileşim kurmayı özlessek de kongre bilimsel programı yine dolu dolu ve özenle hazırlanmıştı. "COVID-19 Pandemi Sürecinde Aile Hekimliği" paneliyle başlayan Aile Hekimliği Güz Okulu, güncel konulara değinerek, pandemi sürecinde birinci basamakta kronik hastalık yönetimine odaklanmış, uydu sempozyumlar ile ilaç tedavilerine yoğunlaşmış, sözlü sunumlar ile zenginleşmiş ve kapanış ve

ödül töreni ile tamamlanmış oldu.

Biz de Vasco da Gama Hareketi Türkiye ekibi olarak her yıl olduğu gibi, değerli TAHEV başkanı ve TAHEV Yönetim Kurulu'nun daveti ile, Güz Okulu'nda gelenek hâline gelmiş olan VdGM Oturumumuzu yaptık. Oturum başkanlığını Uzm. Dr. Demet Yılmaz yönetirken, Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman aile hekimliği uzmanlık eğitimine yeni başlayan arkadaşlarımıza Vasco da Gama Hareketi'ni anlattı. Ardından "VdGM Forum Nedir?" adlı sunumuyla, Uzm. Dr. İkbâl Hümay Arman, 2018 Porto ve 2019 Torino deneyimlerini katılımcılarla paylaştı. Daha sonra "Conference Exchange Nedir?" adlı sunum ile Uzm. Dr. Ali Öztürk, değişimin incelikleri ile ilgili kapsamlı bir sunum yaptı. Ayrıca "Diğer Exchange Örnekleri"ni anlatan Dr. Rabia Eroğlu Kılaç da bizlere VdGM Hareketinin sınırsız farklı lokasyonda değişim olanağı sağladığını bir kez daha hatırlatmış oldu.

Değerli hocalarımızın katılımıyla yapılan paneller, meslektaşlarımızın sözlü sunumları, bilgilendirici konferanslar ve kongrenin olmazsa olmazı sosyal programı ile Güz Okulu yine aile hekimliği adına başarılı bir kongre olarak tamamlandı. Kongrenin online yapılmasının en iyi yanı, üç ay süre ile içeriklere ulaşım fırsatı verilmesi oldu. Yine de 15. Aile Hekimliği Güz Okulu'nda VdGM oturumunu katılımcılarımızla birlikte yüz yüze yapma olanağı bulmak dileğiyle (Fotoğraf 4).

Bu yıl "Korona Günlerinde Aile Hekimi Olmak" temasıyla



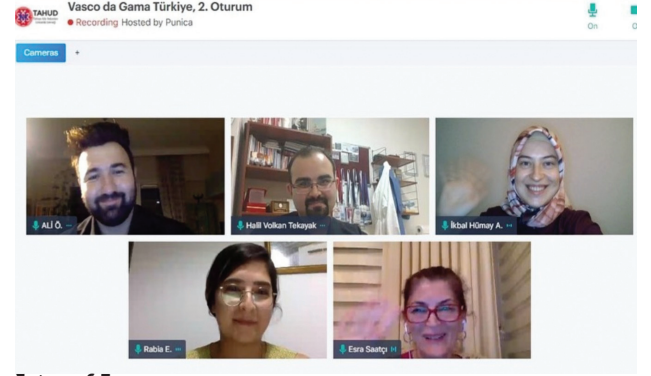
Fotoğraf 4.

la 29 Ekim-1 Kasım 2020 tarihleri arasında dijital olarak gerçekleştirilen 19. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi'nde Vasco da Gama Türkiye ekibi olarak biz de sunumlarımızla yer aldık. Önceki yıllarda Ankara'da meslektaşlarımızla bir araya gelerek uzmanlık derneğimizin düzenlediği bu kongreden gurur duyar, bilgilerimizi günceller, Ata'mızı ziyaret eder, Cumhuriyet Bayramı'mızı coşku ile kutlar ve başkentimizin havasını alırdık. Bu yıl kalben bir arada olsak da cismen uzaklardan seslendik birbirimizi

ze. Fakat konularımız dopdoluydu, aile hekimliğinin en temel noktalarında COVID ile bir arada neler yapıyor aktarmaya çalıştık.

30 Ekim 2020 Cuma günü saat 18:00'de başlayan oturumlarımızın yetenekli oturum başkanları Uzm. Dr. İkbal Hümay Arman ve Arş. Gör. Dr. Rabia Eroğlu Kılaç idi. İlk oturumda; "COVID-19 Salgınında Aile Sağlığı Merkezinde Gebe ve Lohusa İzlemleri" konusu Uzm. Dr. Süheyla Atalay Kahraman tarafından anlatıldı. İkinci olarak; "COVID-19 Salgınında Aile Sağlığı Merkezi'nde Çocuk-Bebek ve Ergen İzlemleri" Uzm. Dr. Demet Yılmaz tarafından sunuldu. Epey geniş ve kapsamlı olan bu konuları konuşmacılarımız ellerinden geldiğince özetlemeye çalıştılar. Saat 19:20'de verdiğimiz 20 dakikalık aranın ardından ilk olarak Uzm. Dr. Ali Öztürk bizleri "COVID-19 Salgınında Bağışıklama Hizmetleri" konusunda başarılı bir şekilde aydınlattı, ardından hepimizin aklında var olan soru işaretlerine dair "COVID-19 Salgınında Mevzuat Değişiklikleri, Raporlar ve Belgeler"e dair açıklayıcı detayları Uzm. Dr. Halil

Volkan Tekayak'tan dinledik. Ekranlarımız vasıtasıyla da olsa bir arada olmak ve paylaşım yapmak hepimize iyi geldi. Kongre başkanımız Prof. Dr. Serdar Öztora'ya ve TAHUD MYK Başkanımız Prof. Dr. Esra Saatçi'ye bizlere de bu kongrede yer verdikleri için ve dijital ortamda böyle harika bir kongre hazırladıkları için teşekkür ediyor, bir sonraki Ulusal Kongre'de yüz yüze olabilmeyi diliyoruz (Fotoğraf 5).



Fotoğraf 5.