

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

# Türkiye Aile Hekimliği

Cilt  
Volume **26** | Sayı  
Issue **1** | Mart  
March **2022**

Dergisi



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



ISSN 1308-531X

# Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

*Turkish Journal of Family Practice*

**Yıl / Year 2022**

**Cilt / Volume 26**

**Sayı / Issue 1**

**İmtiyaz 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

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

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

**Yayının Türü / Publication Type**

Yaygın Süreli Yayın /  
International peer-reviewed journal

**Yayıncı / Publisher**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /  
Turkish Association of Family Physicians

**Yayıncı Adres / Publisher Address**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Genel  
Merkezi, Güzeltepe Mah. Ahmet Rasim Sok.  
No:44/3, Çankaya/Ankara  
E-posta: tahud@tahud.org.tr  
Tel: +90 312 222 99 30  
Web: www.tahud.org.tr

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 Atıf 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, TÜBİTAK TR index.

© Bu dergide yer alan yazı, makale, fotoğraf ve illüstrasyonların elektronik ortamlarda dahil olmak üzere kullanma ve çoğaltılma hakları Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'ne aittir. Yazılı ön izin olmaksızın materyallerin tamamının ya da bir bölümünün çoğaltılması yasaktır.

© Rights to the use and reproduction, including in the electronic media, of all communications, papers, photographs and illustrations appearing in this journal belong to Turkish Association of Family Physicians. Reproduction without prior written permission of part or all of any material is forbidden.

**Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services**

Akdema Bilişim Yayıncılık ve Dan. Tic. Ltd. Şti.  
E-posta: bilgi@akdema.com  
Tel: 0533 166 80 80  
Web: www.akdema.com



#### **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

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

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

Doç. Dr. Umut Gök Balcı  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tıp Fakültesi  
Tepecik SUAM, İzmir, Türkiye  
dr\_ugb@yahoo.com  
ORCID: 0000-0002-5048-204x

#### **İstatistik Editörü / Statistics Editor**

Doç. Dr. Selçuk Korkmaz

## **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*



## İçindekiler / Contents

### Orijinal Araştırmalar / Original Research

#### **Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Sayıları ile Aile Hekimliğine Başvurularının İncelenmesi: Tek Birimlik Retrospektif Çalışma**

*The Number of Chronic Diseases of Elderly People and Their Visits to a Family Health Centre: A Single Unit Retrospective Study*

Abdulkadir Kaya, Zerrin Gamsızkan..... 1

#### **Tıp Fakültesi Dönem 5 ve 6 Öğrencilerinin Melanom Hakkında Farkındalığı: Orijinal Araştırma**

*Fifth And Sixth Grade Medical Faculty Students' Awareness About Melanoma: Original Research*

Hilal Aksoy, Derya Demir Uyan, Kübra Dağcıoğlu, Merve Durmuş, Emre Sarı, İzzet Fidancı, Duygu Ayhan Başer, Mustafa Cankurtaran ..... 6

#### **Gebe Okulu Eğitimlerinin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi**

*The Effect of Pregnancy School Training on Fear of Birth*

Bahadır Yazıcıoğlu, Erdinç Yavuz ..... 12

#### **Aile Hekimlerinin İletişim Becerileriyle Hastaya Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi**

*Evaluation of the Relationship Between the Communication Skills of Family Physicians and their Approach to the Patient*

Özlem Aynaoğlu Hakverdi..... 17

### Olgu Sunumu / Case Report

#### **COVID-19 Pandemisinde Dezenfektan Kullanımına Bağlı Kontakt Dermatit Olgusu**

*A Case of Contact Dermatitis due to Disinfectant Use in COVID-19 Pandemic*

İzzet Fidancı, Bilal Bulut, Hilal Aksoy, Duygu Ayhan Başer, Mustafa Cankurtaran..... 25



## 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 yayın dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir. Derginin içeriği, aile hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konulardan oluşmaktadır. Dergide; başmakale, araştırma ve derleme makale, olgu sunumu, sürekli tıp eğitime katkıda bulunacak yazı, kısa rapor, editöre mektup, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın 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 kurultan alınan onay belgesini yazıyla birlikte göndermelidir(ler). Olgu sunularında, her olgunun kendisine ait bilgilerin yayın amacıyla kullanılacağına dair bilgilendirildiğini gösterir bir belgenin sunulması gerekir. Tüm çalışmalar, Helsinki Deklarasyonu'nun son değişiklikleri işlenmiş şekline uygun yapılmış olmalıdır. Hasta bilgileri, 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi 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 Deney Hayvanlarının Üretim Yerleri ile Deney 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 ilkelere uygun olarak ve çalışmanın yapıldığı kurumda mevcut ise, Deney Hayvanları Etik Kurulu'ndan alacakları 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 gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarımla 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 yayın etiğinin 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](http://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, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışmalı, 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 yayımlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında özgün araştırmalarla aynı kurallara tabidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'ye geçmemelidir. Özetlerin 100 ve metnin 1000 sözcüğü geçmemesine dikkat edilmelidir.

**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 zorunluğu yoktur; konunun özelliğine göre bölümler içerebilir. Derlemeler; başlık, özetler, tablolar ve kaynaklar dışında 4000 sözcük ile sınırlandırılmalıdır. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yalnızca davet üzerine hazırlanan derlemeler yayınlanır.

**Yorum Yazıları ve Editöre Mektuplar:** Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini geliştirmelerden 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.



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

**Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?:** Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerekliğinde 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 yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapanın sorumluluğundadır.

**Dergilerden Seçmeler:** Aile hekimliği alanındaki ulusal ve uluslararası dergilerde yayınlanan 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.

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

**Başmakale (Editöryal):** Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmış başlıca makaleler hakkında görüş bildirmek, önerilerde bulunmak, güncel konulara dikkat çekmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgi, öngörü ya da anıları aktarmak ve bu 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.

Dergiye 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 durumlar 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 adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

**Metin:** Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni, Dergi elektronik makale kabul sistemine 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 vermeksizin 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 VANCOLIVER 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 bütünü 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 sayfasınıniki 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. Turk 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.

Bildirici için: Dergiye gönderilen makalelerde, kongre kitapçığında yayınlanan sözel ya da poster bildirileri de kaynak gösterilebilir. Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bildirinin adı (ilk harf dışında bütünü 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 sayfasınıniki 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 sayfasınıniki 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 bütünü 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)



## Yayın Kuralları / Instructions for Authors

(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 ki 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 dergiye 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 raporlarla 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; gerektiğinde özgünlük/izin yazısı)

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

### GENEL KURALLAR

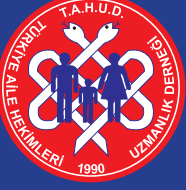
Yayımlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler, toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayımlanabilir.

Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucunda derginin yayın amacına uygun bulunmayan yazılar Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe Bilimsel 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 yanıtla 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 malı 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 karşılığı yerine getirilir.



## Editörden / Editorial

---

Değerli Okurlarımız,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin ilk çeyrek yüzyılını kapatıp 26. cildine başladığımız bu sayı ile beraber, makale konularının, COVID-19 pandemi seyirindeki değişikliklere paralel olarak farklılaştığını gözlemlemekteyiz. Bu sayımızda da yine ilgi ile okuyup yararlanabileceğiniz makaleleri bulabileceksiniz.

Akademik dergi yayıncılığında hakem değerlendirmeleri, oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Editörlerimiz yoğun mesailerinin önemli bir kısmını hakem değerlendirmelerinin tamamlanmasına vakfetmektedirler. Akademik camiamızın değerli üyeleri de yoğun iş yükleri arasında hakemlik için zaman ayırmakta güçlük çekebilmektedirler. Ancak Aile Hekimliği bilimsel ve uygulama alanına çok büyük katkıları olan akademik dergilere hakem olarak zaman ve emek harcanması disiplinimiz ve camiamız için çok önemli bir hizmettir. Bu vesile ile dergimizin yayınlanabilmesine en az yazarlar kadar değerli katkı veren saygıdeğer hakemlerimize de teşekkür etmek istiyorum.

Umarım 2022 akademik yılı tüm okurlarımıza sağlık, başarı, şans ve huzuru da beraberinde getirir.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Serdar Öztora

TAHD Sorumlu Yazışları Müdürü ve Editörler Kurulu Üyesi



# Yaşlı Bireylerin Kronik Hastalık Sayıları ile Aile Hekimliğine Başvurularının İncelenmesi: Tek Birimlik Retrospektif Çalışma

## The Number of Chronic Diseases of Elderly People and Their Visits to a Family Health Centre: A Single Unit Retrospective Study

Abdulkadir Kaya<sup>1</sup>, Zerrin Gamsızkan<sup>2</sup>

**Atf/Cite as:** Kaya A, Gamsızkan Z. Yaşlı bireylerin kronik hastalık sayıları ile aile hekimliğine başvurularının incelenmesi: tek birimlik retrospektif çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(1):1-5.

### ÖZ

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, bir aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş üstü bireylerin kronik hastalık sayıları ve aile hekimine kronik hastalık ilişkili başvuru sıklığını incelemektir.

**Yöntem:** Çalışma retrospektif olarak tasarlanmış olup, 2013-2020 yılları arasında bir aile hekimliği birimine kayıtlı 65 yaş üstü hasta verileri taranmıştır. Çalışmada hastalar; yaş, cinsiyet, aile hekimliği birime tüm başvuruları, yıllık başvuru sayıları, kronik hastalık sayıları açısından incelenmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya 456 hasta dâhil edildi. Hastaların %55,7'si (n=254) kadın, %44,3'ü (n=202) ise erkekti. Hastaların yaş ortalaması 73,24±6,47 olarak hesaplandı. Dört yüz yirmi hastada en az bir kronik hastalık tanısı varken, 36 hastada kronik hastalık tanısı yoktu. Hastaların bu aile hekimliği birimine ortalama 7,28±2,21 yıldır kayıtlı oldukları görüldü. Hastaların %85,7'si (n=391) son 1 yıl içinde en az bir kere başvurmuşken, %1,8'i (n=8) hiç başvuru yapmamıştı. Kronik hastalık sayısı ile yıllık ortalama başvuru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı orta derecede korelasyon izlendi (p<0,001; r=0,422). Kronik hastalık sayısı ile toplam başvuru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı kuvvetli korelasyon izlendi (p<0,001; r=0,687).

**Sonuç:** Altmış beş yaş üstü bireyler, sahip oldukları kronik hastalıkları ile orantılı olarak sağlık hizmeti talebi ile aile hekimliği birimine sık ve düzensiz başvuru yapmaktadırlar. Aile hekimlerinin 65 yaş üstü bireylere kronik hastalıklarının düzenli takibi açısından rehberlik etmesi gerekmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Kronik hastalık, aile hekimliği, yaşlılık

### ABSTRACT

**Objective:** The aim of this study is to determine the number of chronic diseases of individuals over 65 years of age enrolled in a family medicine unit and the frequency of chronic disease-related referrals to the family doctor.

**Methods:** The study was conducted retrospectively and the data of patients over 65 years of age registered in a family medicine unit between 2013-2020 were scanned. Patients were evaluated in terms of age, gender, all applications to family medicine unit, annual number of applications, and the number of chronic diseases.

**Results:** 456 patients were included in the study. 55.7% (n = 254) of the patients were female and 44.3% (n = 202) were male. The mean age of the patients was 73.24 ± 6.47 years. While 420 patients had at least one chronic disease, 36 patients had none. While 85.7% (n = 391) of the patients applied at least once in the last year, 1.8% (n = 8) never applied. A moderate positive correlation was observed between the number of chronic diseases and the annual average number of admissions (p <0.001; r = 0.422). A strong positive correlation was observed between the number of chronic diseases and the total number of admissions (p <0.001; r = 0.687).

**Conclusion:** Individuals over the age of 65 make frequent and irregular applications to the family medicine unit with the demand for health care in relation to the number of their chronic diseases. Family physicians should guide individuals over the age of 65 in terms of regular follow-ups of their chronic diseases.

**Keywords:** Chronic disease, family medicine, elderly

Received/Geliş: 15.02.2021

Accepted/Kabul: 07.02.2022

Publication date: 31.03.2022

Corresponding Author:

A. Kaya

ORCID: 0000-0003-1725-1220

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Düzce, Türkiye

✉ dra.kadir@hotmail.com

Z. Gamsızkan

ORCID: 0000-0001-8677-4004

Düzce Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Düzce, Türkiye

## GİRİŞ

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumuyla ilgili olarak Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde 2010 yılında aile hekimliği uygulamasına geçiş olmuştur.<sup>[1,2]</sup> Bu uygulama ile aile hekimliğine tüm yaş gruplarında başvurular artmış ve sağlık hizmet kalitesi artmıştır.<sup>[3]</sup> Aile hekimliği; kişilerin yaş, cinsiyet ve hastalığını ayırmadan kayıtlı kişilere yönelik koruyucu sağlık hizmeti ve birinci basamak tedavi hizmetlerini bütüncül bir yaklaşım ile sunan bir disiplindir.<sup>[4]</sup> Aile hekimleri, kendilerine kayıtlı kişilerin kolaylıkla ulaşabilecekleri ve sağlık hizmeti alacakları ilk hekimlerdir.<sup>[1]</sup>

Türkiye’de yaşlı nüfus hızla artmaktadır. Türkiye’de 65 yaş üstü bireyler nüfusun %8’ini oluşturmaktadır. Yaşam kalitesinin artması ve sağlıktaki ilerlemelerden dolayı beklenen yaşam süresi de artmaktadır. Türkiye’de doğuşta yaşam beklentisi erkekler için 75,3 yıl, kadınlar için 80,3 yıldır.<sup>[5,6]</sup> Yapılan araştırmalara göre ülkemizde 22 milyon kronik hastalık sahibi birey bulunmaktadır. Günümüzde özellikle yetişkin yaştaki birçok insan diyabet, kalp hastalığı, kronik solunum hastalıkları, kanser ve inme gibi kronik hastalıklarla yaşamaktadır.<sup>[7]</sup> Dünya Sağlık Örgütü’nün verilerine göre, kronik hastalıkların tedavisi tüm sağlık harcamalarının %60’ı kadardır.<sup>[8]</sup> Yaşlılık ve kronik hastalık beraberliği sağlığın tüm basamaklarında yoğunluğa neden olduğu gibi birinci basamak başvurularını da artırmaktadır.<sup>[9,10]</sup> Bu açıdan kronik hastalık yönetiminin birinci basamak sağlık sunumunda son derece önemli olduğu görülmektedir.<sup>[11]</sup> Sağlık Bakanlığı da bu konuda “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Hastalıklar İzlemi” eğitimleri planlanmış ve bazı illerde bu eğitimler verilmiştir.<sup>[12]</sup> Altmış beş yaş üstü bireylerin kronik hastalıkları kapsamında birinci basamak kullanım alışkanlıklarının değerlendirilmesi kronik hastalık yönetiminde yol gösterici olacaktır.

Bu bağlamda bu çalışmanın amacı, bir aile hekimliği birimi verileri üzerinden 65 yaş ve üstü bireylerin kronik hastalık sayılarını ve bu sayıların aile hekimliğine başvuru üzerindeki etkilerini incelemektir.

## YÖNTEM

Çalışma, aile hekimliği biriminin kullandığı bilgi yönetim sisteminden yararlanılarak, 2013-2020 yılları arasında kayıtlı bireylerin başvuruları poliklinik elektronik veri kayıtlarından alınarak yapıldı. Özellikle bu birimin seçilmesi araştırmacının daha önce çalıştığı

bir birim olmasından dolayı verilere ulaşım kolaylığı idi. Çalışmaya, geriatrik yaşta kronik hastalık bakılması amaçlanarak 65 yaş ve üstü kişiler dâhil edildi. Çalışmada, hasta kayıtları geriye dönük incelenerek, yaş, cinsiyet, hastaların 2013-2020 arasında aile hekimliği birime tüm başvuruları, yıllık başvuru sayıları, kronik hastalık sayıları ve kaç yıllık kayıtlı oldukları veri setlerine kaydedildi. ICD kodlamalarında ve birimde kullanılan hasta bilgi yönetim sisteminde kronik hastalık sınıfına dâhil edilen hastalıklar çalışmaya dâhil edildi.

Çalışmamız için Düzce Üniversitesi Etik Kurulu onayı, 18/01/2021 tarih ve 2021/09 numaralı karar ile alındı.

## İstatistiksel Analiz

Çalışmanın istatistiği yapılırken tanımlayıcı istatistiklerde numerik veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde olarak verildi. Numerik verilerin dağılımına histogram grafikleri ile bakıldı. Analizlerde student t testi, Man Whitney U testi, Kruskal Wallis testi kullanıldı. Korelasyon analizi için Pearson Korelasyon testi kullanıldı. P anlamlılık değeri <0,05 olarak kabul edildi. Analizlerde SPSS 23.0 paket programı kullanıldı.

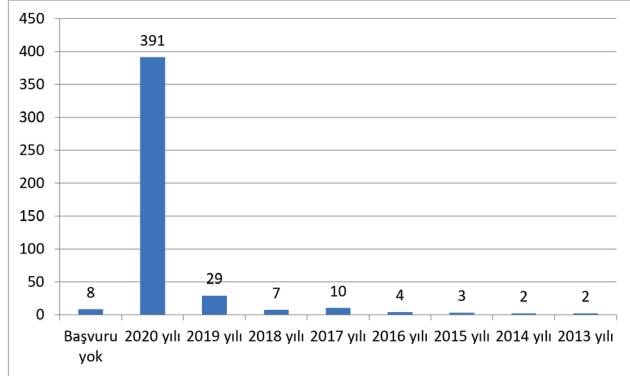
## BULGULAR

Çalışmaya 456 hasta dâhil edildi. Hastaların %55,7’si (n=254) kadın, %44,3’ü (n=202) ise erkekti. Hastaların yaş ortalaması 73,24±6,47 olarak hesaplandı. Hastaların %73,7’si (n=336) evli, %21,7’si (n=99) dul, %2,9’u (n=13) boşanmış ve %1,8’i (n=8) bekârdı.

Belirtilen süre içerisinde, hastaların toplam başvuru sayısına bakıldığında ortalama 40,62±28,40 kez aile hekimine başvuru olduğu tespit edildi. Yıllık başvuruya bakıldığında ise ortalama 6,55±6,38 olarak hesaplandı. Hastalar ortalama 4,22±2,56 kronik hastalık sayısına sahipti. Dört yüz yirmi hastada en az bir kronik hastalık tanısı varken, 36 hastada ise kronik hastalık tanısı yoktu. Hastaların bu aile hekimliği birimine ortalama 7,28±2,21 yıllık kayıtlı oldukları görüldü. Hastaların %85,7’si (n=391) son 1 yıl içinde en az bir kere başvurmuşken, %1,8’i (n=8) hiç başvuru yapmamıştı. Hastaların bu aile hekimliği birimine en son başvurdukları yıllar ve başvuran hasta sayısı Şekil 1’de görülmektedir.

Hastaların cinsiyetlerine göre yaşları (p=0,509), toplam başvuru sayısı (p=0,188), yıllık başvuru sayısı (p=0,205), kronik hastalık sayısı (p=0,550) ve kaç yıllık kayıtlı oldukları (p=0,594) arasında anlamlı farklılık görülmedi (Tablo 1).

Hastaların medeni durumlarına göre kronik hastalık sayısı ve yıllık başvuru sayıları karşılaştırıldı. Evli ve boşanmış olan hastaların bekâr ve dul olanlara göre yıllık başvuru sayısı fazla olmasına rağmen, anlamlı farklılık tespit edilmedi ( $p=0,574$ ). Medeni durum ile kronik hastalık sayısı arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmedi ( $p=0,500$ ) (Tablo 2).



**Şekil 1.** Hastaların aile hekimliği birimine en son başvurdukları yıllar ve başvuran hasta sayısı.

**Tablo 1.** Cinsiyete göre yaş, toplam başvuru sayısı, yıllık ortalama başvuru sayısı, kronik hastalık sayısı ve kayıtlı yıl sayısının değerlendirilmesi.

	Cinsiyet	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	P
Yaş	Erkek	202	73,00	6,38	0,509*
	Kadın	254	73,43	6,55	
Toplam başvuru sayısı	Erkek	202	38,61	27,72	0,188**
	Kadın	254	42,22	28,88	
Kayıtlı yıl sayısı	Erkek	202	7,35	2,20	0,594**
	Kadın	254	7,23	2,22	
Yıllık ortalama başvuru sayısı	Erkek	202	6,40	6,80	0,205**
	Kadın	254	6,66	6,04	
Kronik hastalık sayısı	Erkek	202	4,15	2,72	0,550**
	Kadın	254	4,27	2,43	

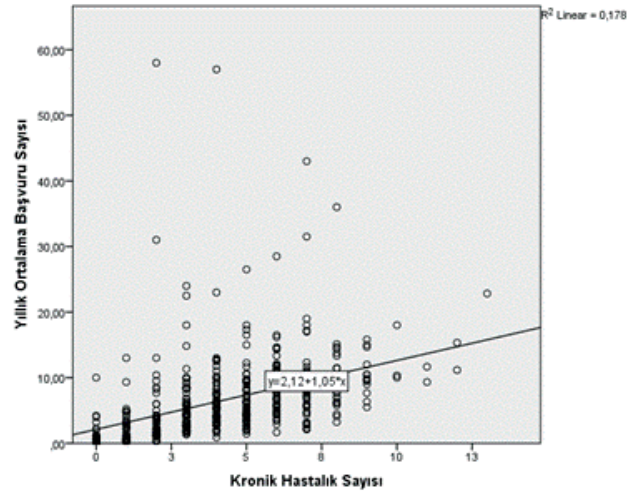
\* Student t testi kullanılmıştır.

\*\* Man Whitney U testi kullanılmıştır.

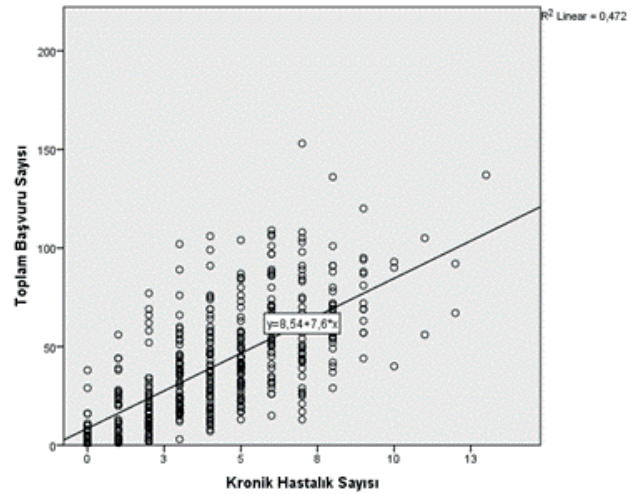
**Tablo 2.** Medeni duruma göre yıllık ortalama başvuru sayısı ve kronik hastalık sayısının değerlendirilmesi.

	Medeni Durum	Sayı	Ortalama	Standart Sapma	p
Yıllık Başvuru Sayısı	Evli	336	6,85	7,02	0,574*
	Bekâr	8	4,17	3,57	
	Boşanmış	13	6,70	5,18	
	Dul	99	5,70	3,86	
Kronik Hastalık Sayısı	Evli	336	4,22	2,64	0,500*
	Bekâr	8	3,13	1,95	
	Boşanmış	13	4,92	3,04	
	Dul	99	4,22	2,27	
	Toplam	456	4,22	2,56	

\* Kruskal Wallis testi kullanılmıştır.



**Şekil 2.** Hastaların kronik hastalık sayısı ile yıllık ortalama başvuru sayısının korelasyonu (Pearson Korelasyon testi).



**Şekil 3.** Hastaların kronik hastalık sayısı ile toplam başvuru sayısının korelasyonu (Pearson Korelasyon testi).

Hastaların yıllık ortalama başvuru sayısı ile yaşları arasında anlamlı korelasyon izlenmezken ( $p=0,159$ ;  $r=0,066$ ), kronik hastalık sayıları ile yaşları arasında anlamlı zayıf korelasyon izlendi ( $p<0,001$ ;  $r=0,171$ ). Kronik hastalık sayısı ile yıllık ortalama başvuru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı orta derecede korelasyon izlendi ( $p<0,001$ ;  $r=0,422$ ) (Şekil 2). Kronik hastalık sayısı ile toplam başvuru sayısı arasında pozitif yönde anlamlı kuvvetli korelasyon izlendi ( $p<0,001$ ;  $r=0,687$ ) (Şekil 3).

## TARTIŞMA

Bu çalışmada, aile hekimine başvuru sıklığının kronik hastalık sayısı ile korele olduğu ve 65 yaş ve üstü kişilerde kronik tanıların sık olduğu görüldü. Çalışmada, 65 yaş ve üstü başvurularında kadınların daha sıklıkta olduğu görüldü. Yetişkin yaş gruplarında yapılan

başka çalışmalarda benzer sonuçlar bulunmuştur.<sup>[13,14]</sup> Çalışmadaki ortalama yıllık başvurulara bakıldığında tüm yaş gruplarının incelendiği çalışmalarla benzer sonuçlar bulunmuştur. Bu, birçok ülkeye nazaran yüksek başvuru sayısı demektir.<sup>[15,16]</sup> Türkiye’de birinci basamakta sevk zincirinin uygulanmaması, diğer ülkelere göre daha yüksek başvuru sayısının nedeni olarak düşünülebilir. Diğer bir başvuru yüksekliği nedeni olarak, aile sağlığı merkezlerine yakın oturma ve hastaların kendilerini uzun süre takip eden aile hekimini tanınmasıyla açıklanabilir. Bu durum başka çalışmalarda hastaların yaklaşık yarısının sağlık sorunlarında en çok başvurduğu sağlık kuruluşunun birinci basamak olduğunu söylemesiyle uyumludur.<sup>[9]</sup>

Kronik hastalık sayısı arttıkça aile hekimine başvurunun arttığını gördük. Bu durum yapılan bazı çalışmalarda da vurgulanmıştır.<sup>[9,10]</sup> Bir çalışmada, başvuruların en sık muayene ve ilaç yazımı için olduğu bildirilmiştir.<sup>[9]</sup> Çalışma sonuçları 65 yaş üstü bireylerin kronik hastalıkları kapsamında birinci basamağı düzenli kullanmadığını göstermiştir. Daha önceki yıllarda kayıt olan hastaların zamanla birim değişikliği ve ölüm gibi nedenlerle kayıtlarının söz konusu birimden silindiği, 2020 başvuru sayısının bu nedenle fazla olduğunu düşünmekteyiz. Ayrıca çalışmamızda, kronik hastalık sayısının artması ile aile hekimliğine başvurunun arttığı görülmektedir. Kronik hastalık sayısının artması ile sağlık kuruluşlarına başvuruların arttığı başka çalışmalarda da gösterilmiştir.<sup>[9,10,17]</sup> Aile hekimliği yönetmeliğine göre tüm yaş gruplarında olduğu gibi 65 yaş üstü hastaların aile hekimleri tarafından periyodik olarak muayene edilmesi yükümlülüğü vardır.<sup>[18]</sup>

Kronik hastalık yönetimi tüm sağlık basamaklarını ilgilendiren bir konu olup, ekip çalışmaları ile olası olacaktır. Bu açıdan aile sağlığı merkezlerinde diyetisyen, fizyoterapist gibi ek sağlık hizmeti veren kişilerin de bulunması gerektiği çalışmalarda vurgulanmıştır.<sup>[19,20]</sup> Ayrıca kronik hastalık takibi ve yönetimi sürecine hastalar da dâhil edilmelidir. Ama mevcut aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde hekim ve aile sağlığı elemanı bu süreci yönetmektedir. Bu durumda yeterli bakım verilmeyebilir. Nitekim çalışmalarda, nüfusun yaşlanması ve kronik hastalıkların tedavisindeki gelişmelerle birlikte, kronik hastalıklar bağlamında ekip çalışmasının gerekliliği savunulmuştur.<sup>[21,22]</sup>

#### Sınırlılıklar

Çalışmamız yalnızca bir aile hekimliği birimini kapsadığından sonuçlar tüm 65 yaş ve üstü bireylerin birinci basamak kullanım alışkanlıklarını genellemez.

Ayrıca nicel veriler bireylerin genellikle biyolojik gereksinimlerini tahmin etmede kullanılırken, 65 yaş üstü bireylerin aile hekimine başvuru alışkanlığını değerlendirmek için psikososyal nedenleri ortaya çıkaran nitel araştırmalara da ihtiyaç vardır.

#### SONUÇ

Çalışma sonuçları, 65 yaş ve üstü bireylerin sahip oldukları kronik hastalıkları kapsamında birinci basamak sağlık hizmetlerini sık başvuruda bulunduğunu göstermektedir. Ayrıca bu başvuruların düzensiz aralıklarla ve etkin olmadığı görülmüştür. Aile hekimleri tarafından 65 yaş üstü bireylere sağlık hizmetini etkin kullanma konusunda rehberlik edilmesi kronik hastalık yönetiminde yarar sağlayacaktır.

**Etik Kurul Onayı:** Düzce Üniversitesi Girişimsel Olmayan Sağlık Araştırmaları Etik Kurulu’ndan onay alındı (18.01.2021 - 2021/09).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** Duzce University Non-Invasive Health Research Ethics Committee approval was obtained (18.01.2021 - 2021/09).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

#### KAYNAKÇA

1. Sağlık Bakanlığı. Aile hekimliği Türkiye modeli. Baskı Ankara: Mavi Ofset Yayınları. 2004:35-40.
2. Ünlüoğlu İ. Aile hekimliği disiplinde örgütlülük ve kazanımlar. Cöbek Ünalın P, editör. Ülkemizde Aile Hekimliğinin Sağlığın Geliştirilmesine Katkısı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020;20-4.
3. Kalkınma Bakanlığı. Sağlık Hizmet Kalitesi ve Mali Sürdürülebilirlik. Ankara: 2018. [https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi\\_ve\\_MaliSurdurulebilirlikOzellhtisasKomisyonuRaporu.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wpcontent/uploads/2020/04/SaglikHizmetKalitesi_ve_MaliSurdurulebilirlikOzellhtisasKomisyonuRaporu.pdf). Erişim Tarihi: 02.12.2021.
4. Mengüllüoğlu N. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulamasına geçilmesine aile hekimliği uzmanlık tezlerine etkisi. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi. Tıpta Uzmanlık Tezi. 2015.
5. Çayır Y. Home Health Care. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020;14(1):147-52.
6. Tekin Samancı Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi. 2018;3(1):219-29.
7. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Bakanlığı Hastalık Yükü Final Raporu. 2005. <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/yayin/166>. Erişim Tarihi: 02.12.2021.

8. Murray CJ, Barber RM, Foreman KJ, et al. Global, regional, and national disability-adjusted life years (DALYs) for 306 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 188 countries, 1990–2013: quantifying the epidemiological transition. *The Lancet*. 2015;386(10009):2145-91.
9. Çetinkaya F, Baykan Z, Naçar M. Yetişkinlerin Aile Hekimliği Uygulaması ile İlgili Düşünceleri ve Aile Hekimlerine Başvuru Durumu. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2013;12(1):417-24.
10. Fidancı İ. Geriatrik yaş grubunun aile hekimliği polikliniğine başvuru sayıları ve nedenlerinin değerlendirilmesi: Retrospektif 5 yıl. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2020;11(2):49-55.
11. Kaya ÇA, İçen F, Uğuz K, Şimşek M, Akman M, Akturan S. Kronik hastalık bakımının hasta perspektifinden değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2013;4(3):1-9.
12. Sağlık Bakanlığı. Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Kronik Hastalıklar İzlemi Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2019. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastalıklar-anasayfa>. Erişim Tarihi: 02.12.2021.
13. Şensoy N, Başak O, Gemalmaz A. Umurlu Aile Hekimliği Merkezi'nde Aile Hekimliği Uygulaması ve Hasta Profili: Aile Hekimliği Alan Eğitimi Gereksinimini Ne Ölçüde Karşılıyor? *Kocatepe Tıp Dergisi*. 2009;10(1):49-56.
14. Saatçi E, İnan M, Akpınar E. Adana'dan bir aile hekimliği örneği. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*. 2006;10(1):20-4.
15. Üstü Y, Uğurlu M, Kasım İ, Eğici MT. Sağlıkta Dönüşüm Projesi Sonrası Sağlık Kurumlarına Başvuru Sıklıklarının Değerlendirilmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2012;4(2):48-53.
16. Sağlık Bakanlığı. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık istatistikleri yılı 2011. [https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy\\_2011.pdf](https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/siy_2011.pdf). Erişim Tarihi: 02.12.2021.
17. Uğrak U, UzuntarlaY, Cihangiroğlu N, Akyüz S. Kronik Hastalık ile Sağlık Hizmetlerini Kullanma Eğilimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Abant Tıp Dergisi*. 2016;5(3), 158-65.
18. Resmi Gazete. "Aile hekimliği uygulama yönetmeliği." Resmi Gazete Sayısı 28539.25.01.2013. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130125-26.htm>. Erişim Tarihi: 02.12.2021.
19. Hudon C, Fortin M, Haggerty J, Loignon C, Lambert M, Poitras M-E. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine. Patient education and counseling. 2012;88(2):170-6.
20. de Bakker DH, Struijs JN, Baan CA et al. Early results from adoption of bundled payment for diabetes care in the Netherlands show improvement in care coordination. *Health Affairs*. 2012;31(2): 426-33.
21. Wagner EH. The role of patient care teams in chronic disease management. *BMJ*. 2000;320(7234): 569-72.
22. Bozhüyük A, Özcan S, Kurdak H, Akpınar E, Saatçi E, Bozdemir N. Sağlıklı yaşam biçimi ve aile hekimliği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2012;6(1):13-21.

# Tıp Fakültesi Dönem 5 ve 6 Öğrencilerinin Melanom Hakkında Farkındalığı: Tanımlayıcı Bir Çalışma

## Fifth and Sixth Grade Medical Faculty Students' Awareness About Melanoma: A Descriptive Study

Hilal Aksoy<sup>✉</sup>, Derya Demir Uyan<sup>✉</sup>, Kübra Dağcıoğlu<sup>✉</sup>, Merve Durmuş<sup>✉</sup>, Emre Sarı<sup>✉</sup>, İzzet Fidancı<sup>✉</sup>, Duygu Ayhan Başer<sup>✉</sup>, Mustafa Cankurtaran<sup>✉</sup>

**Atf/Cite as:** Aksoy H, Demir Uyan D, Dağcıoğlu K, et al. Tıp fakültesi dönem 5 ve 6 öğrencilerinin melanom hakkında farkındalığı: tanımlayıcı bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(1):6-11.

### ÖZ

**Amaç:** Melanom çok hızlı ilerleyen ve metastazlarla kısa sürede ölüme neden olabilen bir malignitedir. Erken teşhis ve geniş eksizyon %98'e yakın 5 yıllık sağkalım oranı ile ilişkilidir. Bu çalışmada amacımız; Tıp Fakültesi öğrencilerinin kendi kendine cilt muayenesiyle erken teşhis edilebilecek melanom hakkında farkındalıklarını artırmaktır.

**Yöntem:** Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir çalışmadır Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne 2020 Eylül-Kasım ayları arasında başvuran Tıp Fakültesi 5. ve 6. sınıflarda öğrenim gören çalışmaya katılmaya gönüllü öğrenciler çalışmaya dâhil edildi. Katılımcılara sosyodemografik özellikleri, melanom risk faktörleri, farkındalığı ve bilgi düzeylerini ölçmeye yönelik 21 sorudan oluşan anket uygulandı.

**Bulgular:** Çalışmaya %61,9'u (n=108) kadın, %38,1'i (n=68) erkek olan 176 kişi dâhil edildi. Katılımcıların %88,1'i 22-25 yaş aralığında idi (min: 20- maks: 31); %57,4'ü (n=101) altıncı sınıf, %42,6'sı (n=75) beşinci sınıf öğrencisiydi. Ailede cilt kanseri öyküsü olan kişilerin ve melanomdan şüphelenip doktora başvuran kişilerin "Melanomun karakteristik özellikleri nedir?" sorusuna verdikleri doğru yanıt oranı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (sırasıyla p=0,007, p=0,001). Aynı soruya çili olan kişilerin doğru yanıt verme oranları da anlamlı derecede yüksektir (p=0,025).

**Sonuç:** Tıp Fakültesi öğrencilerinde melanomun önlenmesi ve erken teşhisi konusunda yeterli farkındalık mevcut değildir. Bu sonuç yeni yaklaşımlara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

**Anahtar kelimeler:** Melanom, farkındalık, kendi kendine muayene, tıp öğrencileri

### ABSTRACT

**Objective:** Melanoma is a rapidly progressing malignancy that can cause death in a short time with metastases. Early diagnosis and large excision are associated with a 5-year survival rate of 98%. Our aim in this study is; to increase awareness of the Medical Faculty students' about melanoma that can be diagnosed early with self-skin examination.

**Methods:** Our study is a descriptive study. The 5th and 6th grade students of the Medical Faculty who applied to the Family Medicine outpatient clinics between September and November 2020, were included in the study. A questionnaire consisting of 21 questions was applied to the participants to assess sociodemographic characteristics, melanoma risk factors, awareness and level of knowledge.

**Results:** One hundred seventy six individuals, 61,9% (n=108) female and 38,1% (n=68) male, were included in the study. 88,1% of the participants were between the ages of 22-25 (min: 20- max: 31). 57,4% (n=101) were 6th grade students and 42,6% (n=75) were 5th grade students. It was seen that students with a family history of skin cancer and students who were suspected of having melanoma and consulted a doctor, the rate of correct answers to the question; "What are the characteristics of melanoma?" was found to be significantly higher (p=0,007, p=0,001, respectively). The rate of correct answers to the same question was also significantly higher (p=0,025) in individuals with freckles.

**Conclusion:** Medical Faculty students were not aware enough about the prevention and early diagnosis of melanoma. This result indicates the need for new approaches in education.

**Keywords:** Melanoma, awareness, self examination, medical students

Received/Geliş: 10.02.2021

Accepted/Kabul: 08.02.2022

Publication date: 31.03.2022

Corresponding Author:

H. Aksoy

ORCID: 0000-0002-3330-9317

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

✉ hilal.aksoy35@gmail.com

D. Demir Uyan

ORCID: 0000-0001-5092-5456

K. Dağcıoğlu

ORCID: 0000-0003-1224-2691

M. Durmuş

ORCID: 0000-0002-7702-5295

E. Sarı

ORCID: 0000-0003-2843-433X

İ. Fidancı

ORCID: 0000-0001-9848-8697

D. Ayhan Başer

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

M. Cankurtaran

ORCID: 0000-0002-8213-7515

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

Geriatrici Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

## GİRİŞ

Melanom, kaynağını melanositlerden alan, çok hızlı ilerleyen ve metastazlarla kısa sürede ölüme neden olabilen bir malignitedir. Dünyanın her tarafında yaygın, beyaz ırkta ve güneşli ülkelerde daha sık görülen bir hastalıktır. Genellikle genç erişkin yaşlarda (20-50 yaş) görülür. Ortalama tanı yaşı 52 olup, 40 yaş altında kadınlarda ve 40 yaş üzerinde erkeklerde daha fazladır. Günümüzde güneşlenme alışkanlıklarına bağlı olarak görülme sıklığı artmış durumdadır.<sup>[1]</sup>

Deri kanserleri, tüm neoplastik hastalıkların yaklaşık %30'unu oluşturur ve dünyada en sık görülen malignitelerdir.<sup>[2]</sup>

Melanom, bazal hücreli karsinom ve skuamöz hücreli karsinomdan daha az sıklıkta görülüp cilt kanserlerinin %5'ini oluşturduğu halde, yüksek metastaz oluşturma kapasitesi nedeniyle melanoma bağlı ölüm oranı çok yüksektir. Deri kanserlerine bağlı ölümlerin % 95'ine neden olur.<sup>[3]</sup>

Global Cancer Observatory'nin tahminlerine göre, 2018 yılında dünyada 287.723 yeni cilt melanomu vakası tespit edildi ve toplam 60.712 ölüm söz konusu oldu.<sup>[4]</sup>

Teşhis başlangıçta hasta, yakın bir akraba veya bir doktor tarafından görülen şüpheli bir lezyon ile başlar. Klinik değerlendirmeyi biyopsi ve histopatolojik inceleme takip eder. Primer lezyonlar için tercih edilen tedavi cerrahi eksizyondur.<sup>[5]</sup>

Evreleme; invazyon derinliğine, lenf nodu tutulumuna ve metastaz oluşumuna bağlı olarak yapılmaktadır.<sup>[6]</sup>

Erken teşhis ve geniş eksizyon, evre I ve II lezyonlar için %98'e yakın 5 yıllık sağkalım oranı ile ilişkilidir. Sağkalım oranı, lenf nodu metastazı olan hastalarda %64'e düşer (evre III). Uzak metastazı olan hastalar (evre IV) kötü prognoz gösterirler ve bu hastaların ortalama 5 yıllık sağkalım oranları %23'tür.<sup>[7]</sup>

Erken teşhisin bu kadar önemli olduğu bir hastalık olmasına rağmen, Brezilya'da yapılan yapılandırılmış bir ankete dayalı bir çalışma, görüşülen 2077 sağlık gönüllüsü arasında yalnızca %22'sinin melanomun ne olduğunu bildiğini gösterdi.<sup>[8]</sup>

Avustralya'da yapılan bir çalışma, pratisyen hekimler tarafından melanom tespitinin duyarlılığının kutanöz onkolojide uzmanlaşmış doktorlara kıyasla önemli ölçüde daha düşük olduğunu göstermiştir.<sup>[9]</sup>

Bu çalışmada amacımız, Tıp Fakültesi öğrencilerinin kendi kendine cilt muayenesiyle erken teşhis edilebilecek melanom hakkında farkındalıklarını artırmaktır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmamız tanımlayıcı tiptedir. Araştırma için etik kurul onayı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan GO 20/496 proje numarası ve 2020/11-48 sayılı kararla alınmıştır. Araştırmanın evrenini 5 ve 6. sınıfta okuyan Tıp Fakültesi öğrencileri oluşturmaktadır.

2020 Eylül ve 2020 Kasım ayları arasında Aile Hekimliği Polikliniğine başvuran öğrencilerden çalışmaya katılmayı kabul edenler örneklem seçimi yapılmaksızın çalışmaya dâhil edildi. Araştırmada birinci bölümde sosyodemografik bilgilerini ve genel özelliklerini değerlendiren 9 soru, ikinci bölümde ise melanom farkındalığını ve bununla ilgili bilgi düzeylerini değerlendirmeye yönelik literatür taraması sonrası oluşturulan 12 sorunun yer aldığı anket uygulandı. Anketler yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulandı. Süre kısıtlaması olmadı.

Çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler, çalışma sırasında uyumsuz davrananlar ve farklı Tıp Fakültesi öğrencileri çalışma dışında tutuldu.

İstatiksel analizler için SPSSv23 paket programı kullanıldı. Verilerin analizinde sürekli olan değişkenler için ortalama ve standart sapma kullanılırken, niteliksel verilerin analizinde frekans tablosu kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilks ile test edildi. Niteliksel veriler arasında ilişki araştırılırken ki-kare testi, sürekli değişkenler arasında farklılıklar için t testi kullanıldı. Anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  değeri kabul edildi.

## BULGULAR

Araştırmaya 176 kişi katıldı. Katılımcıların %88,1'i 22-25 yaş aralığında idi (aralık: 20-31). Cinsiyet açısından

değerlendirildiğinde 109'u (%61,9) kadın, 67'si (%38,1) erkekti. Tamamı Tıp Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin 101'i (%57,4) 6. sınıf, 75'i (%42,6) 5. sınıf öğrencisiydi. Katılımcıların hiçbirinde cilt kanseri söz konusu değildi.

Katılımcılardan 13 kişinin (%7,4) ailesinde cilt kanseri öyküsü vardı. Düzenli ilaç kullanımını gerektirecek kronik hastalığı olan 11 kişi (%6,3) vardı. Yazın her gün dışarı çıkmadan önce düzenli güneş kremi kullananların sayısı 54 (%30,7) idi.

Katılımcıların 91'i (%52,3) açık tenli, biri (%0,6) kızıl saçlı, ikisi (%1,1) ise mavi gözlü idi. On katılımcı (%5,7) çil özelliğine sahip olduğunu belirtti. Cilt tipi değerlendirilmesi için Fitzpatrick sınıflaması yapılmadı.

Öğrencilerden 75'i (%42,6) kendine cilt muayenesi yaparken, 101 kişi (%57,4) kendine cilt muayenesi yapmadığını belirtti.

Kendisine cilt muayenesi yapmayanların %69,3'ü "Neden cilt muayenesi yapmıyorsunuz?" sorusuna "Hiç düşünmedim." yanıtını, %7,9'u ise "Gerekli bulmuyorum." yanıtını verdi.

Kendisine cilt muayenesi yapanların cilt muayenesi yapmayı nereden öğrendiklerini sorduğumuzda, 69 kişi (%92) fakülte derslerinden, 10 kişi (%13,3) medyadan, 24 kişi (%32) cilt sağlığı ve hastalıkları uzmanından öğrendiğini belirtti.

Cilt muayenesini liseden, aile hekiminden, cilt kanseri öyküsü olan kişiden öğrenen kimse saptanmadı. Bunun yanında, fizik muayene kitaplarından öğrenen bir kişi (%1,33), hekim dışı sağlık profesyonelinden öğrenen bir kişi (%1,33), diğer branş hekimlerinden öğrenen altı kişi (%8), arkadaş ve akrabadan öğrenen iki kişi (%2,66) saptandı.

"Cilt muayenesi yaparken nelere dikkat edilmelidir?" sorusuna verilen yanıtların oranları Tablo 1'de gösterilmiştir. Bu soruda bütün şıkları işaretleyerek soruya doğru yanıt verenlerin sayısı 141 kişi olup, katılımcıların %80,1'ini oluşturmaktadır.

Melanomun ne anlama geldiğini bilmeyen iki kişi vardı. Bu iki katılımcı (%1,13) melanom ile ilgili sorulara yanıt vermedi.

Melanom hakkında altı kişi (%3,4) liseden, 164 kişi (%94,3) fakülte derslerinden, iki kişi (%1,1) melanom öyküsü olan kişiden, 10 kişi (%5,7) medyadan, bir kişi (%0,6) arkadaş, akrabadan, 50 kişi (%28,7) cilt sağlığı ve hastalıkları uzmanından, 20 kişi (%11,5) diğer branş hekimlerinden bilgi aldıklarını belirtti. Aile hekimi ve hekim dışı sağlık profesyonelinden bilgi alan hiç kimse yoktu. Bir kişi ise diğer bilgi kaynakları olarak ders kitaplarını ekledi.

"Melanomun en yaygın lokalizasyonu neresidir?" sorusuna verilen yanıtların oranları Tablo 2'de gösterilmiştir. Yanıtlara ek olarak bir kişi "alt dudak", bir kişi de "sırt" olarak yanıt verdi.

"Melanomun karakteristik özellikleri nedir?" sorusuna verilen yanıtların oranları Tablo 3'te gösterilmiştir. Bu soruda 47 kişi (%27) tüm şıkları işaretleyerek hepsine doğru yanıt verdi. Bir kişi ise hızlı büyüme, dokunun fazladan boyut kazanımını yanıtlar arasında diğer şikkına ekledi.

**Tablo 1. "Cilt muayenesi yaparken nelere dikkat edilmelidir?" sorusuna verilen yanıtlar.**

Şıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yeni oluşan benler	168	95,5
Benlerdeki değişim	172	97,7
Yeni lezyonlar	164	93,2
İyileşmeyen yaralar	152	86,4
Nodüller (ele gelen kitle)	157	89,2

**Tablo 2. "Melanomun en yaygın lokalizasyonu neresidir?" sorusuna verilen yanıtlar.**

Şıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Baş, boyun	128	73,6
Gövde	58	33,3
Avuç içi, ayak tabanı	7	4
Mukoza	16	9,2
Kollar	51	29,3
Bacaklar	40	23
Bilmiyorum	22	12,6

**Tablo 3. "Melanomun karakteristik özellikleri nedir?" sorusuna verilen yanıtlar.**

Şıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Pigmente lezyon	140	80,5
Asimetrik sınırlar	160	92
Renk değişikliği veya birden fazla renk	158	90,8
Yeni oluşan lezyonlar	104	59,8
İyileşmeyen yara	62	35,6
Bilmiyorum	5	2,9



**Tablo 4. “Melanom için risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar.**

Şıklar	Sayı (n)	Yüzde (%)
Özgeçmiş	148	85,1
Soygeçmiş	160	92
Kronik güneş maruziyeti	166	95,4
Çok sayıda nevüs	152	87,4
Açık ten	158	90,8
Kızıl saç-Mavi göz	136	78,2
Çiller	116	66,7
Bilmiyorum	0	0

“Melanom için risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verilen yanıtların oranları Tablo 4’te gösterilmiştir. Bu soruda 87 kişi (%50) tüm şıkları işaretleyerek hepsine doğru yanıt verdi.

İki kişi yakın çevresinde melanom tanısı alan birisi olduğunu belirtirken beş kişi (%4) ise melanomdan şüphelenip doktora başvurduğunu belirtti.

Ailede cilt kanseri öyküsü olan kişilerin ve melanomdan şüphelenip doktora başvuran kişilerin “Melanomun karakteristik özellikleri nedir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranı anlamlı derecede yüksek çıkmıştır (sırasıyla  $p=0,007$ ,  $p=0,001$ ). Aynı soruya çili olan kişilerin doğru yanıt verme oranları da anlamlı derecede yüksektir ( $p=0,025$ ). Çili olan kişilerin, “Melanom için risk faktörleri nelerdir” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranı da yüksek olup, anlamlı bulunmamıştır ( $p=0,051$ ) (Tablo 5).

## TARTIŞMA

Literatür taraması yapıldığında Kalil ve ark.’nın çalışmasında da Tıp Fakültesi 1. ve 6. sınıf öğrencilerin cilt muayenesi yapma oranları %50 ve %45,08’dir. Cilt muayenesi yapmayanların 1. sınıflarda %93,75’i, 6. sınıflarda %63,08’i çalışmamızla benzer şekilde hiç düşünmedikleri için yapmadıklarını belirtmişlerdir.<sup>[10]</sup>

Çalışmamızda, melanom için bilinen risk faktörü olarak en fazla doğru yanıt verilen sık %95,4 oranla kronik güneş maruziyeti olsa da bu yanıtın uygulamaya yansımadağı izlenmektedir. Ivanov ve ark. benzer şekilde 2018 yılında tıp öğrencilerinin cilt kanseri ve güneş kremi kullanma alışkanlığı hakkındaki bilgi ve tutumlarını değerlendirmiş ve bireylerin çoğunun risk faktörleri konusunda bilgilendirildiği, ancak yalnızca 1/3’ünün güneşe maruz kaldığında güneş koruması kullandığı sonucuna varmıştır.<sup>[11]</sup> Katılımcılar arasında yazın her gün dışarı çıkmadan önce düzenli güneş kremi kullananların oranı %30,7’dir. Güneş kremi kullanım sıklığı ile ilgili literatürde %10,7 ila %56 arasında değişen değerler bildirilmiştir.<sup>[12-16]</sup> Pengpid ve ark. düşük-orta gelirli ve gelişmekte olan 25 ülkede yaptığı çok merkezli çalışmalarında, en sık güneş kremi kullanım oranı %63,6 ile Hindistan’da iken, ikinci sırada %57 ile Bangladeş gelmektedir. Türkiye’de bu çalışmada, %49,3 sıklıkta güneş kremi kullanımı tespit edilmiş olup, 9. sırada yer almaktadır.<sup>[17]</sup>

**Tablo 5. Sorulara verilen doğru yanıt oranlarıyla kişisel özelliklerin ve tutumların karşılaştırılması.**

		Cilt muayenesi yaparken nelere dikkat edilmelidir?			Melanomun karakteristik özellikleri nelerdir?			Melanom için risk faktörleri nelerdir?		
		Hepsi doğru n (%)	Hepsi doğru değil n (%)	p	Hepsi doğru n (%)	Hepsi doğru değil n (%)	p	Hepsi doğru n (%)	Hepsi doğru değil n (%)	p
Cinsiyet	Kadın	86 (78,9)	23 (21,1)	0,265	30 (28)	77 (72)	0,700	54 (50,5)	53 (49,5)	0,876
	Erkek	55 (82,1)	12 (17,9)		17 (25,4)	50 (74,6)		33 (49,3)	34 (50,7)	
Ailede cilt kanseri öyküsü	Evet	12 (92,3)	1 (7,7)	0,469	8 (61,5)	5 (38,5)	0,007*	7 (53,8)	6 (46,2)	0,773
	Hayır	129 (79,1)	34 (20,9)		39 (24,2)	122 (75,8)		80 (49,7)	81 (50,3)	
Kronik hastalık	Evet	8 (72,7)	3 (27,3)	0,459	3 (27,3)	8 (72,7)	1,000	8 (72,7)	3 (27,3)	0,119
	Hayır	133 (80,6)	32 (19,4)		44 (27)	119 (73)		79 (48,5)	84 (51,5)	
Düzenli güneş kremi kullanma	Evet	43 (79,6)	11 (20,4)	0,915	14 (25,9)	40 (74,1)	0,829	28 (51,9)	26 (48,1)	0,743
	Hayır	98 (80,3)	24 (19,7)		33 (27,5)	87 (72,5)		59 (49,2)	61 (50,8)	
Açık ten	Evet	75 (81,5)	17 (18,5)	0,624	27 (29,7)	64 (70,3)	0,408	43 (47,8)	48 (52,7)	0,448
	Hayır	66 (78,6)	18 (21,4)		20 (24,1)	63 (75,9)		44 (53)	39 (47)	
Çil	Evet	9 (90)	1 (10)	0,689	6 (60)	4 (40)	0,025*	8 (80)	2 (20)	0,051
	Hayır	132 (79,5)	34 (20,5)		41 (25)	123 (75)		79 (48,2)	85 (51,8)	
Cilt muayenesi yapma	Evet	58 (77,3)	17 (22,7)	0,426	25 (33,3)	50 (66,7)	0,102	33 (44)	42 (56)	0,168
	Hayır	83 (82,2)	18 (17,8)		22 (22,2)	77 (77,8)		54 (54,5)	45 (45,5)	
Melanomdan şüphelenip doktor başvurusu olan	Evet	3 (60)	2 (40)	-	5 (100)	0 (0)	0,001*	3 (60)	2 (40)	1,000
	Hayır	136 (80,5)	33 (19,5)		42 (24,9)	127 (75,1)		84 (49,7)	85 (50,3)	

Fisher’s exact test ile değerlendirildi.

\* $p<0,05$

Çalışmamızda, melanoma yol açan tüm risk faktörlerini doğru bilenlerin oranı %50, en az bilinen risk faktörü ise %66,7 ile çillerdir. Çili olan kişilerin “Melanom için risk faktörleri nelerdir?” sorusuna verdikleri yanıt oranı yüksek olmakla birlikte, anlamlı derecede farklı bulunmasa da bu durum kişilerin sahip oldukları fiziksel özelliklerin yol açacağı riskler hakkında daha duyarlı olduklarını göstermektedir.

Kişilerin yakın çevresinde veya kendisinde herhangi bir hastalığın bulunması sonucu o hastalığı daha iyi tanması ve hastalık hakkında bilgi sahibi olması beklenen bir durumdur.<sup>[18]</sup> Çalışmamızda da ailede cilt kanseri öyküsü olan kişilerin ve melanomdan şüphelenip doktora başvuran kişilerin “Melanomun karakteristik özellikleri nedir?” sorusuna verdikleri doğru yanıt oranı istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek çıkmıştır. Aynı soruya çili olan kişilerin doğru yanıt verme oranları da istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksektir.

Çalışmamızda, cilt muayenesi ve melanom hakkında aile hekiminden bilgi aldığını söyleyen katılımcı olmadı. Aile hekimlerinin koruyucu hekimliğin gereği olarak melanom, güneşten korunma, cilt muayenesi konularında birinci basamağa başvuran hastaları bilinçlendirmede önemli bir rolü vardır. Ağadayı ve ark. aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların büyük kısmında (%82,2) en az bir risk faktörü olduğu halde aile hekimlerince bilgilendirilen hasta sayısının yetersiz olduğunu tespit etmişlerdir. Ayrıca hastaların güneşten korunma tutumlarını aile hekimlerinden aldıkları bilgilerin etkilemediği de çalışmada belirtilmiştir.<sup>[19]</sup>

Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada, melanom tanısının hemen hemen tamamının birinci basamakta koyulduğu bildirilmiştir. Bununla birlikte, çalışmalarda melanom tanısı alan hastaların çoğunun tanıdan önceki bir yıl içinde en az bir kez birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurduğu fakat başvuran hastaların yalnızca az bir kısmına (%20) deri muayenesinin yapıldığı belirtilmiştir.<sup>[20,21]</sup>

Çalışmamızda, “melanomun karakteristik özellikleri nedir” sorusuna en fazla verilen doğru yanıtlar asimetrik sınırlar (%92) ve renk değişikliği (%90,8) iken, karakteristik özelliklerin tamamını doğru bilenlerin oranı düşüktür (%27). Özellikle iyileşmeyen yaraların da cilt kanseri için önemli olduğunu bilenlerin oranı %35,6’dır. Kalil ve ark.’nın çalışmasında, bu soruya son sınıf öğrencilerinin %90,98’i asimetrik sınırlar, %84,43’ü renk değişikliği veya birden fazla renk, %41,8’i yeni oluşan lezyonlar yanıtını vermiştir.<sup>[10]</sup>

Tıp Fakültesi öğrencileri, geleceğin doktorları olarak, birinci basamakta ve cilt kanserinin şüpheli lezyonlarının değerlendirilmesinde kritik bir rol oynayacakları için eğitimlerinin melanomun erken teşhisinde yararlı olup olmadığını değerlendirmek önem taşımaktadır.<sup>[10]</sup> Doktorların ve tıp fakültesi öğrencilerinin melanom hakkında yeterli bilgi ve deneyime sahip olmadıkları belirtilen pek çok çalışma yapılmıştır. Gomes ve ark.’nın 2012’de yaptıkları bir çalışmaya göre pek çok sağlık profesyonelinin mezuniyet sırasında yeterli uyum eğitimi almaması doktorların melanomu teşhis etmekte zorluk çekmelerine yol açmaktadır.<sup>[22]</sup> Nahar ve ark. 2018’de tıp fakültesi öğrencilerinin melanom hakkındaki bilgilerini ve önleme çalışmalarını değerlendirdikleri çalışmada yeterli olmadıkları sonucuna varılmıştır.<sup>[23]</sup>

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Pandemi döneminde ve tek merkezde yapılmış çalışmamızın kısıtlılıklarındandır. Bu nedenle daha fazla katılımcıya ulaşamamıştır. Bununla birlikte, Tıp Fakültesini bitirmeye yaklaşan doktor adaylarına ulaşılmış olması çalışmanın güçlü yönlerindedir.

## SONUÇ

Geleceğimizin sağlık profesyonellerinin melanom konusundaki bilgi düzeylerinin ve farkındalıklarının artması önemli bir halk sağlığı sorunu olan malign melanomun erken tanısında yarar sağlayacaktır. Melanomun erken tanınması ve gerekli önlemlerin alınması için sağlık profesyonellerinin yanı sıra toplumun bilgi düzeyini yansıtarak eksikliklerin giderilmesini sağlayacak ve farkındalığı artıracak daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır.

**Etik Kurul Onayı:** Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (09.06.2020 - 2020/11-48).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** Hacettepe University Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (09.06.2020 - 2020/11-48).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Çıfci A, Özkara A, Tursun S, Demirel B, Kekilli M. Birinci basamakta ve aile hekimliğinde güncel tanı ve tedavi. Birinci baskı. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 2020; 554-5.
2. Instituto Nacional de Câncer. Tipos de câncer: Câncer de pele melanoma. <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-pele-melanoma>. adresinden 26/09/2019 tarihinde indirilmiştir.
3. Vazquez VL, Silva TB, Vieira MA et al. Melanoma characteristics in Brazil: demographics, treatment, and survival analysis. *BMC Research Notes* 2015;8(1):4.
4. World Health Organization. Estimated number of new cases in 2018, worldwide, both sexes, all ages. *Global Health Observatory*. <https://www.who.int/>. Adresinden 26/09/2019 tarihinde indirilmiştir.
5. Erdei E, Torres SM. A new understanding in the epidemiology of melanoma. *Expert Rev Anticancer Ther* 2010;10(11):1811-23.
6. Balch CM, Gershenwald JE, Soong SJ, et al. Final version of 2009 AJCC melanoma staging and classification. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27(36): 6199-206.
7. American Cancer Society. Cancer facts&figures. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2019.html>. adresinden 26/09/2019 tarihinde indirilmiştir.
8. Datafolha, Instituto de Pesquisa; Conhecimento Melanoma. Adresinden 26/09/2019 tarihinde indirilmiştir.
9. Youl PH, Baade PD, Janda M, et al. Diagnosing skin cancer in primary care: how do main stream general practitioners compare with primary care skin cancer clinic doctors? *Med J Aust* 2007;187(4):215-20.
10. Kalil LL, Prado EHM, Resende RVU, et al. Melanoma awareness among medical students. *J Canc Educ* 2021;36(4):677-681. <https://doi.org/10.1007/s13187-019-01685-> adresinden 17/12/2020 tarihinde indirilmiştir.
11. Ivanov NN, Swan A, Guseman EH, et al. Medical students' knowledge, attitudes, and behaviors with regard to skin cancer and sun-protective behaviors. *The Journal of the American Osteopathic Association* 2018;118(7):444-54.
12. İlter N, Öztas MO, Adisen E, et al. Ankara'da bir alışveriş merkezinde yapılan nevüs taramasında popülasyonun güneşten korunma alışkanlıkları ve melanositik nevüslerinin değerlendirilmesi. *Türkderm* 2009;43(4):155-9.
13. Ermercan AT, Öztürkcan S, Dinç G, et al. Sunscreen use and sun protection practices in students and personnel of Celal Bayar University. *Photodermatology, photoimmunology & photomedicine* 2005;21(4):191-7.
14. Falk M, Anderson CD. Influence of age, gender, educational level and self-estimation of skin type on sun exposure habits and readiness to increase sun protection. *Cancer Epidemiology* 2013;37(2):127-32.
15. Uslu M, Karaman G, Şavk E, et al. Adnan Menderes Üniversitesi hekimlerinin deri kanserleri ve güneşin etkileri konusundaki bilgi düzeyleri ile güneşten korunma davranışlarının değerlendirilmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006;7(1):5-10.
16. Boggild AK, From L. Barrier to sun safety in a Canadian outpatient population. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery* 2003;7(4):292-9.
17. Pengpid S, Peltzer K. Sun protection use behaviour among university students from 25 low, middle income and emerging economy countries. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 2016;16(4):1385-9.
18. Kılıç D, Sağlam R, Kara Ö. Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi *The Journal of Breast Health* 2009;5(4):195-9.
19. Ağadayı E, Demir Alsancak A, Üstünoğlu D, et al. Aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalarda malign melanom risk faktörlerinin değerlendirilmesi ve güneşten korunma hakkındaki tutumları. *Konuralp Medical Journal* 2017;9(3):177-82. DOI: 10.18521/ktd.298063.
20. Geller AC, Koh HK, Miller DR, et al. Health services before the diagnosis of melanoma. Implications for early detection and screening. *J Gen Intern Med* 1992;7(2):154-7.
21. Oğrum A, Oktay, G. (2019). Aile hekimlerinin güneşten korunma davranışları ve deri kanserine yönelik koruyucu hekimlik uygulamalarının değerlendirilmesi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2019; 23(3), 110-17.
22. Gomes TM, Moura ATMS, Aguiar AC. Dermatologia na atenção primária: um desafio para a formação e prática médica. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2012;36(1):125-8.
23. Nahar VK, Wilkerson AH, Ghafari G, et al. Skin cancer knowledge, attitudes, beliefs, and prevention practices among medical students: a systematic search and literature review. *International Journal of Women's Dermatology* 2018;4(3):139-49.

# Gebe Okulu Eğitimlerinin Doğum Korkusu Üzerine Etkisi

## The Effect of Pregnancy School Training on Fear of Birth

Bahadır Yazıcıoğlu<sup>1</sup>, Erdinç Yavuz<sup>2</sup>

**Atf/Cite as:** Yazıcıoğlu B, Yavuz E. Gebe okulu eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisi. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(1):12-16.

### ÖZ

**Amaç:** Gebelik, neşeli ve eğlenceli bir süreç olduğu gibi şiddetli korkulu bir süreç olarak geçebilir. Gebelerin önemszenmesi gereken yüksek oranlarda doğum korkusu yaşadıkları, bu korkuya bağlı doğum tercihi değişikliği ve doğumsal komplikasyon görülme olasılığında artış olduğu bilinmektedir. Prenatal gebe eğitimleri bu süreçteki korkunun azalmasına daha sağlıklı bir doğum süreci yaşanmasına olanak sağlayabilir. Bu çalışmada, gebelik okulu eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

**Yöntem:** Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği'ne bağlı gebe okulunda yürütülmüştür. Wijma-A doğum öncesi doğum beklentisi ölçeği (W-DEQ) gebe okuluna başvuru yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelere eğitimciler tarafından yüz yüze görüşme metoduyla uygulanmıştır. Gebelere hastane bünyesinde çalışan gebelik okulunda halihazırda uygulanmakta olan 4 haftalık yapılandırılmış eğitim programı ile gebelik, doğum, anne sütü ve lohusalık gibi konularda eğitim verilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma 124 kişi ile yürütülmüştür. Ortalama yaş  $27,13 \pm 5,07$ 'dir. Eğitim öncesi doğum beklentisi W-DEQ skoru 76,88 eğitim sonrası W-DEQ skoru 48,78 olarak saptanmıştır. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ). Daha önce geçirilmiş sezaryenle doğum yapmış olma öyküsü eğitim müdahalesi sonucunda W-DEQ skoru değişimi üzerinde anlamlı fark oluşturmaktadır ( $p = 0,048$ ). Yaş, ilk gebelik yaşı, daha önce düşük yapma öyküsü, planlı gebelik, daha önce gebelik ile ilgili eğitim almış olma ve eğitim durumu ise W-DEQ skoru değişimi üzerinde anlamlı farka neden olmamıştır.

**Sonuç:** Çalışmamızda, doğum öncesi gebelerin büyük kısmı şiddetli derecede doğum korkusu yaşadığı gösterilmiştir. Eğitim müdahalesi algılanan doğum korkusunu azaltmaktadır.

**Anahtar kelimeler:** Gebelik, prenatal eğitim, doğum

### ABSTRACT

**Objective:** Pregnancy can be a joyful and enjoyable process as well as a severe fearful experience. It is known that pregnant women experience high rates of fear of delivery, which should be taken into consideration, and there is an increase in the possibility of birth preferences and congenital complications due to this fear. Prenatal pregnancy training can reduce fear and enable a healthier birth process.

**Methods:** The study was carried out in Samsun Training and Research Hospital Gynecology and Obstetrics Clinic. The Wijma-A prenatal birth expectancy scale (W-DEQ) was applied to pregnant women in our pregnancy school who accepted to participate in the study using face-to-face interview method.

**Results:** The study was conducted with 124 pregnant women. Average age was  $27,13 \pm 5,07$ . The pre-education birth expectancy W-DEQ score was 76,88 and the post-education W-DEQ score was 48,78. The difference was found to be statistically significant ( $p < 0,001$ ). Only the history of previous cesarean delivery showed a significant difference in Wijma score as a result of the educational intervention ( $p = 0,048$ ). Age, first gestational age, abortus history, planned pregnancy, previous education about pregnancy and education level did not cause a significant difference on the change in W-DEQ score.

**Conclusion:** Our results have shown that most of the prenatal pregnant women experienced severe fear of birth. Education intervention reduced perceived fear of childbirth.

**Keywords:** Pregnancy, prenatal education, parturition

**Received/Geliş:** 23.03.2021

**Accepted/Kabul:** 07.02.2022

**Publication date:** 31.03.2022

**Corresponding Author:**

**E. Yavuz**

**ORCID:** 0000-0002-3275-8399

Samsun Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı,

Samsun, Türkiye

✉ erdincyavuz@gmail.com

**B. Yazıcıoğlu**

**ORCID:** 0000-0003-4397-2769

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Samsun

Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Samsun, Türkiye

## GİRİŞ

Gebelik ve doğum, kadınların yaşamlarında genellikle neşeli, eğlenceli bir süreç olarak tanımlanmışken, bazı kadınlar bu süreci şiddetli bir korku ile geçirebilirler.<sup>[1]</sup> Gebelerin yaklaşık %10'unun şiddetli klinik doğum korkusu yaşadığı bilinmektedir. Doğum korkusu etiyojisinin çok faktörlü olduğu düşünülmektedir. Şiddetli doğum korkusu yaşayanların doğum ile ilgili komplikasyonları yaşama olasılıkları daha fazladır.<sup>[2]</sup> İlk defa gebe kalanların daha sık ve daha şiddetli korku yaşadığı bilinmektedir. Korku yaşayan gebelerin doğum tercihlerinin de etkilendiği görülmüştür.<sup>[3]</sup> Korku nedenleri olarak sakat bir bebeğe sahip olmak, yabancı bir ortamda yalnız kalmak, kendisinin veya bebeğinin sağlığı ile ilgili yanlış karar verme veya bebeğine zarar verme endişesi, deneyimlenen veya öğrenilmiş olan şiddetli ağrı düşüncesi, sağlık tesisine ve ekibine güvensizlik, doğum sürecinde kontrol kaybı ve ölüm korkusu sayılabilir.<sup>[4]</sup> Bu nedenlerden dolayı korkmak doğaldır, ancak korkunun şiddetli olması hamilelik sürecine ve bebeğe zarar verebilir. Korku yaşayan gebelerin normal doğumdan kaçındıkları ve sezaryene yönelmek istedikleri bilinmektedir.<sup>[5]</sup>

Gebelerin doğum öncesi doğum süreci ile baş edebilmek, doğum sonrasında ise bebek bakımı, lohusalık süreci ve ebeveynlik ile ilgili becerilerini geliştirmek için eğitime ihtiyaçları vardır.<sup>[6]</sup> Gebe okulları, gebe bilgilendirme sınıfları gibi gebelerin eğitime yönelik doğuma hazırlık kursları; gebeleri güçlendirmeye, onların doğuma hazırlanmasına ve doğum süreciyle baş etme yetisini kuvvetlendirmeye, ağrı yönetimine ve doğum deneyiminin olumlu hatırlanmasına yardımcıdır.<sup>[7]</sup> Gebe eğitimlerinin, gebelerinin doğum ile ilgili beklentilerini rasyonel hâle getirici etkisi de vardır.<sup>[8]</sup> Literatürde doğum öncesi eğitimlerin doğum korkusunu azalttığı gösterilmiştir.<sup>[9]</sup> Doğum öncesi eğitim müdahalelerinin sezaryen oranlarında düşüşe neden olduğu rapor edilmiştir.<sup>[10]</sup>

Bu çalışmanın amacı, gebelerin yaşadığı doğum korkusunu tanımlamak ve prenatal gebe eğitimlerinin doğum korkusu üzerine etkisini ortaya çıkarmaktır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma primer korunma önlemlerine yönelik bir saha eğitim müdahale çalışmasıdır. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları ek hizmet binasında yürütülmüştür. Hastane

bünyesinde hizmet veren gebe okulunda gebelere gebelik, doğum ve bebek bakımı ile ilgili eğitim verilmektedir. Hastaneye başvuran tüm gebelere gebe okulunun tanıtımı ve başvuru yolları hakkında bilgi verilmektedir. Her grupta ortalama 20 gebe eğitim almaktadır. Gebeler haftada 4 saat olmak üzere 4 haftalık eğitime alınmaktadır. Bu eğitimlerde gebeliğin fizyolojisi, gebelikte günlük yaşam, gebelik kontrolleri, gebelikte tehlike işaretleri, gebelik ve lohusalıkta beslenme, fiziksel egzersizler, normal vajinal doğum, sezaryen doğum, müdahaleli doğum, doğum fizyolojisi, doğum ağrısı ile baş etme yöntemleri, emzirme, anne sütünün önemi, gebelik ve doğum psikolojisi, lohusalık bakımı, bebek bakımı ve aile planlaması gibi çeşitli başlıklar altında bilgi verilmektedir. Bu çalışma süresi içerisinde ayda 2 grup eğitime alınmış, 3 aylık dönemde 6 gruba eğitim verilmiş ve anket uygulanmıştır. Eğitim alan bütün gebelerin çalışmaya dâhil edilmesi planlanmıştır ve ankete katılımın isteğe bağlı olduğu gebelere bildirilmiştir. Anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile eğitim hemşireleri tarafından doldurulmuştur. Çalışmaya katılan gebelere demografik verileri sorgulayan sorular ile birlikte, 1998 yılında Wijma ve ark. tarafından geliştirilen<sup>[11]</sup> ve 2012 yılında Korukcu ve ark. tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması<sup>[12]</sup> yapılan Wijma Doğum Korkusu Ölçeğinin doğum öncesi A versiyonu uygulanmıştır. Aynı anket hem eğitim öncesi ön test, hem eğitim sonrası son test olarak uygulanmıştır. Wijma Doğum Beklentisi A Ölçeği 33 sorudan oluşan, 14 sorusu (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ters puanlama ile toplam bir W-DEQ korku skorunun elde edildiği 5'li Likert tipi ölçektir. W-DEQ skoru; 37 puandan daha az puan alanlar: hafif derece doğum korkusu, 38-65 arası puan alanlar: orta derece doğum korkusu, 66-84 arası puan alanlar: şiddetli derece doğum korkusu, 85 puandan daha fazla puan alanlar: klinik derecede doğum korkusu olarak sınıflandırılmıştır.

Verilerin analizinde SPSS paket program kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uyup uymadığı Kolmogrov-Simirnov testi ile değerlendirilmiştir. Eğitim müdahalesinin grup üzerindeki normal dağılıma uyan bağımlı değişkenlerin değerlendirilmesi Paired-sample t testi ile yapılmıştır. Ayrıca W-DEQ skorlarındaki değişim üzerine etkisi olan faktörleri araştırmak için yineleyen ölçümlerde ANOVA testi kullanılmıştır. Çalışmanın yürütülmesi için etik onay 26/03/2019 tarihinde Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 2019/07 karar sayısı ile alınmıştır.

## BULGULAR

Çalışmanın yürütüldüğü 3 aylık dönem içindeki 6 grupta yer alan 124 gebenin tamamı çalışmaya katılmayı kabul etmiştir ve çalışma toplam 124 kişiyle yürütülmüştür. Gebelerin ortalama yaşı  $27,13 \pm 5,07$  yıl (min. 18 ve max. 44 yıl) olarak bulunmuştur. İlk gebelik yaş ortalaması  $25,64 \pm 4,72$ 'dir. Çalışmaya katılan gebelerin %79'u (n=98) ilk defa gebe kalmıştır. Eğitime katılan kişilerden 4 kişi (%4,0) daha önce düşük yapma öyküsüne sahiptir.

Gebelerin mevcut gebeliği sorgulandığında, %82,3'ü (n=102) mevcut gebeliğin istenen/planlı gebelik olduğu belirtilmiştir. Daha önce gebelik ile eğitim aldığı belirten kişi sayısı 11 (%8,9) olmuştur. Çalışmaya katılan gebelerin %52,4'ü (n=65) en az üniversite mezunudur.

Eğitim öncesi doğum beklentisi W-DEQ skoru 76,88 olarak bulunmuştur. Gebelerin %40'ının (n=50) klinik seviyede doğum korkusu yaşadığı bulunmuştur. Eğitim öncesi W-DEQ skoru dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Gebelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası W-DEQ skoru dağılımı.**

	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	Gebe sayısı	Yüzde (%)	Gebe sayısı	Yüzde (%)
Hafif seviye doğum korkusu	8	6,5	43	34,7
Orta seviye doğum korkusu	32	25,8	51	41,1
Şiddetli seviye doğum korkusu	34	27,4	24	19,4
Klinik seviyede doğum korkusu	50	40,3	6	4,8
<b>Toplam</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>124</b>	<b>100</b>

Eğitim sonrası W-DEQ skoru 48,78 olarak bulunmuştur. Eğitim sonrası klinik seviyede doğum korkusu yaşayan gebe sayısı 6'ya (%4,8) düşmüştür. Eğitim sonrası W-DEQ skor dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Daha önce geçirilmiş sezaryenle doğum yapmış olma öyküsü olan gebelerde eğitim müdahalesi sonucunda W-DEQ skorundaki azalmanın anlamlı olarak diğer gebelerden daha fazla olduğu saptanmıştır (p=0,048). Bununla birlikte yaş, ilk gebelik yaşı, daha önce düşük yapma öyküsü, planlı gebelik, daha önce gebelik ile ilgili eğitim almış olma ve eğitim durumu W-DEQ skoru değişimi üzerinde anlamlı farka neden olmamıştır (Tablo 2).

W-DEQ skorları eğitim öncesinde  $76,8871 \pm 25,00$ , eğitim sonrasında  $48,7823 \pm 21,43$  olarak hesaplanmış, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001).

## TARTIŞMA

Doğum öncesi gebelerin ağırlıklı olarak W-DEQ skoru ortalamasına göre şiddetli derecede doğum korkusu algıladıkları görülmüştür. Malatya'da Barutçu ve ark. yaptığı bir çalışmada, gebelerin doğum öncesi W-DEQ skoru 73.31 bulunmuşken, Körükçü ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada, 79,9 olarak bulunmuştur. [13,14]

Eğitim müdahalesinin algılanan doğum korkusunu istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azalttığı rapor edilmiştir. Akın ve ark. gebe kadınlarda eğitim müdahalesi sonrası W-DEQ skorunun 61'den 30'a düştüğünü, doğum korkusunun anlamlı şekilde azaldığını saptamıştır. [15]

**Tablo 2. Eğitim müdahalesi etkisi üzerinde demografik özelliklerin etkisi.**

	Eğitim Öncesi W-DEQ		Eğitim Sonrası W-DEQ		p*
	Hayır	Evet	Hayır	Evet	
<b>Normal Doğum Öyküsü</b>	76,924+24,910	76,684+26,221	48,543+21,338	50,105+22,526	0,782
<b>Sezaryenle Doğum Öyküsü</b>	76,615+25,119	93,500+0,707	49,098+21,467	29,500+3,536	0,048
<b>Planlı / İstenen Gebelik</b>	74,227+27,033	77,461+24,651	51,955+23,520	48,098+21,024	0,246
<b>Daha önce eğitim almış olma</b>	77,035+25,474	75,364+20,505	48,522+21,555	51,455+20,983	0,576
<b>İlk gebelik</b>	79,885+23,753	76,092+25,386	50,500+23,470	48,327+20,971	0,778
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>İlköğretim</b>	<b>Ortaöğretim</b>	<b>İlköğretim</b>	<b>Ortaöğretim</b>	0,893
	97,333+32,716	77,625+19,308	72,667+7,506	49,563+16,557	
	<b>Lise</b>	<b>Yüksek öğretim</b>	<b>Lise</b>	<b>Yüksek Öğretim</b>	
	72,225+26,055	78,631+25,116	46,450+24,117	48,923+20,796	

\*Tekrarlayan ölçümlerde ANOVA

Nieminen ve ark. çalışmamıza benzer şekilde gebelik fizyolojisi, normal doğum süreci ve ağrı ile baş etmede kullanılabilir nefes egzersizleri gibi konular içeren 8 haftalık bir eğitim sürecinden sonra W-DEQ skorlarında anlamlı düşüş rapor etmişlerdir.<sup>[16]</sup>

Doğum sayısının çalışmamızda doğum öncesi algılanan korku düzeyinde anlamlı fark oluşturmadığı görülmüş iken, Çin’ de yapılan bir çalışmada, nullipar ve pirimiparlarda doğum korkusu daha yüksek bulunmuştur.<sup>[17]</sup>

Çalışmamızda, gebeliğin planlı olma ya da olmama durumu ile doğum korkusu algısı arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken, Hırvatistan’da yapılan bir çalışmada, planlı olmayan gebeliklerde daha yüksek doğum korkusu olduğu rapor edilmiştir.<sup>[18]</sup> Benzer şekilde, Coşkuner ve ark. çalışmalarında, planlı gebeliklerde daha düşük korku algısı saptamışlardır.<sup>[19]</sup>

Kütahya’da yapılan bir çalışmada, gebelerin eğitim durumu arttıkça algılanan korku düzeyinde anlamlı derecede artış olduğu görülmüştür.<sup>[20]</sup> Ancak, çalışmamızda böyle bir ilişki saptanmadı. Bu çalışmamıza katılan gebelerin daha yüksek olan öğrenim seviyeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda, eğitim müdahalesinden en çok yarar görenlerin daha önce geçirilmiş sezaryenle doğum öyküsü olan gebeler olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte yaş, ilk gebelik yaşı, daha önce düşük yapma öyküsü, planlı gebelik, daha önce gebelik ile ilgili eğitim almış olma ve eğitim durumu W-DEQ skoru değişimi üzerinde anlamlı farka neden olmamıştır.

Literatürdeki çalışmalar ile çalışmamızda eğitim öncesi ve sonrası sonuçlar arasındaki farklılıklar bulunması, doğum öncesi dönemde verilen gebe eğitimleri ile ilgili geliştirilmiş standartların bulunmaması ve verilen eğitimlerin farklılığından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızın iki önemli kısıtlılığı mevcuttur. İlki çalışmanın katılımcı sayısı düşüktür. İkincisi çalışmaya katılan gebelerin %52,4’ünün (n=65) üniversite mezunu olmasıdır. Bu sayı diğer çalışmalara göre daha yüksektir.

## SONUÇ

Gebelik her ne kadar fizyolojik bir süreç olsa da bazı kadınlar için fiziksel ve emosyonel olarak zor olabilir. Bu duruma doğum korkusunun eklenmesi gebenin iyilik hâli için ciddi bir sorun oluşturabilir. Gebe okullarında

verilen eğitim bu sorunun çözümü için yararlı bir girişim olarak gözükmektedir.

**Etik Kurul Onayı:** Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alındı (26.03.2019 - 2019/07).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** Samsun Training and Research Hospital, Non-Invasive Clinical Research Ethics Committee approval was obtained (26.03.2019 - 2019/07).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Moghaddam Hosseini V, Makai A, Varga K, Ács P, Prémusz V, Várnagy Á. Assessing fear of childbirth and its predictors among Hungarian pregnant women using Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire subscales. *Psychology, Health and Medicine*. 2019;24(7):879–89.
2. Klabbers GA, Wijma K, Paarlberg KM, Emons WHM, Vingerhoets AJJM. Haptotherapy as a new intervention for treating fear of childbirth: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2019;40(1):38–47.
3. Firouzan L, Kharaghani R, Zenoozian S, Moloodi R, Jafari E. The effect of midwifery led counseling based on Gamble’s approach on childbirth fear and self-efficacy in nulligravida women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020;522:20.
4. Kizilirmak A, Başer M. The effect of education given to primigravida women on fear of childbirth. *Applied Nursing Research*. 2016;29:19–24.
5. Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Blanco-Ruiz M, García-Torres F. Psychological, educational, and alternative interventions for reducing fear of childbirth in pregnant women: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology*. 2021 Mar;77(3):525–555.
6. Gökçe İsbir G, İnci F, Önal H, Yıldız PD. The effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and post-traumatic stress disorder (PTSD) symptoms following childbirth: an experimental study. *Applied Nursing Research*. 2016;32:227–32.
7. Çankaya S, Şimşek B. Effects of Antenatal Education on Fear of Birth, Depression, Anxiety, Childbirth Self-Efficacy, and Mode of Delivery in Primiparous Pregnant Women: A Prospective Randomized Controlled Study. *Clinical Nursing Research*. 2021;30(6):818–829.
8. Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, et al. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Archives of Gynecology and Obstetrics*. 2017;295(5):1127–33.
9. Serçekeş P, Başkale H. Effects of antenatal education on fear of childbirth, maternal self-efficacy and parental attachment. *Midwifery*. 2016;34:166–72.

10. Turkstra E, Mihala G, Scuffham PA, Creedy DK, Gamble J, Toohill J, et al. An economic evaluation alongside a randomised controlled trial on psycho-education counselling intervention offered by midwives to address women's fear of childbirth in Australia. *Sexual and Reproductive Healthcare*. 2017;11:1–6.
11. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; A new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*. 1998;19(2):84–97.
12. Korukcu O, Kukulcu K, Fırat M. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy / Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2012;19:193–202.
13. Barut S, Uçar T. Gebelerde doğum öz yeterlilik algısının doğum korkusu ile ilişkisi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2018;11(2):107–15.
14. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoglu K. Investigation of the Relationship Between the Psychosocial Health Status and Fear of Childbirth in Healthy Pregnancies. *Clinical and Experimental Health Sciences*. 2017;7(4):152–8.
15. Akın B, Yeşil Y, Yücel U, Boyacı B. Doğum Öncesi Eğitim Sınıflarında Verilen Eğitimin Gebelerin Doğum Korku Düzeyi Üzerine Etkisi. *Life Sciences*. 2018;13(2):11–20.
16. Nieminen K, Andersson G, Wijma B, Ryding EL, Wijma K. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the Internet: A feasibility study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2016;37(2):37–43.
17. Lai HTT, Kwok ST, Wang W, Seto MTY, Cheung KW. Fear of Childbirth in Chinese Pregnant Women and Their Preferred Mode of Delivery: Validation Study of the Chinese Version of Wijma Delivery Expectancy/experience Questionnaire Version A. *Research Square*. 2020; PREPRINT (Version 1) available at Research Square [<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-41851/v1>].
18. Žigić Antić L, Nakić Radoš S, Jokić-Begić N. Are non-pregnant women afraid of childbirth? Prevalence and predictors of fear of childbirth in students. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2018;40(3):226–31.
19. Coşkuner Potur D, Mamuk R, Şahin NH, Demirci N, Hamlacı Y. Association between fear of childbirth and maternal acceptance of pregnancy. *International Nursing Review*. 2017;64(4):576–83.
20. Soysal C, Işıksalan MM. Gebelik süresince doğum korkusunu etkileyen risk faktörlerinin belirlenmesi. *Cukurova Medical Journal*. 2020;45(4):1340–5.



# Aile Hekimlerinin İletişim Becerileriyle Hastaya Yaklaşımları Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

## Evaluation of the Relationship Between the Communication Skills of Family Physicians and their Approach to the Patient

Özlem Aynaoglu Hakverdi<sup>®</sup>

**Atf/Cite as:** Aynaoglu Hakverdi Ö. Aile hekimlerinin iletişim becerileriyle hastaya yaklaşımları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(1):17-24.

### ÖZ

**Amaç:** Bu araştırma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan, aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimine katılmış olan hekimlerin iletişim becerileri düzeyini belirlemek ve hastaya yaklaşımlarıyla iletişim becerileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırmada bazı sosyodemografik, hekim ve hasta ile ilişkili değişkenlere göre iletişim becerilerinin anlamlı bir farklılık yaratıp yaratmadığı da araştırılmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini Ankara ilinde aile hekimlerine yönelik Mart 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Halk Sağlığı Kurumu tarafından düzenlenen eğitimlere katılan hekimlerin tamamı oluşturmuş olup, 745 hekim çalışmaya alınmıştır. Düzenlenen eğitime katılan hekimler ile yüz yüze görüşülerek anket formu uygulanmıştır. Araştırmada, araştırmacı tarafından oluşturulan kişisel bilgi formu, hastaya yaklaşımla ilişkili sorular ve Korkut İletişim Ölçeği'nin 20 ifadeyi içeren kısa formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde Kolmogorov Smirnov, Histogram, Independent samples t test, ANOVA, Games-Howell ya da Tukey post hoc testleri ve Spearman rho korelasyon analizi kullanılmıştır. Bütün analizlerde SPSS.23 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışma aile hekimlerinin iletişim becerilerinin oldukça yüksek olduğunu göstermiştir (X: 100,14). İletişim becerileri puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırıldığında; çalışma süresi, cinsiyet, ekonomik durum, medeni durum, çocuk sayısı gibi değişkenlerle anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı ( $>0,05$ ) ancak, yaş, hekimlerin sosyal etkinliklere katılma durumu, günlük yaşantılarında diğer kişilerle ilişkilerinde güçlük yaşayıp yaşamama durumu ve hasta ve aileleriyle iletişim sorunu yaşayıp yaşamama durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur ( $p < 0,001$ ).

**Sonuç:** Hekimlerin mevcut iletişim becerileri yüksek olmakla birlikte, mezuniyet öncesinden başlayarak, iletişim güçlükleri ve etkili iletişim tekniklerine yönelik uygulamalı eğitime eğitim programlarında ağırlık verilmesi önerilmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aile hekimi, hastayla iletişim, iletişim becerileri

### ABSTRACT

**Objective:** This study was conducted to determine the level of communication skills of physicians working in family health centers who attended family medicine 1st stage adaptation training, and to evaluate the relationship between their approach to patients and their communication skills. It was also investigated whether communication skills made a significant difference according to some socio-demographic, physician and patient-related variables.

**Methods:** The population of the study consisted of all the physicians who participated in the trainings for family physicians organized by the Public Health Institution between March 2015 and March 2016 in the province of Ankara, and 745 physicians were included in the study. The physicians were interviewed using a questionnaire form. In the study, the question form created by the researcher, and the Korkut Communication Scale containing 20 expressions were used. Kolmogorov Smirnov, Histogram, Independent samples t test, ANOVA, Games-Howell or, Tukey post hoc tests and Spearman rho correlation analysis were used to analyze the data. SPSS.23 program was used in all analyzes and  $p < 0.05$  value was accepted as the level of significance.

**Results:** This study showed that the communication skills of family physicians were quite high (X: 100.14). When communication skills scores are compared with some socio-demographic variables; It does not differ significantly with variables such as working time, gender, economic status, marital status, number of children ( $> 0.05$ ), but it was found that it significantly differ according to age, physicians' participation in social activities, whether they experience difficulties in their daily relationships with other people, and whether or not they have communication problems with patients and their families ( $p < .001$ ).

**Conclusion:** Although physicians' current communication skills are high, it is recommended to focus on practical training for communication difficulties and effective communication techniques in training programs, starting from pre-graduation.

**Keywords:** Communication skills, communication with the patient, family physician

Telif hakkı © 2022 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

Bu dergide yayımlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.

Copyright © 2022 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 07.05.2021

Accepted/Kabul: 16.02.2022

Publication date: 31.03.2022

Corresponding Author:

Ö. Aynaoglu Hakverdi

ORCID: 0000-0002-1503-4399

T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Eğitim

ve Araştırma Hastanesi, Aile

Hekimliği Kliniği, Ankara, Türkiye

✉ ozlemaynaoglu@hotmail.com

## GİRİŞ

Aile hekimleri, disiplinin prensiplerine uygun olarak eğitilmiş, bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini, yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmaksızın, her bireye kapsamlı ve sürekli olarak vermekle yükümlü hekimlerdir.<sup>[1]</sup> İletişim kişiler arasındaki, duygu, düşünce, bilgi ve haberlerin her türlü biçim ve yolla kişiden kişiye karşılıklı olarak aktarılması, alışverişidir.

İletişimin olması için iki ögeye ihtiyaç vardır. Bunların birincisi bilgiyi üreterek içeriğini oluşturup ileten kaynak, diğeri de bilgiyi alıp anlamlandıran hedeftir.<sup>[2,3]</sup> Etkili iletişim kaynaktan hedefe yönelik yapılan ve belirli teknikleri içeren bilgi ve anlamların bilinçli olarak aktarıldığı bir iletişim yöntemidir. Amaç karşı tarafı anlayarak onun da kendini anlaşılabilir hissetmesini sağlamak, kendimizi de doğru ifade ederek sağlıklı bir iletişim kurmaktır. Sağlık hizmetlerinde, sağlık çalışanlarıyla, hastalarla ve yakınlarıyla, etkili bir iletişim kurulabilmesi çok önemlidir. Bu iletişim hastanın anamnezinin alınıp, tanısının konularak, uygulanacak tedaviye karar vermeyi ve bu tedavinin düzgün bir şekilde uygulanmasını sağlayarak sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırır. Güçlü ve sağlıklı bir hekim hasta iletişimi sağlık uygulamalarındaki başarı düzeyini olumlu olarak etkiler.<sup>[4]</sup> Bundan dolayı artık tüm dünyada hasta-hekim iletişimi güçlü bir tedavi başarısını arttıran araç olarak kabul edilmektedir. Sağlık uygulamalarının temeli ilk karşılaşmadan itibaren başlayan sözsüz iletişim ve beden dili ile kurulur. Hastayı anlayan, psikolojik, demografik, sosyal ve tıbbi değişkenlerinin bilincinde olan hekimlerin hastaya özel iletişim modelini uygulamasının yararlı olduğu ve hasta memnuniyetini arttırdığı tespit edilmiştir.<sup>[3,5]</sup> Son yıllarda yapılan çalışmalarda, etkili iletişimin birçok klinik sonucu, özellikle hasta ve hekimi ilgilendiren fizyolojik sonuçları, sağlık davranışları değişiklikleri, klinik ilişkileri, sağlık bakım prosedürleri ve sağlık hizmetlerinin ekonomik etkileri gibi birçok parametreyi de olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.<sup>[6]</sup> Hasta merkezli iletişim aile hekimliği uygulaması için temeldir.<sup>[7]</sup> Aile hekimlerinden beklenen temel yeterlilikler arasında etkili iletişim becerilerine sahip olma özelliği de bulunmaktadır. Tıbbi uygulama hata ve aksaklıklarına neden olabilen eksik veya yanlış tanı büyük oranda iletişim yetersizliğinden kaynaklanmaktadır. İletişim becerileri bir kişisel yetenek olmayıp, zaman içinde öğrenilen tekniklerle geliştirilebilir.

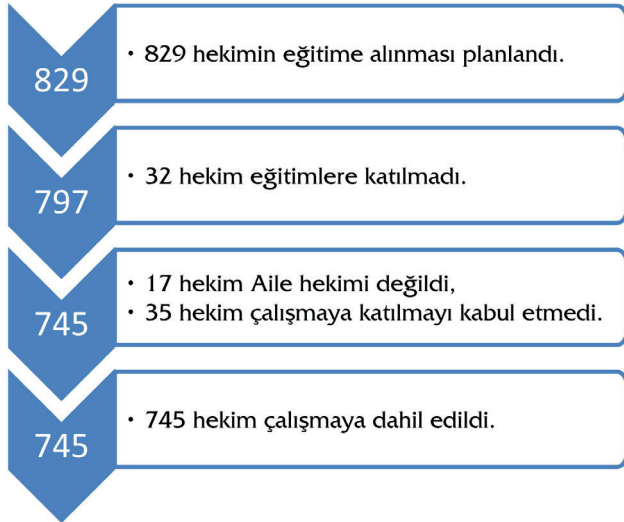
Hekimlerin iletişim becerisi; hastayı dinlemek için ayırdıkları zaman, empati, geri bildirim, göz kontağı, yüz ifadesi, mesafe, kullandıkları dil ve vücut dilinden etkilenir.<sup>[6,8,9]</sup> Sonuç olarak, hekimlikte etkili iletişimin önemi sürekli artmaktadır. Hastaların tedaviye uyumları, sağlık çıktılarının iyileşmesi, hasta memnuniyetinin artışı bunun göstergesidir. Hekimin minimum düzeyde tıbbi terim kullanarak anlaşılır şekilde konuşması, iletişime engel olan nedenlerin bilincinde olarak bunlardan kaçınması, etkin dinleme ve beden dilini uygun kullanma gibi etkili iletişim becerilerine sahip olması için gerek mezuniyet öncesi, gerek mezuniyet sonrası eğitim alması ve kendisini geliştirmesi için gerekli motivasyonun sağlanması önem kazanmıştır.

Ülkemizde 2014 yılında yapılan Çekirdek Eğitim Planlaması çalışmalarının ardından iletişim becerileri eğitimi birçok tıp fakültesinin yeterlikleri arasına girmiş ve müfredat kapsamına alınmıştır ayrıca aile hekimliği sertifikasyon eğitimi programına da dâhil edilmiştir. Bu araştırma, aile sağlığı merkezlerinde çalışan, aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimine katılmış olan hekimlerin iletişim becerilerinin düzeyini belirlemek, bu düzeyleri etkileyen faktörleri araştırmak ve hastaya yaklaşımlarıyla iletişim becerileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## GEREÇ ve YÖNTEM

Bu araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini Ankara ilinde Mart 2015-Mart 2016 tarihleri arasında Halk Sağlığı Kurumu tarafından düzenlenen ve eğitim süresi 1 hafta olan, 15 kez tekrarlanmış Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimlerine katılan tüm aile hekimleri oluşturmuştur. Her hekim 1 hafta süren tek bir eğitime katılmıştır. Eğitime katılan 797 hekimin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir.

Çalışma, hekimler ile yüz yüze görüşme yöntemi ile anket formu kullanılarak yapılmış, katılmak istemeyen ve aile hekimi olarak çalışmayan hekimler çalışmanın dışında bırakılarak çalışmaya toplam 745 kişi dâhil edilmiştir (Şekil 1). Çalışmanın yapıldığı Mart 2015-Mart 2016 tarihleri arasındaki Aile Hekimliği 1. aşama uyum eğitimleri sırasında Türkiye’de 21696 aile hekimi çalışmaktadır.<sup>[10]</sup> Araştırmaya dâhil edilen hekim sayısı, bu çalışmanın yapıldığı tarihlerdeki toplam aile hekimlerinin %3,4’ünü oluşturmaktadır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan 20 soruluk, “Kişisel bilgi formu” ve hastaya yaklaşımın değerlendirildiği sorulardan oluşan anket



Şekil 1. Çalışmaya kabul edilen kişiler.

ve Prof. Dr. Fidan Korkut (1996) tarafından geliştirilen “İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeği (İBDÖ)” kullanılmıştır.<sup>[11]</sup> Kişisel bilgi formu ve oluşturulan sorular 26 kişiyle yapılan ön değerlendirme anketi ile revize edilerek oluşturulmuştur. Korkut İBDÖ, kişilerin iletişim becerilerini nasıl değerlendirdiklerini anlamak amacı ile geliştirilmiş, “her zaman”dan “hiçbir zaman”a kadar derecelendirilmiş, 5’li likert tipi 25 maddelik bir ölçektir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puan 125, en düşük puan ise 25’tir. Puanın fazla oluşu kişilerin iletişim becerilerini olumlu yönde değerlendirdiklerini göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Korkut (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin, geçerliliğini göstermek için yapılmış olan faktör analizi sonuçları ölçeğin tek boyutlu olduğunu gösterir niteliktedir. İBDÖ’nün güvenilirlik çalışmasında testin tekrarı yöntemi sonucunda güvenilirlik katsayısı 0,76 ( $p < 0,01$ ) olarak elde edilmiştir. Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0,876 ( $p < 0,01$ ) olarak tespit edilmiştir.<sup>[11]</sup>

Bu çalışma, “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Temel Sağlık Hizmetlerinde Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu”ndan izin alınarak yapılmıştır (17.01.2014/67350377).

Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma, kategorik değişkenlerin tanımlanmasında ise frekans (n) ve yüzde (%) değerleri verilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik varsayımları çarpıklık ve basıklık (Skewness ve Kurtosis) katsayıları, KolmogorovSmirnov testi ve Histogram ile incelenmiştir. Normal dağılım gösteren sürekli değişkenlerin iki düzeyli değişkenlerle karşılaştırılmasında bağımsız örneklerde t test (Independent samples t test) yapılmıştır. Üç veya üzeri düzeyli değişkenlerle

karşılaştırılmasında ise tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA analizinde anlamlı bir bulgunun elde edilmesi durumunda farkın hangi gruplar arasından kaynaklandığını belirlemek için varyans homojenliğine göre Games-Howell ya da Tukey post hoc testi yapılmıştır. İletişim becerileri puanları, yaş ve çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olup olmadığını belirlemek amacıyla da Spearman rho korelasyon analizi yapılmıştır. Bütün analizlerde SPSS.23 programı kullanılmış ve anlamlılık düzeyi olarak  $p < 0,05$  değeri kabul edilmiştir.

## BULGULAR

Araştırmaya yaş aralığı 22 ile 73 arasında değişen (Ortalama=28,42, Standart sapma=4,38) 745 aile hekimi dâhil edilmiştir. Katılımcıların 567’si (%76,1) erkektir ve büyük bir çoğunluğunun çocuğu yoktur ( $n=649$ , %87,1). Medeni durumlarına göre dağılımları incelendiğinde, 486’sı (%65,2) bekâr, 259’u (%34,8) evlidir. Örneklemdeki bütün hekimlerin iletişim becerileri puanları 69 ile 125 arasında değişmekte olup, ortalaması 100,14, standart sapması 8,75, medyanı ise 100,00 olarak bulunmuş olup, genel olarak iletişim becerileri düzeyinin yüksek olduğunu söylemek mümkündür. İletişim becerileri puanlarının bazı sosyodemografik değişkenlerle karşılaştırılması sonucunda elde edilen bulgular Tablo 1’de gösterilmiştir. İletişim becerileri puanları ile yaş ( $r=0,084$ ,  $p=0,023$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken, çalışma süresi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ( $r=0,069$ ,  $p=0,059$ ). Sosyal etkinliklere katılma durumu, günlük yaşamda diğer kişilerle ilişkilerinde güçlük yaşama durumu ve hasta ve aileleriyle iletişim sorunu yaşama durumuna göre iletişim becerileri puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur.

Tablo 2’de gösterildiği gibi hastayla iletişim sorunu yaşama sebeplerini sözlü ve sözsüz iletişimde uyumsuzluğa bağlayan hekimlerin ( $t=-2,564$ ,  $df=743$ ,  $p=0,011$ ), aşırı izin verici tutuma bağlayan hekimlerin ( $t=-3,019$ ,  $df=743$ ,  $p=0,003$ ) ve eksik mesaja bağlayan hekimlerin ( $t=-2,077$ ,  $df=743$ ,  $p=0,038$ ), diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 3’te gösterildiği gibi, hastayla iletişimde hastada olumlu pekiştireç kullanan hekimlerin ( $t=2,482$ ,  $df=743$ ,  $p=0,013$ ), hastaya konuşma olanağı veren hekimlerin ( $t=3,437$ ,  $df=743$ ,  $p=0,001$ ), hastanın duygularını anladığını belirten hekimlerin ( $t=3,838$ ,

**Tablo 1. İletişim becerileri puanlarının bazı sosyo-demografik değişkenlerle karşılaştırılması.**

	Sayı (n)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Maks.)	Analiz
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	178	99,83 ± 7,98	99,50 (69,00-124,00)	t= -,553, df=743 p= ,581
Erkek	567	100,24 ± 8,99	100,00 (71,00-125,00)	
<b>Medeni durum</b>				
Evli	259	100,99 ± 8,88	101,00 (69,00-125,00)	t=1,930, df=743, p=,054
Bekar	486	99,69 ± 8,66	100,00 (71,00-125,00)	
<b>Hobiler</b>				
Evet	707	100,15 ± 8,67	100,00 (69,00-125,00)	t=,084, df=743, p=,933
Hayır	38	100,03 ± 10,35	101,50 (71,00-123,00)	
<b>Sosyal etkilere katılma</b>				
Evet sıklıkla	148	102,95 ± 9,20	102,00 (82,00-125,00)	F(3,741)=12,953, p<,001
Evet zaman zaman	385	100,55 ± 8,40	100,00 (75,00-125,00)	
Nadiren	201	97,32 ± 8,10	97,00 (71,00-125,0)	
Hiçbir zaman	11	99,55 ± 12,37	102,00 (69,00-113,00)	
<b>Ekonomik Durum</b>				
Çok iyi	24	101,42 ± 9,70	101,50 (85,00-121,00)	F(3,741)=1,336, p=,262
İyi	441	100,30 ± 8,33	100,00 (76,00-125,00)	
Orta	267	99,97 ± 9,45	100,00 (69,00-125,00)	
Kötü	13	95,77 ± 4,57	95,00 (89,00-103,00)	
<b>Günlük yaşamda diğer kişilerle ilişkilerde günlük yaşama</b>				
Evet sıklıkla	18	93,94 ± 7,98	94,00 (69,00-103,00)	F(3,741)=35,226, p<,001
Evet zaman zaman	150	96,11 ± 8,56	96,00 (71,00-120,00)	
Nadiren	506	100,52 ± 7,92	100,00 (75,00-125,00)	
Hiçbir zaman	71	107,56 ± 9,44	109,00 (79,00-125,00)	
<b>Hasta ve aileleriyle iletişim sorunu yaşama</b>				
Evet sıklıkla	25	93,94 ± 7,98	95,00 (75,00-125,00)	F(3,741)=19,409, p<,001
Evet zaman zaman	190	96,11 ± 8,56	97,00 (69,00-122,00)	
Nadiren	486	100,52 ± 7,92	101,00 (81,00-125,00)	
Hiçbir zaman	44	107,56 ± 9,44	107,00 (71,00-125,00)	

\*Farkın hangi yanıtlar arasından kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey testi ve Games-Howell testi kullanılarak Post-Hoc analizi yapılmıştır.

df=743, p<0,001), konuşulanları özetleyen hekimlerin (t=2,792, df=743, p=0,005) ve açıklama isteyen hekimlerin (t=2,365, df=743, p=0,018), diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha yüksek olduğu bulunurken, basmakalıp konuşan hekimlerin (t=-3,273, df=743, p=0,001) ve yanlış güvence veren hekimlerin (t=-3,221, df=743, p=0,001) diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Çocuk hastayla iletişimde, çocuk ile iletişim kurmadan direkt ebeveyn ile iletişime geçen hekimlerin (t=-2,689, df=743, p=0,007) diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunurken, çocukla göz göze aynı hizada konuşan hekimlerin (t=2,959, df=743, p=0,003) ve oyunla birlikte çocuktan veri toplayan hekimlerin (t=3,277, df=617,688, p=0,001) diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın, çocuk ile iletişim hâlinde iken ebeveynden de bilgi alan ve çocuğu konuşturmak için vaatlerde bulunan hekimlerde iletişim becerileri puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (p>0,05).

Terminal dönemdeki bir hastayla iletişimde duygularını paylaşması için özendirilen hekimlerin (t=3,435, df=417,832, p=0,001), diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna karşın, kalan günler için kısa hedefli planlar yapan, geçmiş gözden geçirip bugün yapılabilecekleri gözden geçiren, gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğini konuşan, hastalığı hakkındaki soruları geçiştirerek konuyu değiştiren hekimlerde iletişim becerileri puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaşmadığı görülmüştür (p>0,05).

Tablo 4'te gösterildiği gibi, hekimin mahkûm hasta ile karşılaşması durumunda sorun yaşayabileceğini düşünme durumuna göre iletişim becerileri puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur.

Ağlayan hastayla iletişimde huzursuz olan hekimlerin olmayanlara göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunurken (t=-3,482, df=743, p=0,001), ağlaması ya da sorunları konusunda konuşup konuşmama kararını hastaya bırakan hekimlerin

**Tablo 2. "Hastanızla iletişim sorunu yaşıyorsanız sizce sebepleri nelerdir?" sorusuna verilen yanıtlara göre iletişim becerileri puanlarının karşılaştırılması.**

Yanıtlar	Sayı (n)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Maks.)	Analiz
<b>Hastanın isteksizliği</b>				
Evet	280	100,07 ± 8,91	100,00 (69,00 - 125,00)	t=-,180, df=743, p=,857
Hayır	465	100,19 ± 8,67	100,00 (71,00 - 125,00)	
<b>Sözlü ve sözsüz iletişimde uyumsuzluk</b>				
Evet	348	99,27 ± 8,95	99,00 (75,00 - 124,00)	t=-2,564, df=743, p=,011
Hayır	397	100,91 ± 8,51	101,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Yanlış bilgi kullanımı</b>				
Evet	154	99,23 ± 8,81	99,00 (71,00 - 122,00)	t=-1,457, df=743, p=,145
Hayır	591	100,38 ± 8,73	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Aşırı kontrol</b>				
Evet	35	100,03 ± 9,63	99,00 (80,00 - 123,00)	t=-,079, df=743, p=,937
Hayır	710	100,15 ± 8,72	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Aşırı izin verici tutum</b>				
Evet	85	97,46 ± 8,54	97,00 (71,00 - 117,00)	t=-3,019, df=743, p=,003
Hayır	660	100,49 ± 8,73	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Tarafların gerginliği</b>				
Evet	387	99,56 ± 8,20	100,00 (75,00 - 123,00)	t=-1,871, df=714,392, p=,062
Hayır	358	100,77 ± 9,28	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Duyu kaybı</b>				
Evet	88	99,34 ± 8,29	100,00 (75,00 - 117,00)	t=-,914, df=743, p=,361
Hayır	657	100,25 ± 8,81	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Amaca uymayan mesaj</b>				
Evet	104	99,54 ± 8,63	100,00 (75,00 - 121,00)	t=-,758, df=743, p=,449
Hayır	641	100,24 ± 8,78	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Eksik mesaj</b>				
Evet	114	98,58 ± 8,61	99,50 (75,00 - 121,00)	t=-2,077, df=743, p=,038
Hayır	631	100,42 ± 8,76	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Fiziksel ortam</b>				
Evet	113	100,29 ± 9,15	100,00 (75,00 - 125,00)	t=,197, df=743, p=,844
Hayır	632	100,12 ± 8,69	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Dil sorunu</b>				
Evet	285	99,39 ± 8,79	99,00 (69,00 - 124,00)	t=-1,859, df=743, p=,063
Hayır	460	100,61 ± 8,71	100,00 (71,00 - 125,00)	
<b>Diğer</b>				
Evet	106	101,38 ± 9,17	101,00 (77,00 - 125,00)	t=1,570, df=743, p=,117
Hayır	639	99,94 ± 8,67	100,00 (69,00 - 125,00)	

diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (t=2,365, df=743, p=0,018).

Cinsel içerikli konuşma yapan hastayla iletişiminde hastaya kızan hekimlerin diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunurken (t=-2,804, df=743, p=0,05), tolere edebildiği ölçüde uygun davranış biçimi öneren hekimlerin diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (t=2,880, df=743, p=0,004).

Kendisi hakkında kişisel sorular soran hastayla iletişiminde kendisinden söz edemeyeceğini söyleyerek

konuyu hastaya çeviren hekimlerin (t=3,509, df=743, p<0,001), duymazlıktan gelip, konuyu değiştiren hekimlerin (t=-2,852, df=743, p=0,004) ve hastaya kızan hekimlerin (t=-2,970, df=743, p=0,003) diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur.

Sürekli konuşan hastayla iletişiminde bir mazeret uydurup hastadan kurtulmaya çalışan hekimlerin, diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha düşük olduğu bulunurken (t=-3,944, df=743, p<0,001), olabildiğince vakit ayırıp sohbet ortamı yaratan hekimlerin, diğerlerine göre iletişim becerisi puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (t=2,802, df=743, p=0,005).

**Tablo 3. "Hastayla iletişiminizde aşağıdakilerden hangisi/hangilerini kullanıyorsunuz?" sorusuna verilen yanıtlara göre iletişim becerileri puanlarının karşılaştırılması**

Yanıtlar	Sayı (n)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Maks.)	Analiz
<b>Hastada olumlu pekiştirici kullanmak</b>				
Evet	346	100,99 ± 8,45	100,00 (75,00 - 125,00)	t=2,482, df=743, p=.013
Hayır	399	99,40 ± 8,96	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Konuşma olanağı vermek</b>				
Evet	665	100,52 ± 8,59	100,00 (69,00 - 125,00)	t=3,437, df=743, p=.001
Hayır	80	96,99 ± 9,47	97,00 (75,00 - 125,00)	
<b>Duygularını anladığını ifade etmek</b>				
Evet	595	100,75 ± 8,55	100,00 (71,00 - 125,00)	t=3,838, df=743, p<.001
Hayır	150	97,71 ± 9,16	97,50 (69,00 - 125,00)	
<b>Konuşulanları özetlemek</b>				
Evet	372	101,03 ± 8,22	100,00 (76,00 - 125,00)	t=2,792, df=743, p=.005
Hayır	373	99,25 ± 9,18	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Sorguya çekmek</b>				
Evet	22	98,73 ± 10,85	99,50 (75,00 - 122,00)	t=-,769, df=743, p=.442
Hayır	723	100,19 ± 8,69	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Basmakalıp konuşmak</b>				
Evet	10	91,20 ± 6,27	92,00 (78,00 - 100,00)	t=-3,273, df=743, p=.001
Hayır	735	100,26 ± 8,72	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Yorum yapmak</b>				
Evet	227	100,73 ± 9,88	100,00 (75,00 - 125,00)	t=1,123, df=368,458, p=.262
Hayır	518	99,89 ± 8,21	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Açıklama istemek</b>				
Evet	284	10,11 ± 8,28	100,50 (76,00 - 125,00)	t=2,365, df=743, p=.018
Hayır	461	99,55 ± 8,99	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Sürekli nasihat etmek</b>				
Evet	17	93,71 ± 15,00	91,00 (69,00 - 125,00)	t=-1,803, df=16,241, p=.090
Hayır	728	100,29 ± 8,51	100,00 (71,00 - 125,00)	
<b>Öneride bulunmak</b>				
Evet	598	100,42 ± 8,53	100,00 (75,00 - 125,00)	t=1,758, df=743, p=.079
Hayır	147	99,01 ± 9,56	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Yanlış güvence vermek</b>				
Evet	3	84,00 ± 7,81	88,00 (75,00 - 89,00)	t=-3,221, df=743, p=.001
Hayır	742	100,21 ± 8,70	100,00 (69,00 - 125,00)	
<b>Konuyu değiştirmek</b>				
Evet	52	97,94 ± 7,85	97,00 (80,00 - 113,00)	t=-1,882, df=743, p=.060
Hayır	693	100,31 ± 8,80	100,00 (69,00 - 125,00)	

**Tablo 4. "Mahkum hasta ile karşılaşılması durumunda sorun yaşayabileceğinizi düşünüyor musunuz?" sorusuna verilen yanıtlara göre iletişim becerileri puanlarının karşılaştırılması.**

Yanıtlar	Sayı (n)	Ort. ± SS.	Medyan (Min. - Maks.)	Analiz
Evet	71	96,30 ± 9,63	96,00 (75,00 - 125,00)	F(2,742)=14,522, p<0,001
Hayır	350	101,71 ± 8,87	101,00 (69,00 - 125,00)	
Emin değilim	324	99,29 ± 8,05	99,00 (80,00 - 125,00)	

\*Farkın hangi yanıtlar arasından kaynaklandığını belirlemek amacıyla Tukey testi kullanılarak Post-Hoc analizi yapılmıştır.

## TARTIŞMA

Bu araştırmada, 1. aşama aile hekimliği uyum eğitimine katılan hekimlerin İBDÖ puan ortalamalarının yüksek olduğu saptanmıştır (X:100,14). Bu sonuç, hekimlerin iletişim becerileri seviyelerinin çok iyi durumda olduğunu göstermektedir. Çalışmada, hekimlerin büyük

çoğunluğu, sahip oldukları yüksek iletişim becerisine rağmen, hastalar ile iletişim sorunu yaşadıklarını bildirmişler, yalnızca 44 hekim, hasta ile hiçbir zaman iletişim sorunu yaşamadığını belirtmiştir (%5,9). Bu durum sıklıkla hekimin ve hastanın gerginliğinden ve iletişimde uyumsuzluktan kaynaklanmaktadır. Hastalarda sağlık sorunlarından kaynaklanan kaygı ve stres çevrelerine karşı öfkeli davranışlar göstermelerine

neden olabilmekte, bunun yanında hekimlerin iş yüklerinin fazla olması, uzun süreli çalışma, nöbetler gibi yoğun çalışma koşullarına veya hekim kaynaklı nedenlere bağlı olarak gerginlik yaşanabilmekte, zaman zaman hastanın uygun olmayan istekleri ve düşük sağlık okur yazarlığı nedeniyle hekimden beklentilerinin karşılanmaması da hasta hekim iletişiminin bozulmasına veya uyuşmazlıklara neden olmaktadır. Ayrıca sağlık sistemiyle ilişkili bazı sorunlar da hasta-hekim iletişimi üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

Bu çalışmada, aile hekimleri hastalarla iletişim kurmaya yönelik çözüm yöntemlerini, hastaya konuşma olanağı vererek, önerilerde bulunarak ve hastayı anladığını ifade ederek sağlamaktadırlar. Hasta merkezli bir iletişim biçimi olarak da değerlendirilen bu iletişimde hastayı dinleme, hastanın endişelerini yorumlama, hastalığını ve uygulanacak tedaviyi açıklama ve geri bildirimde bulunma önemli bulunmuştur.<sup>[12]</sup> Araştırma sonuçları kötü iletişimin hastalar ve yakınları tarafından yakınmalara yol açan ciddi sonuçlar doğurabildiğini ve hastaları tatminsiz, hayal kırıklığına uğramış, endişeli ve önerilen tedavilere uyum yeteneklerini bozacak kadar etkilediğini, iyi iletişimin ise, hastaların emosyonel durumlarını düzelttiğini, semptomlarını geriletmediğini, fonksiyonlarını düzelttiğini, kan basıncı gibi fizyolojik ölçümlerini düzenlediğini, ağrıları azalttığını ve ilaç kullanım oranlarını düşürdüğünü göstermiştir.<sup>[13]</sup>

Araştırmalara baktığımızda, hekimlerle yapılmış yeterli sayıda çalışma olmadığını görmekteyiz. Karadağ ve ark.'nın 2015'te 178 hekimle yaptıkları bir çalışmada, hekimlerin %81,1'inin etkili bir iletişim becerisine sahip olduğu tespit edilmiştir.<sup>[14]</sup> Benzer şekilde, bu çalışmada da aile hekimlerinin büyük çoğunluğunun yüksek iletişim becerisine sahip olduğu tespit edilmiştir (%80).

Çocuk hastalara yaklaşımda, yetişkinlerden farklı yöntemlerin kullanılması gerekebilmektedir. Çocuktan doğrudan anamnez almak her zaman olası olmadığından ya da yeterli olmadığından araştırmaya katılan hekimler bu tip durumlarda çocuğun ebeveynlerinden bilgi alma, çocuk ile iletişim sırasında aynı hizada konuşarak göz kontağı kurma ve çocuğun ilgisini çeken ve güvenini sağlayan oyun ve benzeri etkinliklerle çocuktan bilgi alma yöntemlerini kullanmaktadırlar.<sup>[15]</sup> Çalışmamızda da aile hekimlerinin %85,1'i, (n=634) "çocuk ile iletişim hâlinde iken ebeveynden bilgi almak" yöntemini kullanmakta, %14,9'u ise (n=111) çocuk ile iletişime geçmeden direkt ebeveynden bilgi almaktadır.

Aile hekimleri, hastalığının terminal döneminde olan, ağlayan, hekime kişisel sorular soran, sürekli konuşan veya cinsel içerikli konuşan, "zor hasta" olarak ta nitelendirilen bu tip hastalar ile karşılaşabilmektedirler. Bu araştırmada, aile hekimleri, kendilerine başvuran zor hastalara yönelik kullandıkları iletişim yöntemlerini en sık, "konuşma süresini sınırlandırarak konuya yoğunlaşmaya çalışmak" şeklinde belirtmişlerdir.

Hasta odaklı sağlık hizmetlerinin, hastaların değer, ihtiyaç ve önceliklerini önemsemek, hastaların tedavi sürecine aktif katılmalarını sağlamak ve hastalar ile hekim arasında etkin iletişimi geliştirmek olmak üzere üç önemli ayağı bulunmaktadır.<sup>[15]</sup> Aile hekimlerinin uygulamalarına bakıldığında, hasta ile iletişim sırasında hasta odaklı sağlık hizmeti verdikleri görülmektedir. Literatürde, hasta odaklı yaklaşımın hasta ile hekim arasında uyumun ve iletişimin artmasında, tedavi planının hazırlanmasında, sağlığın geliştirilmesinde ve hasta memnuniyetinin artmasında, etkili olduğu belirtilmektedir.<sup>[16]</sup> Bu çalışmada da aile hekimlerinin çoğunlukla hastayla iletişimde hasta odaklı yöntemler tercih ettikleri bulunmuştur. Hekim ve hasta arasındaki ideal ilişki için hekimin rahatsızlık yerine hastaya odaklanması, hastayı etkin dinlemesi, saygılı davranması, özen ve empati göstermesi, insancıl ve sorumlu davranması ve merhamet duyması önerilmektedir.<sup>[3]</sup> Hasta memnuniyeti, hastaya ait yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, memleket, kültür, sosyal güvence durumu, gelir durumu, hastalığın tanısı, tedavisi ve hastanede yatış süresi, kişiler arası etkileşim gibi unsurlardan etkilense de; hasta ve hekim arasındaki başarılı ve etkili iletişim; hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesini etkileyen ana faktör olarak belirtilmektedir.<sup>[17]</sup> Sağlık hizmetlerinde yaşanan sorunlar nedeniyle günümüzde malpraktis davaları artış göstermektedir. İletişim, tıbbi hatalar dışında, sağlık hizmetinde de çok temel bir öneme sahiptir. Sağlık ekibinin içerisinde ve hasta ve hasta yakınlarına karşı iletişimin güçlendirildiği kurumlarda, malpraktis davalarının sayısı azalmıştır. Hekimler için iletişim eğitimlerini özendirme ve destekleyici yasal düzenlemeler oluşturmak çok önemlidir.<sup>[12]</sup> İletişim eğitiminde yetersizlik; hekimlerde stres, yetersiz iş doyumunu ve tükenmişliğin ana nedenidir.<sup>[18]</sup> Çalışma evrenimizi oluşturan hekimlerle yapılan bir çalışmada da hekimlerin iş doyumunu orta seviyede çıkmıştır (%79,53).<sup>[19]</sup>

Etkin sağlık hizmeti sunumunda hasta hekim iletişimi ve hastaya yaklaşım şekilleri, tüm yönüyle değerlendirilmeli, tıp fakülteleri ve mezuniyet sonrası

eğitimlerde, iletişim güçlükleri ve etkili iletişim tekniklerine yönelik uygulamalı eğitime eğitim programlarında ağırlık verilmelidir.

## SONUÇLAR

Aile sağlığı merkezlerinde çalışan, aile hekimliği 1. aşama uyum eğitimine katılmış olan hekimlerin iletişim becerileri düzeyini belirlemek ve hastaya yaklaşımlarıyla iletişim becerileri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmada hekimlerin genel olarak İBDÖ puan ortalamaları yüksektir, ancak yüksek İBDÖ puan ortalamalarına rağmen, %94,1'i hastalarla iletişim sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Hekimlerin mevcut iletişim becerileri yüksek olmakla birlikte, mezuniyet öncesinden başlayarak, insan kaynakları, insan psikolojisi, beden dili, iletişim güçlükleri ve etkili ve sağlıklı iletişim tekniklerine yönelik uygulamalı eğitime eğitim programlarında ağırlık verilmesi önerilmektedir.

Aile Hekimliği Disiplini için önemli konular arasında yer alan iletişim becerileri ve hastaya yaklaşımın değerlendirildiği çalışma sayısı azdır, bu alanda yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

**Etik Kurul Onayı:** Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Temel Sağlık Hizmetlerinde Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu'ndan onay alındı (17.01.2014 - 67350377).

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Ethics Committee Approval:** Ministry of Health, Public Health Institution of Turkey approval was obtained (17.01.2014 - 67350377).

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

## KAYNAKÇA

1. Aile Hekiminin Tanımı. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/ailehekimligi/aile-hekiminin-tanimi.html> adresinden 24.02.2021 tarihinde indirilmiştir.
2. Yıldırım Kaptanoğlu A. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde iletişim kavramı ve iletişim becerileri. Aile Sağlığı Merkezi Yönetimi'nde. Ed. Ünlüoğlu İ, Yıldırım Kaptanoğlu A, Özer C. İstanbul, Akademi Yayınevi, 2012;262-76.

3. Göksu NF. Sağlık iletişimi. <http://uzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/saglikiletisimiau226.pdf> adresinden 18/04/2021 tarihinde indirilmiştir.
4. Doğan E, Hıdıroğlu S, Karavuş M. Birinci basamak hekimlerinin hastalarla ilgili karşılaştıkları sorunların değerlendirilmesine yönelik niteliksel bir araştırma. İTPF 2017;8(1):2-10.
5. Fujimori M, Akechi T, Uchitomi Y. Factors associated with patient preferences for communication of bad news. Palliat Support Care 2017;15(3):328-35.
6. Moral RR, de Leonardo CG, Pérez AC, Martínez FC, Martín DM. Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: A qualitative study with academic leaders. BMC Med Educ 2020; 20:41. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-1944-9>.
7. Burt J, Abel G, Elliott MN, et al. The evaluation of physicians' communication skills from multiple perspectives. Ann Fam Med, 2018; 16(4):330-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037531/pdf/0160330.pdf>.
8. Bittner A, Bittner J, Jonietz A, Dybowski C, Harendza S. Translating medical documents improves students' communication skills in simulated physician-patient encounters. BMC Med Educ 2016;16:72. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0594-4>.
9. Çiftetepe Öztürk D, Dağdeviren HN. Hekimlik pratiğinde etkili iletişimin yeri. Euras J Fam Med 2018;7(2):41-6.
10. Bulut S, Arslan Ç, Aynaoglu Hakverdi Ö. Aile Hekimliğine yeni başlamış hekimlerin sigara içme davranışları. Türkiye Klinikleri J HealthSci. 2019;4(3):306-14. <https://doi.org/10.5336/healthsci.2018-64189>.
11. Korkut F. İletişim Becerilerini Değerlendirme Ölçeğinin Geliştirilmesi: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışmaları. Turkpdrdergisi, 1996;(2):18-23.
12. Pilling, J, Erdélyi K. Aspects of communication regarding medical malpractice suits. Orv. Hetil, 2016;157(17): 654-8.
13. Karadağ M, Işık O, Cankul İH, Abuhanoğlu H. Hekim ve hemşirelerin iletişim becerilerinin değerlendirilmesi. Gazi Üniversitesi İİBF Derg, 2015; 17(1): 160-79.
14. Oğuz NY. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. Tıbbi Etik Derg 1995; 3(2-3): 59-65.
15. Çiftçioğlu BA, Ordun G. Hastaların hekimlerin kendileri ile kurdukları iletişimden memnuniyet düzeylerinin ölçümüne yönelik araştırma. Öneri Derg, 2010; (34):109-18.
16. Öztürk Çopur E, Emiroğlu ON. Birey odaklı bakım ve halk sağlığı hemşireliği uygulamalarındaki önemi. Türkiye Klinikleri J PublicHealthNurs-Special Topics 2017;3(2):61-5.
17. Taşçı İ. Hekim hasta ilişkisinin psikolojik boyutları. SPK Derg 2013; 6(2): 25-36 21.
18. Leonard P. Exploring ways to manage health care professional-patient communication issues. Support Care Cancer. 2017; 25 (1):7-9. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3635-6>.
19. Arslan Ç, Aynaoglu Hakverdi Ö, Bulut S. Aile Hekimlerinin iş doyumunu düzeylerinin değerlendirilmesi. Ankara Med J, 2018;(2):155-63.



# COVID-19 Pandemisinde Dezenfektan Kullanımına Bağlı Kontakt Dermatit Olgusu

## A Case of Contact Dermatitis due to Disinfectant Use in COVID-19 Pandemic

İzzet Fidancı<sup>1</sup>, Bilal Bulut<sup>2</sup>, Hilal Aksoy<sup>3</sup>, Duygu Ayhan Başer<sup>4</sup>, Mustafa Cankurtaran<sup>5</sup>

**Atıf/Cite as:** Fidancı İ, Bulut B, Aksoy H, Ayhan Başer D, Cankurtaran M. COVID-19 pandemisinde dezenfektan kullanımına bağlı kontakt dermatit olgusu. Türk Aile Hek Derg. 2022;26(1):25-27.

### ÖZ

İnflamatuvar cilt hastalığı olan egzamanın etiyojisinden sorumlu birçok etken/neden bulunmakta olup, COVID-19 pandemi döneminde el egzaması etiyojinin en sık nedeni dezenfektan kullanımı ile kontakt dermatit olarak karşımıza gelmektedir. Pandemi kısıtlamaları ve bulaş riskinden dolayı sağlık kuruluşlarına başvurulardaki azalmalar egzama gibi deri hastalıkları tedavilerinde de gecikmelere ve dolayısıyla da lezyonlarda büyümeler şeklinde karşımıza gelmesine neden olabilmektedir. Bu makalede, pandemi nedeniyle dezenfektan kullanımına bağlı olarak gelişmiş ve de pandemi kısıtlamaları nedeniyle geç tedavi alabilmiş egzama olgusu sunulmuştur.

**Anahtar kelimeler:** COVID-19, pandemi, egzama, kontakt dermatit, dezenfektan

### ABSTRACT

There are many factors/causes responsible for the etiology of eczema, which is an inflammatory skin disease, and the most common cause of hand eczema etiology in the COVID-19 pandemic period is contact dermatitis with the use of disinfectants. Due to the restrictions of pandemics and the risk of transmission, the decrease in applications to health institutions may cause delays in the treatment of skin diseases such as eczema and thus, growth in lesions. In this case report, a case of eczema that developed due to the use of disinfectants due to the pandemic and was treated late due to pandemic restrictions is presented.

**Keywords:** COVID-19, pandemic, eczema, contact dermatitis, disinfectant

**Received/Geliş:** 18.05.2021

**Accepted/Kabul:** 10.03.2022

**Publication date:** 31.03.2022

**Corresponding Author:**

**İ. Fidancı**

**ORCID:** 0000-0001-9848-8697

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

✉ izzetfidanci@gmail.com

**B. Bulut**

**ORCID:** 0000-0003-0006-316X

VM Medical Park Mersin Hastanesi,

Dermatoloji Kliniği, Mersin, Türkiye

**H. Aksoy**

**ORCID:** 0000-0002-3330-9317

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

**D. Ayhan Başer**

**ORCID:** 0000-0002-5153-2184

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Ankara, Türkiye

**M. Cankurtaran**

**ORCID:** 0000-0002-8213-7515

Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

İç Hastalıkları Anabilim Dalı,

Geriatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

## GİRİŞ

Egzama, derinin inflamatuvar bir hastalığı olup, etiyojisinden sorumlu birçok etken/neden bulunmaktadır. El egzaması sıklıkla görülen çeşidi olup, tipik klinik belirtileri kızarıklık, ciltte infiltrasyon, pullanma, ödem, veziküller, hiperkeratoz alanları, fissürler ve ülserleşmelerdir. Özellikle el egzaması daha çok meslek hastalığı olarak alerjen teması ile kontakt dermatit şeklinde karşımıza gelebilmekte olup, 1.000 işçi başına yılda 0,7-1,5 olgu arasında görülmektedir.<sup>[1]</sup>

Pandemi döneminde yalnızca aile hekimlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, kişisel koruyucu ekipman olarak en fazla sağlanan ürünlerden olan el dezenfektanı kullanımı günde 10'dan fazla olan hekimlerin sıklığı %31,3 olarak bulunmuştur.<sup>[2]</sup> Bununla birlikte, COVID-19 pandemi döneminde dezenfektan kullanımının riskli meslek gruplarında artmasının yanında tüm popülasyonda kullanımında belirgin bir artış meydana gelmiştir. Bu makalemizde, COVID-19 pandemi döneminde aşırı dezenfektan kullanımına bağlı oluşmuş ve pandemi kısıtlamaları nedeniyle tanı ve tedavide gecikmeler yaşamış hastanın bu sürecinin tartışılması amaçlanmıştır.

## OLGU

Elinde kaşıntı ve lezyonlar nedeniyle aile hekimliği polikliniğimize başvuran 71 yaşındaki erkek hastanın anamnezi alınarak fizik muayenesi yapıldı ve laboratuvar tetkikleri istendi. Kronik hastalıkları ve ilaç kullanımları da mevcut olup, hastanın elindeki lezyonların pandemiden sonra dezenfektan kullanımı ile çıktığı ve buna rağmen dezenfektan kullanımına devam ettiği öğrenildi.

Yaklaşık 20 yıldır koroner arter hastalığı ve hiperlipidemisi, yaklaşık 10 yıldır tip-2 diabetes mellitus ve benign prostat hiperplazisi olduğu öğrenilen hastanın kullandığı ilaçların; Karvedilol

(1x12,5mg), Amlodipin (1x5mg), Klopidoğrel (1x75mg), Rosuvastatin (1x10mg), Linagliptin (1x5mg) ve Pantoprazol (1x40mg) olduğu öğrenildi.

Hastanın fizik muayenesinde ve elindeki lezyonlar değerlendirildiğinde, veziküller hiperkeratoz alanlar ve fissürlerin olduğu görüldü (Şekil 1-a). Lezyonların yaklaşık 1 yıl önce dezenfektan kullanımı ile küçük alanlarda çıkmaya başladığı öğrenildi. Hastanın kullandığı dezenfektan; denatüre etil alkol, izopropil alkol, gliserin, PEG-6 caprylic/capric gliserid, tokoferol içermekte idi. Bu süre zarfında 1 kez aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaya Kalsipotriol + Betametazon (50mcg + 500mcg) başlanıldığı ve o dönemde lezyonları söndürmeye yeterli olduğunu ancak sonrasında dezenfektan kullanımını da kesmeyen hastanın lezyonlarının gerilemediği öğrenildi. Hastanın tüm laboratuvar tetkikleri normal bulundu.

Lezyonları gerilemeyen ve kaşıntıları geçmeyen hasta, aile hekimliği polikliniğimize yine başvurdu. Hastanın aile hekimliğince dezenfektan kullanımının sonlandırılması ve uygun dezenfektan kullanımı hakkında bilgi verildiği öğrenildi. Hastanın bu bilgilendirmelere rağmen dezenfektan kullanımına devam ettiği öğrenildi. Hastanın, lezyonların genişliği ve dezenfektan kullanımına devam etmesinden kaynaklı steroid kullanımına yanıtızlığı nedenleri ile dermatoloji bölümüne konsülte edildi. El egzaması tanısıyla Triticum Vulgare + Etilenglikol Monofenilether (6g + 0,4g), Betametazon + Gentamisin (0,5mg + 1mg) ve beyaz vazelin USP (%100) başlanan hastanın lezyonlarının düzenli topikal ajanların kullanımıyla yaklaşık 1 haftada sonlandığı gözlemlendi (Şekil 1-b).

## TARTIŞMA

El egzaması daha çok belirli meslek gruplarında yapılan iş ve elin maruz kaldığı kimyasallar nedeniyle görülmektedir. Ancak, pandemi döneminde hem bulaş anksiyetesi hem hijyen gerekliliği nedeniyle



Şekil 1. Hastanın el lezyonlarının görüntüsü (a-tedavi öncesi, b-tedavi sonrası).

dezenfektan kullanımında artış görülmektedir. Dezenfektan kullanımında alerjen maruziyeti nedeniyle tüm popülasyonda kontakt dermatit görülme sıklığında artış görülmektedir.

COVID-19 pandemisi nedeniyle zorunlu kısıtlamalar uygulanmaya başlanmış olup, global anksiyete ve korkuya neden olmuştur. Pandemi kısıtlamaları ve bulaş riski korkusu nedeniyle insanlarda davranış değişiklikleri meydana gelmesi sonucunda bu durum özellikle sağlık hizmetlerine başvurulardaki azalmalara, hastalık tanı/ tedavileri ve kronik hastalık takiplerinde aksamalara yol açmıştır.<sup>[3,4]</sup> Olgumuzda da hastanın pandemi nedeniyle sağlık hizmetlerine ulaşımının gecikmesi tedavinin de gecikmesine neden olmuştur.

Dezenfektan kullanımı, pandemi döneminde belirgin oranda artmıştır. Çeşitli çalışmalarda, dezenfektan kullanımının, el yıkamanın önüne geçtiği gösterilmiştir. Dezenfektan sağlanmasındaki artış yalnızca belirli meslek gruplarında değil, tüm popülasyonlarda görülmüştür.<sup>[2-6]</sup> Olgumuzda, hasta pandemi döneminde ilk defa egzama lezyonları ile tanışmıştır. Sonrasında da dezenfektan kullanımında kısıtlama ya da aile hekimliğince uygun dezenfektan kullanımı bilgisi verilmesine rağmen uygun kullanım yoluna gitmemiştir. Dolayısıyla da bu durum lezyon alanlarının genişlemesine neden olmuştur. Unutulmamalıdır ki kontakt dermatitte ilk yapılması gereken alerjenle teması kesmektir. Temas ne kadar geç ortadan kaldırılacak olursa olgumuzda da görüldüğü gibi lezyonların iyileşmesi o kadar uzun zaman alacaktır. Bunun yanında, topluma verilecek doğru hijyen yöntemlerinin öneminin de bu olguda yine vurgulanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Kontakt dermatit hastalarında steroid dirençli olabilmekte olup, Çakar ve ark.'nın olgu sunumunda da klasik tedavilerin işe yaramadığı durumlarda hastaya bütüncül yaklaşım gerekebildiği belirtilmiştir.<sup>[7]</sup> Olgumuzda da ilk tedavide verilen Betametazon Topikal uygulaması lezyonu geriletmiş, ancak hastanın dezenfektan kullanımına devam etmesi nedeniyle sonrasında bir etkisi olmamıştır. Bu durum steroid direncinden çok bize kontakt dermatit etkenin ortadan kaldırılmamasından lezyonun sebat ettiğini düşündürmektedir. Ayrıca, hastanın yeterli bilgilendirilmesinin yapılmaması ve önerilen kontrollere gitmemesi etkili olabilmektedir.

Bu olgu sunumunda; COVID-19 pandemi döneminde dezenfektan kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan kontakt dermatit ve pandemi nedeniyle geç tanı ve

tedavi alan hastayı sunarak bu dönemin zorluklarını ve sağlık sisteminin devamlılığının önemini vurgulamak istedik.

## SONUÇ

Pandemi döneminde sağlık hizmetlerinde aksamalar ve kısıtlamalar ile bulaş korkusu nedeniyle davranış değişiklikleri meydana gelebilmekte, bu nedenlerle hastaların tanı almaları ve dolayısıyla da tedavileri gecikebilmektedir. Cilt lezyonları gibi bu dönemlerde daha az önemsenebilecek rahatsızlıkların tanı ve tedavilerinde gecikmelerin olmaması için sağlık hizmetlerinin devamlılığı ve hastaların ulaşımında kolaylıklar sağlanması yoluna gidilmesi için çalışılmalıdır. Bütüncül yaklaşım ve sağlık hizmetinde süreklilik ilkeleri ile birinci basamak sağlık hizmetleri bu konuda çok önemli bir yere sahiptir.

**Çıkar Çatışması:** Yoktur.

**Finansal Destek:** Yoktur.

**Hasta Onamı:** Alındı.

**Conflict of Interest:** None.

**Funding:** None.

**Informed Consent:** Receipt.

## KAYNAKÇA

1. Coenraads PJ. Hand eczema. N Engl J Med 2012; 367:1829-37.
2. Üçer H, Kaya E, Erdoğan A. Aile Hekimlerinin COVID-19 Pandemi Döneminde Kişisel Koruyucu Önlem Alma Davranışları. Sakarya Tıp Dergisi 2021; 11(2): 221-30.
3. Ekiz T, İliman E, Dönmez E. Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle COVID-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2020; 6(1): 139-54.
4. Erdoğan Y, Koçoğlu F, Sevim C. COVID-19 pandemisi sürecinde anksiyete ile umutsuzluk düzeylerinin psikososyal ve demografik değişkenlere göre incelenmesi. Klinik Psikiyatri Dergisi 2020;23 (Ek 1): 24-37.
5. Güven H. COVID-19 pandemik krizi sürecinde e-ticarette meydana gelen değişimler. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi 2020; 7(5): 251-68.
6. Kalkan Uğurlu Y, Durgun H, Nemetlu E, Kurd O. COVID-19 salgını sırasında Türk toplumunun sosyal el yıkama bilgi ve tutumunun değerlendirilmesi. J Contemp Med 2020; 10(4): 617-24.
7. Çakar N, Bilgin M, Tamam Y, Nazlıkul H. Kortizon uygulamasına dirençli el egzama tedavisinde düzenleyici yöntemler: olgu sunumu. Bilimsel Tamamlayıcı Tıp Regülasyon ve Nöral Terapi Dergisi 2019; 13(2): 36-9.