



TC
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI



İNTÖRN HEKİM

EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA RAPORLARI



Çanakkale – 2022
ÇOMÜ YAYINLARI
YAYIN No:154
e-ISBN:978-625-8278-20-0

TC
ÇANAKKALE
ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

İNTÖRN HEKİM
EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA RAPORLARI

Editörler
Prof. Dr. Gamze Çan
Prof. Dr. Coşkun Bakar
Prof. Dr. Sibel Oymak
Öğr. Gör. Dr. Seher Palanbek Yavaş

Araştırma Danışmanları

Arş.Gör.Dr. Hakan Kartal
Arş.Gör.Dr. Süleyman Konuş
Arş.Gör.Dr. Berna Sert
Arş.Gör.Dr. Mustafa Şefik Yıldırım
Arş.Gör.Dr. Sait Demirkaya
Arş.Gör.Dr. Mustafa Hazim İnel

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
YAYINLARI – YAYIN NO: 154
e-ISBN: 978-625-8278-20-0

Çanakkale – 2022

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI

YAYIN NO:154

e-ISBN: 978-625-8278-20-0

İNTÖRN HEKİM EPİDEMİYOLOJİK ARAŞTIRMA RAPORLARI

Kapak Tasarım: Coşkun Bakar

Ön kapak resim:

https://www.freepik.com/free-vector/people-analyzing-growth-charts-illustrated_12643942.htm#query=statistics&from_query=biostatistics&position=4&from_view=search&track=sph

Arka kapak resim:

https://www.freepik.com/free-vector/people-analyzing-growth-charts_12643932.htm#query=statistics&from_query=biostatistics&position=29&from_view=search&track=sph

Bu kitabın yayın hakları Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalına aittir. Elektronik ortamda yayımlandığı için kaynak göstermek şartıyla kullanılabilir.

SUNUŞ

"Halk Sağlığı" artan dünya nüfusu, hızlı kentleşme, endüstrileşme ve gçler, doğal kaynakların kontrolsüz bir şekilde kullanılması ve bunun sonucunda ortaya çıkan zararlı etkenlerin belirlenmesi, tüm canlıların sağlığını kontrol etmek ve zararlı bileşenlerin en aza indirilmesi amacıyla gerekli önlemlerin alınmasını hedefleyen seri uygulamaları kapsamaktadır.

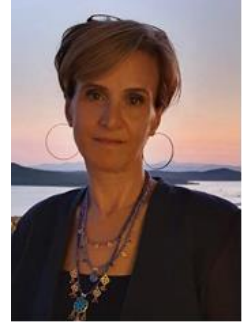
İşte bu kapsamda Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalımız, mezuniyet öncesi tıp eğitiminde intörn araştırmalarını kitap haline getirerek anlamlı bir çalışmaya imza atmışlardır. İntörn araştırmalarında; temel sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar, çevre sağlığı ve iş sağlığı gibi konular ele alınarak Fakültemizin tıp eğitimine de katkıda bulunmuşlardır. Bu araştırmalara danışmanlık yapan Halk Sağlığı Anabilim Dalı ğretim üyelerine ve danışmanlarına teşekkür ederim.

23.11.2022, Çanakkale

Prof. Dr. Muammer KARAAYVAZ
Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanı

ÖNSÖZ

Prof. Dr. Gamze ÇAN
ANABİLİM DALI BAŞKANI



“Araştırmacılık, herkesin daha önce gördüklerini görüp bunlardan kimsenin düşünmediklerini bulup çıkarmaktır.”

Albert Szent Gyorgyi

Bilim insanı hekimler yetiştirmek üzere staj programımızda kendimize çizdiğimiz bilimsel okuryazarlık hedefi doğrultusunda geriye dönüp baktığımızda öğrencilerimizle ne kadar çok yol aldığımızı gördük. Bunları sadece biz görmeyelim görünür hale de getirelim istedik. Bu amaçla 2022 yılı içinde araştırma görevlisi ve sorumlu öğretim üyelerinin rehberliğinde anabilim dalımızda staj yapan öğrencilerin ortaya çıkardığı araştırma makalelerini yayınlama kararı aldık.

Bu kitap öğrencilerimizin daha sonra kendi özgeçmişlerinde kullanabilecekleri bir kaynak olmak üzere yerini alacaktır. Bazı araştırma makalelerinin yeniden düzenlenerek bilimsel dergilere yayın olduğunu, birçoğunun da bu potansiyeli taşıdığını görmekteyiz.

Bu eserin ortaya çıkmasında emeği geçen anabilim dalı öğretim üyelerimiz Prof. Dr. Coşkun Bakar, Prof. Dr. Sibel Oymak ve Öğr.Gör.Dr.Seher Palanbel Yavaş başta olmak üzere anabilim dalımız araştırma görevlileri Dr Hakan Kartal, Dr Mustafa Şefik Yıldırım, Dr Süleyman Konuş, Dr Berna Sert, Dr Sait Demirkaya ve Dr.Mustafa Hazım İnel'e teşekkürlerimi bir borç bilirim.

Birlikte daha güzel çalışmalara.....

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|------------|
| SUNUŞ | 3 |
| ÖNSÖZ | 4 |
| İÇİNDEKİLER | 5 |
| ARALIK-OCAK GRUBUNUN MAKALELERİ | 8 |
| Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Kariyer Planlama Süreci ve | 9 |
| Değişimine Etki Eden Faktörler | 9 |
| İntern Hekimlerde Beyin Göçüne Yönelik Tutum ve Davranışların İncelenmesi* | 20 |
| Tıp Fakültesi Okuyan Erkek Öğrencilerde Dönemlere Göre Androjenetik Alopesi Sıklığı ve Stresle İlişkisi | 32 |
| Tıp Fakültesi Eğitim Sürecinin Sigara Kullanımına Etkisi | 46 |
| ŞUBAT-MART GRUBUNUN MAKALELERİ | 58 |
| Altın Yıllar Yaşam Merkezine Gelen Yaşlılarda Düşme Durumu ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi* | 59 |
| Altın Yıllar Yaşam Merkezinde 65 Yaş Üstü Kişilerin Kısa Akıl Muayenesi Puanları Ve İlgili Faktörlerin Değerlendirilmesi* | 70 |
| Bir Yaşlı Sosyalleşme Merkezine Başvuranlarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Olabilecek Faktörler* | 80 |
| MART-NİSAN GRUBUNUN MAKALELERİ | 93 |
| Çanakkale Altınyıllar Yaşam Merkezine Başvuranlarda Pandemi Süresince COVID-19 Korku, Bireysel Dayanıklılık Düzeyi ve İlişkili Olabilecek Etmenler* | 94 |
| Çanakkale’de COVID-19 Pandemisinden Etkilenen Esnafın Bireysel Dayanıklılık Açısından İncelenmesi* | 104 |
| HAZİRAN-TEMMUZ GRUBUNUN MAKALELERİ | 114 |
| ÇOMÜ Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Memnuniyeti ve Yeterlilik Algıları | 115 |
| Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri’nden 2021 Yılında Hizmet Alan ve Halen Yaşayan Hastaların İncelenmesi | 129 |
| TEMMUZ-AĞUSTOS GRUBUNUN MAKALELERİ | 137 |
| Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş Altı Kişilerin | 138 |
| Kronik Hastalıklarının Değerlendirilmesi: Çanakkale İli Örneği | 138 |
| Çanakkale’de 2021 Yılında Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş Üstü Kişilerin | 147 |
| Kronik Hastalıklarının İncelenmesi | 147 |
| Çanakkale İlinde 2021 Yılında Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin | 155 |

| | |
|--|------------|
| Temel Demografik Özellikleri | 155 |
| Çanakkale İlinde Evde Sağlık Hizmeti Alıp Yardımcı Araç Kullanan Bireylerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi | 165 |
| EYLÜL-EKİM GRUBUNUN MAKALELERİ | 175 |
| Vardiyalı Çalışma Sisteminin İtern Doktorlar Üzerindeki Tükenmişlik ve Uyku Hijyeni Durumlarına Olan Etkisi..... | 176 |
| Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Anksiyetenin Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi..... | 186 |
| EKİM-KASIM GRUBUNUN MAKALELERİ | 197 |
| Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastenesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarda Dijital Ebeveynlik Tutumununun Ölçülmesi..... | 198 |
| Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastenesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Görüşlerine Göre Çocuklarının Oyun Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi | 210 |

ARAŞTIRMALARI YÜRÜTEN İNTÖRN HEKİMLER – 2022

| ARALIK-OCAK | ŞUBAT-MART | NİSAN-MAYIS |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| İnt.Dr.Huriye Elif KILIÇARSLAN | İnt.Dr.Kadir POYRAZ | İnt.Dr.Furkan YAVUZ |
| İnt.Dr.Damla Ece ERDOĞAN | İnt.Dr.Baran BOZYEL | İnt.Dr.Nermin AFACAN |
| İnt.Dr.Zahide Ahsen BAYRAKTAR | İnt.Dr.Nigar MEHMET | İnt.Dr.İlker CİVELEK |
| İnt.Dr.Müesser Aleyna UÇAN | İnt.Dr.Nur TEKİN | İnt.Dr.Muhammed Nasih ÖZALP |
| İnt.Dr.Canan AKNİL | İnt.Dr. Shiva BARADARIJOMEHRİ | İnt.Dr.Enes Malik KOCATÜRK |
| İnt.Dr.Anılcan ÖLMEZ | İnt.Dr.Tuğçe Elif ERUÇAR | İnt.Dr.Emel Aral |
| İnt.Dr.Ahmet Arda UZUN | İnt.Dr.Aynur Pekmez | İnt.Dr.Halit Açıcı |
| İnt.Dr.İzel ŞENTÜRK | İnt.Dr.Tarık Saltık | İnt.Dr.İrem Dağtekin |
| İnt.Dr.İrem BAŞKURT | İnt.Dr.Merve Kaynak | İnt.Dr.Melikcan Ayтуğ |
| İnt.Dr.Saliha BARİN | İnt.Dr.Hakan Gültekin | İnt.Dr.Merve Nur Turhan |
| İnt.Dr.Sena NASIF | İnt.Dr.İrem Yalçın | İnt.Dr.Sena Bulan |
| İnt.Dr.Nida Nur Arslan | İnt.Dr.İlbey Temiz | |
| İnt.Dr.Saifullah Mangal | İnt.Dr.Abdullah Aziz SEVER | |
| İnt.Dr.Oruç Nurettin Birdal | İnt.Dr.Burak EKÜTEKİN | |
| İnt.Dr.Nazlıcan Kaynar | İnt.Dr.Mahmut HAŞİMOĞLU | |
| İnt.Dr.Feyza Mut | İnt.Dr.Mehmet Enes ŞENKAL | |
| İnt.Dr.Selahi KONAK | İnt.Dr.Oğuzhan KAYA | |
| İnt.Dr.Reyhan Aslan | İnt.Dr.Şevval Sezen DEDEOĞLU | |
| İnt.Dr.Sertaç Sezgin | | |
| İnt.Dr.Elif Bildi | | |
| İnt.Dr.Melike Uslu | | |
| İnt.Dr.Simge Cibros | | |

| HAZİRAN-TEMMUZ | TEMMUZ-AĞUSTOS | EYLÜL-EKİM | EKİM-KASIM |
|-----------------------------|----------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| İnt.Dr.Burak EFE | İnt.Dr.Akın Hakan Topuz | İnt.Dr.Gizem ASLAN | İnt.Dr.Egemen ERDURAN |
| İnt.Dr.Ece Nur Akyumuk | İnt.Dr.Semanur Efe | İnt.Dr.Yasin ÖZTÜRK | İnt.Dr.Veynel ÇÖL |
| İnt.Dr.Bengisu Şerbetçioğlu | İnt.Dr.Sebahat Selen Muti | İnt.Dr.Büşra AKYOLLU | İnt.Dr.Şahan ÖZZENGİN |
| İnt.Dr.Fatih Demirçak | İnt.Dr.Harun Çıtlak | İnt.Dr.Mesut SALÇUK | İnt.Dr.Rüya Merve ONUK |
| İnt.Dr.Ömer Faruk Akçay | İnt.Dr.Cihan Özcanat | İnt.Dr.Sevgi ÖZEV | İnt.Dr.Bengisu DEPECİK |
| İnt.Dr.Büşra Aran | İnt.Dr.Beyza Alan | İnt.Dr.Gökhan Mert AZİRET | İnt.Dr.Neslihan ADIGÜZEL |
| İnt.Dr.Recep YILMAZ | İnt.Dr.Esra Çetin | İnt.Dr.Bilge Nur TÜRELİK | İnt.Dr.Oğuzhan ÖZKAN |
| İnt.Dr.Alper BOZKURT | İnt.Dr.Hüseyin Oğuz Ergün | İnt.Dr.İlayda KÜÇÜK | İnt.Dr.Özüm Öykü TÜRKMEN |
| İnt.Dr.Abdullah TAŞLIBAYIR | İnt.Dr.Server Erkam Arslan | İnt.Dr.Burcu DAĞLIOĞULLARI | İnt.Dr.Rümeysa Nur TAŞDEMİR |
| İnt.Dr.Onur YEGİN | İnt.Dr.Onurhan Arslan | İnt.Dr.Gözde ÇALIK | İnt.Dr.Selin ÇATALKAYA |
| İnt.Dr.Umut TAŞKIN | İnt.Dr.Feyza ÖZGÜR | İnt.Dr.Sefa ÖMÜR | İnt.Dr.Sertaç KABİL |
| | İnt.Dr.Mehmetcan TURGUT | | İnt.Dr.Bengisu DADAK |
| | İnt.Dr.Mehmet YALÇIN | | |
| | İnt.Dr.Ahmed ADWAN | | |
| | İnt.Dr.Nazan Büşra SUBAŞ | | |
| | İnt.Dr.Sait Nur DEMİR | | |
| | İnt.Dr.Ozan Civan AKAL | | |
| | İnt.Dr.Alaattin ÇİVİ | | |
| | İnt.Dr.Aybüke AYDİKTİ | | |
| | İnt.Dr.Sinem SEFER | | |
| | İnt.Dr.Büşra SUBAŞI | | |

ARALIK-OCAK GRUBUNUN MAKALELERİ

**Tıp Fakóltesi Öğrencilerinin Kariyer Planlama Süreci ve
Değişimine Etki Eden Faktörler**

**Huriye Elif KILIÇARSLAN, Damla Ece ERDOĞAN, Zahide Ahsen BAYRAKTAR, Müesser Aleyna
UÇAN, Canan AKNİL, Anılcan ÖLMEZ**

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Süleyman KONUŞ**

Özet

Giriş ve Amaç: Tıp Fakültesi öğrencileri mezun olduktan hemen sonra hekimlik mesleğine başlamaktadırlar. Bu zaman diliminde uygun branşın seçilmemiş olması; hekimlerin motivasyon kaybına, işgücü verimsizliğine, bunların sonucunda da istifalarına yol açabilmektedir. Çalışmamızın amacı mezuniyet sonrası kariyer tercihlerini ve etkileyen faktörlerin araştırılması bunun sonucunda ise kariyer planlaması için bir eğitim projesi hazırlanmasıdır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi tüm sınıf öğrencileri olan 853 kişi oluşturmaktadır. Araştırmaya 270 kişi katılmıştır. Araştırmanın verileri Google Forms üzerinden yapılan anket çalışmasıyla toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcılar sınıflara göre 1-3. ve 4-6. sınıflar olarak gruplandırıldığında, pratisyen hekim olarak çalışma olanakları bilinirliği ($p=0,0009$) olarak hesaplanmıştır, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Katılımcılar sınıflara göre 1-3. sınıf ve 4-6. sınıf olarak gruplandırıldığında, 1-3. sınıfların cerrahi tıp branşı seçme yüzdesi 37,3; 4-6. sınıfların yüzdesi 25,8 olarak saptanmıştır. ($p=0.01$) olarak hesaplanmıştır, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir.

Sonuç: Tıp Fakültesi öğrenimi boyunca, mezuniyet sonrası kariyer planlaması eğitiminin yetersiz yapılması sonucunda, öğrenciler tıpta uzmanlık hedeflerine bölüme duyduğu ilgiden daha çok kişisel deneyimlerle karar vermektedirler. Bu durumun, ileride sağlık hizmetlerinin sunumunda bazı istenmeyen sonuçlara neden olabileceği öngörülmektedir. Cerrahi bölüm kontenjanlarının tıpta uzmanlık sınavında boş kalması, yakın bir gelecekte yeni yetişen cerrahların olmamasına; aynı zamanda ilgisi cerrahi bölüm seçme yönünde olup, dış faktörlerle başka bir uzmanlık alanına yönelmiş kişilerin de kariyerler hedeflerine tam ulaşamamasına neden olacağını düşündürmektedir.

Anahtar kelimeler: Tıp Fakültesi, Pratisyen Hekimlik, Uzman Hekimlik, Tıpta Uzmanlık Sınavı, Kariyer Planlama

GİRİŞ VE AMAÇ

Kişinin hayatındaki en önemli aşamalardan biri olan meslek seçimi, kişinin kendine bedensel, ruhsal, sosyal ve maddi yönden uygun gördüğü mesleğe yönelmesidir. Kariyer, meslek seçimi sonrasında başlanan iş hayatında ulaşılmak istenen nokta ve bu noktaya ulaşma yönünde sarf edilen çabaların toplamıdır. Kariyer planlaması ise iş hayatında hedeflenen nokta için en uygun yolun belirlenmesi sürecidir.

Hekimlik mesleği, üniversitelerin tıp fakültelerinde verilen altı yıllık tıp eğitimi sonrası alınan "Tıp Doktoru" unvanı sonucu icra edilebilen meslektir (1). "Tıp Doktoru" unvanını alan hekimler; profesyonel yaşamlarına bu unvanla ülkemizde devam edebilecekleri gibi yurtdışında da devam edebilirler veya akademik kariyer, uzmanlık eğitimi, doktora (PhD) programları sınavlarına girerek üst ihtisas, çift anadal programları, yan dal uzmanlıkları, sağlıkta AR-GE araştırmacılığı gibi olanaklar ile kariyerlerine devam edebilirler (2,3).

Ülkemizde hekimler, kariyer planlaması eğitiminin yeterli olmaması dolayısıyla kariyer seçeneklerinden haberdar olmamaktadır (3) ve genellikle ilk olarak sağlık hizmetinde bulunacakları iki seçenek olan; pratisyen hekimlik ve tıpta uzmanlık bölümlerinde bulunmaktadır. Hekimlerin sahada sundukları hizmet ise koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler olarak 3 temel başlıkta sunulur. Bu bağlamda pratisyen ve uzman hekimler olarak mesleklerini icra ederler (4).

Hekimler yeni mezun olduğu dönemde, uzmanlık sınavına girerek, gelecekları hakkında önemli kararlar vermektedirler. 2007-2013 yılları arasındaki tercihleri inceleyen bir çalışmada yataklı hizmeti olan, cerrahi hizmet sunan, hasta ile sık karşılaşan branşların daha az tercih edildiği ifade edilmiştir. (4). Bir üniversite hastanesinde yapılan çalışmada asistanların %85'inin isteyerek o bölüme geldiği, %59,6'sının ise o güne kadar en az bir kez istifa etmeyi düşündüğü ifade edilmektedir (5).

Bu aşamada uygun branşın seçilmemiş olması; hekimlerin motivasyon kaybına, işgücü verimsizliğine, bunların sonucunda da hekimin istifasına yol açabilmektedir. Tıp fakültesi öğrencileri, kariyer planlamalarını staj yaptığı zaman diliminde biçiminde şekillendirmekte ve öğrenim süreci boyunca kariyer planlaması hususunda yeterli ek bir eğitim almamaktadırlar. Bu durum hekimlerin tercih ettikleri bölümü tamamlamadan ayrılmaları, o güne kadar hem eğitimi veren kişiler ve kurumların hem de hekimin zaman ve emek kaybına neden olmaktadır (4).

Çalışmamızın kısa vadeli amacı; Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin mezuniyet sonrası kariyer tercihlerini ve tercihlerini etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır.

Uzun vadeli amacı ise kariyer planlaması için bir eğitim planlanarak geliştirilip, tıp fakültesi öğrencileri için bu eğitimin verilmesine ve öğrencilerin kendilerine uygun kariyer seçeneklerini öğrenerek seçim yapmalarına yardımcı olabilecek projelere katkıda bulunabilmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesi:

Bu araştırmanın evrenini Çanakkale'nin Merkez ilçesinde olan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi tüm sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın evrenini 853 kişi oluşturmaktadır.

$$N = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$
 Formülüne göre minimum örneklem büyüklüğü 266 olarak hesaplanmıştır. (N=853, n=266, p= %50 d=%5, t=%95, q= [1-p] olarak alınmıştır.).

Araştırmaya 270 kişi katılmıştır. Katılımcılar olasılıksız örneklem yöntemlerinden olan gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırma tipi

Bu araştırma tıp fakültesi öğrencilerinin buldukları dönemlerin mezuniyet sonrası kariyer planlaması üzerine etkilerini inceleyen kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın veri kaynakları

Bu araştırmada veri kaynağı olarak anket formu kullanılmıştır. Bu anket, tarafımızca belirlenen tıp fakültesi öğrencilerinin sosyodemografik özelliklerini inceleyen 3, kariyer planlamalarını sorgulayan 7, toplamda 10 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar

Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı stajındaki ön hekimler ve araştırma üyeleri tarafından 19.01.2022-28.01.2022 tarihleri arasında anket formu uygulanmıştır. Anket formları Google Forms üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır. Araştırmaya anket formunu kabul eden tıp fakültesi öğrencileri dahil edilmiştir. Anket formunun öncesinde bilgilendirme yapılmış ve onay istenmiştir.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi, istatistiksel analiz

Araştırmanın verileri Google Forms üzerinden toplandıktan sonra Excel formatına daha sonra da SPSS 28.0 paket programına aktarılmıştır. Veri kontrolü ve analizler bu program üzerinde yapılmıştır. Tanımlayıcı değişkenlerin yorumlanmasında yüzdeler kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Ki-Kare testi kullanılmıştır. Ki-kare testi için Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezinin (CDC) Epi-Info istatistik paket programı kullanılmıştır (http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm) İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Finansman:

Bu araştırma yapılırken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan gruplar 1-6. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinden oluşmaktadır. Google Forms üzerinden düzenlenen anketimize 270 kişi katılmıştır.

Katılımcıların %54,1'i kadın, %45,9'u erkektir. Çalışmaya katılanların %15,2'si dönem 1, %17,4'ü dönem 2, %20'si dönem 3, %14,1 dönem 4, %14,4 dönem 5, %18,9 dönem 6 öğrencisidir. Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerden 1. derece akrabasında doktor bulunmayanlar %93,7, bulunanlar ise %6,7'dir. **(Tablo 1)**

Katılımcıların tıp fakültesini tercih etme nedeni sorgulandığında %40,2'si hayalindeki meslek, %21,7'si ekonomik özgürlük elde etmek, %18,3'ü yaptığı puanı değerlendirmek istemesi, %12,5'i aile isteği, %7,1'i toplumdaki saygınlık elde etmek olarak cevap vermiştir. **(Şekil 1)**

Tıpta uzmanlıkta dâhili tıp branşlarını tercih etmeyi düşünen öğrenciler %55,6, cerrahi tıp branşlarını tercih etmeyi düşünen öğrenciler %31,9, temel tıp branşlarını tercih etmeyi düşünen öğrenciler %8,1, tıpta uzmanlık düşünmeyenler ise %4,4 bulunmuştur. Cinsiyetlerine göre sınıflandırıldığında uzmanlıkta dâhili, cerrahi veya temel tıp bilimi seçimlerinde ($p=0,650$) istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. **(Tablo 2)**

Katılımcılar sınıflara göre 1-3. sınıf ve 4-6. sınıf olarak gruplandırıldığında, 1-3. sınıfların cerrahi tıp branşı seçme yüzdesi 37,3, 4-6. sınıfların yüzdesi 25,8 olarak saptanmıştır. **(p=0.01)** olarak hesaplanmıştır, istatistiksel olarak anlamlı fark tespit edilmiştir. **(Tablo 3)**

Katılımcılar sınıflara göre 1-3. ve 4-6. sınıflar olarak gruplandırıldığında, pratisyen hekim olarak çalışma olanakları bilinirliği **(p=0,0009)** olarak hesaplanmıştır, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. **(Tablo 4)**

Çalışmaya katılan birinci sınıf öğrencilerinin tıpta uzmanlıkta seçmek istedikleri ilk üç branş sırasıyla %36,5 ile Psikiyatri, %26,8 ile Kalp ve Damar Cerrahisi, %24,3 ile Plastik Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi olmuştur. **(Şekil 2)**

Çalışmaya katılan altıncı sınıf öğrencilerinin tıpta uzmanlıkta seçmek istedikleri ilk üç branş sırasıyla %29,4 ile Aile Hekimliği, %23,5 ile Acil Tıp, %23,5 ile Kardiyoloji olmuştur. **(Şekil 3)**

Çalışmaya katılan birinci sınıf öğrencilerinden %26,8'i tıpta uzmanlıkta Kalp ve Damar Cerrahisi seçmek isterken, altıncı sınıf öğrencileri %0,0 ile hiç tercih etmemiştir. **(Şekil 2,3)**

Çalışmadaki birinci sınıf öğrencilerine kıyasla altıncı sınıf öğrencilerine bakıldığında Kalp ve Damar Cerrahisi, Beyin ve Sinir Cerrahisi, Göğüs Cerrahisi gibi cerrahi bölümlerin tıpta uzmanlıkta istenilme sayıları düşüş göstermiştir. **(Şekil 4)**

TARTIŞMA

Öğrencilerin öğrenimleri boyunca, mezuniyet sonrası kariyer planlamalarını değiştirmesi doğaldır. Fakat bu değişim kendi ilgi alanlarını bulmaları yönünde değil de dış faktörlere bağlı kalırsa, gelecekte hem kendileri açısından hem de mesleki açıdan büyük zorluklara neden olabilir. Hayatlarının büyük bölümünü geçirecekleri iş ortamlarında mutlu ve dolayısıyla kariyerlerinde başarılı olabilmeleri için kariyer planlaması gereklidir. Mezuniyet sonrası, pratisyen hekim olarak devam etmek veya uzman hekim olmak için asistanlık yapmak gibi kariyer hedefleri belirlenmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğu (%46,7) daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak kariyerlerini uzman hekim olarak devam etmek istediklerini belirtmişlerdir (7,8).

Tıp fakültesi tercih etme sebebi sorulduğunda ilk iki cevap sırasıyla hayalimdeki meslek(%40,2) , ekonomik özgürlük (%21,7) olarak cevap verilmiştir. Uzmanlık seçiminde hangi faktörler etkili olduğu sorulduğunda ilk iki cevap sırasıyla bölüme ilgi duymak (%78,5), maaş durumu(%70) olarak cevap verilmiştir. Tıp fakültesini seçme motivasyonu ile uzmanlık seçme faktörleri ilişkili bulunmuştur.

Önceki çalışmaların aksine, üniversitemizde yapılan bu çalışmada kadın ve erkek öğrencilerin Cerrahi, Temel ve Dâhili Tıp Bilimleri seçimleri arasında anlamlı fark bulunamamıştır (4). Bu durum, kadın öğrencilerin Cerrahi Tıp Bilimlerine önyargılı yaklaşmadıklarını, düşünsel anlamda cinsiyet eşitliğinin sağlanmış olduğunu ve eğitim sırasında cinsiyet ayrımı yapılmadığına dair olumlu işaretlerdir.

Aynı seçimi sınıflar arasında karşılaştırdığımızda prelinik sınıflar (1-3.sınıflar) Cerrahi Tıp Bilimleri seçimini klinik sınıflara(4-6.sınıflar) göre anlamlı olarak daha fazla seçmişlerdir. Prelinik sınıfların; nöbet yoğunluğu, uzun çalışma saatleri ve kıdem ilişkisi gibi faktörleri cerrahi stajları almadan tecrübe edemedikleri için cerrahi seçme oranlarının daha fazla olduğunu düşündürmektedir. Bu bulgular eşliğinde stajlarda cerrahi bölümleri deneyimlemiş, asistanlık sürecinde olan diğer kişilerle fikir alışverişi yapmış öğrenciler, muhtemelen tıp fakültesine başlamadan önce istediği cerrahi bölümlerden vazgeçmiş, başka bölümlere yönlenmişlerdir.

Pratisyenlikte çalışma olanakları bilinirliği sorgulandığında, klinik sınıfların prelinik sınıflara oranla bu konu hakkında daha fazla bilgi sahibi olduğu saptanmıştır. Tıp fakültesine başlarken

mezuniyet sonrası kariyer olanaklarını bilmeyen öğrenciler, son senelere yaklaştığında kafa karışıklığı, hedeflerine odaklanamama, yeni öğrendiği alanlara hemen yönelerek yanlış kararlar verme gibi bir çok durumla karşı karşıya gelmektedirler.

Çalışmamızda birinci sınıfların uzmanlıkta istediği ilk üç branş sırasıyla Psikiyatri, Kalp ve Damar Cerrahisi, Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi olurken; altıncı sınıflarda sırasıyla Aile Hekimliği, Acil Tıp, Kardiyoloji olmuştur. Birinci sınıflarda ikinci sırada seçilmek istenen Kalp ve Damar Cerrahisi uzmanlığını, altıncı sınıflarda seçen öğrenci olmamıştır. Bu bulgular eşliğinde öğrenciler kendi ilgi alanları olan uzmanlık bölümlerini tercih etmeyi bırakıp yerine daha az çalışma süresi ve şartları daha rahat olan uzmanlık alanlarını tercih ettiği düşünülmüştür. Daha önce yapılan çalışmalar ve Tıpta Uzmanlık Sınavında bu bölümlerin yıllara göre puan düşüşü çalışmamızı doğrular nitelikte olmuştur (9).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Preklinik sınıflardan klinik sınıflara doğru gidildikçe tıp fakültesi öğrencilerinin cerrahiden temel/dahili bilimlere yönelmesinde stajları alırken şahit olunan cerrahilerdeki mobbing, komplikasyon ve stres oranları, malpraktis davaları, nöbet sayıları ve 36 saati aşan mesai sürelerine karşın alınan düşük maaşlar gibi faktörler etkili olmaktadır.

Asistan hekimlerin özellikle ülkemizde 36 saati aşan nöbet süreleri buna karşın maaşlarına dahil edilmeyen nöbetleri ve hasta/ hasta yakınlarından gördükleri şiddet bölüm seçimi ve istifa oranlarını etkilemektedir (5). Bu durum birçok hekimin tekrar tıpta uzmanlık sınavına girmesine, devam etmeyecekleri bölümlerde gereksiz emek harcıyıp vakit kaybetmesine neden olmaktadır.

Bununla beraber tıp fakültesi öğreniminde mezuniyet sonrası kariyer seçenekleri bilinirliği son sınıflara doğru artsa da yeterli sayıya ulaşamamıştır.

Tıp fakültesinde okuyan öğrencilerin özellikle intörn hekimlerin akademik planlarını bireysel tecrübeleriyle yaptıkları çalışmamızda açıkça ortaya konmuştur. Akademik planlama yapmanın tek başına öğrencinin tecrübelerine bırakılmaması, iyi bir kariyer planlamasıyla öğrencilerin kişisel ilgi alanı olan bölümlere yönlendirilmeleri önemlidir. Bu yönlendirmeyi yapamamak, ileride sağlık hizmetleri sunumunda yaşanacak sıkıntıları da beraberinde getireceğini düşündürmektedir.

Cerrahi bölüm kontenjanlarının tıpta uzmanlık sınavında boş kalması, yakın bir gelecekte yeni yetişen cerrahların olmamasına; aynı zamanda ilgisi cerrahi bölüm seçme yönünde olup, dış faktörlerle başka bir uzmanlık alanına yönelmiş kişilerin de kariyerler hedeflerine tam ulaşamamasına neden olacağını düşündürmektedir (10).

Çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular sonucunda, ders saatleri dışında kariyer planlama eğitimlerine yer verilmesi, öğrencilerin akademik planlamanın daha uygun bir şekilde yapılmasını sağlayabilir ve ileride beklenen sağlık hizmeti sunumunda yaşanacak sıkıntıların azalmasına da katkı sağlayabilir.

KAYNAKLAR

- 1) Cansever, İ. H., Metin, A., Kişi, M., Tıp Öğrencilerinin Tıpta Uzmanlık Tercihlerini Etkileyen Faktörler Üzerine Sistemik Derleme, Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi, 2020, 15/27
- 2) Açıkgöz, B., Ekemen, A., Zorlu, I., Aslan Yüksel, N., Ayoğlu, F. N., Tıp Öğrencilerinde Uzmanlaşma Eğilimi, Uzmanlık Alan Seçimi ve Etkileyen Faktörler, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilim Dergisi, 2019; 12(1):113-125
- 3) Tengiz, F. İ., Babaoğlu, A. B., Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kariyer Tercihleri Ve Bu Tercihleri Etkileyen Faktörler, SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 2020:27(1):67-78

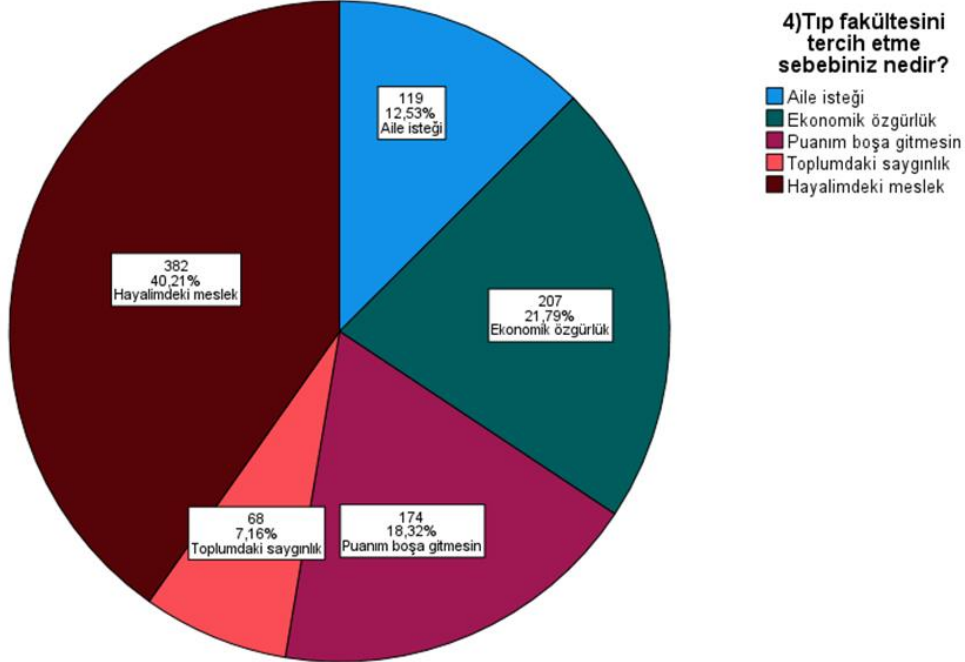
- 4) Balcı Yapalak, A. N., Uçar, A., Yüce, S., Ataç, Tıpta Uzmanlık Seçimi Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi, İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi, 2021;84(1):120-9
- 5) Yaşayanca Ö, Bulut YE, Usta İ, Çıtıl R, Eğri M. Araştırma görevlilerinin yaşam biçimleri ve şiddete maruz kalma durumları. Gaziosmanpaşa Tıp Dergisi 2015;7(1):46-61.
- 6) CDC . open Epi. Erişim adresi: http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm Erişim tarihi: 31.01.2022
- 7) Çan G, Kapucu M, Türk H. Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesinden mezun olacak öğrencilerin gelecek kaygıları
- 8) Aynacı Y. Hekimlerde defansif (çekinik) tıp uygulamalarının araştırılması (tıpta uzmanlık tezi). Günaydın İG, Konya: Selçuk Üniversitesi 2008.
- 9) Öztürk N, Gençtürk M, Hekimlerin Branş Tercihlerinin Trend Analizi Yöntemiyle İncelenmesi, Social Sciences Studies Journal, 2018; Vol:4, Issue:19, ISSN:2587-1587
- 10) ÖSYM . Erişim adresi: <https://dokuman.osym.gov.tr/pdfdokuman/2021/TUSDONEM2/TERCIH/minmaxgnyb21102021.pdf> Erişim tarihi: 03.02.2022

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo 1. İncelenenlerin Temel Tanımlayıcı Özelliklerinin dağılımı, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---|------------|------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 146 | 54,1 |
| Erkek | 124 | 45,9 |
| Sınıf | | |
| 1.Sınıf | 41 | 15,2 |
| 2.Sınıf | 47 | 17,4 |
| 3.Sınıf | 54 | 20,0 |
| 4.Sınıf | 38 | 14,1 |
| 5.Sınıf | 39 | 14,4 |
| 6.Sınıf | 51 | 18,9 |
| Aile | | |
| 1.Derece Akrabalarında Doktor Bulunmayanlar | 252 | 93,3 |
| 1.Derece Akrabalarında Doktor Bulunanlar | 18 | 6,7 |
| Toplam | 270 | 100 |

Yüzde (%): Sütun Yüzdesidir.



Şekil 1. Öğrencilerin Tıp Fakültesini Tercih Etme Motivasyonları Dağılımları,2022, Çanakkale

Tablo 2. İncelenenlerin cinsiyetlerine göre uzmanlıkta alan seçimlerinin dağılımı, 2022, Çanakkale

| | | Dâhili Tıp Bilimi | Cerrahi Tıp Bilimi | Temel Tıp Bilimi | Uzmanlık Düşünmüyorum | Toplam |
|---------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|--------------|
| Erkek | Sayı (n) | 66 | 39 | 12 | 7 | 124 |
| | Yüzde (%) | 53,2 | 31,5 | 9,7 | 5,6 | 100,0 |
| Kadın | Sayı (n) | 84 | 47 | 10 | 5 | 146 |
| | Yüzde (%) | 57,5 | 32,2 | 6,8 | 3,4 | 100,0 |
| Toplam | Sayı (n) | 150 | 86 | 22 | 12 | 270 |
| | Yüzde (%) | 55,6 | 31,9 | 8,1 | 4,4 | 100,0 |
| p | | 0,650 | | | | |

p: Ki-Kare testi

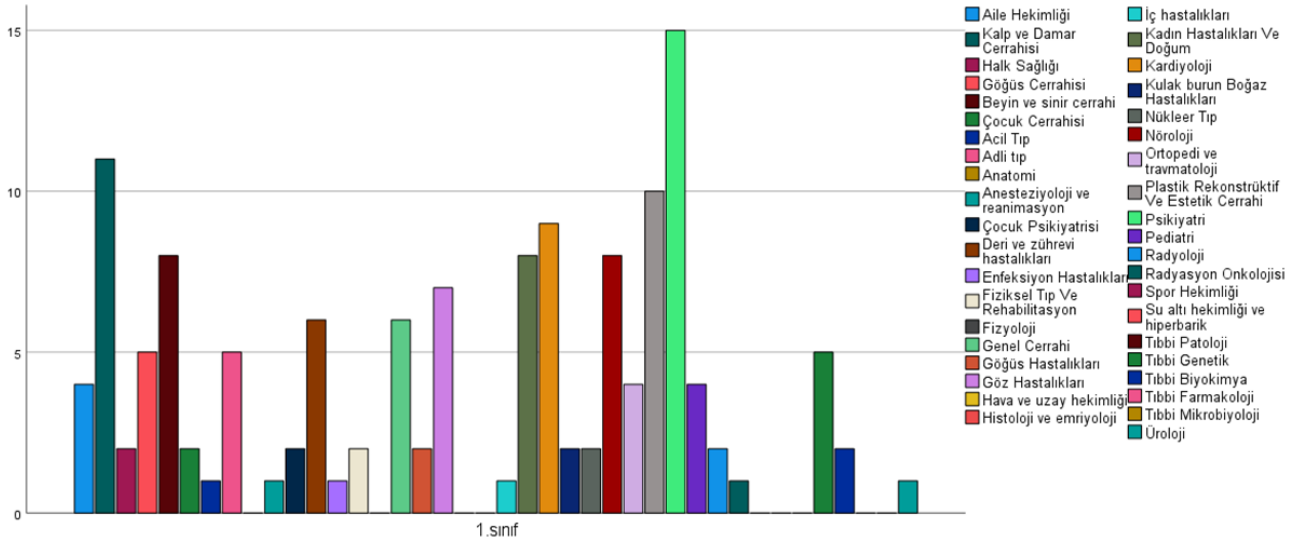
Tablo 3. İncelenenlerin sınıflara göre uzmanlıkta alan seçimi, 2022, Çanakkale

| | | Dâhili Tıp Bilimi | Cerrahi Tıp Bilimi | Temel Tıp Bilimi | Uzmanlık düşünmüyorum | Toplam |
|-------------------|------------------|-------------------|--------------------|------------------|-----------------------|--------------|
| 1-3. Sınıf | Sayı (n) | 66 | 53 | 14 | 9 | 142 |
| | Yüzde (%) | 46,5 | 37,3 | 9,9 | 6,3 | 100,0 |
| 4-6. Sınıf | Sayı (n) | 84 | 33 | 8 | 3 | 128 |
| | Yüzde (%) | 65,6 | 25,8 | 6,3 | 2,3 | 100,0 |
| Toplam | Sayı (n) | 150 | 86 | 22 | 12 | 270 |
| | Yüzde (%) | 55,6 | 31,9 | 8,1 | 4,4 | 100,0 |
| p | | 0,01 | | | | |

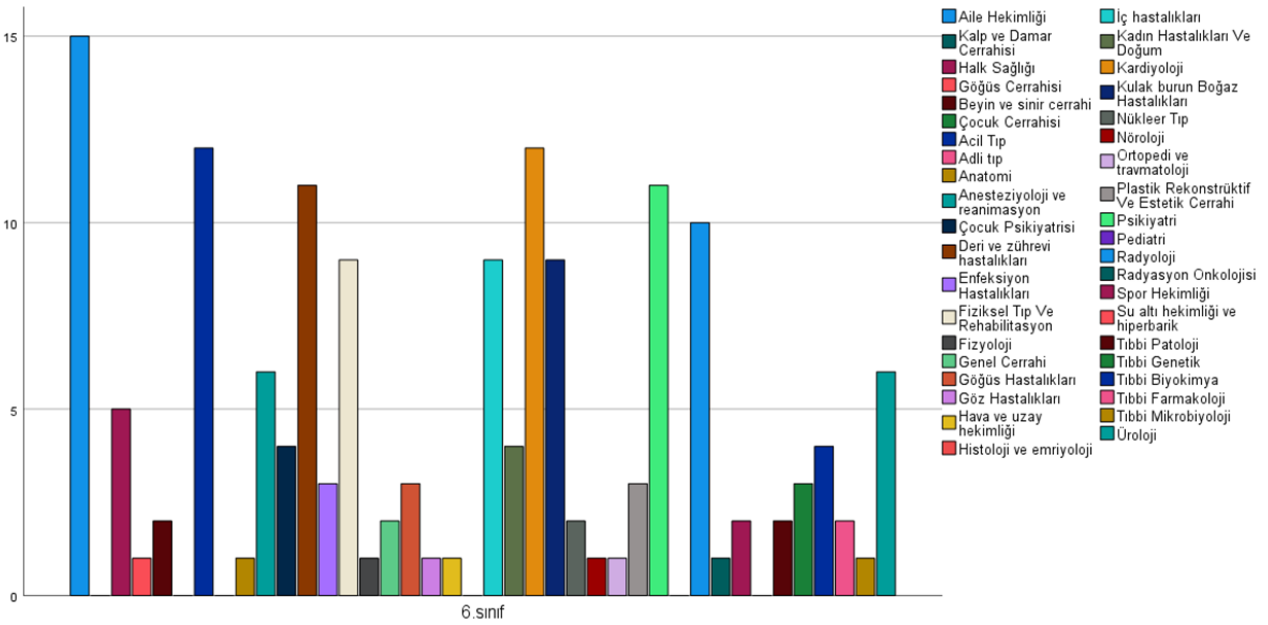
p: Ki-Kare testi

Tablo 4. İncelenenlerin sınıflarına göre pratisyen hekimlik çalışma olanakları bilinirliği, 2022, Çanakkale

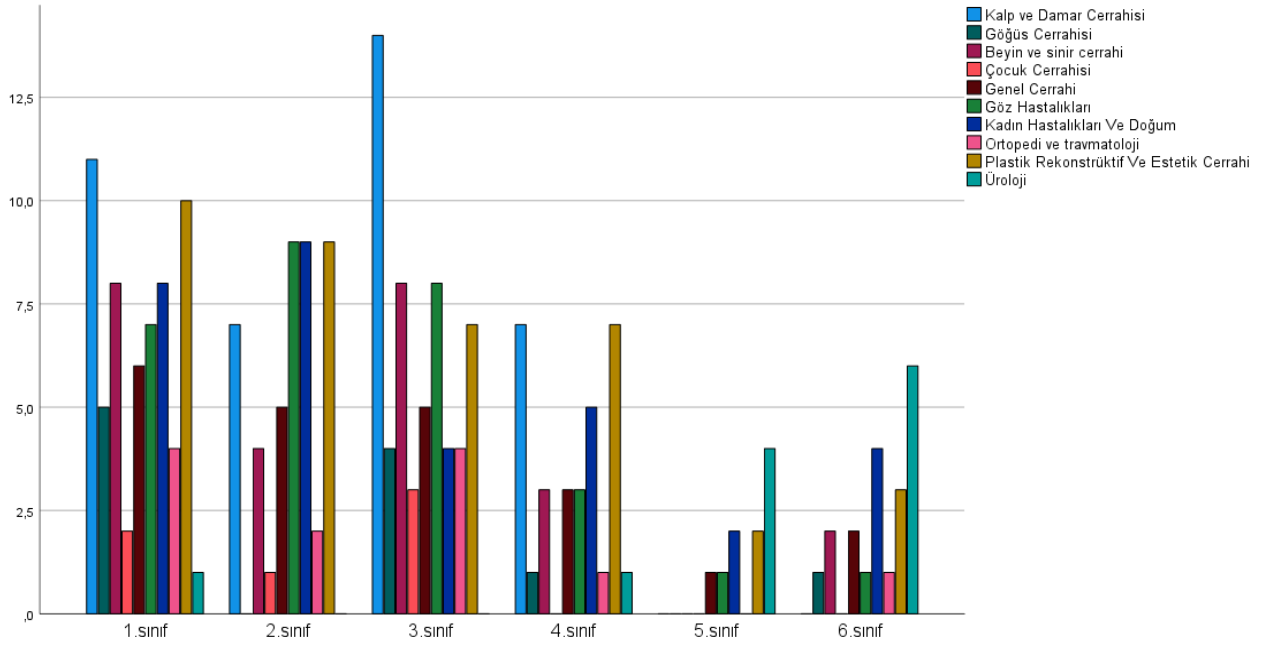
| | | Acil Hekimliği | Aile Hekimliği | 112 Hekimliği | 112 Komuta Merkez Hekimliği | Toplum Sağlığı Merkezi Hekimliği | Evde Sağlık Hekimliği | Verem Savaş Dispanseri Hekimliği | İşyeri Hekimliği |
|-------------------|-----------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|--|---|----------------------------------|---|-----------------------------|
| 1-3. sınıf | Sayı (n) | 125 | 112 | 109 | 79 | 113 | 81 | 69 | 80 |
| | Yüzde (%) | 18,1 | 16,2 | 15,8 | 11,4 | 16,4 | 11,8 | 10,0 | 11,6 |
| 4-6. sınıf | Sayı (n) | 124 | 91 | 66 | 36 | 60 | 49 | 29 | 41 |
| | Yüzde (%) | 25,00 | 18,3 | 13,3 | 7,2 | 12,1 | 9,9 | 5,8 | 8,2 |
| Toplam | Sayı (n) | 249 | 223 | 175 | 115 | 173 | 130 | 98 | 121 |
| | Yüzde (%) | 43,1 | 33,6 | 29,1 | 18,6 | 28,5 | 21,5 | 15,8 | 19,8 |
| p | | 0,0009 | | | | | | | |



Şekil 2. İncelenen birinci sınıfların uzmanlık seçimi dağılımları, 2022, Çanakkale



Şekil 3. İncelenen altıncı sınıfların uzmanlık seçimi dağılımları, 2022, Çanakkale



Şekil 4. İncelenenlerin sınıflara göre Cerrahi Tıp Bilimi uzmanlık alanları seçim dağılımı ,2022, Çanakkale

İntern Hekimlerde Beyin Göçüne Yönelik Tutum ve Davranışların İncelenmesi*

Ahmet Arda UZUN, İzel ŞENTÜRK, İrem BAŞKURT, Saliha BARİN, Sena NASIF

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT**

*Bu araştırma konusunda, daha geniş bir örneklem ile başka bir çalışma yapılmış ve makale olarak yayımlanmak üzere bilimsel bir dergiye iletilmiştir.

ÖZET

Amaç: Yaptığımız araştırmada gelişmekte olan ülkeler sınıfındaki ülkemizde, eğitim gören tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin beyin göçüne eğilimlerini görmeyi ve beyin göçüne yönelik tutumlarını incelemeyi amaçladık. Kısa vadeli amaçlarımız, tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yurt dışında çalışma isteği, planları ve sebeplerinin sorgulanıp değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Türkiye'deki tüm tıp fakültelerindeki intern hekimlerin beyin göçüne yönelik tutumunu belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmaya 33 tıp fakültesinden 112 intern hekim katıldı. Çalışmamıza katılan gönüllü intern hekimlere 17 tanımlayıcı sorudan oluşan anket formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği(BUÖ), Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği(BGYTÖ) uygulandı. Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeğinde artan puan göç etme eğiliminin arttığını gösterir. Beck Umutsuzluk Ölçeğindeki artan puanda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılmaktadır.

Bulgular: Dil eğitimi alıyor olan katılımcıların almıyor olan katılımcılara göre BUÖ puan medyanı düşük, BGYTÖ puanları medyanı yüksektir. TUS'a girmeyi planlayan katılımcıların TUS'a girmeyi planlamayan katılımcılara göre BUÖ puanı medyanı yüksek, BGYTÖ puan medyanı düşük bulunmuştur. Beck Umutsuzluk Ölçeğinin faktörleri olan gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut faktörü medyan puanları arasında TUS'a girmeyi planlayan katılımcılar lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Araştırma sonucuna göre intern hekimlerin %82,1'i ileride yurtdışında çalışmak istemektedir. Yurtdışında çalışmak isteyen intern hekimlerin %81.1'i klinik eğitim döneminde bu kararı vermiştir. Buna yönelik katılımcılar bir dil eğitimi almakta ya da ileride almak istemektedirler. Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut faktörü intern hekimlerin bu kararı vermelerinde etkili olmuştur.

Sonuç ve Öneriler: Sonuçlarımız doğrultusunda ülkemizde sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ayrıntılı olarak incelenmelidir. Tıp fakültesi öğrencilerinde yurtdışına göçe eğilimin sebeplerinin ayrıntılandırıldığı yeni çalışmalar yapılmalı, bu sebeplerin düzeltilmesi için tarafların da fikirlerinin alınacağı çalıştaylar ile çözümler geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Beyin göçü, yurtdışına göç, intern hekim, sağlık çalışanı, kariyer planı

GİRİŞ

Günümüzde sık sık duyduğumuz beyin göçü terimi, insan kaynaklarının uluslararası göçünü belirtmektedir ve özellikle de yüksek eğitilmiş bireylerin gelişmiş ülkelere göçünü tanımlamaktadır. Bu terim halk arasında özellikle bilim insanları, sağlık çalışanları, mühendisler ve diğer nitelikli, üniversite mezunu kişilerin göçünü tanımlamak için kullanılır (1).

Ülkelerin gelişmişlik düzeyleri gayrisafi yurtiçi hasıla, gayrisafi milli gelir, milli gelirden kişi başı düşen yıllık gelir gibi ölçütler kullanılarak, ekonomik gelişmişlik, yaşam kalitesi, ileri teknolojik altyapı gibi standartlarla sınıflandırılır (2). Gelişmekte olan ülkelerde, nitelikli insan kaynakları gelişmiş ülkelere göre daha az bulunur ve bu insan kaynaklarının beyin göçünün, gelişmekte olan bir ülkenin ekonomik kalkınmasına olumsuz etkileri bulunmaktadır (3).

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne göre, eğitilmiş sağlık personellerinin beyin göçü de geçtiğimiz yıllarda oldukça artmıştır. Buna ek olarak yarattığı sosyal ve ekonomik etkilerle oldukça dikkat çeken bir konu haline gelmiştir (4).

Beyin göçünün sebeplerini incelemek istersek altta yatan birçok neden olmakla birlikte, birbirine bağlantının ve iletişimin arttığı bir dünya ve globalizasyon bu süreçleri hızlandırmaktadır (5). Sağlık çalışanlarının göç etme sebeplerine dönecek olursak, göç nedenlerini küresel ve bireysel olarak ana iki başlıkta sınıflandırmak mümkündür. Buna ek olarak, bireyleri gelişmiş ülkelere göç etmek üzere çekici veya buldukları ülkeden ayrılma konusunda itici faktörler şeklinde de sınıflandırılmalar bulunmaktadır. Sağlık çalışanlarının ülkelerinde ücret beklentilerinin karşılanmaması, iş yükünün ağır olması, kaynak yetersizliği, eğitim olanaklarının sınırlılığı gibi durumlar itici faktörlere örnek verilebilecekken, kariyer fırsatları, daha yüksek ücret, ileri eğitim olanakları gibi durumlar da beyin göçü için çekici faktörlere örnek verilebilir (6).

Sağlık çalışanlarında beyin göçü konusu özellikle önemlidir çünkü günümüzde tüm dünya çapındaki sağlık çalışanlarının dağılımı sağlık hizmetlerine ihtiyacı karşılayacak şekilde değildir. Özellikle sağlık çalışanlarına en çok ihtiyaç olan yerlerde en az sayıda sağlık çalışanı bulunmaktadır. Bu sebepten dolayı sadece fakir ülkelerde değil, gelişmekte olan ülkelerde de beyin göçünün de etkileriyle artan sağlık hizmeti talebinin karşılanmasında zorluk yaşanıldığı ya da yaşanacağı DSÖ tarafından öngörülmektedir (7).

Türkiye'de son zamanlarda hem medyada yer alan hem de yazarların yakın çevresinde gözlemlediği hekimlerin yurtdışında çalışma isteklerini bilimsel bir temele oturmak için bu çalışmayı yapmaktayız. Bir türk hekimin yurtdışında çalışabilmek için Türk Tabipler Birliğinden (TTB) iyi hal belgesi alması gerekmektedir. TTB'den bilgi edinme kanunu kapsamında alınan yayımlanmamış verilere göre 2012 yılında verilen iyi hal belgesi sayısı 59 iken; 2018'de 802, 2019'da 1047, 2020'de 931 ve 2021'de 1405 hekim iyi hal belgesi almıştır.

Bu bilgiler ışığında, bu araştırmada gelişmekte olan ülkeler sınıfındaki ülkemizde eğitim gören tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin beyin göçüne eğilimlerini görmeyi ve beyin göçüne yönelik tutumlarını incelemeyi amaçladık. Kısa vadede, belirtilenlere ek olarak tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde yurt dışında çalışma isteği, planları ve sebeplerinin sorgulanması ve bunların değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu araştırmadaki uzun vadeli amacımız ise, ülkemizdeki sağlık çalışanlarının beyin göçüne yatkınlığına dair farkındalık yaratmak ve kanun yapıcılar tarafından hekimlerin beyin göçünü azaltacak ve tersine beyin göçü oluşturacak politikaları üretmeleri konusunda yardımcı olmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi:

Bu araştırma kesitsel tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

Çalışma grubu:

Türkiye'deki tüm tıp fakültelerindeki intern hekimlerin beyin göçüne yönelik tutumunu belirlemek amacıyla planlanan bu çalışmaya 33 tıp fakültesinden 112 intern hekim katıldı.

Araştırma verileri:

Çalışmamıza katılan gönüllü intern hekimlere 17 tanımlayıcı sorudan oluşan anket formu, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği 17.01.2022-24.01.2022 tarihleri arasında uygulandı. Anket uygulanmasından önce intern hekimlerden onam alındı.

Anket formu: Tanımlayıcı bilgilerin yer aldığı formda intern hekimlerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, hangi tıp fakültesinde okudukları, kaçınıcı sınıfta oldukları, hastanede çalışırken şiddete maruz kalıp kalmadığı, yabancı dil bilip bilmediği, daha önce yurt dışında bulunup bulunmadığı, TUS'a girmeyi planlayıp planlamadığı ve ileride girmeyi planladığı yurtdışı uzmanlık sınavının olup olmadığına ilişkin bilgiler yer almıştır.

Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği: Ölçek Öncü, Selvi ve arkadaşları (2018) tarafından geliştirilmiş olup 16 maddeden oluşmaktadır, 2 madde ters kodlama şeklindedir. Ölçek 12 madde çekici faktör, 4 madde itici faktör olarak tek boyutlu iki bileşenli yapıdadır.

Ölçekte her bir madde Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum şeklinde 5li likert tipindedir. Ölçekten en düşük 16, en yüksek 80 puan alınabilir.

Ölçekte artan puan göç etme eğiliminin arttığını gösterir.

Becks Umutsuzluk Ölçeği: Ölçek A.T. Beck, D.Lester ve L.Trexler (1974) tarafından geliştirilmiş, çeviri ve geçerlilik çalışmaları Seber ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dr. Gülten Seber, Dr. Nesrin Dilbaz, Dr. Cem Kaptanoğlu ve Dr. Durmuş Tekin tarafından yürütülmüştür. 20 maddeden oluşan ölçekte her bir madde evet veya hayır olarak yanıtlandırılır. Maddelerin 11 tanesinde evet seçeneği, 9 tanesinde hayır seçeneği 1 puan alır. Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler ölçen 5 madde, motivasyon kaybı ölçen 8 madde, umut ölçen 7 madde olmak üzere ölçek 3 faktörü ölçer. Ölçekte En düşük 0, en yüksek 20 puan alınabilir. Ölçekteki artan puanda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi halk sağlığı stajında bulunan intern hekimler tarafından hazırlanan anket çevrimiçi olarak Google Forms ile uygulandı. Katılımcılara sosyal medya üzerinden ulaşıldı.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve istatistiksel analiz: xls dosya formatında Google'dan elde edilen verilen IBM SPSS 19.0 ile analiz edildi. Tanımlayıcı istatistikler, sıklık, yüzde, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve ki-kare testleri kullanıldı. P anlamlılık düzeyi sınırı <0,05 olarak alındı.

BULGULAR

Çalışmaya 33 tıp fakültesinden 118 kişi katılmıştır. 6 kişi intern hekim olmadığı için çalışmadan çıkartılmıştır. Katılımcıların %64,3'ü (n=72) kadın, %35,7'si (n=40) erkektir. Yaş ortalaması 23,81(±1,143); Katılımcıların 1'i evlidir. Katılımcıların %80,4'ü (n=90) hastanede hizmet verirken sözlü şiddete; %4,5'i (n=5) fiziksel şiddete maruz kalmıştır. Hem fiziksel hem sözlü şiddete maruz kalan katılımcı sayısı 5; ne fiziksel ne de sözlü şiddete maruz kalan katılımcı sayısı 22'dir.

Katılımcıların %19,6'sı (n=22) sadece Türkçe biliyorken; %67,0'si (n=75)'i Türkçe dışında 1 dil, %10,7'si (n=12) 2 dil; %0,9'u (n=1) 3 dil; %0,9'u (n=1) 4 dil ve %0,9'u (n=1) 5 dil bilmektedir. Katılımcıların %13,4'ü (n=15) şu an bir dil eğitimi almaktayken, %83,9'u (n=94) ileride bir dil eğitimi almayı planlamaktadır. Katılımcıların %82,1'i (n=92) ileride yurtdışında çalışmak istemektedir, yurtdışında çalışmak istediğini beyan eden katılımcıların %18,9'u (n=17) bu kararı prelinik ya da tıp tercihi öncesi de düşünmekteyken %81,1'i (n=73) klinik eğitim döneminde bu kararı vermiştir.

Katılımcıların %82,1'i (n=92) TUS'a girmeyi planlamakta, %58,9'u (n=66) ileride yurtdışı uzmanlık sınavlarına girmeyi planlamaktadır. **(Bkz. Tablo.1)**

Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puan ortalamaları 63,94 ($\pm 10,94$) ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puan ortalamaları 9,02 ($\pm 5,65$) dir. **(Bkz. Tablo.2)**

Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları medyanları arasında cinsiyet, yaş ve yabancı dil bilme açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur.

Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları medyanları arasında şiddete maruziyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. **(Bkz. Tablo.3)**

Daha önce yurtdışında bulunan katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puan medyanları daha yüksektir. (U=1049 p=0,003 z=-2,935 r=-0,27). Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanları medyanları arasında yurtdışında bulunma açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. **(Bkz. Tablo.4)**

Şu an dil eğitimi alan katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puanları medyanları daha yüksektir. (U=337 p=0,001 z=-3,340 r=-0,31) Şu an dil eğitimi alan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları medyanları daha düşüktür. (U=467 p=0,026 z=-2,225 r=-0,21) **(Bkz. Tablo.5)**

İleride dil eğitimi almayı planlayan katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puan medyanları daha yüksektir. (U=495 p=0,005 z=-2,780 r=-0,26) Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları medyanları arasında ileride dil eğitimi alma planı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. **(Bkz. Tablo.6)**

İleride yurtdışında çalışmak isteyen katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puan medyanları daha yüksektir. (U=155 p=0,001 z=-5,818 r=-0,54) Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının medyanları arasında ileride yurtdışında çalışma isteği açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur. **(Bkz. Tablo.7)**

İleride yurtdışı uzmanlık sınavlarına girmek isteyen katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puan medyanları daha yüksektir. (U=393 p=0,001 z=-6,660 r=-0,62) Beck Umutsuzluk Ölçeği puanlarının medyanları arasında ileride yurtdışı uzmanlık sınavlarına girme isteği açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur. **(Bkz. Tablo.8)**

TUS'a girmeyi planlayan katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği puan medyanları daha yüksektir. (U=506 p=0,002 z=-3,148 r=-0,29) TUS'a girmeyi planlayan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları medyanları daha yüksektir. (U=448,5 p=0,000 z=-3,588 r=-0,33) **(Bkz. Tablo.9)**

TUS'a girmeyi planlayan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeğinin faktörleri olan gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler faktörü puan medyanları daha yüksektir. (U=519 p=0,002 z=-3,099 r=-0,29) Motivasyon kaybı faktörü puan medyanları daha yüksektir. (U=436 p=0,001 z=-3,712 r=-0,35) Umut faktörü puan medyanları daha yüksektir. (U=548 p=0,004 z=-2,854 r=-0,26) **(Bkz. Tablo.10)**

Katılımcıların %5,4'ü (n=6) ileride hem TUS'a girmeyi planlamakta hem de şu an dil eğitimi almaktadır. %9,8'i (n=11) ne TUS'a girmeyi planlamakta ne de şu an bir dil eğitimi almaktadır.

Şu an dil eğitimi alma durumu ile ileride TUS'a girme planları arasında bir ilişki vardır. (Fischer Exact Test, $p < 0.001$). (Bkz. Tablo.11)

TARTIŞMA

Katılımcılarımız meslek hayatlarının ilk yıllarından itibaren şiddet ile karşılaşmaya başlamaktadırlar (%80,4 sözlü şiddet, %4,5 fiziksel şiddet). Sağlık hizmeti verirken şiddete uğramak toplumca hatta sağlık profesyonellerince dahi kabullenilmiştir. Hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada şiddete uğrayan hekimlerin %57,8'inin şikâyetinde dahi bulunmadığı görülmüştür (8). Bizim çalışmamızda da benzer bir sonuç olarak şiddetin beyin göçüne yönelik bir tutum değişikliğe yol açmadığı, umutsuzluk üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarının sağlıkta şiddetle ilgili şikâyetinde bulunmamasının başlıca nedenleri arasında adalet mekanizmalarına ve idari yöneticilere karşı güvensizlik olduğu belirtilmiştir(9). Sağlıkta şiddetin sözel, fiziksel veya psikolojik herhangi bir formuna göz yumulmaması gerekmektedir, bu konuda sağlık yöneticileri ve profesyonelleri başta olmak üzere gerekli farkındalık yaratılmalı, yaptırımlar uygulanmalıdır.

Katılımcılarımızın %82,1'i ileride yurtdışında çalışmak istemektedir ve yurtdışında çalışmak isteyen katılımcıların %81,1'i bu kararı klinik eğitim süresince (4,5 ve 6. Sınıf) karar vermiştir. Sağlık çalışanları ve göçü inceleyen bir çalışmada göç nedenleri arasında olumsuz çalışma koşulları, düşük mesleki statü, ekonomik istikrarsızlık gibi birçok faktör belirtilmiştir(6). Katılımcılarımızın ileride yurt dışında çalışma kararı almasının nedeni klinik eğitim kaynaklı mı yoksa son 3 yılda toplumda yaşanan olaylardan kaynaklı mı olduğu ileri çalışmalarla araştırılmalıdır. 2018 yılında yapılan bir diğer çalışmada intern hekimlerin %33'ü uzmanlık eğitimini aldıktan sonra mesleğini yurtdışında yapmayı düşünmektedir (10). Çalışmalar arası farklılık uzmanlık eğitimini Türkiye'de yapanların halihazırda göç etme eğiliminin düşük olmasından kaynaklı ya da 3 yılda değişen sosyokültürel ve ekonomik sebeplere ya da yurtdışında uzmanlık seçeneklerinin farkındalığının artması olabilir.

Katılımcılarımızın %82,1'i TUS'a girmeyi ve mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı planlamaktadır. Bu konuda yapılmış önceki çalışmalar incelendiğinde; 2009 yılında yapılan bir çalışmada intern hekimlerin %96,2'si (11), 2011 yılında bir yapılan çalışmada intern hekimlerin %100'ü (12), 2017 yılında yapılan bir çalışmada intern hekimlerin %94,0'ü (13) 2019 yılında yapılan bir çalışmada intern hekimlerin %77'si (14), mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi almayı planladığı görülmüştür. Ülkemizde mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimi alma isteği azalma eğilimindedir. Sebeplerini inceleyen detaylı çalışmalar olmakla beraber beyin göçü ile ilişkilendiren başka bir çalışma mevcut değildir.

Katılımcılarımızın %82,1'i ileride yurtdışında çalışmak istiyorken yalnızca %13,4'ü şu an bir dil eğitimi almaktadır ve dil eğitimi alanların göç etme eğilimleri beklendiği gibi yüksektir. Dil yeterliliği, ülkelerin doktorluk denklik ve çalışma vizesi kabul şartlarının en önemlilerindedir. Dil eğitimi alan kişi oranının düşük olmasının sebebi katılımcılarımızın %80,4'ünün en az 1 yabancı dili B1 seviyesinde bilmesi, yoğun geçen internlik sürecinde dil eğitimine zaman ayıramamaları veya öğrenci olmanın getirdiği maddi imkânsızlıklar olabilir. Ancak katılımcıların %83,9'u ileride bir dil eğitimi almayı planlamaktadır ve bu grubun beyin göçüne eğilimi yüksektir. Planlanan yurtdışı uzmanlık eğitiminin gerektirdiği dil ve dil seviyesi ile yurtdışı uzmanlık planı olan intern hekimlerin dil yeterlilikleri ileri çalışmalarla incelenmelidir. İleride yurtdışında çalışmak isteyen, yurtdışı uzmanlık sınavlarına girmek isteyen katılımcıların göç etme eğilimleri beklendiği üzere yüksek bulunmuştur.

Daha önce yurtdışında bulunan katılımcıların göç etme eğilimleri daha yüksek bulunmuştur. Sebepleri daha ileri çalışmalarla incelenmelidir.

TUS'a girme planı olmayan katılımcıların göç etme eğilimleri yüksektir, pratisyen hekimlik düşüncesi katılımcıların planlarının neresinde olduğu bizim çalışmamızda araştırılmamıştır. TUS'a girmeyi planlayan katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği puanları anlamlı yüksektir. Ölçeğin alt faktörleri de incelendiğinde üç alanda da (Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler faktörü, motivasyon kaybı faktörü ve umut faktörü) katılımcılar daha umutsuzdur. Bu alt faktörler etki büyüklüğü bakımından Motivasyon kaybı>Geleceğe yönelik duygu ve beklentiler>Umut şeklinde sıralanabilir. TUS'a girmeyi planlamayanların umutsuzluk puanının daha düşük olmasının sebebi, alternatif seçeneklerin TUS'tan daha umut vadediyor olması olabilir veya TUS'a girmeyi planlayan katılımcılar, umutsuz oldukları için, geleneksel seçenek olan TUS'a girmeyi tercih ediyor olabilirler ancak bu konu daha detaylı bir araştırma ve analiz gerektirir.

Mezuniyet öncesi tıp eğitiminde; bir öğrencinin bir dönemlik eğitiminin maliyeti yaklaşık 21832 Amerikan dolarıdır. (15) Yani bir pratisyen hekim yetiştirmenin maliyeti yaklaşık 130.992\$ (1.742.000 TL (31 Ocak 2022 TCMB USD alış kuru üzerinden hesaplanmıştır.)) Hekim yetiştirmenin maliyetli olduğu ve yurtdışında hizmet vermek isteyen hekimlerin sayısı arttıkça yaşanan maliyetler, kanun yapıcılar tarafından göz önünde bulundurulmalıdır. TTB'den alınan iyi hal belgesi alma sayıları üzerinden düşünüldüğünde 2020 yılında 931 hekim yurtdışında çalışmayı tercih etmiştir ve bunun ülkemize yaklaşık maliyeti 121.953.552\$ (1.634.117.596TL) olmuştur.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucuna göre intern hekimlerin %82,1'i ileride yurtdışında çalışmak istemektedir. Yurtdışında çalışmak isteyen intern hekimlerin %81.1'i klinik eğitim döneminde bu kararı vermiştir. Buna yönelik katılımcılar bir dil eğitimi almakta ya da ileride almak istemektedirler. Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, motivasyon kaybı ve umut faktörü intern hekimlerin bu kararı vermelerinde etkili olmuştur. Sonuçlarımız doğrultusunda ülkemizde sağlık çalışanlarının çalışma koşulları ayrıntılı olarak incelenmelidir. Tıp fakültesi öğrencilerinde yurtdışına göçe eğilimin sebeplerinin ayrıntılandırıldığı yeni çalışmalar yapılmalı, bu sebeplerin düzeltilmesi için tarafların da fikirlerinin alınacağı çalıştaylar ile çözümler geliştirilmelidir. Sağlık çalışanlarında artan beyin göçü sonucu olarak öngörülen sağlık hizmetlerindeki yetersizliğin engellenmesi amacıyla sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını iyileştirecek ve itici faktörler yüzünden yapılan beyin göçü sorununu çözecek politikalar geliştirilmelidir.

KAYNAKÇA

- 1) Docquier, F; Rapoport, H. The brain drain. New Palgrave Dictionary of Economics, 2006.
- 2) United Nations. Country classification. World Economic Situation and Prospects, 2014, 143-150.
- 3) Docquier F; Lohest, O; Marfouk, A. Brain drain in developing countries. The World Bank Economic Review, 2007, 21.2: 193-218.
- 4) International Labour Organization, Promoting Decent Work Across Borders: A Pilot Project for Migrant Health Professionals and Skilled Workers, 2014
- 5) van de Pas, R ; Mans, L; Schwarz, T. In: Global Health Watch 4: An Alternative World Health Report Chapter:B9 The Global Health Workforce Crisis. Zed Books, 2014. pp: 158- 166
- 6) Yıldırım, T. Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: Göç nedenleri üzerine bir inceleme. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 62 (3) , 87-94, 2009.
- 7) World Health Organization. Migration of Health Workers, WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis, 2014
- 8) Erten, R; Oztora S ;Dağdeviren H. "Sağlık kuruluşlarında doktorlara yönelik şiddet maruziyetinin değerlendirilmesi." Türk Aile Hek Derg 23.2 (2019): 52-63
- 9) Aydın, M. Isparta-Burdur Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet ve Şiddet Algısı, TTB Isparta-Burdur Tabip Odası. 2008
- 10) Yapalak, ANB, et al. TIPTA UZMANLIK SEÇİMİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ. Journal of Istanbul Faculty of Medicine, 2021, 84.1: 120-129.
- 11) Çetin, M; Çimen, M; Türk, YZ. POSTGRADUATE EXPECTATIONS OF THE GRADUATES OF A MEDICAL SCHOOL IN TURKEY. Akademik Dizayn Dergisi 2009;3(3):65-70.
- 12) Ergin, A, Dikbaş, E., Bozkurt, A. İ., Atçeken, G . TIP FAKÜLTESİ ÖĞRENCİLERİN MEZUNİYET SONRASI KARIYER SEÇİMİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER. Tıp Eğitimi Dünyası, 2011, 32.32: 8-17.
- 13) Dört Yol, BG. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mezuniyet sonrası ile ilgili düşünceleri, kariyer seçimleri ve etkileyen faktörler. Tıp Eğitimi Dünyası, 2017, 16.50: 12-21.
- 14) Açıkgöz, B., Ekemen, A., Zorlu, I., Yüksel, N. A., Ayoğlu, F. N.. Tıp öğrencilerinde uzmanlaşma eğilimi, uzmanlık alan seçimi ve etkileyen faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2019 12(1), 113-125.
- 15) Abuhanoğlu, H; Cankul, İH; Ayanoğlu, Y. Mezuniyet öncesi tıp eğitimi maliyetlerinin belirlenmesi: tıp fakültesinde bir uygulama. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 2012, 4.2: 39-65.

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo.1 Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri

| | N | % |
|--|-----|------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 72 | 64,3 |
| Erkek | 40 | 35,7 |
| Yaş | | |
| 23'ten küçük | 2 | 1,8 |
| 23 | 51 | 45,5 |
| 24 | 41 | 36,6 |
| 25 | 9 | 8,0 |
| 25'ten büyük | 9 | 8,0 |
| Medeni Durum | | |
| Bekâr | 111 | 99,1 |
| Evli | 1 | 0,9 |
| Hastanede hizmet verirken sözlü şiddete maruz kalma durumu | | |
| Evet | 90 | 80,4 |
| Hayır | 22 | 19,6 |
| Hastanede hizmet verirken fiziksel şiddete maruz kalma durumu | | |
| Evet | 5 | 4,5 |
| Hayır | 107 | 95,5 |
| Daha önce yurtdışında bulunma durumu | | |
| Bulunmayanlar | 62 | 55,4 |
| Bulunanlar | 50 | 44,6 |
| Daha önce yurtdışında bulunma sebebi | | |
| -Eğitim için* | 12 | 24,0 |
| -Turistik amaçlı* | 46 | 74,0 |
| -Yaşamak için (minimum 6 ay)* | 4 | 8,0 |
| *Bulunma sebepleri sorulmuş olup, zorunlu olmayan, çoklu yanıtlanabilen sorudur. | | |
| Yabancı dil durumu (Türkçe dışında, B1 ve üstü seviye sorulmuştur.) | | |
| Bilmiyor. | 22 | 19,6 |
| 1 dil bilen | 75 | 67,0 |
| 2 dil bilen | 12 | 10,7 |
| 3 dil bilen | 1 | 0,9 |
| 4 dil bilen | 1 | 0,9 |
| 5 dil bilen | 1 | 0,9 |
| Dil eğitimi alma durumu | | |
| Şu an bir dil eğitimi almıyorum. | 97 | 86,6 |
| Şu an bir dil eğitimi alıyorum. | 15 | 13,4 |
| Dil eğitimi alma planı | | |
| İleride bir dil eğitimi almayı planlamıyorum. | 18 | 16,1 |
| İleride bir dil eğitimi almayı planlıyorum. | 94 | 83,9 |
| İleride yurtdışında çalışmak isteme durumu | | |
| Hayır | 20 | 17,9 |
| Evet | 92 | 82,1 |

| | | |
|--|----|------|
| -1 yıldan az** | 4 | 4,4 |
| -1 yıldır** | 29 | 32,2 |
| -2 yıldır** | 24 | 26,7 |
| -3 yıldır** | 16 | 17,8 |
| -4 yıldır** | 5 | 5,6 |
| -5 yıldan fazla** | 12 | 13,3 |
| **İsteklerinin ne kadar süredir bulunduğu sorulmuş olup zorunlu olmayan sorudur. | | |
| İleride TUS'a (Tıpta Uzmanlık Sınavı) girmeyi planlama durumu | | |
| Evet | 92 | 82,1 |
| Hayır | 20 | 17,9 |
| İleride girmeyi planladığı yurtdışı uzmanlık sınavı/sınavları olma durumu | | |
| Hayır | 46 | 41,1 |
| Evet | 66 | 58,9 |
| İleride girmeyi planladığı yurtdışı uzmanlık sınavı/sınavları | | |
| -İngiltere (PLAB)*** | 44 | 66,6 |
| -ABD (USMLE)*** | 27 | 40,9 |
| -Kanada (LMCC-MCCEE)*** | 12 | 18,1 |
| -Almanya (FSP-KP)*** | 9 | 13,6 |
| -İrlanda (PRES)*** | 5 | 7,5 |
| -Avusturalya (GAMSAT)*** | 5 | 7,5 |
| -Dubai*** | 3 | 4,5 |
| -İspanya (MIR)*** | 2 | 3,0 |
| -Çin*** | 1 | 1,5 |
| ***Hangi ülke/hangi sınav olduğu sorulmuş olup, zorunlu olmayan, çoklu yanıtlanabilen sorudur. | | |

n=sayı, %=yüzde

Tablo.2 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanları

| | Puan Ortalaması | Minimum Değer | Maksimum Değer |
|--|-----------------|---------------|----------------|
| Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | 63,94 (±10,90) | 30 | 80 |
| İtici Faktörler | 16,51 (±2,77) | 6 | 20 |
| Çekici Faktörler | 47,42 (±9,47) | 16 | 60 |
| Beck Umutsuzluk Ölçeği | 9,02 (±5,65) | 0 | 20 |
| Gelecek İle İlgili Duygular Ve Beklentiler Faktörü | 2,66 (±1,82) | 0 | 5 |
| Motivasyon Kaybı Faktörü | 3,41 (±2,14) | 0 | 8 |
| Umut Faktörü | 2,94 (±2,16) | 0 | 7 |

Tablo.3 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Şiddete Maruziyete Göre Analizi

| Sözel Şiddet | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|-----------------|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Maruz kalan | 67,5 (30-80) | 0,698 | 8 (0-20) | 0,719 |
| Maruz kalmayan | 64,5 (45-79) | | 8,5 (0-17) | |
| Fiziksel Şiddet | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
| Maruz kalan | 71 (62-75) | 0,209 | 14 (4-16) | 0,472 |
| Maruz kalmayan | 66 (30-80) | | 8 (0-20) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.4 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Daha Önce Yurtdışında Bulunma Durumuna Göre Analizi

| Daha önce yurtdışında bulunma durumu | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|--------------------------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Bulunana | 70,5 (33-80) | 0,003 | 7 (0-19) | 0,142 |
| Bulunmayan | 64,5 (30-78) | | 10(0-20) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.5 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Dil Eğitimi Alma Durumuna Göre Analizi

| Şu an bir dil eğitimi alma durumu | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Evet | 72 (62-79) | 0,001 | 4 (0-19) | 0,026 |
| Hayır | 66 (30-80) | | 9 (0-20) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.6 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Dil Eğitimi Alma Planlarına Göre Analizi

| İleride bir dil eğitimi almayı planlama durumu | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|--|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Evet | 68 (30-80) | 0,005 | 8 (0-19) | 0,557 |
| Hayır | 58,5 (41-76) | | 8 (0-20) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.7 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının İleride Yurtdışında Çalışma İsteklerine Göre Analizi

| İleride yurtdışında çalışmak isteme durumu | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|--|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Evet | 69 (40-80) | 0,001 | 8 (0-19) | 0,970 |
| Hayır | 48 (30-76) | | 9 (0-20) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.8 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının Yurtdışı Uzmanlık Sınavı/Sınavlarına Girme İsteğine Göre Analizi

| Yurtdışı uzmanlık sınavına girme durumu | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|---|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Girmek isteyen | 71 (49-80) | 0,001 | 8 (0-19) | 0,445 |
| Girmek istemeyen | 57,5 (30-76) | | 8 (0-20) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.9 Katılımcıların Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği ve Beck Umutsuzluk Ölçeği Puanlarının TUS'a Girme Planlarına Göre Analizi

| TUS'a girme planı | Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği | p değeri* | Beck Umutsuzluk Ölçeği | p değeri* |
|-------------------|-----------------------------------|-----------|------------------------|-----------|
| Var | 66 (30-79) | 0,002 | 10 (0-20) | 0,001 |
| Yok | 71 (59-80) | | 4 (0-16) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.10 Katılımcıların Beck Umutsuzluk Ölçeği Faktörlerinin TUS'a Girme Planlarına Göre Analizi

| TUS'a girme planı | Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler faktörü | p değeri* | Motivasyon kaybı faktörü | p değeri* | Umut faktörü | p değeri* |
|-------------------|--|-----------|--------------------------|-----------|--------------|-----------|
| Var | 3 (0-5) | 0,002 | 4 (0-8) | 0,001 | 3 (0-7) | 0,004 |
| Yok | 1 (0-5) | | 1,5 (0-7) | | 1 (0-6) | |

*Mann-Whitney U testi

Tablo.11 Katılımcıların TUS'a girme planları ve şu anda dil eğitimi alıyor olma durumlarına göre dağılımı

| | | Şu an bir dil eğitimi alıyor musunuz? | | Toplam |
|--|-------|---------------------------------------|------------|------------|
| | | Evet | Hayır | |
| İleride TUS'a girmeyi planlıyor musunuz? | Evet | 6 (%5,4) | 86 (%76,8) | 92 (%82,1) |
| | Hayır | 9 (%8,0) | 11 (%9,8) | 20 (%17,9) |
| Toplam | | 15 (%13,4) | 97 (%86,6) | 112 (%100) |

(Fischer Exact Test, $p < 0.001$)

**Tıp Fakóltesi Okuyan Erkek Öğrencilerde Dönelmlere Göre Androjenetik Alopesi
Sıklığı ve Stresle İlişkisi**

Nida Nur Arslan, Saifullah Mangal, Oruç Nurettin Birdal, Nazlıcan Kaynar, Feyza Mut

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Hakan KARTAL**

ÖZET

Giriş: Androjenetik alopesi (AGA) saç dökülmelerinin en sık tipidir. Bu saç dökülmesi türünden erkekler kadınlardan daha fazla etkilenmektedir. Androjenetik alopesinin sebebi olarak androjenik hormonlar suçlanmıştır. Psikolojik stres çoğu zaman androjenetik alopesinin bir sonucu olarak düşünülmüştür. Son zamanlarda psikolojik stres ile androjenlerin artmasının gösterilmesi psikolojik stresin androjenetik alopesi için bir risk faktörü olup olmadığı sorusunu ortaya çıkarmıştır.

Yöntem: Türkiye’de Tıp Fakültesinde okuyan erkek öğrencilerden 150 kişi çalışmaya katılmıştır. Çalışmaya katılanlara demografik özellikleri, risk faktörleri, Hamilton-Norwood Ölçeği ve Algılanan Stres Ölçeğini içeren bir anket formu doldurmaları istenmiştir.

Bulgular: Sigara içenlerde ve VKİ>25 olanların AGA ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Alkol kullanımı, saç yıkama sıklığı, saç bakım ürünü kullanımı, psikolojik stres düzeyi, aile öyküsü ve kronik hastalık varlığı ile AGA arasında bir ilişki saptanamamıştır. Alkol, aile öyküsü ve psikolojik stres düzeylerinde sayısal olarak AGA artışı görülmüş olsa bile, istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Bu sıklığın yeterli katılımcıya ulaşamamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Sonuç: Stres seviyeleri yüksek olan öğrencilere psikolojik danışmanlık, akran grup terapileri, sigara bırakmaya teşvik, VKİ yüksek olanlara egzersiz programı ile diyet düzenlenmesi, kronik alkol kullanımı için terapiye yönlendirilmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Androjenetik alopesi, psikolojik stres, Vücut kitle indeksi Hamilton-Norwood

GİRİŞ

Olağan kellik, erkek tipi kellik, erkeksi saç kaybı olarak da bilinen androjenetik alopesi (AGA) alopesilerin en sık tipidir. Bu saç dökülmesi türünden hem kadınlar hem erkekler farklı derecelerde ve görünümde etkilense de erkeklerin daha fazla oranda etkilendiği bulunmuştur¹. AGA sıklığını etnik ve familial faktörler etkilemektedir. AGA'nın farklı toplumlarda yapılan araştırmalarda ırksal birtakım farklılıklar gösterdiği belirlenmiştir. Bütün beyaz erkeklerin otozomal genetik predispozisyonu taşıdığı ve %96'sının saçlarını farklı derecelerde kaybettiği belirtilmektedir². Erkeklerde; 30'lu yaşlarda AGA sıklığının %30 olduğu, 50'li yaşlarda bu oranın %50 olduğu saptanmıştır³.

AGA saçın minyatürleşmesine ve saç yoğunluğunda azalmaya yol açan saç dökülmesi olayları ile karakterizedir. Hastalığın patogenezi ile ilgili olarak genetik, androjen düzeyi ve yaş suçlanmıştır. Saç büyümesinde en önemli etkenlerden biri androjenlerdir. Androjenler gonad ve adrenal kaynaklı hormonlardır. Androjenler sakal bölgesi, pubik ve aksillar bölgede kıl büyümesini uyarırken; saçlı deride ise saç kaybına neden olur. Androjenler saçlı deride anagen fazı kısaltır ve follikül daha hızlı şekilde telogen faza girer. Telogen fazda kıllar deriden rahatça ayrılır. Androjenlere uzun süre maruziyet sonucunda terminal follüküller; daha ince ve daha az pigmente olan vellüs kıllara dönerler⁴.

AGA için risk faktörleri stres, yaş, genetik, sigara, alkol, kronik hastalıklar, vücut kitle indeksinin artışı olarak belirtilmiştir^{5,6}. AGA için hastalığın patogenezi; androjen düzeyi, yaş ve genetik ile çok net bir şekilde ifade edilmiştir. Bununla birlikte yapılan birçok çalışmada AGA tanısı almış hastalarda bazı psikiyatrik sorunların daha fazla görüldüğü gösterilmiştir⁷. Dermatologların son dönemlerde AGA'nın kronik stres ile modüle olan hipotalamo-hipofizo-surrenal aks ile beyin-deri aksının kıl follikülleri arasındaki ilişkiye ilgisi artmıştır⁸. Ayrıca Reza Afrisham ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucunda erkek öğrencilerde sınav stresi altında yapılan testlerde androjenik hormonların yükseldiği gösterilmiştir. Bu çalışmalardan yola çıkarak tıp fakültelerinden kaynaklanan uzun süreli sınav stresine bağlı olarak AGA sıklığının normalden fazla olacağı ve literatürde bu konu ile ilgili yeterli çalışma olmaması nedeniyle bu çalışma yapılmıştır.

Bu çalışmanın kısa vadeli amacı tıp fakültesinde okuyan erkek öğrencilerde AGA sıklığını saptamak ve stres başta olmak üzere AGA ilişkili risk faktörlerini ortaya koymaktır.

Bu çalışmanın uzun vadeli amacı Stres seviyesi yüksek olan öğrencilere yönelik psikolojik danışmanlık hizmetinin kolay ulaşılabilir hale getirilmesine, stresin azaltılmasına yönelik rehberlik çalışmaları yapılmasına dayanak sağlamaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Popülasyonu

Araştırmanın evreni Türkiye'deki tıp fakültelerinde okuyan erkek öğrencilerdir. Örneklem büyüklüğü hesaplanmamıştır. Kartopu yöntemi ile ulaşılabilen 15 tane tıp fakültesinden katılımcılara ulaşılmıştır ve ankete ulaşan kişilerin anketi tıp fakültesinde okuyan erkek öğrencilere ulaştırmaları istenmiştir. Katılımcılar kendilerine gönderilen anketi doldurmuşlardır. Bu çalışmada Türkiye'de herhangi bir sınıfta tıp fakültesi okuyan 150 sayıda erkek öğrenciye ulaşılmıştır.

Araştırmanın Uygulanması

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı stajındaki internler tarafından oluşturulan 14 sorudan ve 2 ölçekten oluşan anket Google forms üzerinden oluşturulmuştur. Anket dolaşıma çıkarılmadan önce küçük bir grupta denenerek ön testi gerçekleştirilmiş, gerekli değişiklikler yapılmıştır. Sonrasında Whatsapp grupları üzerinden katılımcılara dağıtılmıştır. Anket süresi 1 hafta olarak belirlenmiştir ve 17 Ocak 2021 ile 24 Ocak 2021 tarihinde anket sonlandırılmıştır.

Araştırmanın Veri Kaynakları

Çalışmanın verileri Google Forms üzerinden oluşturulan anket ile toplanmıştır. Demografik özellikleri sorgulayan 2 sayıda soru ve AGA ile ilişkili olabileceği düşünülen 8 özellik sorulmuştur.

Araştırmamızda veri kaynağı olarak **Hamilton-Norwood Ölçeği** ve **Algılanan Stres Ölçeği** kullanılmıştır.

Hamilton-Norwood ölçeği erkek tipi kellik düzeyini belirlemeye yarayan bir ölçektir. Hamilton-Norwood Ölçeği (HNÖ)'ni ilk olarak Hamilton 1951 yılında New York'ta 312 beyaz erkek ve 214 beyaz kadın üzerinde incelemiştir⁹. Ardından 1975 yılında Norwood 1000 hasta üzerinde yaptığı çalışmalarla sınıflamaya son halini vermiştir¹⁰.

Bu ölçeğe göre kellik I ile VII arasında aşamalarla ifade edilir. I, II, III düzeyi AGA değil olarak, IV, V, VI, VII AGA olarak değerlendirilmektedir. Aşamaların anlamları aşağıda belirtilmiştir:

Aşama 1: Frontotemporal bölgede saç çizgisinde çekilme yoktur veya minimal derecededir.

Aşama 2: Frontotemporal bölgede saç çizgisi simetrik ve üçgen şeklinde bir çekilme gösterir. Frontal bölgenin ortasında da dökülme veya seyrelme görülmesine rağmen frontotemporal bölgeden daha azdır.

Aşama 3: Dökülmenin belirginleştiği dönemdir. Simetrik derin frontotemporal çekilme belirginleşmiştir.

Aşama 4: Şiddetli frontal ve frontotemporal saç kaybı vardır. Vertekte belirgin seyrekleşme gözlenir. Bu iki alan tepe boyunca kalın bir saç bandı ile birbirinden ayrılmıştır.

Aşama 5: Aşama 4'de belirtilen saç bandının daha da inceldiği görülür. Verteks ve frontotemporal bölgede saçsız alanlar artmıştır.

Aşama 6: Saç bandı olarak ifade edilen bölgeler de dökülmüştür. Verteks ile frontotemporal saçsız alanlar birleşmiştir.

Aşama 7: Şiddetli formdur. Kulağın önünden başlayıp, arkaya uzanan ve posterior bölgeyi at nalı Şeklinde kuşatan sağlar kalmıřtır¹¹.

Algılanan Stres Ölçeği 10 sorudan oluşan bir ölçektir. Algılanan Stres Ölçeği (ASÖ) Cohen, Kamarck ve Mermelstein (1983) tarafından geliřtirilmiřtir¹² ve Türkçeye çevirilişi ve güvenilirliği Eskin M. ve ark. tarafından yapılmıřtır¹³.

Katılımcılar her maddeyi "Hiçbir zaman (0)" ilâ "Çok sık (4)" arasında değişen 5'li Likert tipi ölçek üzerinde değerlendirmektedir. Maddelerden olumlu ifade içeren 4'ü tersten puanlanmaktadır. ASÖ-10'ün puanları 0 ile 40 arasında değişmektedir. 0-13 arası düşük stres, 14-26 arası orta stres ve 27-40 arası yüksek stres olarak değerlendirilmiştir.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel değerlendirmeden tanımlayıcı veriler için yüzde, ortalama, standart sapma, ortanca, minimum, maksimum kullanıldı. AGA' etkileyen faktörler ki-kare testi ile analiz edildi. Analizler IBM SPSS 19.0 sürümü ile yapıldı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0.05$ alındı.

BULGULAR

Çalışmamıza katılanların yaş ortalaması $22,08 \pm 2,54$ (Medyan:22,00, min-max:18-30) olarak saptandı. Katılımcılarda AGA sıklığı %8 olarak bulunmuştur.

Tablo 1. Çalışmaya Katılanların Demografik Özellikleri

| Özellik | n(%) |
|--------------------------------|--------------|
| Dönem (n:150) | |
| Dönem 1 | 25 (%16,7) |
| Dönem 2 | 24 (%16,0) |
| Dönem 3 | 15 (% 10,0) |
| Dönem 4 | 24 (% 16,0) |
| Dönem 5 | 18 (%15,0) |
| Dönem 6 | 44 (%29,3) |
| Sigara (n:150) | |
| Kullananlar | 43 (%28,7) |
| Kullanmayanlar | 107 (%71,3) |
| Alkol (n:150) | |
| Kullananlar | 78 (%52,0) |
| Kullanmayanlar | 72 (%48,0) |
| Kronik Hastalık (n:150) | |
| Yok | 125 (% 83,3) |
| Anksiyete | 4 (% 2,7) |
| Astım | 5 (% 3,3) |
| Depresyon | 6 (%4,0) |
| Diğer | 10 (%6,7) |

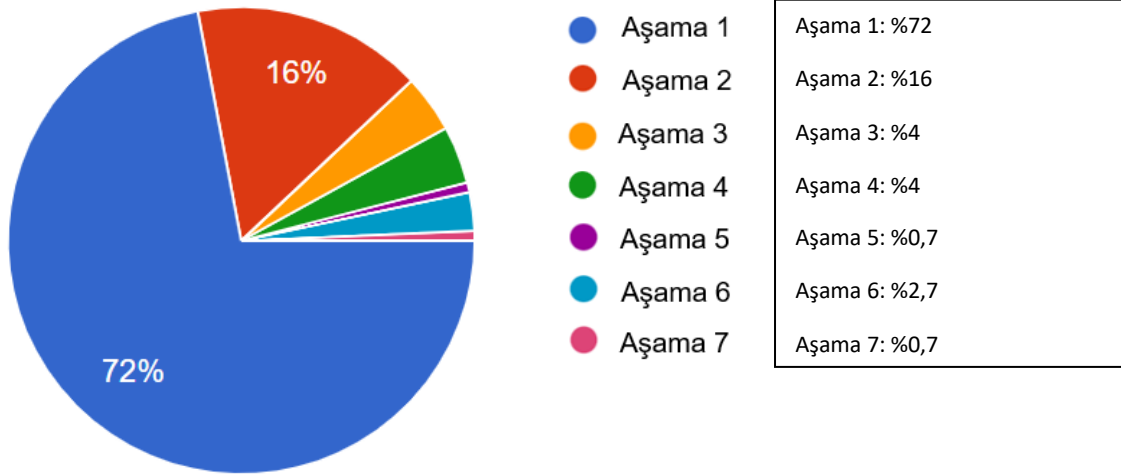
n: sayı %: sütun yüzdesi

Çalışmaya katılanların %16,7'si dönem 1, %16'sı dönem 2, %10'u dönem 3, %16'sı dönem 4, %12'si dönem 5, %29,3'ü de dönem 6 öğrencisiydi. Çalışmaya katılanların %28,7'si sigara kullanırken, %71,3'ü sigara kullanmıyordu. Çalışmaya katılanların %52,0'si alkol kullanırken, %48,0'i alkol kullanmıyordu. Çalışmaya katılanların %83,3'nün kronik hastalığı yokken; %2,7'inde anksiyete, %3,3'ünde astım, %4,0'ında depresyon vardı.

Tablo 2. Tıp fakültesi öğrencilerinin AGA sıklığı ve risk faktörleriyle ilişkisi, Çanakkale, 2022

| Risk Faktörleri | AGA Sıklığı | | p değeri |
|---|--|---|--------------|
| | Var | Yok | |
| n:150 | n(%) | n(%) | |
| Sigara Kullanan Kullanmayan | 7 (%16,3) 5 (%4,7) | 36 (%83,7) 102 (%95,3) | 0.025 |
| VKİ ≥25 <25 | 9 (%16,4) 3 (%3,2) | 46 (%83,6) 92 (%96,8) | 0.006 |
| Alkol Kullanan Kullanmayan | 9 (%11,5) 3 (%4,2) | 69 (%88,5) 72 (%95,8) | 0.085 |
| Saç Yıkama Sıklığı Her gün Gün aşırı Haftada 2 kez | 7 (%14,3) 3 (%4,0) 2 (%7,7) | 42 (%85,7) 72 (%96,0) 24 (%92,3) | 0.126 |
| Saç Bakım Ürünü Kullanan Kullanmayan | 4 (%8,5) 8 (%7,8) | 43 (%91,5) 95 (%92,2) | 0.553 |
| Stres (n:150) Az Orta Yüksek | 0 (%0) 9 (%7,0) 3 (%20) | 7 (%100) 119 (%93) 12 (%80) | 0,175 |
| Aile Öyküsü Olan Olmayan | 10 (%10,6) 2 (%3,6) | 84 (%89,4) 54 (%96,4) | 0,103 |
| Kronik Hastalık Yok Anksiyete Astım Depresyon Diğer | 9 (%7,2) 0 (%0,0) 0 (%0,0) 1 (%16,7) 2 (%20,0) | 116 (%92,8) 4 (%100,0) 5 (%100,0) 5 (%83,3) 8 (%80,0) | 0.475 |

n: sayı %: satır yüzdesi p: ki-kare testi



Şekil 1. Çalışma grubunun Hamilton-Norwood ölçeğine göre AGA düzeyleri

Çalışmaya katılanların HNÖ'ye göre AGA düzeyleri %72,0'si aşama 1, %16,0'sı aşama 2, %4,0'ü aşama 3, %4,0'ü aşama 4, %0,7'si aşama 5, %2,7'si aşama 6, %0,7'si aşama 7 olarak bulunmuştur.

Sigara kullananlarda AGA sıklığı %16,3, sigara kullanmayanlarda AGA sıklığı %4,7 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,025**; $p<0,05$).

Vücut Kitle İndeksi (VKİ) 25'in altında olanlarda AGA sıklığı %3,2, VKİ'si 25'in üstünde olanlarda AGA sıklığı %16,4 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p=0,006**; $p<0,05$).

Alkol kullananlarda AGA sıklığı %11,5, alkol kullanmayanlarda AGA sıklığı %4,2 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($p=0,085$; $p>0,05$).

Saç yıkama sıklıklarını incelediğimizde:

Saçlarını günde bir yıkayanlarda AGA sıklığı %4,0; haftada 2 kere yıkayanlarda %7,7; her gün yıkayanlarda %14,3 olarak saptandı. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,126$; $p>0,05$).

Saç bakım ürünü kullananlarda AGA sıklık %8,5 olarak bulundu. Saç bakım ürünü kullanmayanlarda ise %7,8 olarak bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,553$; $p>0,05$).

Stres düzeyi az olarak değerlendirilenlerde AGA sıklığı %0,00 olarak bulundu. Düzey orta olarak değerlendirilenlerde AGA sıklığı %7,0 olarak bulundu. Stres düzeyi yüksek olanlarda %20,0 olarak bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,157$; $p>0,05$).

AGA ve aile öyküsü ilişkisine baktığımızda ailesinde AGA olanlarda AGA sıklığı %10,6 olarak bulundu. Ailesinde AGA olmayanlarda AGA olanların sıklığı %3,6 olarak bulundu. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,103$; $p>0,05$).

TARTIŞMA

AGA, her iki cinsiyette saç dökülmesinin en sık nedenidir. Androjen bağımlı bir hastalık olan AGA'da foliküler minyatürizasyon sonucunda saçlı deri kıllarında progresif incelme gerçekleşir¹⁴.

Çalışmamızın amacı tıp fakültesi okuyan erkek öğrencilerde dönemlere göre AGA yaygınlığını ve stresle ilişkisini tespit etmektir. Bu amaçla katılımcılara anket uygulanmıştır.

Ankette AGA ile ilişkisi olabilecek durumlar sorgulanmıştır. Çalışmamıza katılan 150 kişiden 12 kişide HNÖ'ye göre AGA saptanmıştır. Ağaoğlu'nun 1507 erkek üniversite öğrencisinde yaptığı çalışmada HNÖ'ye göre AGA sıklığı %2.3 olarak bulunmuştur¹¹. Çalışmamızda AGA sıklığı %8 olarak bulunmuştur. Tıp fakültesi erkek öğrencilerde AGA'nın kendi yaş grubundaki üniversite öğrencilerine göre daha sık bulunmasının sebebinin tıp fakültesi öğrencilerinin strese daha fazla maruz kalmasıyla ilgili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda stres düzeyi düşük olanlarda AGA'ya rastlanmamıştır. Stres düzeyi orta olanlarda %7, yüksek olanlarda %20 AGA'lı bireye rastlanmıştır. Çalışmamızda stres sıklığı ile AGA arasında istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,062$).

Ekmekci ve ark.yaptığı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin birçok stres faktörüne maruz kaldığı, bu nedenle tıp fakültesi öğrencilerinin stres açısından riskli bir grup olduğunu bulmuştur¹⁵.

Afrisham R. ve ark. psikolojik stres altında erkeklerde androjenik hormonların arttığını göstermişlerdir. Vücutta stres oluştuğunda sempatik-adrenal-medüller (SAM) norepinefrin salgısı ile reaksiyona girer ve kortizol salgısı ile hipotalamik-hipofiz-adrenal (HPA) aktive olur. Akut veya kronik stres döneminden sonra birçok kişi artan miktarda saç dökülmesi yaşayacaktır. Kronik stres, saç büyümesinin engellenmesi, mast hücrelerinin artan granülasyonu ve perifoliküler inflamasyon ile önemli ölçüde ilişkilidir¹⁶. Hem in vitro hem de in vivo daha ileri çalışmalar, P maddesi, adrenokortikotropik hormon, adrenokortikotropik hormon, prolaktin ve kortizol aslında saçın büyümesini engeller^{17,18}.

Stres, saç büyüme bozukluklarının ve saç dökülmesinin yaygın bir uyarıcısı ve iyi bilinen bir nedensel faktördür. Saç dökülmesinin bir sonucu olarak ortaya çıkan stres, birincil indükleyici veya ağırlaştırıcı faktör olmanın aksine, saç dökülmesinin daha da devam etmesine neden olabilir. Bunun nedeni, tepki olarak stres ve saç dökülmesi arasında ortaya çıkan kısır bir neden-sonuç döngüsü olabilir¹⁹.

Sigara kullananlarda AGA sıklığı %16,3 iken; sigara kullanmayanlarda AGA sıklığı %4,7 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda sigara kullanan kişilerde AGA sıklığı kullanmayan kişilere göre daha fazla idi ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($p=0,025$; $p<0,05$). Literatürde, AGA gelişimi ile sigara kullanımı ilişkisini inceleyen çalışmalar incelendiğinde; Park ve ark.'nın çalışmasında AGA'lılarda AGA bulunmayanlara göre daha sık sigara tüketimi saptanmıştır²⁰. Su ve Chen ise, günlük tüketilen sigara sayısı ile AGA riskinin doğru orantılı arttığını göstermiştir²¹.

Patofizyolojiyi incelediğimizde sigara içmenin AGA'ya neden olduğu birçok mekanizma vardır. Sigara içimi östradiolün artan hidroksilasyonunu ve aromatazın inhibisyonunu indükleyerek göreceli bir hipoöstrojenik durum verebilir. Bununla birlikte, vazokonstriksiyona bağlı lokal iskemi, foliküler hücrelerde DNA hasarı, doku tadilatının bozulması ve proinflamatuvar sitokin

üretiminin sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir²². Çalışmamız da bu sonuçlarla ve literatürle uyumludur. Sigara kullananlarda sıklığının daha fazla olmasının sebebinin yukarıdaki patofizyolojik süreçlerle ilgili olduğunu düşünüyoruz.

Çalışmamızda alkol kullanan kişilerde AGA sıklığının %11,5 olduğu, alkol kullanmayanlarda AGA sıklığının %4,2 olduğu saptanmıştır.

Literatürde kronik ve sık (≥ 1 /ay) alkol tüketiminin AGA gelişimine katkıda bulunduğu gösterilmiştir^{23,24}. Gatherwright ve ark. 23-84 yaşları arası haftada dörtten fazla alkollü içecek tüketen erkeklerde temporal alan ve vertekste AGA riskinin arttığını saptamıştır²⁵. Yeo ve ark.'nın çalışmasında da sigara ve alkol kullanan erkeklerde şiddetli AGA görülme sıklığının arttığı gösterilmiştir²⁶.

Çalışmamızda bulduğumuz sonuç literatürdeki çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Kronik alkol tüketiminin emilim bozukluğu yaparak; çinko, bakır ve demir eksikliğine sebep olarak AGA'yı artırdığı düşünülmektedir²².

VKİ, obezite tanısında en yaygın kullanılan yöntem olmakla birlikte; kadın ve erkek cinsiyette aynı değerler üzerinden kilolu veya obez tanısı konulması, ileri yaşta vücut yağ dağılımının abdominal bölgede toplanması, vücut geliştirme sporu yapanlarda daha yüksek ölçülmesi gibi faktörler VKİ'nin duyarlılığını etkileyebilmektedir.

Çalışmamızda VKİ>25 olanlarda AGA sıklığı %16,3 olarak saptanmıştır. VKİ<25 olanlarda AGA sıklığı %3.2 olarak saptanmıştır. Bu çalışmada AGA ile VKİ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır ($p=0.006$, $p<0,05$).

Literatürdeki bir çalışmada VKİ ölçüldüğünde AGA'lı erkeklerde kontrol grubuna göre bel çevresi daha geniş bulunmuştur²⁷. Gatherwright ve ark. düşük VKİ'nin temporal bölge ve vertekste artmış AGA sıklığı ile ilişkili olduğunu öne sürmüştür²⁵. Chakrabarty ve ark.'nın 30 yaş altı AGA'lı ve kontrol grubunda yaptıkları çalışmada, VKİ AGA'lılarda daha yüksek bulunmuştur.

Matilainen ve ark.'nın çalışmasında ise AGA'lılar ile kontrol grubu VKİ açısından değerlendirildiğinde, kilolu veya obez AGA'lılar ile kontrol grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür²⁸.

Gopinath ve ark.'nın çalışmasında 35 yaş altı AGA'lılar, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında AGA'lılarda abdominal obezite sıklığı daha yüksek bulunmuştur²⁹. Banger ve ark.'nın 35 yaş altı AGA'lılar ile kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmada da VKİ ile bel çevresinin AGA'lılarda daha yüksek olduğu saptanmıştır³⁰. Hirsso ve arkadaşlarının çalışmasında, AGA olan erkeklerde, AGA olmayan erkeklere göre daha yüksek VKİ ile daha yüksek bel çevresi, üst kol çevresi ve kalça çevresi bulunmuştur³¹.

Artan VKİ ile birlikte, insülin rezistansı da artış göstermekte, bu da yükselmiş insülin benzeri büyüme faktörü-1 (IBBF-1) üretimine sebep olmaktadır^{27,32,33}. Artmış olan insülin ve IBBF-1 de 5- α redüktaz enzim aktivitesini indüklemekte, dolayısıyla testosteronun dihidrotestosterona dönüşümü artmaktadır^{27,32,33}. Dihidrotestosteron da kıl folliküllerini

incelttiği ve deriden daha kolay ayrılmasına neden olduğu için artan VKİ ile beraber AGA şiddetinin de artabileceği düşünülmektedir. Çalışmamız da bunu desteklemektedir. Çalışmada VKİ'si yüksek olanlarda AGA sıklığının daha yüksek olması yukarıda açıklanan patofizyolojik süreçlere bağlı olabilir.

Ailesinde AGA olanlarda AGA sıklığı %10,6 olarak bulunurken; ailesinde AGA olmayanlarda AGA sıklığı %3,6 olarak bulundu. Ailesinde AGA bulunanlarda sıklık daha fazla olmasına rağmen aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p=0,103$; $p<0,05$). Bunun nedeni yeteri kadar kişiye ulaşamaması olabilir.

Literatürde genetik faktörlerin AGA patogeneze katkısı kanıtlanmış olup, aile bireyleri arasında AGA'nın kalıtsal geçiş özellikleri farklılık gösterebilmektedir²⁵. Kore'de yapılan bir çalışmada AGA'lı erkeklerde pozitif aile öyküsü %39.1, AGA bulunmayanlarda ise %19.3 sıklıkta bulunmuştur²⁰. Ellis ve ark.'nın çalışmasında AGA'lı erkeklerin %81,5'inde babalarda da AGA olduğu bildirilmiştir³⁴. Kaya Erdoğan ve ark. ise 30 yaş altı AGA'lı erkeklerde pozitif aile öyküsünü %66.7 sıklıkta bulmuştur³⁵.

Patofizyolojiye baktığımızda saçlı deride 5- α redüktaz tip II enzimi ile androjen reseptör ekspresyonunun artışı, kıl foliküllerinde androjen hormon duyarlılığının artışına neden olmaktadır. Adrenal androjenlerin genetik olarak yatkın adölesanlarda AGA'dan sorumlu olduğu düşünülmektedir³⁶. Diğer çalışmalarda olduğu gibi çalışmamızda da genetik faktörlerin AGA sıklığını artırdığı düşünülebilir.

Bizim çalışmamızda HT ve AGA arasında anlamlı bir sonuç çıkmamıştır.

Son yıllarda AGA ile HT(hipertansiyon) ilişkisine dikkat çekilmektedir. Bu çalışmalarda AGA ile HT^{27,28,37,38,39} arasında bir ilişki olduğu bulunurken, bazı çalışmalarda bu ilişki desteklenememiştir^{40,41,42}.

HT ve AGA ilişki tam olarak ortaya konamamıştır. Ahouansou ile ark. bu ilişkiyi açıklamak için AGA patogenezinde etkili olan androjenlerin vasküler reseptörlere bağlandığı ve kan basıncını artırdığını, çünkü antihipertansif olarak kullanılan minoksidil ve spirinolaktonun saç büyümesinde kullanıldığını ileri sürmüştür³⁹.

Fare ve babunların myokart ve endotel hücrelerinde dihidrotestesteron reseptörleri bulunmuştur⁴³. Yine kemirgenlerde testesteron artışı ile tromboxan A₂'nin arttığı görülmüştür⁴⁴. Basaria S. ve ark. ise testesteron kullananlarda advers kardiyovasküler olayların, plasebo verilen kontrol grubuna göre arttığını gözlemlemiştir⁴⁵.

Arıcı M. ve ark. Türkiye'de 26 ilde yaptıkları çalışmada 18-29 yaş arası 532 erkeğin 67'sinde (%12,5) Avrupa Kardiyoloji Cemiyeti'nin sınıflamasına göre evre 1 ve üzeri HT hastası saptamıştır. Yine bu 67 kişiden ise sadece %7.5'inin bu hastalığa sahip olduğunu bildiği belirtilmiştir ve bu yaş grubundakilerin %51,3'ü daha önce hiç kan basıncını ölçtürmemiştir⁴⁶. Bizim çalışmamızda bu yaş grubundan oluşan kişilerde yapılmıştır. Çalışmamızda HT hastası 2 kişiye ulaştık. Bu yaş grubunda HT hastalığına karşı yeterli tarama ve farkındalık olmadığından ve yeteri kadar HT olduğunu belirten katılımcı olmadığından sonuçlar anlamsız gelmiş olabilir. Androjenik hormonların artışı tromboz ve aterosklerotik süreçlere katılıp KAH ve HT riskini artırıyor olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

AGA'yı tetiklediği henüz net olarak gösterilmiş değilse de çalışmalar stresin hastalık sürecinde etkili olabileceğini desteklemektedir. Çalışmamızda tıp fakültesinde okuyan erkek öğrencilerde AGA sıklığı saptanmış ve gelişiminde stres ve diğer risk faktörlerinin (sigara ve alkol kullanımı, VKİ, aile öyküsü, kronik hastalıklar) etkisi araştırılmıştır. Çalışmamıza göre yüksek stres, sigara içmek, alkol kullanmak ve yüksek VKİ AGA'nın artmasına katkıda bulunmaktadır.

Bu konuda stres seviyesi yüksek olan öğrencilere yönelik psikolojik danışmanlık hizmetinin kolay ulaşılabilir hale getirilmesi, akran grup terapileri verilmesi; tıp fakültesindeki sigara kullanan öğrencilere yönelik sigara bırakma konusunda eğitim verilmesi, sigara bırakma polikliniklerine başvurularına yönelik teşvik edici programların uygulanması; VKİ yüksek olanlara egzersiz programları uygulanması, diyetin düzenlenmesine yönelik diyetisyenler tarafından eğitim verilmesi ; kronik alkol kullanımı olan öğrencilerin terapiye yönlendirilmesi ve bu konuda psikiyatri anabilim dalının desteğiyle eğitim programları uygulanması ve düzenli poliklinik kontrolüne yönlendirilmesi önerilebilir.

Kaynakça

1. Şahin, G, Özdemir H, Aydın F. Androgenetik Alopesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 47 (2021): 141-149.
2. Dawber RPR, Ebling FJG, Wojnarowska FT. Disorders of hair. In: Champion RH, Burton JL, Ebling FJG (eds). Textbook of dermatology, 5 ed. Oxford: Blackwell Scientific Publ, 1992:2533-638.
3. Olsen EA. Androgenetic alopecia. In: Olsen EA (ed). Disorders of hair growth: diagnosis and treatment. New York: Mc Graw-Hill Inc, 1993:257-83.
4. Kutlubay Z, Bağlam S, Engin B, Serdaroğlu S. Male androgenetic alopecia. Türkderm. 2014; 48:36-9.
5. Katzer T, Junior A, Beck R, Silva C. Physiopathology and current treatments of androgenetic alopecia: Going beyond androgens and anti-androgens. Dermatologic Therapy. 2019; 32(5)e:13059.
6. Ahouansou S, Le Toumelin P, Crickx B, Descamps V. Association of androgenetic alopecia and hypertension. European Journal of Dermatology. 2007;17(3):220-2.
7. Wang X, Xiong C, Zhang L, Yang B, Wei R, Cui L, Xing X: Psychological assessment in 355 Chinese college students with androgenetic alopecia. Medicine. 2018;97:31(e11315).
8. Yaylı S, Tiryaki A, Doğan S, İskender B, Bahadır S. The Role of Stress in Alopecia Areata and Comparison of Life Quality of Patients with Androgenetic Alopecia and Healthy Controls. Türkderm 2012;46:134-7.
9. Hamilton JB: Patterned long hair in man; types and incidences. Ann NY Acad Sci 1951;53:708-14.
10. Norwood OTT: Male pattern baldness: classification and incidence. Southern Med J 1975;68:1359-65.
11. Agaoglu E, Erdogan H, Acer E, Atay E, Metintas S, Saracoglu Z. Prevalence of early-onset androgenetic alopecia and its relationship with lifestyle and dietary habits. Italian Journal of Dermatology and Venerology. 2021;156(6):675-680.
12. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R: A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior; 1983;24:385-396.
13. Eskin M, Harlak H, Demirkıran F, Dereboy Ç: The Adaptation of the Perceived Stress Scale

- Into Turkish: A Reliability and Validity Analysis. *New Symposium Journal* 2013;51:132-140.
14. Salman KE, Altunay IK, Kucukunal NA, Cerman AA. Frequency, severity and related factors of androgenetic alopecia in dermatology outpatient clinic: hospitalbased cross-sectional study in Turkey. *An Bras Dermatol.* 2017;92(1):35-40.
 15. Ekmekci Ertek İ, Özkan S, Candansayar S, İlhan M. Tıp fakültesi öğrencilerinde stres, tükenmişlik ve depresyon. *Gazi Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2020;5(1); 10-20.
 16. Kraemer WJ, Loebel CC, Volek JS, Ratamess NA, Newton RU, Wickham RB, et al. The effect of heavy resistance exercise on the circadian rhythm of salivary testosterone in men. *European Journal of Applied Physiology.* 2001;84(1-2):13-8.
 17. Randler C, Ebenhöf N, Fischer A, Höchel S, Schroff C, Stoll JC, et al. Chronotype but not sleep length is related to salivary testosterone in young adult men. *Psychoneuroendocrinology.* 2012;37:1740–1744.
 18. King JA, Rosal MC, Ma Y, Reed GW. Association of stress, hostility and plasma testosterone levels. *Neuro Endocrinol Lett.* 2005;26:355–360.
 19. Hadshiew IM, Foitzik K, Arck PC, Paus R: Burden of Hair Loss: Stress and the Underestimated Psychosocial Impact of Telogen Effluvium and Androgenetic Alopecia. *J. Invest. Dermatol.* 2004;123:455-7.
 20. Park SY, Oh SS, Lee WS. Relationship between androgenetic alopecia and cardiovascular risk factors according to BASP classification in Koreans. *J Dermatol.* 2016;43(11):1293-300.
 21. Su LH, Chen TH. Association of androgenetic alopecia with smoking and its prevalence among Asian men: a community-based survey. *Arch Dermatol.* 2007;143(11):1401-6.
 22. Danesh-Shakiba M, Poorolajal J, Alirezaei P. Androgenetic alopecia: Relationship to anthropometric indices, blood pressure and life-style habits. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2020;13:137-143.
 23. Lee WY, Jung CH, Park JS, Rhee EJ, Kim SW. Effects of smoking, alcohol, exercise, education, and family history on the metabolic syndrome as defined by the ATP III. *Diabetes Res Clin Pract.* 2005;67(1):70-7.
 24. Freiberg MS, Cabral HJ, Heeren TC, Vasan RS, Curtis Ellison R, Third National H, et al. Alcohol consumption and the prevalence of the Metabolic Syndrome in the US.: a cross-sectional analysis of data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Diabetes Care.* 2004;27(12):2954-9.
 25. Gatherwright J, Liu MT, Amirlak B, Gliniak C, Totonchi A, Guyuron B. The contribution of endogenous and exogenous factors to male alopecia: a study of identical twins. *Plast Reconstr Surg.* 2013;131(5):794e-801e.
 26. Yeo I, Jang W, Min P, Cho H, Cho S, Hong N, et al. An epidemiological study of androgenic alopecia in 3114 Korean patients. *Clin Exp Dermatol.* 2014;39(1):25- 9.
 27. Arias-Santiago S, Gutierrez-Salmeron MT, Castellote-Caballero L, BuendiaEisman A, Naranjo-Sintes R. Androgenetic alopecia and cardiovascular risk factors in men and women: a comparative study. *J Am Acad Dermatol.* 2010;63(3):420-9.
 28. Matilainen V, Koskela P, Keinanen-Kiukaanniemi S. Early androgenetic alopecia as a marker of insulin resistance. *Lancet.* 2000; 356:1165-6.
 29. Gopinath H, Upadya GM. Metabolic syndrome in androgenic alopecia. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2016;82(4):404-8.
 30. Banger HS, Malhotra SK, Singh S, Mahajan M. Is early onset androgenic alopecia a marker of metabolic syndrome and carotid artery atherosclerosis in young Indian male patients?

Int J Trichology. 2015;7(4):141-7.

31. Hirsso P, Laakso M, Matilainen V, Hiltunen L, Rajala U, Joke-lainen J, et al. Association of insulin resistance linked diseases and hair loss in elderly men. Finnish population-based study. *Cent Eur J Public Health*. 2006;14(2).
32. Serdaroglu S, Oğuz O. Saç Hastalıkları. İç: Tüzün Y, Gürer MA, Serdaroglu S, Oğuz O, Aksungur VL, editors. *Dermatoloji. Saç ve Kolların Anatomisi ve Biyolojisi*. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 1295-345.
33. Paus R, Foitzik K. In search of the "hair cycle clock": a guided tour. *Differentiation*. 2004; 72:489-511.
34. Ellis JA, Sinclair R, Harrap SB. Androgenetic alopecia: pathogenesis and potential for therapy. *Expert Rev Mol Med*. 2002;4(22):1-11.
35. Kaya Erdogan H, Bulur I, Kocaturk E, Yildiz B, Saracoglu ZN, Alatas O. The role of oxidative stress in early-onset androgenetic alopecia. *J Cosmet Dermatol*. 2017;16(4):527-30.
36. Orme S, Cullen DR, Messenger AG. Diffuse female hair loss: are androgens necessary? *Br J Dermatol*. 1999;141(3):521-3.
37. Lotufo PA, Chae CU, Ajani UA, Hennekens CH, Manson JE. Male pattern baldness and coronary heart disease: the Physicians' Health Study. *Arch Intern Med*. 2000;160(2):165-71.
38. Sasmaz S, Senol M, Ozcan A, Dogan G, Tuncer C, Akyol O, et al. The risk of coronary heart disease in men with androgenetic alopecia. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 1999;12(2):123-5.
39. Ahouansou S, Le Toumelin P, Crickx B, Descamps V. Association of androgenetic alopecia and hypertension. *Eur J Dermatol*. 2007;17(3):220-2.
40. Ellis JA, Stebbing M, Harrap SB. Polymorphism of the androgen receptor gene is associated with male pattern baldness. *J Invest Dermatol*. 2001;116(3):452-5.
41. Dogramaci A, Balci D, Balci A, Karazincir S, Savas N, Topaloglu C, et al. Is androgenetic alopecia a risk for atherosclerosis? *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(6):673-7.
42. Rebora A. Baldness and coronary artery disease: the dermatologic point of view of a controversial issue. *Arch Dermatol*. 2001;137(7):943-7.
43. Sheridan P, McGill H, Aufdemorte T, Triplett R, Holt R. Heart contains receptors for dihydrotestosterone but not testosterone: possible role in the sex differential in coronary heart disease. *The Anatomical Record*. 1989;223(4):414-9.
44. Matsuda K, Ruff A, Morinelli T, Mathur R, Halushka P. Testosterone increases thromboxane A2 receptor density and responsiveness in rat aortas and platelets. *The American Journal of Physiology*. 1994;267(3pt2):H887-93.
45. Basaria S, Coviello A, Travison T, Storer T ve ark. Adverse events associated with testosterone administration. *The New England Journal of Medicine*. 2010 8,363(2):109-22.
46. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, Derici Ü, Karatan O, Turgan Ç, Sindel Ş, Erbay B, Hasanoğlu E, Çağlar Ş, and for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the Patent 1 study) in 2003. *Journal of Hypertension* 23(10):1817-1823, 2005.

Tıp Fakóltesi Eğitim Sürecinin Sigara Kullanımına Etkisi

Selahi Konak, Reyhan Aslan, Sertaç Sezgin, Elif Bildi, Melike Uslu, Simge Cibros

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim

Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Süleyman KONUŞ

ÖZET

GİRİŞ

Tütün, küresel anlamda halk sağlığını tehdit eden en önemli unsurlardan biridir. Dünya çapında yılda 8 milyondan fazla insanı öldürmekte ve bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından kaynaklanmaktadır. Birçok hastalığa zemin oluşturmasının yanı sıra sigarayı önemli kılan diğer bir özelliğiyse önlenebilir olmasıdır. Bu çalışmada kısa vadeli amaç tıp fakültesindeki eğitim sürecinin sigara içme davranışına etkisi olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Uzun vadeli amaç hekim adaylarının özellikle sigara konusunda öğrendiklerini kendi günlük hayatında uygulayabilen aynı zamanda topluma yol gösteren bireyler olarak yetiştirilmesine katkı sağlamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın evrenini Türkiye’de tıp fakültelerinde halen okumakta olan öğrenciler ve tıp fakültesinden mezun olmuş olan doktorlar oluşturmaktadır. Katılımcılar olasılıksız örneklem yöntemlerinden olan gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilmiştir. Bu araştırma tıp fakültesi eğitiminin sigara kullanımı üzerine olan etkilerini inceleyen kesitsel tipte bir çalışmadır. Bu araştırmada veri kaynağı olarak anket formu kullanılmıştır. Bu anket sosyodemografik bilgileri sorgulayan 6 soru, sigara kullanımı ile ilgili 8 soru, tıp fakültesi ve sigara ilişkisi ile ilgili 10 soru, sigara bağımlılığıyla ilgili 6 soru olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır. Araştırma 17.01.2022-28.01.2022 tarihleri arasında anket formu uygulanmıştır. Anket formları Google Forms üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılmayı kabul edip anketi tamamlayanların sayısı 213’tür. Katılımcıların %61,0’i kadın(n=130), %39,0’u erkektir(n=83). Katılımcıların %34,7’si sigara içiyorken(n=74), %65,3’ü sigara içmemektedir(n=139). Sigara içen katılımcıların %52,6’sı tıp fakültesinde başlamıştır(n=39). Sigaraya başlama nedeni olarak verilen en sık yanıtlar stres ile %41,6’dır (n=31).

SONUÇ

Tıp Fakültesi uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu süreçte öğrencilerin stres yönetimi konusunda desteklenmesi ve anksiyete yönetimini yapabilmeleri sigaraya yönelimlerini azaltabilir. Düzenli aralıklarla yapılan anketlerle fakültelerde güncel sigara içme durumları takip edilebilir. Sigaraya eğilimin arttığı durumlar belirlenip gerekli danışmanlık verilebilir ya da mevcut danışmanlık süreçleri güçlendirilebilir. Sigara bırakma sürecine aile ve arkadaşların da dâhil edilmesi sürecin hızlanmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: Sigara, tıp fakültesi

GİRİŞ

Tütün, küresel anlamda halk sağlığını tehdit eden en önemli unsurlardan biridir. Dünya çapında yılda 8 milyondan fazla insanı öldürmekte ve bu ölümlerin 7 milyondan fazlası doğrudan tütün kullanımından kaynaklanmaktadır(1).

Sigara kullanımı dünyada en sık görülen başlıca sekiz ölüm nedeninden (iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, alt solunum yolu enfeksiyonları, KOAH, tüberküloz, akciğer kanseri) altısı için risk faktörüdür (2). Birçok hastalığa zemin oluşturmasının yanı sıra sigarayı önemli kılan diğer bir özelliği ise önlenemez olmasıdır.

DSÖ, 15-24 yaş arası gençlik dönemi olarak tanımlamaktadır. Gençlik dönemi bağımlılık oluşturabilecek davranışlar açısından riskli bir gruptur. Nitekim birçok çalışmada sigaraya bu yaşlarda başlanıldığını destekler niteliktedir. Üniversite yıllarını da kapsayan bu yaş grubunda Tıp fakültesinde de sigaranın yaygın bir alışkanlık olarak ön plana çıktığı görülmüştür. Türkiye'deki üniver

sitelerdeki sigara içme prevalansı %20 ile 48 arasında değişmektedir (3). Türkiye'deki tıp fakültelerinde sigara içme prevalansı ise %11,8 ile %44,2 arasında değişmektedir. 2010 yılında 12 tıp fakültesinin öğrencilerini kapsayan bir çalışmada sigara içme prevalansı %28,5 olarak bulunmuştur (4). Tıp fakülteleri öğrencilerinin sigara içme durumunu inceleyen çalışmalarda yaklaşık her dört tıp fakültesi öğrencisinden birinin sigara kullandığı ve hekimlerin çoğunu sigaraya fakülte yıllarında başladığı görülmüştür (5).

Birçok hastalık için risk faktörü oluşturan sigara kullanımının azaltılması ve önlenmesi için hem küresel hem de ulusal anlamda çeşitli faaliyetler yürütülmektedir. Bu faaliyetlerde en önemli görev de insanları bilgilendirilmesi ve örnek olması açısından hekimlere düşmektedir. Yapılan bir çalışmada hekimlerin sigara içme oranlarının düşük olduğu ülkelerde, sigara kullanım sıklığının azaldığı görülmüştür. 2015 yılında Baschere ve ark. 3 ülkenin tıp fakültelerinde yaptıkları çalışmalarında sigara içme sıklığını Avusturya'da %17,4, İsviçre'de %12,1 ve Almanya'da %10 olarak bulmuşlardır(6). Yukarıda da belirtildiği gibi geleceğin hekim adayı olan tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme oranı diğer üniversitelerden düşük olsa bile gelişmiş ülkelerdeki tıp fakültesi sigara içme oranlarından yüksektir.

Hekimin sigara içmesi, sigaraya karşı tutumunu ve hastalarını yönlendirme durumunu olumsuz yönde etkilemekte; sigara içmenin oluşturduğu risklere ve koruyucu sağlık hizmetine yeterli önemi vermemesine yol açmaktadır. Oysaki hekimlerin sigara konusundaki inançları ve davranışlarını öğrencilik yıllarında kazandıkları bilinen bir gerçektir. Sigaranın doğrudan ve dolaylı etkileri konusunda daha iyi eğitim alan ve bu etkileri sahada gözlemlene imkanı olan tıp fakültesi öğrencilerinde sigara içme oranının fazla olması düşündürücüdür. Ayrıca tıp fakültesinde sınıf ilerledikçe sigara içme oranlarının artıyor olduğu yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır. Çalışmada altıncı sınıflarda (%43.3) birinci sınıflara göre (%24.5) anlamlı düzeyde yüksek sigara içme sıklığı saptanmıştır(7). 2018' de Meram Tıp fakültesinde yapılan çalışmada 1.sınıf öğrencilerinin %6,10'u, son sınıf öğrencilerinin %19,40'ı sigara içmekte olduğu görülmüştür(8).

Tıp fakültesi eğitiminin uzun ve zorlu bir süreç olduğu bilinen bir gerçektir. Sigaraya başlama için riskli yaş grubunda olan tıp öğrencilerinin bu davranışı gerçekleştirmesinde bu zorlu ve uzun eğitimin etkisi olup olmadığı muammadır. 2019'da Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri arasında yapılan çalışmada öğrencilerin %22,9'unun halen sigara ya da diğer tütün ürünlerini kullanmakta oldukları saptanmıştır. Çalışmada, sigara içen ya da bırakmış olan öğrencilerin %23,2'sinin tıp fakültesinde sigaraya başladıkları

saptanmıştır(9).2017’de Düzce üniversitesinde yapılan çalışmada tıp fakültesinde sigaraya başlama oranı %36,2 olarak bulunmuştur(10).

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada sigaraya en fazla lise ve üniversite döneminde başlandığı tespit edilmiştir(11). Doktorlarda sigara içme yaygınlığına yönelik bir araştırmada, en fazla sigara içmeye başvurulmuş dönem olarak üniversite birinci ve ikinci sınıflar tespit edilmiş olup, bu durum ikinci sınıfta en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada da ikinci sınıfta sigara içmenin yaklaşık 2 kat arttığı tespit edilmiştir(12).

Bu çalışmada kısa vadeli amaç tıp fakültesindeki eğitim sürecinin sigara içme davranışına etkisi olup olmadığını ortaya çıkarmaktır. Uzun vadeli amaç hekim adaylarının özellikle sigara konusunda öğrendiklerini kendi günlük hayatında uygulayabilen aynı zamanda topluma yol gösteren bireyler olarak yetiştirilmesine katkı sağlamaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma bölgesi ve popülasyonu

Bu araştırmanın evrenini Türkiye’de tıp fakültelerinde halen okumakta olan öğrenciler ve tıp fakültesinden mezun olmuş olan doktorlar oluşturmaktadır. Evreni ve sıklığı bilinmeyen örneklem formülü ($384=t^2.p.q/d^2$) kullanılarak yapılan hesaplama göre minimum örneklem büyüklüğü 384 olarak belirlenmiş ve katılımcılar olasılıksız örneklem yöntemlerinden olan gelişigüzel örneklem yöntemi ile seçilmiştir.

Araştırma tipi

Bu araştırma tıp fakültesi eğitiminin sigara kullanımı üzerine olan etkilerini inceleyen kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın veri kaynakları

Bu çalışmada veri kaynağı olarak anket formu kullanılmıştır. Bu anket sosyodemografik bilgileri sorgulayan 6 soru, sigara kullanımı ile ilgili 8 soru, tıp fakültesi ve sigara ilişkisi ile ilgili 10 soru, sigara kullanımıyla ilgili 6 soru olmak üzere toplam 30 sorudan oluşmaktadır.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar

Araştırma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı stajındaki ön hekimler tarafından Araştırma Görevlisi Dr. Süleyman Konuş rehberliğinde 17.01.2022-28.01.2022 tarihleri arasında anket formu uygulanmıştır. Anket formları Google Forms üzerinden katılımcılara ulaştırılmıştır.

Finansman:

Bu araştırma yapılırken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

İstatistiksel Analiz:

Araştırmamızda kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak, numerik değişkenler ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılımı Kolmogorow-Smirnov testiyle kontrol edilmiştir. Grupların karşılaştırılmaları için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS programının on dokuzuncu versiyonu kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Tablo 1. Katılımcıların Temel Tanımlayıcı Özellikleri, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı(n) | Yüzde(%) |
|-------------------------|---------|----------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 130 | 61,0 |
| Erkek | 83 | 39,0 |
| Çalışma durumu | | |
| Tıp fak. Öğrencisi | 164 | 77,2 |
| Asistan Dr. | 18 | 8,5 |
| Pratisyen Dr. | 17 | 8,0 |
| Uzman Dr. | 6 | 2,8 |
| Aktif olarak çalışmayan | 5 | 2,3 |
| Öğretim üyesi | 2 | 0,9 |
| Diğer | 1 | 0,3 |
| Kaldığı yer | | |
| Arkadaşı ile/ yurttta | 151 | 70,9 |
| Aile ile/ Kendi evinde | 62 | 29,1 |
| Ekonomik durum | | |
| İyi | 44 | 20,7 |
| Orta | 156 | 73,2 |
| Kötü | 13 | 6,1 |
| Aile yapısı | | |
| Çekirdek | 180 | 84,4 |
| Geniş | 16 | 7,5 |
| Anne ile baba ayrı | 14 | 6,6 |
| Diğer | 3 | 1,5 |

Çalışmaya katılmayı kabul edip anketi tamamlayanların sayısı 213'tür. Katılımcıların %61,0'i kadın(n=130), %39,0'u erkektir(n=83). %77,2'si tıp fakültesinde okumakta olan öğrenciler(n=164), %8,5'i asistan doktorlar(n=18), %8'i pratisyen doktorlar(n=17), %2,8'i uzman doktorlar(n=6), %2,3'ü aktif olarak çalışmayan(n=5), %0,9'u öğretim üyesi (n=2) ve %0,3'ü diğer katılımcılardır(n=1).

Katılımcıların %70,9'u arkadaşı ile ya da yurttta(n=151), %29,1'i ailesi ile ya da kendi evinde kaldığını belirtmiştir(n=62). Ekonomik durumu sıklıkla orta olup oranı %73,2'dir (n=156), %20,7 ile iyi (n=44), %6,1 ile kötü bir gelire sahiptir(n=13). Çalışmamızda katılımcıların %84,4'ü çekirdek aile yapısına sahipken(n=180), %7,5'i geniş (n=16), %6,6'sı annesi ile babası ayrı olan (n=14), %1,5 ile diğer aile yapısına sahip olduğunu belirtmiştir(n=3).

Tablo 2. Katılımcıların sigara içme durumu, sigaraya başlama zamanı ve nedeni, bırakma isteği,2022,Çanakkale

| Özellik | Sayı(n) | Yüzde(%) |
|--------------------------------|---------|----------|
| Sigara içme durumu | | |
| İçiyorum | 74 | 34,7 |
| İçmiyorum | 139 | 65,3 |
| Sigaraya başlama zamanı | | |
| İlkokulda | 1 | 1,4 |
| Ortaokulda | 3 | 4,1 |
| Lisede | 30 | 40,5 |
| Tıp fakültesinde | 39 | 52,6 |
| Mezun olduktan sonra | 1 | 1,4 |
| Başlama nedeni | | |
| Stres | 31 | 41,6 |
| Merak/Özenti | 21 | 28,4 |
| Arkadaş ortamı | 19 | 25,8 |
| Diğer | 3 | 4,2 |
| Ailede sigara içen kişi | | |
| Var | 56 | 62,2 |
| Yok | 28 | 37,8 |
| Bırakma isteği | | |
| Var | 53 | 63,0 |
| Yok | 20 | 27,0 |

Katılımcıların %34,7'si sigara içiyorken(n=74), %65,3'ü sigara içmemektedir(n=139). Sigara içen katılımcıların %52,6'sı tıp fakültesinde başlamıştır(n=39).%40,5 ile lisede(n=30), %4,1 ile ortaokulda(n=3), %1,4 ile ilkokulda(n=1) ve mezun olduktan sonra başlamıştır(n=1).

Sigaraya başlama nedeni olarak verilen en sık yanıtlar stres ile %41,6 (n=31), merak veya özenme ile %28,4 (n=21), arkadaş ortamı ile %25,8 (n=19), diğer sebeple başlayanlar ise %4,2 'dir (n=3).

Ailesinde sigara içenlerin oranı %62,2 (n=56), içmeyenlerin ise %37,8'dir (n=28). Sigarayı bırakmak isteyenler %63,0 (n=53) olup bırakmak istemeyenler ise %27,0'dir (n=20).

Tablo 3. Cinsiyet-sigara içme durumu ilişkisi, 2022, Çanakkale

| | | Sigara içme durumu | | | | |
|----------|-------|--------------------|----------|-----------|--------|------|
| | | | İçiyorum | İçmiyorum | Toplam | p |
| Cinsiyet | Kadın | Sayı(n) | 35 | 95 | 130 | 0,03 |
| | | Yüzde | %26,9 | %73,1 | %100 | |
| | Erkek | Sayı(n) | 39 | 44 | 83 | |
| | | Yüzde | %47,0 | %53,0 | %100 | |
| Toplam | | Sayı(n) | 74 | 139 | 213 | |
| | | Yüzde(%) | %34,7 | %65,3 | %100 | |

Satır yüzdesidir (%)

Çalışmamızda kadınların sigara içme oranı erkeklerin oranına göre daha düşüktür. Kadınların %26,9 iken (n=35) erkeklerin %47'dir(n=39). Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır. (p<0,05)

Tablo 4. Kişilerin kaldığı yer-sigara içme ilişkisi,2022, Çanakkale

| | | Sigara içme | | | | |
|---------------|---------------------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------|
| | | | İçiyorum | İçmiyorum | Toplam | p |
| Kaldığı yer | Aile/yurt | Sayı(n) | 14 | 48 | 62 | 0,018 |
| | | Yüzde(%) | %22,6 | %77,4 | %100 | |
| | Arkadaşı ile/Kendi evinde | Sayı(n) | 60 | 91 | 151 | |
| | | Yüzde(%) | %39,7 | %60,3 | %100 | |
| Toplam | | | 74 | 139 | 213 | |
| | | | %34,7 | %65,3 | %100 | |

Satır yüzdesidir (%)

Arkadaşı ya da kendi evinde kalan katılımcılarının ailesi ile ya da yurttan kalanların sigara içme oranından daha yüksektir, bu durum istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0,05).

Tablo 5. Ailede sigara içen kişi sayısı- sigara içme ilişkisi , 2022, Çanakkale

| | | | Sigara içme durumu | | | |
|--------------------------------|----------|----------|--------------------|--------------|-------------|-------|
| | | | İçiyorum | İçmiyorum | Toplam | p |
| Ailede sigara içen kişi sayısı | Bir kişi | Sayı(n) | 46 | 64 | 110 | 0,031 |
| | | Yüzde(%) | %41,8 | %58,2 | %100 | |
| | İki kişi | Sayı(n) | 28 | 75 | 103 | |
| | | Yüzde(%) | %27,2 | %72,8 | %100 | |
| Toplam | | | 74 %34,7 | 139 %65,3 | 213 %100 | |

Satır yüzdesidir (%)

Ailede bir kişi sigara içenlerin oranı %41,8 olup iki kişi içenlerin oranından daha fazladır, istatistiksel olarak anlamlıdır($p<0,05$).

TARTIŞMA

Ülkemizde sigara içme prevalansı %25,7 olup, erkeklerde %39,2, kadınlarda %12,6 olarak bulunmuştur (16). Küresel Tütün Araştırması 2012 sonuçlarına göre, Türkiye’de 15 yaş ve üzeri bireylerin tütün ve tütün ürünleri kullanma sıklığı %27,1 dir.(16,17) Araştırmalar Türkiye’de üniversite öğrencileri arasında sigara içme sıklığının %20 ile %48 arasında değişen değerler aldığını göstermiştir.(19) Türkiye’de tıp fakültesi öğrencilerinin sigara içme oranı %11,8 ile %44,2 arasında ve erkek öğrencilerin kız öğrencilerden daha fazla sigara içtiği belirlenmiştir(20,21).

2018 yılında Gazi Üniversitesi’nde öğrenci, araştırma görevlisi ve öğretim üyelerini kapsayan araştırmada sigara içme oranı %27,4 olarak bulunmuştur(21). 2004 yılında Kayseri il merkezinde çalışan 386 hekim ve okuyan 487 tıp öğrencisini kapsayan çalışmada sigara içme oranı %31,3 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise bu oran %34,7 olarak bulunmuştur. Bu farklılığın sebebi çalışma örnekleminin farklı olması ve zamansal farklılıklar olabilir. Ayrıca 2004 Kayseri’ de yapılan çalışmanın devamında erkeklerde sigara içme oranının %37,5, kadınlarda ise %11,6 olduğu görülmüştür(20) Bizim çalışmamızda sigara içen kadınların oranı %26,9 (n=35), sigara içen erkeklerin sayısı içen %47,0(n=39) olarak bulunmuştur. İki çalışma arasında cinsiyetler arasında farklılık bulunmasının sebebi örneklem büyüklüğünün ve örneklemdaki tıp öğrencileri oranının farklı olması olabilir. Yine de erkelerin kadınlardan daha fazla sigara içiyor olması literatürdeki diğer çalışmaları desteklemektedir.(22,23,24,25)

Yaptığımız çalışmada sigara içenlerin %41,8'nin (n=46) ailesinde de sigara içen birinin olduğu görülmüştür. 2006 yılında Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin ailelerinde (anne/baba/kardeş) sigara içme yaygınlığı anlamlı düzeyde yüksek olarak bulundu ($p<0.05$)(26). Literatürde ailede sigara içenlerin olması kullanım oranını arttırdığına dair başka çalışmalar da bulunmaktadır(27,28).

2018 yılında Uşak Üniversitesi 1. Sınıf tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan çalışmada sigara bağımlılığını ailelerinden daha çok dış çevreden etkilenerek edindiği sonucuna varılmıştır. Vatan ve arkadaşlarının çalışmasında ise sigara içme sıklığıyla; cinsiyetin erkek olması, yaşadığı ortamda sigara içilmesine izin verilmesi ile anlamlı derecede ilişkili bulunmuştur (29). Bizim çalışmamızdaysa ailesiyle ya da yurttan kalanların %22,6'sı (n=14) sigara içerken arkadaşıyla ya da kendi evinde kalanların ise %39,7'si (n=60) sigara içmekte olması bu çalışmayı destekler niteliktedir.

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde sigaraya başlamada arkadaş etkisinin %26,5 ile %61,4 arasında olduğu görülmüştür. Bizim çalışmamızda ise katılımcıların sigara kullanımına etkili faktörler incelendiğinde %41,6' sını (n=31) stres, %28,4'ü (n=21) merak veya özenme, %25,8'i (n=19) arkadaş ortamı, %4,2'si (n=3) diğer sebepler olarak belirtmiştir. Vatan ve arkadaşlarının çalışmasında 1. sırayı "stres ve keyfi"; Mayda ve arkadaşlarının çalışmasında, "arkadaş etkisi", Baykan ve arkadaşlarının çalışmasında ise "stres" almıştır (30). Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesinde yapılan çalışmada öğrencilerin sigara içmeye başlama nedenleri arasında; ilk sırayı %46,3 ile "stres/can sıkıntısı" almaktadır(31)

Çalışmamıza katılan ve sigara içen katılımcıların %52,6'sı (n=39) sigara içmeye tıp fakültesinde başladıklarını belirtmiştir. Sönmez ve arkadaşlarını 2017'de yaptığı çalışmada tıp fakültesinde sigaraya başlama oranı %36,2, 2019'da Celal ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise bu oran %23,2 olarak bulunmuştur(33).Kahramanmaraş Sütçü imam üniversitesi tıp fakültesinde yapılan çalışmada Sigara içen ya da bırakmış olan öğrencilerin %23,2'si tıp fakültesinde sigaraya başladıklarını ifade etmişlerdir(32).

Çalışmamızda tıp fakültesinde sigaraya başlayanları %38,3'ü (n=18) 1. Sınıfta, %19,1'i (n=9) 2. Sınıfta sigaraya başladıklarını belirtmiştir. Doktorlarda sigara içme yaygınlığına yönelik benzer bir araştırmada, en fazla sigara içmeye başlanılan dönem olarak üniversite birinci ve ikinci sınıflar tespit edilmiş olup, bu durum ikinci sınıfta en yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur (34). Benzer şekilde araştırmalar birçok hekimin de sigaraya fakülte yıllarında başladığını ortaya koymuştur (35).

Çalışmamızda Sigara içen katılımcıların %63,0'ü (n=53) bırakma isteklerinin olduğunu belirtmiştir. Kahramanmaraş'ta yapılan çalışmada sigara içen öğrencilerin %71,2'si sigarayı bırakmayı düşündüğünü belirtmektedir (32). Sigara kullanan öğrencilerin %62,6'sı sigarayı bırakmayı düşündüğünü ifade etmiştir (36). Bu anlamda sigara kullananların çoğunun sigarayı bırakmak istemesi bu konuda desteklenmelerinin önemini açığa çıkarmıştır.

SONUÇ

Tıp Fakültesi uzun ve zorlu bir süreçtir. Bu süreçte öğrencilerin stres yönetimi konusunda desteklenmesi ve anksiyete yönetimini yapabilmeleri sigaraya yönelimlerini azaltabilir.

Çalışmamızda katılımcıların birçoğu sigaraya tıp fakültesinde ve özellikle 1. ve 2. Sınıflarda başladıklarını belirtmiştir. Genç yaşta sigaraya başlayanların bağımlı olma ve bu davranışı sürdürme oranlarının da yüksek olduğu bilinmektedir. Sigara bağımlılığı oluşmadan önce gerekli tedbirlerin alınması bu açıdan önemli olabilir.

Düzenli aralıklarla yapılan anketlerle fakültelerde güncel sigara içme durumları takip edilebilir. Sigaraya eğilimin arttığı durumlar belirlenip gerekli danışmanlık verilebilir ya da mevcut danışmanlık süreçleri güçlendirilebilir. Sigaranın etkileri, bırakma yolları vb. hakkında bilgilendirici ayrı derslerin olması sigaraya yönelik farkındalığın artmasını sağlayabilir. Sigara içen aile üyelerinin ve yakın arkadaşların sigara içmeye eğilimi arttığı bilinmektedir. Bu nedenle sigara bırakma sürecine aile ve arkadaşların da dahil edilmesi sürecin hızlanmasına katkı sağlayabilir. Akran eğitiminin önemi sigara konusunda da destekleyici olabilir.

KAYNAKÇA

1. Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ Ç, Bayram NG, et al. Fagerstrom test for nicotine dependence: Reliability in a Turkish sample and factor analysis. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004;52(2):115-121
2. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>. Erişim tarihi: 20.10
3. Bilir, N., Özcebe, H., Aslan, D. and Ergüder, T. Dünya Sağlık Örgütü Küresel Tütün Salgını Raporu, 2008. Dsö Avrupa Bölge Ofisi Yayınları. 2008
4. Akdur R. Gençlerde sigara salgını.http://www.ssuk.org.tr/file_upload/savefiles/recep_akdur_2009.pdf Erişim tarihi 11.12.2018.
5. Inandi T, Caman OK, Aydın N, et al. Global Health Professions Student Survey--Turkey: second-hand smoke exposure and opinions of medical students on anti-tobacco law. *Cent Eur J Public Health* 2013;21(3):134-39
6. Yengil, Erhan. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu Ve Sigara İle İlgili Tutumları. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2014;1-7.
7. Baschera D, Westermann L, Isenegger P, Zellweger R. Cross-sectional study of satisfaction with studies and lifestyle among medical students in Austria, Germany and Switzerland. *Dtsch med Wochenschr* 2015;140(18):176-85.
8. Er T,Kurçer MA, Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve Anksiyete Düzeyleri, *Bağımlılık Dergisi* 2020; 21(3):201-209
9. Vatansev H,Kutlu R,Özdengül A,Demirbaş N,Taşer S,Yılmaz F, Tıp ve İletişim Fakültesi Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanım Farklılıkları, *Ankara Med J*, 2019;(1):344-56
10. Kuş C,Gümüştakım R,Eryılmaz M, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanma Durumu ve İlişkili Faktörler, *Turkish Green Crescent Society* 2019, 6(4) 182-193
11. Sönmez, C. I., Başer, D. A., Aydoğan, S., Uludağ, G., Dinçer, D., & Topaluğurlu, B. (2017). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 160-166.
12. Marakoglu K, <ivi S, Sahsvar S, Oz dernir S. Tıp fakiiltesi birinci ve ikinci simf og renc iler inde sigara icme durumu ve depresyon yaygmhg i arasm da ki iliski. *Bagim hkh Dergisi* 2006; 7: 129-34
13. Sezer RE, Marakoglu K, Sezer H, Marakoglu i. Cumhuriyet Oniversitesi Tıp ve Dishekirnligi Fakulteleri ogretim eleman lannm sigara ku llamm durumu ve sigara ile baglantih gorusleri, 2000, Sivas. e.O. Tıp Fak ultes i Dergisi 200 l;23(l):25-37.
14. World Health Organization. World Health Statistics 2009. <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.

15. Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK). Küresel Yetişkin Tütün Araştırması 2012. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.doid=13142>
16. Kostova D, Andes L, Erguder T, et al. Office on Smoking and Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, CDC. Cigarette Prices and Smoking Prevalence After a Tobacco Tax Increase — Turkey, 2008 and 2012. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2014;63(21);457-61.
17. Özcebe H. Genç olmak ve riskler. *Türkiye Klinikleri Pediatrik Bilimler* 2008; 4: 107-10.
18. Maziak W, Rastam S, Eissenberg T, Asfar T, Hammal F, Bachir ME, et al. Gender and smoking status-based analysis of views regarding waterpipe and cigarette smoking in Aleppo, Syria. *Prev Med* 2004; 38: 479-84.
19. Kocabas R, Burgut N, Bozdemir N. Smoking patterns at different medical schools in Turkey. *Tob Control* 1994; 3.
20. Çetinkaya F., Biricik S. S., Naçar M. Kayseri il merkezindeki hekimlerin ve tıp öğrencilerinin sigara içme durumları ve sigara konusundaki tutumlar *Erciyes Tıp Dergisi (Erciyes Medical Journal)* 28 (4) 163-171, 2006
21. Uğraş Dikmen A., Koç A. K., Özger İlhan S., İlhan M. N. Prevalence of Smoking in Gazi University Medicine Faculty and Related Factors *GMJ* 2019; 30: 107-113
22. Çalışkan, D. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrenci Ve Çalışanlarının Sigara İçme Durumu Ve Etkili Faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 2005; 58(03)
23. Sotiropoulos A, Gikas A, Spanou E, Dimitrelou D, Karakostas F, Skliros E. Smoking Habits And Associated Factors Among Greek Physicians. *Public Health*. 2007; 121:333-40.
24. Köksal EN. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol, Madde Kullanım Sıklığının Ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi [thesis]. [Samsun]; 2016
25. Kaneita Y, Uchida T, Ohida T. Epidemiological Study Of Smoking Among Japanese Physicians. *Preventive Medicine*. 2010; 51.2 : 164-167.
26. MARAKOGLU K., TOPRAK D., SENSOY N. Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Prevalansı ve Depresyon Durumu Arasındaki ilişki *Kocatepe Tıp Dergisi* 7: 1-8/ Mayıs 2006
27. Baykan Z., Naçar M. Tıp fakültesi öğrencilerinin sigara kullanımı ve tütün kanununa ilişkin görüşleri *Dicle Tıp Dergisi* 2014; 41 (3): 483-490
28. Tin Arslan Y., Pirinççi S., Okyay P., Kacar Döger F. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinde Sigara Kullanımı ve İlişkili Faktörler *Meandros Medical Journal* 2016;17:146-52
29. İlknur Vatan, Hande Ocakoğlu, Emel İrgil. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009;8(1):43-8
30. Berberoğlu U., Taşpınar N., Öztaş D. Tıp Eğitimi Başlangıcında Sigara Kullanımı ve Etkileyen Faktörler, *Ankara Med J*, 2019;(4):745-52
31. İlknur Vatan, Hande Ocakoğlu, Emel İrgil. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinde Sigara İçme Durumunun Değerlendirilmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2009: 8(1):43-8
32. Kuş C., Gümüştakım R. Ş., Eryılmaz M. E., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Tütün ve Tütün Ürünleri Kullanma Durumu ve İlişkili Faktörler *The Turkish Journal on Addictions*, 6(4), 182-193.
33. Sönmez, C. I., Başer, D. A., Aydoğan, S., Uludağ, G., Dinçer, D., & Topaluğurlu, B. (2017). Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme sıklığı ve sigara ile ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Konuralp Tıp Dergisi*, 9(2), 160-166

34. Sezer RE, Marakoglu K, Sezer H, Marakoglu i. Cumhuriyet Oniversitesi Tip ve Dishekirnligi Fakulteleri ogretim eleman lannm sigara ku llamm durumu ve sigara ile baglantih gorusleri, 2000, Sivas. e.O. Tıp Fak ultesi i Dergisi 2001;23(1):25-37.
35. Metintaş S, Sariboyaci MA, Nuhoglu S, et al. Smoking patterns of university students in Eskisehir, Turkey. Public Health 1998;112(4):261-4.
36. Yengil E., Çevik C., Demirkıran G., Akkoca A. N., Soylu Özler G., Özer C. Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Sigara İçme Durumu ve Sigara İle İlgili Tutumları Konuralp Tıp Dergisi 2014;6(3):1-7

ŞUBAT-MART GRUBUNUN MAKALELERİ

**Altın Yıllar Yaşam Merkezine Gelen Yaşlılarda Düşme Durumu ve Risk Faktörlerinin
Değerlendirilmesi***

**Baran BOZYEL, Kadir POYRAZ, Nigar MEHMET, Nur TEKİN, Shiva BARADARİJOMEHRİ, Tuğçe
Elif ERUÇAR**

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Süleyman KONUŞ**

*Bu araştırma konusunda, daha geniş bir örneklem ile başka bir çalışma yapılmış ve makale olarak yayımlanmak üzere bilimsel bir dergiye iletilmiştir.

Özet

Giriş ve Amaç: Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan, kalıtsal yapının ve dış faktörlerin etkisiyle vücudun fonksiyonlarının azalması olarak tanımlanmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Çanakkale Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nde bulunan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin düşme durumunun değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Araştırmanın evrenini, Çanakkale Merkez ilçede ikamet edip Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri 1024 kişi oluşturmaktadır. 2022 yılında kayıtlı kişi sayısı 279 olup, çalışma süresince 184 kişi dahil olmuştur. Araştırmanın verileri "Altın Yıllar Kohordü: Çanakkale Belediyesi Altın Yıllar Yaşam Merkezinden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sosyomedikal Yönden İzlemi" adlı çalışmanın soru formlarından elde edilmiştir.

Bulgular: Uygulanan Kısa Akıl Muayenesi sonucunda yaşlıların %14,1'inde demans riski bulunmaktadır. Demans riski bulunan yaşlıların %42,3'ü son 6 ay içerisinde en az bir kez düşmüştür. KAM puanı ve düşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (**p: 0,022**). Uygulanan Geriatrik Depresyon Ölçeği sonucunda yaşlıların %22,3'ü depresyon açısından riskli gruptadır. %12,0'ında olası depresyon, %10,3'ünde kesin depresyon olduğu saptanmıştır. Riski bulunan yaşlıların %34,1'i son 6 ay içerisinde en az bir kez düşmüştür. GDÖ puanı ve düşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (**p: 0,102**).

Sonuç: Yaşlılarda düşmelerin önemi, sıklığı ve ilişkili risk faktörleri literatürde açıkça ortaya konulmuş durumdadır. Çalışmamızda yaşlılarda düşmelere ilişkin bilinen risk faktörlerinden demans, depresyon, cinsiyet, yaş ve yalnız yaşama değerlendirilmiş olup; bu risk faktörlerinden sadece demans ile düşme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Sonuç olarak düşmeler yaşlılık dönemi için önemli bir halk sağlığı sorunudur ve düşmelerin önlenmesi ile risk faktörlerinin kontrolü konularında ileriye dönük müdahalelerin planlanmasında 65 yaş üzeri nüfus içerisinde yaş ve cinsiyet gibi belirleyicilere bağlı olarak risk faktörlerinin değişiklik gösterdiği göz önüne alınmalıdır.

Anahtar kelimeler: Altın Yıllar Yaşam Merkezi, Yaşlılık, Düşme, Risk Faktörleri

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaşlı olarak belirlediği 65 yaş üzeri nüfus, dünyada ve Türkiye'de giderek artmaktadır. Türkiye'de yaşlı nüfus son beş yılda %24,0 artarak 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişi olmuştur. Toplam nüfus içindeki oranı %9,7'ye yükselmiş, %44,3'ünü erkek ve %55,7'sini kadın nüfus oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranının 2080 yılında %25,6'ya ulaşacağı tahmin edilmektedir (1).

Yaşlanma; kronolojik, biyolojik, sosyal ve psikolojik boyutları olan (2), kalıtsal yapının ve dış faktörlerin etkisiyle vücudun fonksiyonlarının azalması olarak tanımlanmaktadır (3). Yaşlanma süreciyle birlikte yaşlılarda biyolojik, psikolojik, fizyolojik olarak gerilemeler meydana gelmekte, günlük yaşam aktiviteleri ile ilgili zorluklar yaşanmakta ve fonksiyonlarda gözle görülür yetersizlikler ortaya çıkmaktadır. Yaşlılarda meydana gelen bu değişimler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini sınırlayarak yaşam kalitelerini olumsuz yönde etkilemektedir (4). Bununla birlikte yaşlılarda sağlık problemleri arttıkça kendi kendilerine yeterlilik durumları giderek azalmakta, kaza ve düşme oranlarında artışlar görülmektedir (5).

Düşme; kişinin herhangi bir kasıtlı hareket, inme gibi majör bir intrinsik olay ya da araba çarpması gibi ekstrinsik bir kuvvet olmadan yere veya bulunduğu seviyeden daha düşük bir düzeye gelmesi olarak açıklanabilir (6, 7). Düşme ve düşmeye bağlı oluşan yaralanmalar önemli bir halk sağlığı problemi olarak karşımıza çıkmaktadır. Yaşla birlikte görülme sıklığının artmasının yanı sıra, mortalite ve morbidite oranı yüksek olan bir problemdir (8). Düşme, bireylerde ciddi sağlık sorunlarına ve engelliliğe sebep olmaktadır. Bununla birlikte ortaya çıkan bakım maliyeti ile aile bireyleri ve toplum için de önemli oranda bakım yüküne sebep olmaktadır (9). Bu nedenle, yaşlı popülasyonda düşmeleri ve düşmeye bağlı yaralanmaları azaltmak için kanıta dayalı müdahaleler büyük önem taşımaktadır (10).

Bu araştırmanın amacı, Çanakkale Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nde bulunan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin düşme durumunun değerlendirilmesi ve risk faktörlerinin araştırılmasıdır. Bu çalışmanın sonuçları ile yaşlı nüfusun düşme durumuyla ilişkilendirilebilecek risk faktörlerinin belirlenmesi, belirlenen risk faktörlerinin önüne geçebilmek için gerekli düzenlemelerin yapılması; böylece 65 yaş ve üzeri kişilerin düşme sıklığının ve morbiditesinin azaltılması, yaşam kalitesinin artırılması amaçlanmaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma evrenini Çanakkale Merkez ilçede ikamet edip Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne kayıtlı olan 65 yaş ve üzeri 1024 kişi oluşturmaktadır. 2022 yılında kayıtlı kişi sayısı 279 olup, çalışma süresince 184 kişi dahil olmuştur.

Araştırmanın verileri "Altın Yıllar Kohortu: Çanakkale Belediyesi Altın Yıllar Yaşam Merkezinden Hizmet Alan 65 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sosyomedikal Yönden İzlemi" adlı çalışmanın soru formlarından elde edilmiştir. Kullanılan soru formunu katılımcıların bazı sosyodemografik özellikleri, Kısa Akıl Muayenesi (KAM), sosyal yardımlar, kişisel alışkanlıklar, fiziksel aktivite ve beslenme, yaşlanmaya yüklenen anlamlar, gündelik yaşam aktiviteleri, düşme, sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı, Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Yaşlı Modülü (WHOQOL-OLD) bölümleri oluşturmaktadır. Düşme ile ilgili 11, toplamda 126 soru içermektedir.

Kısa Akıl Muayenesi (KAM), mental durumun değerlendirilmesi için Folstein ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerli ve güvenilir olduğu saptanmış olan bir testtir. Bilişsel fonksiyonları beş ayrı bölümde (oryantasyon, kayıt, dikkat ve hesaplama, hatırlama ve dil) değerlendiren bir ölçektir. Toplam skor 30'dur. 24 ve altında puan alanlar demans açısından değerlendirilmelidir (11, 12).

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ), Yesavage ve arkadaşları tarafından kullanıma sunulmuştur (13) ve Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirlik çalışması iki farklı çalışmayla değerlendirilmiş ve uygun bulunmuştur. Öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan, yaşlıların kolayca işaretleyebileceği, "evet" ya da "hayır" olarak yanıtlayabileceği biçimde hazırlanmıştır. Ölçeğin puanlamasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmektedir ve sonuçta toplam puan depresyon puanı olarak kabul edilir. Ölçeğin puanlamasında 0-10 puan "depresyon yok", 11-13 puan "olası depresyon", 14 ve üzeri puan "kesin depresyon" şeklindedir (14, 15).

Soru formlarını Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 21.02.2022-01.04.2022 tarihleri arasında Halk Sağlığı Stajı alan dönem 6 öğrencileri uygulamıştır. Araştırmaya katılım için gönüllülük esas alınmıştır.

Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz:

Araştırmamızda kategorik değişkenler sayı ve yüzde olarak verilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorow-Smirnov testiyle kontrol edilmiştir. Grupların karşılaştırılmaları için Ki-Kare testi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada görüşülen yaşlıların cinsiyet ve yaş gruplarına göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcıların %72,8’i kadın, %27,2’si erkeklerden oluşmaktadır. %60,1’i 65-74 yaş, %39,9’u 75 ve üzeri yaş grubundadır. %2,1’i herhangi bir okuldan mezun olmadıklarını belirtmiştir. %64,1’i emekli, %28,3’ü ev işleri ile meşgul olduklarını belirtmiştir. %38,6’sı yalnız, %61,4’ü ise birileriyle yaşadıklarını belirtmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların son 6 ay içerisinde evde ve/veya dışarıda düşme durumlarının değerlendirildiği, kendi beyanları esas alınan sorular ile düşme hakkında bilgiler edinilmiştir. Kısa Akıl Muayenesi ile demans açısından, Geriatrik Depresyon Ölçeği ile depresyon açısından riskleri değerlendirilmiştir.

Araştırmaya katılan yaşlıların %24,5’i son 6 ay içerisinde en az bir kez düştüklerini belirtmiştir. Bu grubun %26,9’unu kadınlar, %18,0’ını erkekler oluşturmaktadır. %23,6’sı 65-74 yaş, %26,0’ı 75 ve üzeri yaş grubundadır. Cinsiyet, yaş ve düşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arası farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 3, p: 0,213) (Tablo 4, p: 0,713)

Yalnız yaşayan yaşlıların %22,5’i, birileriyle yaşayanların ise %25,7’si son 6 ay içerisinde en az bir kez düştüklerini belirtmiştir. Evde yaşayan kişi sayısı ve düşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 5, p: 0,631)

Uygulanan Kısa Akıl Muayenesi sonucunda yaşlıların %14,1’inde demans riski bulunmaktadır. Riski bulunan yaşlıların %42,3’ü son 6 ay içerisinde en az bir kez düşmüştür. KAM puanı ve düşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (Tablo 6, p: 0,022)

Uygulanan Geriatrik Depresyon Ölçeği sonucunda yaşlıların %22,3’ü depresyon açısından riskli gruptadır. %12,0’ında olası depresyon, %10,3’ünde kesin depresyon olduğu saptanmıştır. Riski bulunan yaşlıların %34,1’i son 6 ay içerisinde en az bir kez düşmüştür. GDÖ puanı ve düşme arasındaki ilişki değerlendirildiğinde gruplar arası fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (Tablo 7, p: 0,102)

TABLO VE GRAFİKLER**Tablo 1.** İncelenenlerin Temel Tanımlayıcı Özellikleri, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|------------------------|------------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 134 | 72,8 |
| Erkek | 50 | 27,2 |
| Yaş | | |
| 65-74 | 110 | 60,1 |
| 75 ve üzeri | 73 | 39,9 |
| Meslek | | |
| Emekli | 119 | 64,6 |
| İşsiz | 13 | 7,1 |
| Ev işleri ile meşgul | 52 | 28,3 |
| Kiminle Yaşıyor | | |
| Yalnız | 71 | 38,6 |
| Birileriyle yaşıyor | 113 | 61,4 |
| Toplam | 184 | 100,0 |

Tablo 2. Düşme ve İlişkilendirilen Özellikler, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-----------------------------------|------------|--------------|
| Toplam Düşme | | |
| Düşme var | 45 | 24,5 |
| Düşme yok | 139 | 75,5 |
| Kısa Akıl Muayenesi | | |
| Demans riski var | 26 | 14,1 |
| Demans riski yok | 158 | 85,9 |
| Geriatrik Depresyon Ölçeği | | |
| Depresyon yok | 119 | 77,7 |
| Olası depresyon | 13 | 12,0 |
| Kesin depresyon | 52 | 10,3 |
| Toplam | 184 | 100,0 |

Tablo 3. Düşmenin Cinsiyete Göre Dağılımı, 2022, Çanakkale

| | Düşme var Sayı (%) | Düşme yok Sayı (%) | Toplam | p |
|---------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|
| Kadın | 36 (26,9) | 98 (73,1) | 134 (100,0) | 0,213 |
| Erkek | 9 (18,0) | 41 (82,0) | 50 (100,0) | |
| Toplam | 45 (24,5) | 139 (75,5) | 184 (100,0) | |

p: Ki-kare testi

Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 4. Düşmenin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı, 2022, Çanakkale

| | Düşme var Sayı (%) | Düşme yok Sayı (%) | Toplam | p |
|--------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|
| 65-74 | 26 (23,6) | 84 (76,4) | 110 (100,0) | 0,713 |
| 75 ve üzeri | 19 (26,0) | 54 (74,0) | 73 (100,0) | |
| Toplam | 45 (24,6) | 138 (75,4) | 183 (100,0) | |

p: Ki-kare testi

Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 5. Düşmenin Kiminle Yaşadığına Göre Dağılımı, 2022, Çanakkale

| | Düşme var Sayı (%) | Düşme yok Sayı (%) | Toplam | p |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|
| Yalnız | 16 (22,5) | 98 (73,1) | 55 (100,0) | 0,631 |
| Birleriyle yaşıyor | 29 (25,7) | 84 (74,3) | 113 (100,0) | |
| Toplam | 45 (24,5) | 139 (75,5) | 184 (100,0) | |

p: Ki-kare testi

Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 6. Düşmenin Kısa Akıl Muayenesi Sonucuna Göre Dağılımı, 2022, Çanakkale

| | Düşme var Sayı (%) | Düşme yok Sayı (%) | Toplam | p |
|-------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|
| Demans riski var | 11 (42,3) | 15 (57,7) | 26 (100,0) | 0,022 |
| Demans riski yok | 34 (21,5) | 124 (78,5) | 158 (100,0) | |
| Toplam | 45 (24,5) | 139 (75,5) | 184 (100,0) | |

p: Ki-kare testi

Yüzde: Satır yüzdesi

Tablo 7. Düşmenin Geriatrik Depresyon Ölçeği Sonucuna Göre Dağılımı, 2022, Çanakkale

| | Düşme var Sayı (%) | Düşme yok Sayı (%) | Toplam | p |
|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------|
| Depresyon riski var | 14 (34,1) | 27 (65,9) | 41 (100,0) | 0,102 |
| Depresyon riski yok | 31 (21,7) | 112 (78,3) | 143 (100,0) | |
| Toplam | 45 (24,5) | 139 (75,5) | 184 (100,0) | |

p: Ki-kare testi

Yüzde: Satır yüzdesi

TARTIŞMA

Düşmeler, yaşlılık döneminde önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda cinsiyetin, yaşın, depresyon riskinin ve kısa akıl muayenesinin düşme ile ilişkisi incelenmiştir.

Yaşlılık döneminde düşmeler genellikle kadınlarda erkeklere göre daha yüksek sıklıkta görülmektedir (16, 17); ancak bu çalışmada düşme sıklığı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Düşme risklerini değerlendirirken yaşlılık dönemi genellikle 65 yaş ve üzeri tüm bireyler şeklinde bir bütün olarak ele alınmaktadır. Çalışmamızda yaşlılık dönemi; 65-74 ve 75 yaş üzeri olarak gruplandırılmıştır ve düşme sıklığı açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Yalnız yaşamak yaşlılarda fonksiyonel yeterliliğin bir göstergesi olarak değerlendirilebilmektedir. Buna karşın İngiltere Ulusal Araştırması'nda yalnız yaşayan yaşlı bireylerin düşme riskinin 1,7 kat daha yüksek olduğu gösterilmiştir (18). Çalışmamızda ise düşme durumu ve yalnız yaşama arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Nedenselliği tam bilinmemekle birlikte geriatrik dönemde düşmeler, depresyonla birliktelik göstermektedir (19, 20). Yapılan çalışmalarda Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon yönünden pozitif kabul edilen yaşlılarda düşme riski artmaktadır (21, 22, 23). Çalışmamızda Geriatrik Depresyon Ölçeği'ne göre depresyon riski olan yaşlılarda depresyon ile düşme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Kısa Akıl Muayenesi sonuçları yaşlı bireylerde düşme ve düşmeyle ilişkili ciddi yaralanmalar ile yakından ilişkili bulunmuştur (24, 25). Çalışmamızda Kısa Akıl Muayenesi sonuçlarına göre demans riski olan yaşlılarda düşme oranı yüksek; demans ile düşme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

SONUÇ

Yaşlılarda düşmelerin önemi, sıklığı ve ilişkili risk faktörleri literatürde açıkça ortaya konulmuş durumdadır. Çalışmamızda yaşlılarda düşmelere ilişkin bilinen risk faktörlerinden cinsiyet, yaş, yalnız yaşama, demans ve depresyon değerlendirilmiş olup; bu risk faktörlerinden sadece demans ile düşme arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Literatürle karşılaştırdığımızda soru formunda kullanılan ölçeklerin farklı olması, örneklemin küçük olması, Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne başvuru kriteri olarak kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen, herhangi bir bakıma muhtaç olmayan bireylerden oluşması sonuçlar arasındaki farklılığa sebep olmuş olabilir.

Bu sonuçlar doğrultusunda evde ve kurumlarda yaşayan yaşlılarda bilişsel duruma yönelik geniş bir değerlendirme yapılması; yaşlılarda bilişsel durumdaki olumsuz değişimi en aza indirmek için çeşitli düzeylerde fiziksel ve psikososyal bakım, eğitim, danışmanlık, rehberlik ve koordinasyon gibi hemşirelik hizmetlerinin etkili planlanması önerilebilir. Yaşlıların daha sağlıklı ve kaliteli bir yaşam sürmesi için planlamalar yapılırken yaşlıların kaybedilen fiziksel, bilişsel, sosyal fonksiyonlar, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam doyumu yönünden izlenmesi ve bu alanlarda yaşanan değişimlere yönelik girişimlere daha fazla ağırlık verilmesi gerekmektedir.

Düşmeler yaşlılık dönemi için önemli bir halk sağlığı sorunudur ve düşmelerin önlenmesi ile risk faktörlerinin kontrolü konularında ileriye dönük müdahalelerin planlanmasında 65 yaş üzeri nüfus içerisinde risk faktörlerinin değişiklik gösterdiği göz önüne alınmalıdır.

Çıkar Çatışması ve Finansman:

Çıkar çatışması yoktur. Finansman desteği alınmamıştır.

KAYNAKÇA

1. Türkiye İstatistik Kurumu İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. TÜİK, 18 Mart 2022.
2. Beğler T, Yavuzer H. Yaşlılık ve Yaşlılık Epidemiyolojisi. Klinik Gelişim 2012;25(3): 1-3.
3. Arıoğul S, Kırdı N, Bumin G, Kayıhan H. Geriatrik Yaş Grubunda Yaşam Kalitesi ve Değerlendirmesi: Geriatri ve Gerontoloji. 1. Baskı. ISBN: 975-567-037-8 Ankara - 2006. ss: 245-256.
4. Tajvar M, Arab M, Montazeri A. Determinants of Health-Related Quality Of Life in Elderly in Tehran, Iran. BMC Public Health 2008 (doi: 10.1186/1471-2458-8-323).
5. Koç Z. Hastaneye Yatan 60 Yaş ve Üzeri Bireylerin Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Sağlık ve Toplum 2006;16(3): 84-96.
6. Victorian Government Department of Human Services. Minimising the Risk of Falls & fall-related Injuries 2004.
7. Chu LW, Chi I, Chiu AYY. Incidence and Predictors of Falls in the Chinese Elderly. Annals of the Academy of Medicine Singapore 2005;34(1): 60-72.
8. Gürler H, Bayraktar N, Erdil F. Cerrahi girişim uygulanan yaşlı bireylerde düşmelerin önlenmesi. Türkiye Klinikleri Journal of Surgical Nursing-Special Topics 2017;3(2): 124-129.
9. Rao, S. S. Prevention of falls in older patients. American family physician 2005;72(1): 81-88.
10. Gerards MH, McCrum C, Mansfield A, Meijer K. Perturbation-based balance training for falls reduction among older adults: Current evidence and implications for clinical practice. Geriatrics & Gerontology International 2017;17(12): 2294-2303.
11. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975;12: 189-98
12. Güngen C, Ertan T, Eker E, et al. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 2002;13: 273-81
13. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982;17(1): 37-49
14. Ertan T, Eker E, Şar V. Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 1997;33(2): 62-71.
15. Sağduyu A. Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi.1997;8(1): 3-8.
16. Gale CR, Cooper C, Aihie Sayer A. Prevalence and risk factors for falls in older men and women: The English longitudinal study of ageing. Age Ageing 2016;45(6): 789- 94.
17. Enes G, Arslan İ, Tekin O, Fidancı İ, Eren Ş, Dilber S, Şahin K. Kendi evi ve huzurevinde yaşayan yaşlılarda, denge ve yürüme skorları ile düşme riskinin karşılaştırılması. Ankara Med J, 2017;(2): 102-10
18. Wickham C, Cooper C, Margetts B, et al. Muscle strength, activity, housing and the risk of falls in elderly people. Age Ageing 1989 (1): 47-51.
19. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. N Engl J Med 1988;319(26): 1701-7
20. Biderman A, Cwikel J, Fried A, et al. Depression and falls among community dwelling elderly people: A search for common risk factors. J Epidemiol Commun H 2002;56(8): 631- 6.
21. Telatar T, Üner S, Özcebe H, Biçer B, Sarı Ö. Yaşlılarda düşmeler ve ilişkili risk faktörlerinin yaş ve cinsiyete göre değerlendirilmesi. Selcuk Med J 2020;36(2): 101-108
22. Mutluay F, Erken N, Günay F, Kaya D, Işık A. Yaşlılarda depresyon düşme sıklığı ile ilişkilendirilebilir mi? Journal of Geriatric Science 2020;3(3): 103-109
23. Poelgest EP, Pronk AC, Rhebergen D, Velde N. Depression, antidepressants and fall risk: therapeutic dilemmas – a clinical review. European Geriatric Medicine 2021;12: 585–596.

24. S. W. Muir et al. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing* 2012;41: 299–308
25. Callisaya ML, Srikanth VK, Lord SR, et al. Sub-cortical infarcts and the risk of falls in older people: combined results of TASCOG and Sydney MAS studies. *Int J Stroke*. 2014 Oct; 9 Suppl A100(): 55-60.

Altın Yıllar Yaşam Merkezinde 65 Yaş Üstü Kişilerin Kısa Akıl Muayenesi Puanları Ve İlgili Faktörlerin Değerlendirilmesi*

Aynur Pekmez, Tarık Saltık, Merve Kaynak, Hakan Gültekin, İrem Yalçın, İlbey Temiz

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT**

*Bu araştırma konusunda, daha geniş bir örneklem ile başka bir çalışma yapılmış ve makale olarak yayımlanmak üzere bilimsel bir dergiye iletilmiştir.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Yaşlıların sosyal yönden desteklenmesi yaşlı sağlığı bakımından son derece önemlidir ve sosyalleşmek bilişsel faaliyetlerdeki gerilemeyi yavaşlatmaktadır. Çalışmamız, Çanakkale Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ndeki yaşlıların sosyalleşme durumunu, kısa akıl muayenesi aracılığı ile zihinsel faaliyetleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalının hazırladığı anket, Çanakkale Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ndeki 65 yaş ve üzeri 184 katılımcıya 18 intörn hekim tarafından yüzyüze yöntemle uygulanmıştır. Verilerin analizi için IBM SPSS 20.0 sürümü kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gösterilmesinde sayı ve yüzde; sürekli değişkenlerin gösterilmesinde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum kullanıldı. İstatiksel anlamlılık değerlendirilmesinde Ki-Kare, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 65 yaş ve üzeri 184 kişiden 111(%60.3)'i 65 ile 74 yaş arası, 67(%36.4)'si 75 ile 84 yaş arasında, 6(%3.3)'si da 85 yaş üzerindedir. Katılımcıların 134 (%72,8)'ü kadın, 50 (%27,2)'si erkektir. Çalışmaya katılanların eğitim durumları ortaokul ve altı olan 101(%54.9), lise ve üzeri olan 83(%45,1) kişiden oluşmaktadır. Altın Yıllar Yaşam Merkezine 1 yıl ve daha az sürede gelen 29 kişi (%15,8), 2 yıldır gelen 28 kişi (%15,2), 3 yıl ve daha fazla süredir gelen kişi sayısı 123(%66,8)'tür. Kronik hastalığa sahip 158 kişi(%85,9) kronik hastalığa sahip olmayan 26 kişi (%14,1) bulunmaktadır. Son 1 yılda alkol kullanan 45(%24,5) kullanmayan 135(73,4) katılımcı bulunmaktadır. Son 1 yılda alkol kullanan ve eğitim durumu ortaokul ve altı olan 14(%31,1) kişi, eğitim durumu lise ve üzeri olan ise 31 (%68,9) kişi bulunmuştur. Son 1 yılda alkol kullanmayan ve eğitim durumu ortaokul ve altı olan 86(%63,7) kişi, eğitim durumu lise ve üzeri olan 49(%36,3) kişi bulunmuştur.

Sonuç: Çalışmamızda Altın Yıllar Yaşam Merkezine gelme süresi ile KAM puanı arasında anlamlı bir ilişki görülemedi. Ancak yaptığımız literatür taramalarında sosyalleşmenin bilişsel sağlığa pozitif etkisi olduğu birçok çalışmada görülmüştür. Topluma, özellikle yaşlı bireylere, sosyalleşme imkanı veren Altın Yıllar Yaşam Merkezi gibi merkezlerin yaygınlaştırılması, olabildiğince çok bireye ulaştırılması büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sosyalleşme, Yaşlılık, Sağlık, Bilişsel, Kısa Akıl Muayenesi

GİRİŞ

Yaşlılık dönemi, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre kronolojik olarak 65 yaş ve üzeri olarak kabul edilmektedir.65 yaş ve üzeri de kendi arasında; 65-74 yaş grubu genç yaşlı, 74-84 yaş grubu ileri yaşlı, 85 ve üzeri yaş grubu çok ileri yaşlı olarak alt gruplara ayrılmıştır(1).

Yaşlanma doğumdan ölüme kadar süren, sosyalizasyonla iç içe olan büyüme ve gelişme sürecidir Sosyal bilimler, sosyalizasyonu; bireyin doğumuyla başlayan, içinde bulunduğu toplum veya grubun eylem, duyma ve düşünce kazanımlarını öğrenmesi ve bunu kendine göre yorumlayarak benimseme süreci olarak tanımlamıştır. Bu süreç bireyin yaşamı boyunca dinamik olarak devam eder. Buradaki amaç bireyin yetiştirilmesi ve topluma uyumunun sağlanmasıdır. Dolayısıyla birey doğduğu andan itibaren aile içerisinde ve dışsal uyaranlar yoluyla sosyalleşmeye başlar. Böylece sosyalleşme süreci yaşam boyu devam eder(2).

Yaşlıların sosyal yönden desteklenmesi yaşlı sağlığı bakımından son derece önemlidir. Bu, yaşamı kolaylaştırmakla birlikte, kendini bir yere ait hissetmeyi, toplumda var olduğunu, sevildiğini, sayıldığını hissetmeyi ve diğer bireylerle paylaşımda bulunmayı sağlayacaktır. Bu nedenle yaşlıların bir araya gelebilecekleri, sosyal paylaşım ortamları yapılmalı ve desteklenmelidir. Yapılan aktivitelerin ulaşılabilir olması ve yaşlıların bunlardan haberdar olması sağlanmalıdır. Bu tarz kurumlar ülkemizde birkaç yerde mevcuttur(1).

Yaşlılıkta genel anlamda bireyin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme görülür. Duyu organlarındaki girdilerin işlenmesi, dünyanın algılanması ve anlaşılmasına yönelik işlevlerin bütünü "bilişsel" terimi altında ifade edilir. Dikkat, bellek, çalışma, algı ve yürütücü işlevler insan zihninde gerçekleşen bilişsel işlevlerdir. Bilişsel işlevsellik kişinin yaşam kalitesini ve hatta bağımsız yaşama kabiliyetini etkileyebilmektedir.

Doğal bir işleyiş içerisinde yaşlı popülasyonda meydana gelen bilişsel işlevlerdeki azalma veya kayıp, sosyalizasyonu kısıtlayan büyük bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu bilişsel işlevlerdeki azalma ve kayıpları uluslararası kabul görmüş ölçütlerden olan kısa akıl muayenesi ile değerlendirmek mümkündür(3).

Literatür taramasında, yaşlıların sosyalizasyonu ile zihinsel faaliyetleri arasındaki ilişkiyi ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmadı. Ülkemizde yaşlıların sosyalleşmesini teşvik eden Antalya ve Çanakkale Belediyeleri tarafından kurulmuş 65 yaş ve üzerine yönelik yaşam merkezleri bulunmaktadır. Çalışmamız, Çanakkale Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ndeki yaşlıların sosyalleşme durumunu, kısa akıl muayenesi aracılığı ile zihinsel faaliyetleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

Çalışmamızın kısa vadeli amacı; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, kronik hastalık gibi faktörler ile Kısa Akıl Muayenesinden alınan puan arasındaki ilişkiyi belirlemek ve Altın Yıllar Yaşam Merkezi katılımcılarının Kısa Akıl Muayenesi puan dağılımlarının yıllar içindeki değişimini gözlemlemektir.

Uzun vadeli amaç ise yaşlılara yönelik hizmet veren sosyal yaşam merkezlerinin yaşlıların zihinsel işlevleri üzerine etkilerine ve yaşlıların sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasının önemine dikkat çekmektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesi: 2013 yılında, Çanakkale’de yaşayan 65 yaş ve üzeri vatandaşların sosyal, sağlık, ekonomik sorunlarının tespiti amacıyla Çanakkale Yaşlı Atlası oluşturuldu. Elde edilen veriler ışığında, Güney Marmara Kalkınma Ajansı’nın da desteğiyle 2013 yılında Altın Yıllar Yaşam Merkezi Projesi ile sosyal ve kültürel pek çok hizmet vermeye başlandı, 6 aylık proje sürecinden sonra Çanakkale Belediyesi’nin finansörlüğünde çalışmalarına devam eden Altın Yıllar Yaşam Merkezi 2015 yılı Ekim ayında yeni binasında hizmete başladı. Merkezde 65 yaş ve üzeri vatandaşlara el işi, satranç, spor gibi pek çok alanda kurslar sunulmakta ve psikolog, fizyoterapist ve hemşirenin de bulunduğu bir ekip tarafından katılımcılar desteklenmektedir.

Evren ve Örneklem: Altın Yıllar Yaşam Merkezi’nde 65 yaş ve üzeri, kendi yaşam faaliyetlerini bağımsız sürdürebilen, kendi bakımını sağlayabilen ve Çanakkale Belediyesi sınırları içerisinde ikamet eden vatandaşlar hizmet alabilmektedir. Bu çalışmada örneklem kullanılmamış olup, Merkez’de hizmet alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 184 kişi ile tamamlanmıştır.

Araştırma Tipi: Araştırmamız Altın Yıllar Yaşam Merkezine gelen 65 yaş üzeri kişilerin Kısa Akıl Muayenesi puanlarını ve bunu etkileyen faktörleri inceleyen kesitsel tipte araştırma olarak planlanmıştır.

Araştırmanın Veri Kaynakları: Anket formu Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından hazırlandı. Boy ölçümü için dikey metre, kilo ölçümü için dijital tartı, bel çevresi ölçümü için mezura ve kan basıncı ölçümü için dijital tansiyon aleti Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından sağlandı.

Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplanması: Anket formu 28.02.2022-11.03.2022 tarihleri arasında Halk Sağlığı stajı almakta olan 18 intörn hekim tarafından katılımcılara yüzyüze anket yöntemiyle uygulandı. Anket uygulamasının sonunda katılımcıların boy, kilo, bel çevresi ve kan basıncı ölçümleri araştırmacılar tarafından yapıldı.

ÇOMÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından oluşturulmuş anketin 1. bölümünde katılımcının demografik özelliklerine yönelik 18 soru (yaş, cinsiyet, medeni durumu, eğitim durumu, evde kiminle yaşadığı, gelir durumu), 2.bölümünde 6 sorudan oluşan Kısa Akıl Muayenesi, 3. bölümünde sosyal yardımlarla ilgili 6 soru (faydalandığı sosyal yardımlar, belediye hizmetleri, kaç aydır Altın Yıllar Yaşam Merkezine geldiği), 4. bölümünde kişisel alışkanlıklarla ilgili 11 soru (sigara ve alkol kullanımı, süresi), 5. bölümünde fiziksel aktivite, beslenme durumu ve bunların COVID pandemisi süresince değişimleri ile ilgili 14 soru, 6. bölümünde yaşlılık ve yaşlanmaya yüklenen anlamlar (son 6 ay içerisinde düşme durumu) ile ilgili 9 soru, 7. bölümünde gündelik yaşam aktiviteleri (kendi kendine giyinip soyunma, tuvalete gidebilme) ile ilgili 6 soru, 8.

bölümünde sağlık hizmeti ve sosyal güvenlik (sosyal güvence durumu, en son ne zaman sağlık kuruluşuna başvurduğu) ile ilgili 9 soru, 9. bölümünde sağlık durumu (yetişkin aşı durumu, kronik hastalıklar) ile ilgili 9 soru, 10. bölümünde COVID-19 ile ilgili 7 soru (COVID geçirme ve aşı olma durumu) , 11. bölümünde Geriatrik Depresyon Ölçeği, 12. bölümünde DSÖ 2005 Yaşam Kalitesi Ölçeği bulunmaktadır.

Bu çalışmada kullanılan Kısa Akıl Muayenesi Ölçeği, Folstein ve arkadaşları tarafından 1975'te geliştirildi(4). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2002 yılında Güngen ve arkadaşları tarafından yapıldı(5). Kısa Akıl Muayenesi Ölçeği, hafif demans taramasında kullanılan bir test olup testin uygulandığı kişinin kayıt hafızası, hatırlama, dil becerileri, hesaplama becerileri gibi alanlardaki işlevlerinin sağlamlığını ölçmektedir. Alınabilecek en yüksek puan 30 en düşük puan 0'dır. Yüksek puan bilişsel işlevlerin korunduğunu, düşük puan ise bilişsel işlevlerin kısmen yitirildiğini gösterir. Eşik değer 23 veya 24 olarak belirlenmiştir, bu eşik değerlerin altında puan alan kişiler hafif demans şüphesiyle yönlendirilir. Testten alınan puan, kişinin eğitim durumundan doğrudan etkilenir; daha uzun süre eğitim almış kişilerin puanları anlamlı şekilde yüksektir(5).

Boy ölçümü, katılımcının sırtı metreye dönük bir şekilde, ayakkabılarıyla yapıldı. Kilo ölçümü, katılımcının üstünde ince kıyafetleri ve ayakkabıları ile dijital tartıda yapıldı. Bel çevresi ince kıyafetlerin üstünden, göbek deliği hizasında, mezura ile ölçüldü. Kan basıncı ölçümü katılımcının 15 dakikalık istirahatinden sonra dijital tansiyon aletiyle ölçüldü. Ölçüm sonuçları anket formunun ilgili kısmına kaydedildi.

Araştırmanın İstatistiksel Analizi: Verilerin analizi için IBM SPSS 20.0 sürümü kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gösterilmesinde sayı ve sıklık(yüzde) kullanıldı. Kategorik değişkenlerin istatistiksel anlamlılık analizinde Ki-Kare testi uygulandı. Sürekli değişkenlerin değerlendirilmesinde normallik testleri, Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testleri uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.

Araştırmanın Finansmanı: Araştırmanın herhangi bir finansmanı bulunmamaktadır.

BULGULAR

Çalışmaya 65 yaş üzeri kendi kişisel ihtiyaçlarını giderebilen 184 kişi katılmıştır. Katılımcıların 111(%60,3)'i 65 ile 74 yaş arası,67(%36,4)'si 75 ile 84 yaş arasında,6(%3,3)'sı da 85 yaş üzerindedir. Katılımcıların 134 (%72,8)'ü kadın, 50 (%27,2)'si erkektir. Çalışmaya katılanların eğitim durumları ortaokul ve altı olan 101(%54,9), lise ve üzeri olan 83(%45,1) kişiden oluşmaktadır. Bu kişilerin 71(%38,6)'i yalnız yaşamakta,113(%61,4)'ü ise evlerinde kendilerinden başka bir veya birden fazla kişi ile yaşamaktadırlar. Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne 1 yıl ve daha az sürede gelen 29 kişi (%15,8), 2 yıldır gelen 28 kişi (%15,2), 3 yıl ve daha fazla süredir gelen kişi sayısı 123 (66,8)'tür. Kronik hastalığa sahip 158 kişi (%85,9) kronik hastalığa sahip olmayan 26 kişi (%14,1) bulunmaktadır. Son 1 yılda sigara kullanan 21 kişi (%11,4) kullanmayan 163 kişi (%88,6) vardır. Son 1 yılda alkol kullanan 45 (%24,5) kullanmayan 135 (73,4) katılımcı bulunmaktadır(Tablo 1).

Katılımcıların yaş ortalaması $73,42 \pm 4,82$, ortalama Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne katılma süresi(ay) $43,29 \pm 27,96$ ve ortalama kısa akıl muayenesi puanı $27,09 \pm 3,07$ bulunmuştur. (Tablo 3)

65 ile 74 yaş arası kişilerin kısa akıl muayenesi (KAM) puan ortalaması $27,33 (\pm 3,03)$ 'dir. 75-84 yaş arasındakilerin kam puan ortalaması $27,03(\pm 2,85)$ 'dir. 85 yaş ve üzerinin KAM puan ortalaması $23,67 \pm 3,61$ 'dir. KAM puanının yaş ilerledikçe düşmesi bu veriler ışığında anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$).

Kadınların KAM puanının ortalaması $26,8(\pm 3,11)$ 'dir. Erkeklerin ise $27,88(\pm 2,73)$ 'dir. 65 yaş üzeri erkeklerin KAM puanının kadınlardan daha yüksek olduğu anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$).

Eğitim durumu ortaokul ve altı olanların $26,12(\pm 3,27)$ KAM puan ortalaması, lise ve üstü olanlardan $28,29(\pm 2,23)$ daha düşük bulunmuştur. Eğitim durumunun KAM puanı üzerine olumlu etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$).

Yalnız yaşayanların ortalama KAM puanı $26,76(\pm 3,29)$ 'dir. Yalnız yaşamayanların ise $27,32(\pm 2,86)$ 'dir. Yalnız yaşamamanın KAM puanı üzerinde olumsuz bir etkisinin olduğu anlamlı bulunmamıştır($p = 0,286$).

Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne 1 yıl ve daha az süreyle gelen bireylerin ortalama KAM puanı $27,50 (\pm 2,86)$, 2 yıl süreyle gelen bireylerin ortalama KAM puanı $26,31 (\pm 3,99)$, 3 yıl veya daha uzun süredir gelen bireylerin ortalama KAM puanı $27,17 (\pm 2,84)$ olarak bulunmuştur. Elde ettiğimiz verilere göre Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne gelme süresinin ortalama KAM puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır($p = 0,363$).

Kronik hastalığı bulunan bireylerin ortalama KAM puanı $27,02 (\pm 3,04)$, kronik hastalığı olmayan bireylerin ortalama KAM puanı $27,54 (\pm 3,07)$ bulunmuştur. Bu sonuçlara göre kronik hastalığa sahip olmanın ortalama KAM puanı üzerinde anlamlı bulunmamıştır($p = 0,272$).

Sigara kullanan bireylerin ortalama KAM puanı $27,05 (\pm 2,75)$, kullanmayanların ortalama KAM puanı $27,10 (\pm 3,08)$ bulunmuştur. Elde edilen verilere göre son 1 yılda sigara kullanımının ortalama KAM puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır($p = 0,788$).

Alkol kullananlarda ortalama KAM puanı $27,86 (\pm 2,87)$, kullanmayanlarda $26,84 (\pm 3,06)$ bulunmuştur. Son 1 yılda alkol kullanımının ortalama KAM puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$)(Tablo 2).

Alkol kullanımı sorusunda 184 kişiden 4 kişi cevap vermemiştir. Son 1 yılda alkol kullanan ve eğitim durumu ortaokul ve altı olan 14 (%31,1) kişi, eğitim durumu lise ve üzeri olan ise 31 (%68,9) kişi bulunmuştur. Son 1 yılda alkol kullanmayan ve eğitim durumu ortaokul ve altı olan 86 (%63,7) kişi, eğitim durumu lise ve üzeri olan 49 (%36,3) kişi bulunmuştur. Eğitim durumu lise ve üzeri olan katılımcıların son 1 yılda alkol kullanımlarının yüksek olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$)(Tablo 4).

TARTIŞMA

Bu araştırma, Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne gelen yaşlı bireylerin bilişsel durumunu sosyodemografik özellikleriyle kıyaslamak ve sosyalleşmek için başvurdukları kurumdaki etkinliklerin bilişsel durumları üzerine etkisini saptamak amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Bilişsel durumun değerlendirilmesinde kısa akıl muayenesi ölçeği kullanılmıştır.

Barua ve arkadaşlarının 2010 yılında yaptığı dünyanın değişik bölgelerindeki geriatik popülasyonlar üzerinde yapılan 74 araştırmanın dahil edildiği bir derleme araştırmasına göre depresif bozuklukların dünya çapındaki yaygınlığı %4,7-16 arasında değişmekte olup, yalnız yaşamının yaşlılık depresyonu ve intihar için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir (6).

Türk geriatri derneğinde yayımlanan bir çalışmada 65 yaş üstü 71'i kadın(%77) 20'si erkek(%23) olan 91 kişide yüz yüze doktor görüşmesinde mini mental durum değerlendirmesi, SF-36 kısa form sorgulaması ve geriatik depresyon ölçeği uygulanmıştır. Katılımcıların yarıya yakınındadepresyon varlığı saptanmıştır. Depresyon mevcut olan bu grupta MMDD ve SF-36 kısa form incelemesi daha düşük değerlerde bulunmuştur(7).

Depresyonun kognitif fonksiyonları bozduğunu bilinmektedir. Yalnız yaşamak depresyon sıklığını arttırdığı gibi depresif yaşlılarda KAM puanları da daha düşük bulunmuştur. Bu iki çalışmanın verileri ışığında yalnız yaşamının KAM puanını dolaylı olarak olumsuz etkilediğini söyleyebiliriz. Ancak bizim yaptığımız çalışmada edindiğimiz bulgulara göre yalnız yaşamının ortalama KAM puanı üzerine olumsuz etkisinin olduğu anlamlı bulunmamıştır($p=0,286$).

Anadolu Psikiyatri Dergisinde yayımlanan epidemiyolojik bir alan çalışmasına 144 katılımcının 69 erkek, 75 kadın katılmıştır. Bu çalışmada erkeklerin $25.04(\pm 0.37)$, kadınların $25.04(\pm 0.37)$ ortalama kam puanı saptanmıştır($p=0.7$). Kadınların ortalama KAM puanı erkeklere oranla daha yüksek bulunmakla beraber cinsiyetle ortalama KAM puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır(8).

Bizim çalışmamıza göre ise erkeklerin kam puanı kadınlara oranla daha yüksek olup cinsiyetle ortalama KAM puanı arasında ilişki bulunmuştur($p<0,05$). Ancak cinsiyetlere göre KAM puanı değerlendirilmesinde örneklem seçimi ile ilgili kısıtlılıklar mevcuttur. Örneklemimiz Altın Yıllar Yaşam Merkezine gelen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 65 yaş üstü bireylerde yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerde cinsiyet dağılımının dengesiz olması, kadın erkek oranında kadın bireylerin sayısının toplum geneline göre baskın olması, az sayıda erkek katılımcı olması sebebiyle toplumdaki bireylere genelleylebileceğimiz kadar yeterli veri elde edilmemiştir.

Seyranbağları ve Ümitköy huzurevlerinde yaşayan 191 yaşlının incelendiği çalışmada katılımcıların %45,0'i (86 kişi) 60-74 yaş grubunda, %55,0'i (105 kişi) 75 ve üzeri yaş grubunda olduğu saptanmış; bilişsel bozukluk riskinin, 75 yaş ve üzerinde olanlarda 60- 74 yaşlarında olanlara göre 6.30 kez (%95 CI 2.40- 16.56) fazla olduğu bulunmuş; 75 yaş ve üzerinde olmak bilişsel yetilerin azalması açısından risk etkeni olarak belirlenmiştir(9).

Bilişsel bozukluklar kişide yer zaman kavramını algılamada, dil gelişiminde, problem çözme yeteneğinde azalmayla kendini gösterir. Bu çalışmada yapılan KAM puanı bu bilişsel bozuklukların azalmasının sonucudur.

Türk Geriatri Derneğinde yayınlanan çalışmada Yaşlılarda Standardize Mini Mental Test puan ortalaması 22.05 (\pm 7.46) olup, % 44,4'ü 19-24 puan aralığında, % 32'si 25-30 puan aralığında, % 23,6'sı ise 19 puanın altında almışlardır. Standardize Mini Mental Testin yaş ile ilişkisi anlamlı bulunmuştur(10).

Acil serviste yaşlı hastaların bilişsel durumlarının incelendiği çalışmada BMSE ($p < 0.001$) ve SMMT ($p < 0.001$) test skorlarının yaş grupları ile ilişkisi istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaş ilerledikçe skorlarda kötüye gidiş saptanmıştır(11).

Bizim çalışmamızda yaşın ilerlemesine bağlı olarak ortalama KAM puanı düşmesi anlamlı bulunmuştur($p < 0,05$). Bu çalışmalar da bu bulguyu desteklemektedir.

Zaccarelli ve arkadaşları (2013) çalışmalarında, 348 yaşlı bireyin 12 haftalık süren sosyalleşme programı sonucunda, bilişsel ve yürütücü işlevlerinde bir artış gözlemlenmiştir(12). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne gelme süresinin ortalama KAM puanı üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır($p = 0,363$).

COVID pandemisi kaynaklı yaşam merkezi bir süre kapalı kaldı. Merkez tekrar faaliyete başladıktan sonra bazı katılımcılar COVID korkusundan kaynaklı merkeze başvurma sıklığını azaltmış olabilir. Aksatılan sosyalleşme programından dolayı ortalama KAM puanı üzerinde anlamlı bir sonuca ulaşılamamış olabilir.

Macit ve arkadaşları çalışmalarında, obezitenin bilişsel fonksiyonlarda bozulmaya yol açtığını ortaya koymuştur(13). Ak ve arkadaşları çalışmalarında, sağlıklı bireylerin KAM puanlarını, kronik böbrek hastalığı olan bireylere göre daha yüksek bulmuştur. Bu araştırmalara göre kronik hastalığı bulunan bireylerde bilişsel fonksiyonlarda düşüş meydana gelebileceği gösterilmiştir(14). Bizim çalışmamızda kronik hastalığa sahip olmanın ortalama KAM puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunmamıştır($p = 0,272$).

Çalışmamıza katılan bireylerin kronik hastalıklarının ilerleyişi, kontrol altında olup olmadığı, ilaçlarını düzenli kullanıp kullanmadığı gibi verileri elimizde bulunmadığından dolayı anlamsız bulunmuş olabilir.

Schinka ve arkadaşlarının 60 ve 84 yaş arasındaki rastgele seçilmiş 395 kişiden oluşan çalışmalarında, alkol ve sigara kullanımının herhangi bir bilişsel ölçütle etkileşimde olduğuna dair bir kanıt bulunmamıştır(15). Başka bir çalışmada ise Juan ve arkadaşları 60 yaş ve üzeri 2820 katılımcının 2 yıllık izlemlerinin sonucunda, sigara içenlerde demans riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur(16). Zhou ve arkadaşları, 60 yaş ve üzeri 3012 katılımcının dahil olduğu çalışmada sigara ve alkol kullanımı bilişsel fonksiyonlardaki azalmada risk faktörü olarak bulunmuştur (17). Bizim çalışmamızda elde edilen verilere göre son 1 yılda sigara kullanımıyla ortalama KAM puanında düşüş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır($p = 0,788$). Son 1 yılda

alkol kullanımının ortalama KAM puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış ortaya koyduğu görülmüştür($p<0,05$).

Literatürde bilindiği gibi uzun süreli sigara içiminin, solunum yolu rahatsızlıkları, nörolojik patolojilere zemin hazırlama ve bunlara bağlı bilişsel faaliyetlerle birlikte mental durumda gerilemeye yol açtığı bilinmektedir. Bu bilgiler zemininde sigara kullanımının ortalama KAM puanını düşürmesi beklenmektedir. Bizim çalışmamızda ise sigara kullanımının ortalama KAM puanı üzerinde negatif bir etkisi gösterilememiştir. Çalışmamızda sigara kullanımı ile ilgili soru,halihazırda sigara kullanımını sorgulamıştır. Yaşam boyu sigara kullanımı paket x yıl hesabıyla sorgulandığında ortalama KAM puanı üzerindeki negatif etkisi daha net bir şekilde ortaya konulabilir.

Literatürde taradığımız diğer çalışmaların aksine bizim çalışmamızda alkol kullanımının ortalama KAM puanı üzerinde pozitif bir etkisi olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun sebebi alkol kullanımının sosyal ortamlara girebilme olanağını arttırıcı etkisinden olabilir. Çünkü sosyalleşen bireylerin Zaccarelli ve arkadaşlarının çalışmasında olduğu gibi bilişsel fonksiyonlarında artış gözlenmiştir (12).

Bir diğer neden olarak da alkol kullanımının eğitim durumu yüksek olan bireylerde daha yaygın olacağını düşündüğümüz için alkol kullanımıyla eğitim durumunun ilişkisini inceledik. Eğitim durumu lise ve üzeri olan katılımcıların ortalama KAM puanı yüksek bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada son 1 yılda alkol kullanımı olan katılımcıların eğitim durumunu daha yüksek bulduk. Alkol kullanımı olan bireylerin KAM puanının yüksek çıkmasının altta yatan sebebi eğitim durumu olabilir($p<0,05$).

İnsan beyni yaşamı boyunca çok fazla bilgi işleyip anlamlandırabilen, yorumlayabilen ve sonuçlar çıkarabilen bir organdır. Zihni sadece gündelik temel işlevleri yerine getirmeye sınırlı bırakırsak uzun dönemde bilişsel işlevlerde azalmayla sonuçlanacağını düşünüyoruz.Bu durum eğitim düzeyi yüksek olan bireylerin zihinlerini daha aktif kullandıklarını ve bilişsel işlevlerinin daha çok korunacağı fikrini aklımıza getiriyor. Bu savımızı desteklemek için eğitim düzeyi ile KAMPuanı arasındaki ilişkiyi inceledik. Japonya’da yapılan bir çalışmada,65 yaş üzeri 2266 kişide yapılan bir çalışmada düşük eğitim düzeyinin KAM puanında önemli ölçüde azalma yarattığı görülmüştür(18). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz veriler de bu durumu aynı yönde desteklemektedir.

SONUÇ

Altın Yıllar Yaşam Merkezi’ne gelen katılımcıların KAM puanları ve bunu etkileyen faktörlerin ve bunların birbiriyle ilişkisinin araştırıldığı çalışmamızda; 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşları arttıkça KAM puanlarının düştüğü, erkek cinsiyetteki katılımcıların KAM puanlarının kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu, eğitim durumu lise ve üzeri olan bireylerin KAM puanlarının daha yüksek olduğu ve son 1 yılda alkol kullanımı olan katılımcıların KAM puanlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda Altın Yıllar yaşam merkezine gelme süresi ile KAM puanı arasında anlamlı bir ilişki görülemedi. Çalışmamıza sosyalleşmenin yaşlı bireylerin bilişsel fonksiyonlarını arttırdığı ve bunun KAM puanı üzerine yansıtacağı beklentisiyle başlamıştık. Çünkü yaptığımız literatür taramalarında sosyalleşmenin bilişsel sağlığa pozitif etkisi olduğu birçok çalışmada görülmüştü. Çalışmamızda bu şekilde bir sonuca ulaşamamızın bir sebebi COVID pandemisi sebebiyle bir süre sosyal etkinliklerden uzak kalma olabilir. Çalışma COVID korkusu gölgesinde kalmadan, bireylerin sağlık açısından endişe etmeden sosyalleşebileceği daha uzun bir süreyi kapsayabilecek şekilde yürütülebilirse literatürdeki verilere benzer sonuçlar elde edilebilir.

Topluma, özellikle yaşlı bireylere, sosyalleşme imkanı veren Altın Yıllar Yaşam Merkezi gibi merkezlerin yaygınlaştırılması, olabildiğince çok bireye ulaştırılması büyük önem arz etmektedir. Kısıtlı imkanlar ve süreye rağmen Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne gelen bireylerdeki bilişsel sağlığı gösteren minimum KAM puanındaki yükseliş, toplumun huzuru ve sağlığı için bu gibi merkezlerin kilit rol üstlenebileceğini düşündürmektedir.

KAYNAKÇA

1. Tezcan S., Seçkiner P. Yaşlı Sağlığı: Sorunlar ve Çözümler HASUDER Yayınları No:2012-1
2. Görgün-Baran A., Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi, 2008 (2):86-97
3. Akyol MA, Küçükgülü Ö., Yaşlı Bireylerde Bilişsel Eğitim, Yaşlı Bireylerde Bireysel İşlevlerin Korunmasında ve Geliştirilmesinde Bilişsel Eğitimin Önemi, DEUH FED 2018, 11(4),334-339
4. Folstein M.F., Folstein S., Mc Hugh P.R. (1975). "Mini Mental State" A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 12, 189-198.)
5. Güngen, C., Ertan, T., Eker, E., Yaşar, R., ve Engin, F. (2002). Standardize Mini Mental Testinin Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 13, 273-281.
6. Taycan SE, Kaya FD, Okan T. Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Bir Grup Yaşlıda Huzurevi ya da Aile ile Kalmanın Depresyon ve Anksiyete Düzeyine Etkisi, Klinik Psikiyatri 2014;17:73-82
7. Tezel, CG, İçağasıoğlu, A., Karabulut, A., Kolukısa, Ş., & Keskin, H. Geriatri hastalarında bilişsel düzey, depresyon, fonksiyonel kapasite değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi, 2004-7(4), 206-210.
8. Diker, J., Etiler, N., Yıldız, M., & Şeref, B. Altmış beş yaş üzerindeki kişilerde bilişsel durumun günlük yaşam aktiviteleri, yaşam kalitesi ve demografik değişkenlerle ilişkisi: Bir alan çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001- 2(2), 79-86.
9. İlhan, MN, Maral, I, Kitapçı, M, Aslan, S., Çakır, N., & Bumin, MA. Yaşlılarda depresif belirtiler ve bilişsel bozukluğu etkileyebilecek etkenler. Klinik Psikiyatri, 2006-9, 177-84.

- 10.Karatay, G., Aktaş, B., & Erdağı Oral, S. Kars' ta 60 yaş üstü popülasyonda bilişsel işlevlerin taranması: alan çalışması. *Türk Geriatri Dergisi*, 2010- 13(4), 261-269.
- 11.Karcioğlu, Ö., Keleş, A., Soysal, S., Coşkun, F., & Aslan, BÜ. Acil Serviste 65 yaş üzerindeki olguların mental durum değerlendirmesinde “Kısa Kognitif Muayene” ve “Kısa Bilişsel Durum” testlerinin karşılaştırılması. *Journal of Turgut Ozal Medical Center*, 2001-8(3).
- 12.Zaccarelli, C., Cirillo, G., Passuti, S., Annicchiarico, R., & Barban, F. Computer-based cognitive intervention for dementia Sociable: motivating platform for elderly networking, mental reinforcement and social interaction. In 2013 7th International Conference on Pervasive Computing Technologies for Healthcare and Workshops2013 (pp. 430-435). IEEE.
- 13.Macit, S., & Karadağ, M. G. Obezitede bilişsel fonksiyon bozukluğu ve beslenme ilişkisi: Güncel bakış. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 2014-4(4), 241-247.
14. Ak, R., Üstündağ, S., Üstündağ, A., Güldiken, B., & Süt, N. Kronik Böbrek Hastalığında Bilişsel Fonksiyon Bozukluğu: Diyaliz Modalitesinin Etkisi. *Turk Neph Dial Transpl* 2015; 24 (3): 283-293
- 15.Schinka, J. A., Belanger, H., Mortimer, J. A., & Graves, A. B. Effects of the use of alcohol and cigarettes on cognition in elderly African American adults. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2003-9(5), 690-697.
- 16.Juan, DDHD., Zhou, DHD., Li, J., Wang, JYJ., Gao, C., & Chen, M. A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia. *European Journal of Neurology*, 2004-11(4), 277-282.
- 17.Zhou H, Deng J, Li J, Wang Y, Zhang M, He H. Age and Ageing 2003; 32 (2): 205-210
18. Ishizaki J, Meguro K, Ambo H, Shimada M, Yamaguchi S, Hayasaka C, Komatsu H, Sekita Y, Yamadori A. A normative, community-based study of Mini-Mental State in elderly adults: the effect of age and educational level. *J Gerontol B PsycholSciSocSci*. 1998 Nov;53(6):P359-63.

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo 1. Katılımcıların temel tanımlayıcı özellikleri, Çanakkale, 2022

| Değişkenler | Sayı | % |
|--|------|------|
| Cinsiyet (n:184) | | |
| Kadın | 134 | 72,8 |
| Erkek | 50 | 27,2 |
| Yaş (Yıl) (n:184) | | |
| 65 -74 yaş arası | 111 | 60,3 |
| 75-84 yaş arası | 67 | 36,4 |
| 85 yaş ve üstü | 6 | 3,3 |
| Eğitim durumu (n:184) | | |
| Orta okul ve altı | 101 | 54,9 |
| Lise ve üstü | 83 | 45,1 |
| Evde yalnız yaşama durumu (n:184) | | |
| Yalnız | 71 | 38,6 |
| Yalnız değil | 113 | 45,1 |
| Kaç yıldır altın yıllara geliyor(n:184) | | |
| 1 yıl ve daha az | 29 | 15,8 |
| 2 yıl | 28 | 15,2 |
| 3 yıl ve daha fazla | 123 | 66,8 |
| Kronik hastalık (n:184) | | |
| Var | 158 | 85,9 |
| Yok | 26 | 14,1 |
| Son 1 yılda alkol kullanımı(n:184) | | |
| Var | 45 | 24,5 |
| Yok | 135 | 73,4 |
| Son 1 yılda sigara kullanımı(n:184) | | |
| Evet | 21 | 11,4 |
| hayır | 163 | 88,6 |

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 2 Katılımcıların Kısa Akıl Muayenesi puanlarının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, yalnız yaşama durumu, Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne gelme süresi, kronik hastalık varlığı, sigara kullanma alışkanlığı, son 1 yıl içinde alkol tüketme durumu, son 6 ayda evde düşme durumu ve son 6 ayda dışarıda düşme durumuna göre incelenmesi, 2022, Çanakkale

| | Kısa Akıl Muayenesi Puanları | | p değeri |
|--|------------------------------|--------------------|----------|
| | Ortalama ± SS | Ortanca (Min-Maks) | |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 26,80 ± 3,11 | 28,00 (16-30) | 0,021* |
| Erkek | 27,88 ± 2,73 | 29,00 (17-30) | |
| Yaş Grubu | | | |
| 65—74 Yaş | 27,33 ± 3,03 | 28,00 (16-30) | 0,018** |
| 75-84 Yaş | 27,03 ± 2,85 | 28,00 (17-30) | |
| 85 Yaş ve üzeri | 23,67 ± 3,61 | 23,00 (20-28) | |
| Eğitim Durumu | | | |
| Ortaokul ve altı | 26,12 ± 3,27 | 27,00 (16-30) | 0,001* |
| Lise ve üstü | 28,29 ± 2,23 | 29,00 (17-30) | |
| Yalnız Yaşama Durumu | | | |
| Yalnız | 26,76 ± 3,29 | 28,00 (17-30) | 0,286* |
| Yalnız Değil | 27,32 ± 2,86 | 28,00(16-30) | |
| Altın Yıllar Yaşam Merkezine Gelme Süresi | | | |
| 1 Yıl veya daha az | 27,50 ± 2,86 | 28,50 (20-30) | 0,363** |
| 2 Yıl | 26,31 ± 3,99 | 28,00 (16-30) | |
| 3 Yıl veya daha çok | 27,17 ± 2,84 | 28,00 (17-30) | |
| Kronik Hastalık Durumu | | | |
| Var | 27,02 ± 3,04 | 28,00 (16-30) | 0,272* |
| Yok | 27,54 ± 3,07 | 28,50 (17-30) | |
| Sigara Kullanım Alışkanlığı | | | |
| Var | 27,05 ± 2,75 | 28,00 (22-30) | 0,788* |
| Yok | 27,10 ± 3,08 | 28,00 (16-30) | |
| Son 1 Yıl İçinde Alkol Tüketimi | | | |
| Var | 27,86 ± 2,87 | 29,00 (17-30) | 0,009* |
| Yok | 26,84 ± 3,06 | 28,00 (16-30) | |

*:MannWhitney U Testi

** : Kruskal Wallis Testi

p<0,05 kabul edilmiştir.

Tablo 3 Katılımcıların yaş bilgileri, Altın Yıllar Yaşam Merkezinde kaç aydır katıldıkları ve Kısa Akıl Muayenesi puanları

| (n:184) | Ortalama \pm SS | Ortanca (Min- Maks) |
|---|-------------------|---------------------|
| Yaş | 73,42 \pm 4,82 | 72,50 (65-89) |
| Altın Yıllar Yaşam Merkezine Katılma Süresi(Ay) | 43,29 \pm 27,96 | 36,00 (0-120) |
| Kısa Akıl Muayenesi Puanı | 27,09 \pm 3,07 | 28,00 (16-30) |

SS: Standart Sapma

Tablo 4 Son 1 yıldaki alkol kullanımının eğitim durumuna göre incelenmesi, 2022, Çanakkale

| | Eğitim Durumu | | p değeri |
|--|------------------|---------------|----------|
| | Ortaokul ve altı | Lise ve üzeri | |
| | Sayı (%Yüzde) | Sayı (%Yüzde) | |
| Son 1 Yılda Alkol Kullanma Durumu | | | |
| Kullandı | 14(31,1) | 31(68,9) | 0,001 |
| Kullanmadı | 86(63,7) | 49(36,3) | |

p: Ki-Kare testi

Yüzdeler satır yüzdesi şeklinde verilmiştir.

Bir Yaşlı Sosyalleşme Merkezine Başvuranlarda Depresyon Sıklığı ve İlişkili Olabilecek Faktörler*

Abdullah Aziz SEVER, Burak EKÜTEKİN, Mahmut HAŞİMOĞLU, Mehmet Enes ŞENKAL, Oğuzhan KAYA, Şevval Sezen DEDEOĞLU

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Mustafa Şefik YILDIRIM**

*Bu araştırma konusunda, daha geniş bir örneklem ile başka bir çalışma yapılmış ve makale olarak yayımlanmak üzere bilimsel bir dergiye iletilmiştir.

ÖZET

Giriş ve amaç: Geriatrik depresyon günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu çalışmamızda kısa vadede; Çanakkale ilindeki bir yaşlı sosyalleşme merkezine başvuran yaşlılardaki depresyon sıklığı ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanırken, uzun vadede ise yaşlıların ruh sağlığını geliştirmek için yapılacak çalışmalara bilimsel katkı sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırma olup, Çanakkale Belediyesi Altın Yıllar Yaşam Merkezinde 28 Şubat-10 Mart 2022 tarihleri arasında 65 yaş üzeri ve bakıma muhtaç olmayan bireyler üzerinde yapılmıştır. Veri toplama aracı olarak; yaşlıların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu ile Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın verileri SPSS 28.0 paket programına aktarılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmamızda cinsiyet, yaş, medeni durum, gelir durumu, çocuk sahibi olma, eğitim durumu, kronik hastalık, tütün mamulü kullanımı, alkol kullanımı, yalnız yaşama durumu, sosyal yardım, belediye hizmetleri, yaşlanmaktan memnuniyetin depresyon sıklığı ile ilişkisi incelenmiştir. Bu faktörler arasında cinsiyet ve yaşlanmaktan memnuniyetin depresyon sıklığı üzerine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Sonuç ve öneriler: Araştırmamızın sonucuna göre depresyon ile cinsiyet ($p=0,046$) yaşlanmaktan memnuniyet ($p=0,010$) arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Yaşlı bireylerin sosyalleşmesi için sosyal yaşam merkez sayılarının arttırılması, depresyon saptanan yaşlı bireylerin uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirilip takiplerinin yapılması önerilerimiz arasında yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, depresyon, sosyal yaşam merkezi

GİRİŞ ve AMAÇ

Yaşlılık, fizyolojik bir olgu olup kişilerin fiziksel ve bilişsel fonksiyonlarında bir gerileme, sosyal yaşantının ve sosyal desteklerin azalması ile birlikte pek çok sorunun yaşandığı bir dönemdir (1). Yaşlılık; bir hastalık değil, insan biyolojisindeki önemli gelişmeler sonucu organizmanın verimliliğinde bir azalma süreci ve kişinin çevreye uyum sağlayabilme yeteneğinin gittikçe azalmasıdır. Dünya Sağlık Örgütü bu dönemi 65 yaş ve üzeri, Birleşmiş Milletler ise 60 yaş ve üzeri olarak kabul etmektedir. (1)

Biyolojik, fizyolojik ve psikolojik fonksiyonlarında gerilemelerin, yetersizliklerin ve değişikliklerin yaşandığı bir süreç olan yaşlılık döneminin, en sık görülen ruhsal hastalığı depresyondur. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre dünyada yaşlı bireylerde gözlemlenen hastalıkların başında depresyon gelmektedir. (2)

Dünya nüfusunun hızlı bir biçimde yaşlanması önemli bir halk sağlığı problemidir. Türkiye'de yaşlı nüfus oranı her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde 2000 yılında %6,7 olan yaşlı nüfus oranı, 2010 yılında %7,2'ye; 2020 yılında ise %9,5'e yükselmiştir.

2080 yılında ise %25,6'ya yükselmesi beklenmektedir. (3)

Yaşlılarda depresyon sıklığı %15-20 arasında değişmektedir. Yaşlılık döneminde birçok nedenin geriatrik depresyon sıklığını arttırdığı bildirilmektedir. (3)

Depresyon konusunda yapılan çalışmalarda depresyonun ortaya çıkmasında yaş, cinsiyet, ırk, medeni durum, yaşanan yerin coğrafi durumu, düşük sosyo- ekonomik düzey, olumsuz yaşam olayları, sevgi yitimi, iş yaşamındaki çatışmalar ve doyumumsuzluklar, benliği inciten onur kırıcı durumlarla karşılaşılması, aile bunalımları, emeklilik, beden sağlığının bozulması ve yaşlılık gibi yaşam olaylarının önemli yer tuttuğu saptanmıştır. (4)

Yaşlılar depresyonun ortaya çıkışı açısından pek çok risk ile karşı karşıyadır. Yaşlanmayla birlikte kanser, kalp hastalıkları, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, artrit gibi beden hastalıklarının sıklığında artışa neden olmakta, kronik fiziksel hastalığı olanlarda eş tanı olarak depresyonun daha çok görüldüğü bilinmektedir. (5)

Bu verilere dayanarak geriatrik depresyon günümüzde önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmaktadır. Bu nedenle de bu çalışmada kısa vadede; Çanakkale ilindeki bir yaşlı sosyalleşme merkezine başvuran yaşlılardaki depresyon sıklığı ve ilişkili olabilecek faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanırken, uzun vadede ise yaşlıların ruh sağlığını geliştirmek için yapılacak çalışmalara bilimsel katkı sağlamak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi:

Bu araştırmaya Kesitsel tipte epidemiyolojik bir araştırmadır.

Araştırma grubu:

Araştırma Çanakkale Belediyesi Altın Yıllar Yaşam Merkezinde 28 Şubat-10 Mart 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Buraya başvuran 65 yaş ve üzeri bakıma ihtiyacı olmayan kişilere uygulanmıştır. Anket uygulaması katılımcılara bizzat Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Stajı Ön Hekimleri tarafından gerçekleştirilmiştir. Anketin uygulanması esnasında katılımcılara anketin amacı ve muhtevası konusunda gerekli açıklamalarda bulunulduktan sonra katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilmiş ve çalışmaya katılma hususunda sözlü olarak izinleri alınmıştır.

Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nde sosyal, kültürel, fiziksel, bilişsel ve psikolojik aktivitelerini gerçekleştirebilecekleri resim, müzik, el becerilerini, satranç, su doku, briç gibi zeka oyunları, spor, nefes egzersizleri, denge-yürüme çalışmaları, tiyatro ve edebi okumalarla sanatsal yönlerini geliştiriyorlar. Bu aktiviteler, uzman personeller eşliğinde gerçekleştiriliyor. (6)

Araştırma verileri:

Veri toplama aracı olarak; yaşlıların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik anket formu ile Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ) kullanılmıştır. Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmanın bağımsız değişkenini araştırmacı tarafından geliştirilen sosyo-demografik özellikler ve hastalığı ile ilgili bilgiler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durumu, sosyal güvence durumu, sürekli aylık gelire sahip olma durumu, yaşlıların birlikte yaşadığı kişiler, kronik hastalık hikayesi hakkında bilgilendirilme durumu yer almaktadır) bağımlı değişkenini ise; 30 maddeli geriatrik depresyon ölçeği oluşturmaktadır.

Geriatrik Depresyon Ölçeği (GDÖ): Geriatrik Depresyon Ölçeği, Yesavage ve arkadaşları tarafından 1983 yılında geliştirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış (Yesavage ve ark., 1983), ölçeğin ülkemizde de Ertan, Eker ve Şar tarafından 1997 yılında (test-tekrar test tutarlılığı, $r=0.77$; iç tutarlılık $a=0.92$) ve Sağduyu tarafından 1997 yılında (test-tekrar test tutarlılığı, $r=0.87$; iç tutarlılık $a=0.72$) (Sağduyu, 1997) geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış, yaşlı nüfusa yönelik bir depresyon ölçeğidir. Geriatrik Depresyon Ölçeği, öz bildirime dayalı 30 sorudan oluşan ve yaşlıların kolayca işaretleyebileceği, evet/hayır biçiminde yanıtlanması istenen bir ölçektir. Ölçeğin puanlanmasında depresyon lehine verilen her yanıt için 1 puan, diğer yanıt için 0 puan verilmektedir. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-30 arasındadır. Ölçeğin puanlanması; 0-10 puan "depresyon yok", 11-13 puan "olası depresyon", 14 ve üzeri puan "kesin depresyon" şeklinde yapılmıştır. (7)

Araştırma verilerinin düzenlenmesi, istatistiksel analiz:

Araştırmanın verileri SPSS 28.0 paket programına aktarılmıştır. Veri kontrolü ve analizler bu program üzerinde yapılmıştır. Tanımlayıcı değişkenlerin yorumlanmasında yüzdeler kullanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmede Ki-Kare testi kullanılmıştır. Ki-kare testi için Amerika Birleşik Devletleri Hastalık Korunma ve Kontrol Merkezinin (CDC) Epi-Info istatistik paket programı kullanılmıştır (http://www.openepi.com/Menu/OE_Menu.htm) İstatistiksel anlamlılık için $p<0,05$ kabul edilmiştir.

Finansman:

Bu araştırma yapılırken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza Çanakkale Altınyıllar Yaşam Merkezi'nden faydalanan, Çanakkale Merkez belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 65 yaş üstü 184 kişi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $73,45 \pm 4,82$ 'dir

Katılımcıların %72,8'i kadın, %27,2'i erkektir. Çalışmaya katılanların %52,7'si evli, %41,8'i dul/boşanmış, %5,4'ü ise bekar. Katılımcıların %95,7'si en az bir çocuğa sahiptir. Çalışmaya dahil edilenlerin %38,6'sı ilkokul, %31,0'ı yüksekokul, %14,1'i lise, yine %14,1'i ortaokul mezunudur. Çalışmaya katılanların %85,9'u doktor tarafından tanısı konulmuş sürekli ilaç kullanmayı gerektiren bir hastalığı olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların %88,6'sı herhangi bir tütün mamulü kullanmadığını belirtti. Yine çalışmaya katılanların %54,6'sı hiç alkol kullanmadığını belirtti. (Tablo 1)

Katılımcıların yalnız yaşayıp yaşamadıkları sorgulandığında %61,4'ü yalnız yaşamadığını, %38,6'sı ise yalnız yaşadığını belirtti. Katılımcıların gelir durumunu nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda %60,3'ü orta, %27,2'si iyi, %12,5'i ise kötü olarak nitelendirmiştir. Çalışmaya dahil edilenlerin %97,8'i herhangi bir sosyal yardım almadığını, %52,2'si belediye hizmetlerinden yararlanmadığını belirtmiştir. (Tablo 2)

Tablo 1. İncelenenlerin Temel Tanımlayıcı Özelliklerinin dağılımı, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-------------------------------|------------|------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 134 | 72,8 |
| Erkek | 50 | 27,2 |
| Medeni Durum | | |
| Evli | 97 | 52,7 |
| Bekar | 10 | 5,4 |
| Dul/Boşanmış | 77 | 41,8 |
| Çocuk Sahibi Olma | | |
| Evet | 176 | 95,7 |
| Hayır | 8 | 4,3 |
| Eğitim Durumu | | |
| Okuryazar değil | 1 | 0,5 |
| Okuryazar | 3 | 1,6 |
| İlkokul | 71 | 38,6 |
| Ortaokul | 26 | 14,1 |
| Lise | 26 | 14,1 |
| Yüksekokul | 57 | 31,0 |
| Kronik hastalık | | |
| Evet | 158 | 85,9 |
| Hayır | 26 | 14,1 |
| Tütün mamulü kullanımı | | |
| Evet | 21 | 11,4 |
| Hayır | 163 | 88,6 |
| Alkol kullanımı | | |
| Evet | 84 | 45,4 |
| Hayır | 100 | 54,6 |
| Toplam | 184 | 100 |

Yüzde (%): Sütun Yüzdesidir

Tablo 2. İncelenenlerin Yalnız Yaşama, Gelir, Sosyal yardım ve belediye Hizmetlerinden Yararlanma Durumunun dağılımı, 2022, Çanakkale

| Yalnız yaşama durumu | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| Evet | 71 | 38,6 |
| Hayır | 113 | 61,4 |
| Gelir durumu | | |
| İyi | 50 | 27,2 |
| Orta | 111 | 60,3 |
| Kötü | 23 | 12,5 |
| Sosyal yardım | | |
| Evet | 4 | 2,2 |
| Hayır | 180 | 97,8 |
| Belediye hizmetleri | | |
| Yararlanıyorum | 86 | 47,8 |
| Yararlanmıyorum | 94 | 52,2 |
| Toplam | 184 | 100 |

Yüzde (%): Sütun Yüzdesidir.

Geriatrik Depresyon Ölçeği skorlamasına göre katılımcıların %89,7'unda depresyon tanısına yönelik bulgular yok, %10,3'ü ise bu tanıya yönelik bulgulara sahip. Çalışmaya dâhil edilenlerin 2022 yılı 'geriatrik depresyon ölçeği puan ortalamaları' $6,59 \pm 4,99$ olarak hesaplanmıştır.

Çalışmaya dahil edilenlerin depresyon durumu bakımından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,046$). Kadınlarda depresyon sıklığı erkeklerden daha yüksek tespit edildi.

Katılımcıların depresyon durumu bakımından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=1,000$).

İncelenenlerin depresyon sıklığıyla, medeni durumları ve gelir durumları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,533$) ($p=0,066$).

Katılımcıların depresyon sıklığı bakımından yalnız yaşayanlarla yalnız yaşamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,679$). Yine incelenenlerin depresyon sıklığı vücut kitle endeksine göre obez olanlar ve olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,138$). Çalışmaya dahil edilenlerin depresyon sıklığıyla alkol ve sigara kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,129$) ($p=0,242$).

Katılımcıların depresyon sıklığı ile yaşlanmaktan memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,010$). Yaşlanmaktan memnun olmayanların depresyon sıklığı diğerlerinden daha yüksek tespit edildi.

Çalışmaya dahil edilenlerin depresyon sıklığı bakımından kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=1,000$) (Tablo 3).

Tablo 3. İncelenenlerin Depresyon Sıklığı ve İlişkili Olabilecek Faktörler, 2022, Çanakkale

| Değişkenler | Depresyon Riski | | P |
|--------------------------------|-----------------|-----------|--------------|
| | Yok | Var | |
| Cinsiyet | n (%) | n (%) | |
| Kadın | 116 (86,6) | 18 (13,4) | 0,046 |
| Erkek | 49 (98,0) | 1 (2,0) | |
| Yaş | | | |
| 65 ile 74,9 arası | 99 (90,0) | 11 (10,0) | 1,000 |
| 75 ve üzeri | 65 (89,0) | 8 (11,0) | |
| Medeni durum | | | |
| Evli | 86 (88,7) | 11 (11,3) | 0,533 |
| Bekar | 10 (100,0) | 0 (0,0) | |
| Dul/boşanmış | 69 (89,6) | 8 (10,4) | |
| Gelir durumu | | | |
| İyi | 48 (96,0) | 2 (4,0) | 0,066 |
| Orta | 99 (89,2) | 12 (10,8) | |
| Kötü | 18 (78,3) | 5 (21,7) | |
| Yalnız yaşama | | | |
| Evet | 65 (91,5) | 6 (8,5) | 0,679 |
| Hayır | 100 (88,5) | 13 (11,5) | |
| Alkol kullanımı | | | |
| Evet | 78 (94,0) | 5 (6,0) | 0,129 |
| Hayır | 86 (86,0) | 14 (14,0) | |
| Sigara kullanımı | | | |
| Evet | 17 (81,0) | 4 (19,0) | 0,242 |
| Hayır | 148 (90,8) | 15 (9,2) | |
| Yaşlanmaktan memnuniyet | | | |
| Memnun değil | 42 (79,2) | 11 (20,8) | 0,010 |
| Orta | 42 (91,3) | 4 (8,7) | |
| Memnun | 81 (95,3) | 4 (4,7) | |
| Kronik hastalık | | | |
| Evet | 141 (89,2) | 17 (10,8) | 1,000 |
| Hayır | 24 (92,3) | 2 (7,7) | |

p: satır yüzdesi p: Ki-Kare Testi

TARTIŞMA

Çalışmamızda, katılımcıların 2022 yılı 'geriatrik depresyon ölçeği puan ortalamaları' $6,59 \pm 4,99$ olarak hesaplanmıştır. 2020 yılının puan ortalamaları ise $6,28 \pm 4,76$ olarak hesaplanmıştır. Öncelikle bu iki değeri değerlendirdiğimizde aradan geçen iki yılda bir artış olduğunu görmekteyiz. Bu artışın kaynağını covid pandemisinin yaşlılar üzerinde olan etkilerine bağlayabiliriz. Pandemi süresince ara ara yaşanan sokağa çıkma yasakları, pandeminin en ciddi etkilediği kesimin yaşlı popülasyon olması ve bu durumun yaşlılardaki ölüm korkusunu arttırması, uygulanan sosyal aktivite kısıtlamaları, Altın Yıllar Yaşam Merkezinin bu süreç içinde faaliyetlerine devam edememesi yaşlı popülasyon üzerinde depresyona olan yatkınlığı arttırmış olabilir.

Bunun dışında literatüre baktığımızda yaşlılık döneminde görülen ruhsal sorunlar arasında depresyonun birinci sırada yer aldığı belirtilmektedir(8-9). Kocataş ve ark. (10) ile Maral ve ark.'nın(11) yaptıkları çalışmalarda yaşlıların yarısına yakınında depresyon saptanmıştır. Yaptığımız çalışmada ise ankete katılan yaşlılar arasında depresyon sıklığını %10.3 olarak görmekteyiz. İncelenen literatürde ele alınan örneklem huzurevinde yaşayan yaşlı popülasyon içinden seçilmiştir. Çalışmamızda ele aldığımız örneklem ise, Altın Yıllar Yaşam Merkezine gelen, sosyal, genel olarak sağlıklı bir popülasyon olduğu için depresyon sıklığının literatüre göre az çıkması beklenilebilecek bir sonuçtur. Altın Yıllar Yaşam Merkezine gelmenin yaşlılardaki depresyona olan etkilerini incelemek için, başka bir çalışmada bu merkeze gelebilecek ama gelmeyen yaşlılar incelenebilir (örneğin Çanakkale Kepez'de yaşayan yaşlı popülasyonu).

Çalışmamızda yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında; kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu saptanmış, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Yapılan birçok çalışmada çalışmamıza benzer olarak, depresyonun kadınlarda erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir (10-16-17-18). Bu sonuç hemen hemen tüm toplumlarda benzerlik göstermekte olup, kadının biyolojik yapısının, ruhsal özellikleri ve kişilik yapısı ile toplumsal ve kültürel konumunun bunda etkili olduğu düşünülmektedir (19). Ayrıca kadınların ortalama yaşam sürelerinin daha yüksek olması, eşlerinin ölümlerinden sonra daha uzun yalnız yaşamalarına, yalnız yaşamak da depresyona yatkınlığa sebep olabilir. Dul olma ve yalnız yaşamanın, depresyon için risk faktörü olduğu, eşini kaybeden yaşlılarda hüznün, yalnızlık, terk edilmişlik duygularının devam ettiği ve bu yaşlı bireylerde depresyon düzeyinin yüksek olduğu belirtilmektedir (20). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumlu görünmektedir.

Çalışmamızda yaşlı birey katılımcıların depresyon sıklığı bakımından yalnız yaşayanlarla yalnız yaşamayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır; Literatüre baktığımızda Polat F. ve ark. yaptığı çalışmada ise aradaki istatistiksel fark anlamlı görülmüştür(12). Literatür taramasında yalnızlık ile depresyon arasında pozitif yönde bir korelasyon saptayan çok sayıda çalışmaya ulaşılmıştır(13,14,15) Ağırman E. ve ark. yaptığı çalışmada eşile ve çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlıların daha az yalnızlık duygusu ve depresyon yaşadığını göstermektedir(26). Bu farklılık yaşlı bireyler için yapılmış sosyalleşme merkezlerin önemini ortaya çıkartabilir. Bu tarz merkezlerin sayısının artışı depresyon sıklığını en aza indirebilir.

Çalışmamızda alkol kullanımı ve geriatrik depresyon arasında bir ilişki bulunmamıştır (p: 0,129) Literatürde de Türkiye'de Asuman ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, çalışmamıza benzer şekilde bir ilişki saptanamamıştır. (P: 0.494). Devanand ve ark. yaptığı çalışmada ise geriatrik depresyon hastalarının 3-4 kat daha fazla alkol kullanımının olduğunu, bunun da geriatrik depresyonun prognozunu kötü yönde etkilediğine dair bulgular saptamıştır. (21,22)

Çalışmamızda sigara kullanımı ve geriatrik depresyon arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. (p:0,242). Karakuş ve ark. Da yaptığı çalışmada sigara kullanımı ve geriatrik depresyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05). Bu sonuçlar literatürü taradığımızda (Bayık vd., 2001:136)'ın ve (Manoğlu, 1990:61)'nin çalışmaları ile paralellik göstermektedir. (23,24,25)

Çalışmamızda katılımcıların depresyon sıklığı ile yaşlanmaktan memnuniyet durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,010). Yaşlanmaktan memnun olmayanların depresyon sıklığı diğerlerinden daha yüksek tespit edildi. Literatür taramasında yaşlanmaktan memnuniyetle depresyon arasında ilişkili yayın bulunmamıştır. Bu konu üzerinde çalışmalar güçlendirilebilir.

Çalışmamızda farklı yaş grupları arasında depresyona yatkınlık açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=1). Literatüre baktığımızda ise Küey ve Güleç(27) ile Osvath ve Fekete(28)'nin çalışmalarında artan yaş ile depresyon arasında paralellik gözlenmektedir. Bizim çalışmamızdaki sonuçların literatüre zıt olarak çıkması; bireylerin yaşları artsa da hala Altın Yıllar Yaşam Merkezine gelebilecek kadar sağlıklı ve iyi olmaları, bu merkezin sosyal etkinliklerinden faydalanabilmeleri sonucu ruhsal olarak iyi olmaları şeklinde açıklanabilir.

Çalışmamızda incelenenlerin depresyon sıklığıyla, medeni durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,533)

Literatüre baktığımızda Eriş ve ark.(29) çalışmasında, çalışmamızla uyumlu olarak medeni durum ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır

Bingöl ve ark.(30) çalışmasında dul olan yaşlıların GDÖ puan ortalaması (7,71±3,74) evli olanların GDÖ puan ortalamasından (5,90±3,82) yüksektir, bu sonuçlar çalışmamızla uyumlu olarak istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0,05)

Altay ve ark(31) medeni duruma göre GDÖ puanları incelendiğinde; alınan puanların kesme puanının üzerinde olma yüzdesi hiç evlenmemiş olan yaşlılarda %50, evlenmiş ve eşi ölmüş/boşanmış yaşlılarda %65.2 olarak saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark çalışmamızla uyumlu şekilde istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır (p>0.05).

Literatürdeki bu sonuçlar araştırmamızın sonucunu desteklemektedir.

Kocataş ve ark.(32) çalışmasında yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre depresyon yaygınlıkları incelendiğinde; evli olanların % 30'unda, dul olanların ise % 56.3'ünde depresyon görüldüğü saptanmış, farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Çınar ve ark.(33) çalışmasında ise Dul/Boşanmış grubundaki yaşlıların depresif belirti puan ortalaması evli olanlara göre yüksektir ve istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.01)

Elkin ve ark.(34) yaptığı çalışmada yaşlı bireylerin medeni durumlarına göre depresyon puan ortalamalarına bakıldığında; evlilerde bekârlara göre daha yüksek bulunmuş olup farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

Çalışmamızda incelenenlerin depresyon sıklığıyla gelir durumları arasında da istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p=0,066)

Literatür incelendiğinde Eriş ve ark.(29) çalışmasında ve Altay ve ark(31) çalışmasında, çalışmamızla uyumlu olarak gelir durumu ve depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. (p>0.05).

Softa ve ark.(35), Elkin ve ark.(34) yaptığı çalışmada da yaşlıların yaşam doyumu ile gelir durumu puanları arasında istatistiksel anlamlılık saptanmamıştır. Literatürdeki bu sonuçlar araştırmamızın sonucunu desteklemektedir.

Çalışmamıza dahil edilenlerin depresyon sıklığı bakımından kronik hastalığı olanlar ile olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p=1,000)

Kocataş ve ark.(32) çalışmasında yaşlı bireylerin kronik hastalık durumuna göre depresyon yaygınlıkları incelendiğinde; kronik hastalığı olmayanların % 27.6'sında, kronik hastalığı birden fazla olanların ise % 47.3'ünde depresyon olduğu saptanmıştır (p>0.05). Bu sonuçlar bizim çalışmamızla uyumlu şekilde istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Altay ve ark.(31)'nin çalışmasında da kronik hastalık varlığının depresyon görülme olasılığını etkilemediği bulunmuştur. Literatürdeki bu sonuçlar çalışmamızla uyumludur. Şahin ve ark.(36) çalışmasında ise kronik hastalık varlığı ile depresyon arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kronik hastalıkların görülme sıklığı yaşla birlikte arttığı için beklenebilecek bir durumdur.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmaya dâhil edilenlerin 2022 yılı 'geriatrik depresyon ölçeği puan ortalamaları' $6,59 \pm 4,99$ olarak hesaplanmıştır. Araştırmamızın sonucuna göre depresyon ile cinsiyet (p=0,046) yaşlanmaktan memnuniyet (p=0,010) arasında ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulundu. Altınıyılar yaşam merkezine gelen yaşlı bireylerin cinsiyetlerine göre depresyon yaygınlıkları incelendiğinde kadınların %13.4 ünde , erkeklerin ise %2 sinde depresyon riski saptanmıştır. Yaşlanmak memnuniyet ile depresyon arasındaki ilişki incelendiğinde memnun olanların %4,7 sinde memnun olmayanların %20,8 inde depresyon riski mevcuttur.

Araştırma sonunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda; yaşlı bireylerin nüfus içindeki dağılımının saptanıp yaşlı atlaslarının oluşturulması ,yaşlı bireylerin sosyalleşmesi için sosyal yaşam merkez sayılarının artırılması , yaşlı bireyler için farkındalık ve aktivitelerin kurumlar tarafından teşviki sağlanması, depresyon saptanan yaşlı bireylerin uygun sağlık kuruluşlarına yönlendirilip takiplerinin yapılması önerilerimiz arasında yer almaktadır. Böylece yaşlı bireyler için halk sağlığı sorunu olan depresyonun sağaltılacağı düşünülmektedir.

KAYNAKÇA

- 1-Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 9(1): 9-21.
- 2-Yazan T. , Girgin A. , Kuru T. Geriatrik Depresyon: Alanya'da yaşayan yerleşik yabancılar üzerine bir araştırma. Acta Medica Alanya. 2017; 1(3): 139-144.
- 3- Türkseven E. , Öner C. , Şimşek E. E. YAŞLILARDA ALGILANAN SOSYAL DESTEĞİN GERİATRİK DEPRESYON İLE İLİŞKİSİ: BİR SAHA ÇALIŞMASI. Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care. 2020; 14(2): 203-209.
- 4- Kocataş S. , Güler G. , Güler N. 60 YAŞ VE ÜZERİ BİREYLERDE DEPRESYON YAYGINLIĞI. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010; 7(1):
- 5- Altay B. , Üstün G. , Bir Üniversite Hastanesinde Yatan Yaşlı Hastalarda Depresyon Riski ve Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerin Etkisi 2012 Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 1309-470-1309-5994
- 6- Çanakkale Belediyesi Altın Yıllar Yaşam Merkezi 'Kültürel ve Sosyal Mekanlar' Erişim adresi: <https://www.canakkale.bel.tr/tr/sayfa/1137-kulturel-ve-sosyal-mekanlar/1298-altin-yillar-yasam-merkezi> Erişim tarihi:11/03/2022

- 7-Yılmaz E. , Huzurevinde Kalan Yaşlılarda Depresyon ve Benlik Saygısı İlişkisi, Kalem Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi 2018, 8(2), 553-578
- 8- Jorm AF. The epidemiology of depressive states in the elderly: implications for recognition, intervention and prevention. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 1995;30(2):53-59
- 9- Mulsant BH., Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *Journal Clinic Psychiatry* 1999;60Suppl 20:9- 15.
- 10- Kocataş S., Güler G., Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon sıklığı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2004;7(1):11-18.
- 11- Maral I ve ark. Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001;12(4):251-259.
- 12- Polat, F. & Geçici, F. (2020). YAŞLI BİREYLERİN ALGILADIĞI YALNIZLIK DÜZEYİ İLE DEPRESYON ARASINDAKİ İLİŞKİ . İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi , 8 (1) , 72-82 . DOI: 10.33715/inonusaglik.704241
- 13-Ünal G, Bilge A. İleri yaş grubunda yalnızlık, depresyon ve kognitif fonksiyonların incelenmesi, *Türk Geriatri Dergisi*, 2005;8(2):89-93.
- 14-Desai R, Abraham D, Harshe D, Ramakrishnan A, Cholera R, Kale S. A study of depression, perceived loneliness, cognitive function and independence in daily activities in home and institution based older people: A crosssectional comparative study, *J Geriatr Ment Health*, 2016;3:140-4.
- 15-Kabátová O, Puteková S, Martinková J. Loneliness as a Risk Factor for depression in the elderly, *Clinical Social Work Journal*, 2016;7(1):48-52.
- 16- Tamam L ve Öner S. Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi* 2001;1(2):50-60
- 17- Çınar İ.Ö., Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2008;7(5):399-404.
- 18- Karalar F., Öztürk İ., Şahin A., Çayköylü A., Kırpınar İ. Erzurum il merkezinde 65 yaş ve üzeri popülasyonda depresyon yaygınlığı ve ilişkili faktörler. 5. Ulusal Geropsikiyatri sempozyumu:10–12 Haziran 2004, İstanbul.
- 19- Ünal S ve Özcan E. Depresyonda hazırlayıcı, ortaya çıkarıcı ve koruyucu etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000;1(1):41-45.
- 20-Aksüllü N. Kurumda Ve Evde Yaşayan Yaşlı Bireylerin Algılanan Sosyal Destek Faktörleri ile Depresyon Arasındaki İlişki. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. 2001;Sivas
- 21-Saltan, A. (2017). Yaşlılarda Depresyon, Ağrı ve Sosyodemografik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi . Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi , 7 (2) , 67-72
- 22-D.P Devanand(2002). Comorbid psychiatric disorders in late life depression, *Biological Psychiatry*,Volume 52(2), (236-242)
- 23-Karakuş, A. , Süzek, H. & Atay, M. E. (2003). Muğla Huzurevinde Kalan Yaşlıların Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi . Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi , (11) , 39-41
- 24-BAYIK vd. (2001). “Huzurevinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyonun İncelenmesi”, I. Ulusal Yaşlılık Kongresi, Ankara: 132-137.
- 25-MANOĞLU, Zeynep. (1990). “İzmir Huzurevinde Depresyon ve Kaygı Üzerine Bir Çalışma, Kadın Erkek Karşılaştırması”, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- 26- Ağırman E. , Gençer M. Z. Huzurevinde, Evde Ailesiyle ve Yalnız Yaşayan Yaşlı Bireylerde Depresyon, Yalnızlık Hissi Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Çağdaş Tıp Dergisi*. 2017; 7(3): 234-240.

- 27- KUEY, L. and GÜLEÇ, C., Depression in Turkey in the 1980's: Epidemiological and clinical approaches, Clin. Neuropharmacol 1989, 12 suppl 2, 1-12.
- 28- OSVATH, P. and FEKETE, S., Suicidal Behavior in the Elderly. Review of Results at the Pecs Center of the WHO/EURO, Multicenter study on suicide, Orv Hetil, 2001 June 3, 142, 22, 1161-1164.
- 29- Eriş H , Kabalcıoğlu F, Kara B. Şanlıurfa il merkezindeki yaşlılarda depresyon görülme durumu ve etkileyen faktörler, Sağlık Akademisyenleri Dergisi 2016.
- 30- Bingöl G, Demir A, Karabek R, Kepenek B, Yıldırım N, Kaytaş EG. Bazı değişkenler açısından 65 yaş üstü bireylerin depresyon düzeylerinin incelenmesi. Göztepe Tıp Dergisi 25(4):169-176, 2010
- 31-Altay B, Avcı İ. Samsun huzurevinde yaşayan yaşlıların bazı özellikleri ile depresyon riski arasındaki ilişki, Turkish Journal of Geriatrics 2009 b; 12: 147-155.
- 32-Kocataş S., Güler G., Güler N. 60 yaş ve üzeri bireylerde depresyon sıklığı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2004;7(1):11-18.
- 33-Çınar İ.Ö., Kartal A. Yaşlılarda depresif belirtiler ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2008;7(5):399-404.
- 34-Elkin N. Bir aile sağlığı merkezine başvuran yaşlı bireylerde depresyon sıklığı ve yaşam doyumunun değerlendirilmesi. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 9(1): 9-21.
- 35-Softa H., Karaahmetoğlu G., Erdoğan O., Yavuz S. Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen bazı faktörlerin incelenmesi. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi 2015(1):12-21.
- 36-Şahin M, Yalçın M. Huzurevinde veya Kendi Evlerinde Yaşayan Yaşlılarda Depresyon Sıklıklarının Karşılaştırılması. Geriatri. 2003; 6(1): 10-13.

MART-NİSAN GRUBUNUN MAKALELERİ

**Çanakkale Altınyıllar Yaşam Merkezine Başvuranlarda Pandemi Süresince COVID-19
Korku, Bireysel Dayanıklılık Düzeyi ve İlişkili Olabilecek Etmenler***

**Furkan YAVUZ, Nermin AFACAN, İlker CİVELEK, Muhammed Nasih ÖZALP,
Enes Malik KOCATÜRK**

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Mustafa Şefik YILDIRIM**

*Araş. Gör. Dr Hakan Kartal'ın Tez çalışmasının saha verileri kullanılmıştır

ÖZET

Amaç: Yaptığımız araştırmada, yaşlı nüfus oranının arttığı iller arasında olan Çanakkale’de, artan yaşla birlikte ortaya çıkan sosyal yalnızlık ve ekonomik değişimler karşısında bireylerin kişisel dayanıklılığının ölçülmesini amaçladık. Kısa vadeli amacımız Covid-19 pandemisi döneminde sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarında yaşanan değişikliklere maruz kalmış Altın yıllar Yaşam merkezinden faydalanan 65 yaş ve üstü bireylerin psikolojik dayanıklılık ve Covid-19 korku düzeyi durumunu saptanmasıdır.

Yöntem: Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Çanakkale merkez ilçede bulunan Altın Yıllar Yaşam Merkezi’ne başvuran 65 yaş üstü bireylerin psikolojik dayanıklılığını durumunu saptamak için 60 birey katılım sağladı. Çalışmamıza katılan gönüllü 65 yaş üstü bireylere 17 tanımlayıcı sorudan oluşan anket formu, Covid-19 Korku Ölçeği, Connor-Davidson psikolojik dayanıklılık ölçeği, 02.05.22-06.05.22 tarihleri arasında uygulandı. Anket uygulanmasından önce bireylerden onam alındı. Covid-19 Korku Ölçeği’nde artan puan Covid-19’dan korkma eğiliminin arttığını gösterir. Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nde ise yüksek puan alan bireylerde kişisel dayanıklılığın arttığı varsayılmaktadır.

Bulgular: Katılımcıların COVID-19 korku ölçeği puan ortalaması $16,38 \pm 7,30$, ortancası 16,00 (minimum: 7,00- maksimum:34,00) idi. Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği ortalaması $82,85 \pm 12,30$, ortancası 86,50 (minimum:42,00- maksimum:99) olarak ölçüldü. Covid-19 geçiren kişilerde geçirmeyenlere göre Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği puanları daha yüksek saptandı. ($p=0,031$)

Sonuç ve Öneriler: Sonuçlarımız doğrultusunda bireylerin kişisel dayanıklılığında etkili olan faktörler daha büyük örneklerde daha ayrıntılı olarak incelenmelidir. Etkili olan faktörlere göre risk grubu olan 65 yaş ve üzeri bireylerde bu dayanıklılığı artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Kişisel dayanıklılık, COVID-19, yaşlı nüfus

GİRİŞ

COVID-19 ortaya çıkmış olduğu Çin'den dünyanın farklı coğrafyalarına yayılmaya başladığında birçok ülke kısa vadede salgın hastalığı engellemenin ve etkisini azaltmanın en etkili yöntemlerinden biri olarak insan hareketliliğini kısıtlama, toplanmaları yasaklama önlemlerine başvurdu. Virüsün en etkili bulaşma yöntemlerinden biri olan fiziki temas mümkün oldukça en aza indirildi. Salgın hastalığın etkili olduğu birçok ülkede belirli sürelerle sokağa çıkma yasağı getirildi.(1)

COVID-19 pandemi sürecindeki önlemlerden biri olan 65 yaş üstü bireylere sokağa çıkma yasağı, öncelikle yalnız yaşayan yaşlıların günlük rutinlerinde yer alan sosyalleşme faaliyetlerini kısıtlamıştır. Dışarı çıkamama ve sosyal yaşam kısıtlamaları nedeni ile yaşlılarda akrabalık ilişkileri kapsamında değerlendirilebilecek çocuk ya da torunlarla görüşme engellenmiş, yüz yüze iletişim kurmak ve bazı ortak faaliyetler zaruri olarak durdurulmuştur. Bu nedenle yaşlılar virüse yakalanma endişesi ile birlikte sosyal yaşamda gerçekleşen bu değişikliklere de uyum sağlamada güçlük yaşamıştır(2) . Temel olarak bireysel dayanıklılık olumlu adaptasyon veya sıkıntı yaşanmasına rağmen zihinsel sağlığı koruma veya yeniden kazanma yeteneği anlamına gelir. (3) Yaşlı nüfus olarak kabul edilen 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun toplam nüfus içindeki oranı Türkiye'de 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7'ye yükseldi. Çanakkale'de ise 2021 yılında nüfusun %15,7'sini 65 yaş ve üstü bireyler oluşturdu. (4) En az bir yaşlı fert bulunan 6 milyon 112 bin 760 hanenin 1 milyon 561 bin 398'ini tek başına yaşayan yaşlı fertler oluşturdu. Bu hanelerin %74,9'unu yaşlı kadınlar, %25,1'ini ise yaşlı erkekler oluşturdu.(5)

Sosyal izolasyon ve yalnızlık, yaşlı nüfusun önemli bir bölümünü etkileyen ciddi ancak hafife alınmış bir sağlık sorunudur. Sosyal izolasyon ve yalnızlık; yaşlılarda düşük yaşam kalitesi, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları ve erken mortalite açısından sigara, obezite ve hipertansiyon kadar önemli bir risk faktörüdür. ABD'de, toplum içinde yaşayan yaşlı yetişkinlerin yaklaşık ¼'ü sosyal olarak izoledir ve %43'ü yalnızlık hissettiğini bildirmiştir. Pandemi sürecinde COVID-19'la ilişkili komplikasyon, enfeksiyon gelişimi ve ölüm oranlarını azaltmayı amaçlayan sosyal mesafe tedbirleri yaşlıları orantısız bir şekilde etkilemiştir. Sosyal mesafe birçok ülkede yaşlılar için sosyal izolasyona dönüşmüştür (2)

Yapılan çalışmalar gösteriyor ki her geçen gün Çanakkale'deki yaşlı nüfus artış oranı Türkiye'deki yaşlı nüfus artış oranına göre çarpıcı şekilde daha fazla artıyor. Bununla birlikte tek başına yaşayan yaşlı birey oranı da artıyor. Artan yaşla birlikte ortaya çıkan sosyal yalnızlık ve ekonomik değişimler de önemli sağlık sorunlarını beraberinde getiriyor. Bu sorunlarla başa çıkma da yaşlıların bireysel dayanıklılığının hangi düzeyde olduğu etkili oluyor.

Bu veriler doğrultusunda, Kısa vadede bu çalışmada Covid-19 pandemisi döneminde sosyal, ekonomik ve sağlık alanlarında yaşanan değişikliklere maruz kalmış Altınyıllar Yaşam merkezinden faydalanan 65 yaş ve üstü bireylerin psikolojik dayanıklılık ve Covid-19 korku düzeyi durumunun ve ilişkili olabilecek etmenlerin saptanması amaçlandı. Uzun vadede ise ileride pandemiye benzer yaşanabilecek durumlarda yapılabilecek ileri çalışmalara bilgi kaynağı olması ve literatür katkısı yapılması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın tipi:

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

Çalışma grubu:

Çanakkale merkez ilçede bulunan Altın Yıllar Yaşam Merkezi'ne başvuran 65 yaş üstü bireylerin psikolojik dayanıklılığını durumunu saptamak için 60 birey katılım sağladı. Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nde sosyal, kültürel, fiziksel, bilişsel ve psikolojik aktivitelerini gerçekleştirebilecekleri resim, müzik, el becerilerini, satranç, su doku, briç gibi zeka oyunları, spor, nefes egzersizleri, denge-yürüme çalışmaları, tiyatro ve edebi okumalarla sanatsal yönlerini geliştiriyorlar. Bu aktiviteler, uzman personeller eşliğinde gerçekleştiriliyor(6).

Araştırma verileri:

Çalışmamıza katılan gönüllü 65 yaş üstü bireylere 17 tanımlayıcı sorudan oluşan anket formu, Covid-19 Korku Ölçeği, Connor-Davidson psikolojik dayanıklılık ölçeği, 02.05.22-06.05.22 tarihleri arasında uygulandı. Anket uygulanmasından önce bireylerden onam alındı.

Anket formu: Tanımlayıcı bilgilerin yer aldığı formda bireylerin yaşı, cinsiyeti, kendi hariç birlikte yaşadığı birey sayısı, medeni durumu, eğitim durumu, çocuk sayısı, gelir durumu, tanıli kronik hastalık, fiziksel engel durumu, Covid-19 geçirme durumu ve geçirdiyse nasıl geçirdiği, Covid-19 nedeniyle ölen yakınının olup olmadığı, aşı durumu, pandemi döneminde Covid-19 ve mevcut hastalıklarının dışında önemli bir sağlık sorunu yaşayıp yaşamadığı, pandemi döneminde hastaneye erişim olanaklarının etkilenme durumu, pandemi döneminde yakınlarından destek alabilme durumu sorgulandı.

Covid-19 Korku Ölçeği: 2020'de Ahorsu ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2020 yılında Bakioğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış, 7 maddeden oluşan bir ölçektir(7). Ölçekte her bir madde Kesinlikle Katılmıyorum, Katılmıyorum, Kararsızım, Katılıyorum, Tamamen Katılıyorum şeklinde 5li likert tipindedir. Ölçekten en düşük 7, en yüksek 35 puan alınabilir. Ölçekte artan puan korku eğiliminin arttığını gösterir.

Connor-Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği: Ölçek Kathryn M.Connor ve Jonathan R.T. Davidson (2003) tarafından geliştirilmiş, çeviri ve geçerlilik çalışmaları Özlem Kararırmak (2010) tarafından yapılmıştır(8). 25 maddeden oluşan ölçekte her bir madde hiç doğru değil(0), nadiren doğru(1), bazen doğru(2),sıklıkla doğru(3),neredeyse her zaman(4) şeklinde yanıtlanabilir. Ölçekte En düşük 0, en yüksek 100 puan alınabilir. Ölçekten yüksek puan alınması bireysel dayanıklılığın yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte eşik değeri yoktur.

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı stajında bulunan intern hekimler tarafından hazırlanan anket yüz yüze olarak uygulandı. Katılımcılara Altın Yıllar Yaşam Merkezi'nde ulaşıldı.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi, istatistiksel analiz:

Araştırmanın verileri SPSS 28.0 paket programına aktarılmıştır. Veri kontrolü ve analizler bu program üzerinden yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerin gösteriminde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum kullanılmıştır. Normal dağılımı uygunluk için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, İstatistiksel analiz için de Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Finansman:

Bu araştırma yürütülürken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza Çanakkale Altınyıllar Yaşam Merkezi'nden faydalanan, Çanakkale Merkez belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 60 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 73,37±4,81, ortancası 74,00(minimum:66,00- maksimum:86,00) idi. Çalışmaya dahil edilenlerin %75'i kadın, %56,7'si evde yalnız yaşayan; %63,4'ü dul-boşanmış, %33,3'ü evliydi. Katılanların %46,7'si ilkokul, %25'i yüksek okul, %20,0'ı ortaokul mezunu idi. Katılımcıların %96,7'si çocuk sahibiydi ve %73,4'ü gelir durumunu "orta", %18,3'ü "iyi" olarak tanımladı. Çalışmaya dahil edilenlerin %86,7'si en az bir kronik hastalığının olduğunu, %86,7'si ise herhangi bir fiziksel rahatsızlığı olmadığını belirtti (**Tablo 1**).

Tablo 1. İncelenlerin Temel Tanımlayıcı Özellikleri, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|---------------------------------|-----------|--------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 45 | 75,0 |
| Erkek | 15 | 25,0 |
| Yalnız yaşama durumu | | |
| Evet | 34 | 56,7 |
| Hayır | 26 | 43,3 |
| Medeni durum | | |
| Dul/Boşanmış | 38 | 63,4 |
| Evli | 20 | 33,3 |
| Bekar | 2 | 3,3 |
| En son mezun olunan okul | | |
| ilkokul | 28 | 46,7 |
| ortaokul | 12 | 20,0 |
| lise | 5 | 8,3 |
| yüksekokul | 15 | 25,0 |
| Gelir durumu | | |
| iyi | 11 | 18,3 |
| orta | 44 | 73,4 |
| kötü | 5 | 8,3 |
| Kronik hastalık | | |
| evet | 52 | 86,7 |
| hayır | 8 | 13,3 |
| Fiziksel rahatsızlık | | |
| evet | 8 | 13,3 |
| hayır | 52 | 86,7 |
| Toplam | 60 | 100,0 |

?: sütun yüzdesi

Çalışmaya dahil edilenlerin %65,0'ı COVID-19 geçiren bir yakını olduğunu, %15,0'ı ise kendisine PCR testi ile COVID-19 tanısı konduğunu belirtti. Katılanların %30,0'ı COVID-19 nedeniyle ölen bir yakını olduğunu, %16,7'si COVID-19 pandemisi süresince önemli bir sağlık sorunu yaşadığını,

%51,7'si bu dönemde destek ihtiyacı hissettiğini belirtti. Çalışmaya dahil edilenlerin tamamı COVID-19 aşısı olduğunu söyledi. Katılımcıların sağlık COVID-19 pandemisi süresince sağlık erişimi sorulduğunda, %40,0'ı etkilenme olmadığını, %35,0'ı başvuru sıklığının azaldığını, %23,3'ü ise hiç başvurmadığını belirtti (**Tablo 2**).

Tablo 2. Katılımcıların COVID-19 Pandemisi Dönemine Ait Bilgileri, 2022, Çanakkale

| Değişken | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|--------------------------------------|-----------|--------------|
| COVID-19 geçiren yakını olma | | |
| evet | 39 | 65,0 |
| hayır | 21 | 35,0 |
| PCR tanılı COVID-19 geçirme | | |
| evet | 9 | 15,0 |
| hayır | 51 | 85,0 |
| COVID-19 nedeniyle ölen yakın | | |
| var | 18 | 30,0 |
| yok | 42 | 70,0 |
| Önemli sağlık sorunu yaşama | | |
| evet | 10 | 16,7 |
| hayır | 50 | 83,3 |
| Destek ihtiyacı | | |
| evet | 31 | 51,7 |
| hayır | 29 | 48,3 |
| Sağlık erişimi | | |
| etkilenme yok | 24 | 40,0 |
| başvurmadı | 14 | 23,3 |
| başvuru sıklığı azaldı | 21 | 35,0 |
| başvuru sıklığı arttı | 1 | 1,7 |
| Toplam | 60 | 100,0 |

#: sütun yüzdesi

Katılımcıların COVID-19 korku ölçeği puan ortalaması $16,38 \pm 7,30$, ortancası 16,00 (minimum: 7,00- maksimum:34,00) idi. Connor-Davidson Psikolojik sağlık ölçeği ortalaması $82,85 \pm 12,30$, ortancası 86,50 (minimum:42,00- maksimum:99) olarak ölçüldü (**Tablo 3**).

Tablo 3. Katılımcıların Tanımlayıcı ve COVID-19'a İlişkin Değişkenlerine Ait COVID-19 korku ölçeği ve Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Ortalamaları, 2022, Çanakkale

| Değişken | COVID-19 Korku Ölçeği Ortalamaları ± SS | Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Ortalamaları ±SS |
|--------------------------------------|--|--|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 16,82±7,51 | 83,42±11,96 |
| Erkek | 15,07±6,70 | 81,13±13,56 |
| Medeni durum | | |
| Evlü | 17,00±6,57 | 85,90±12,67 |
| Bekar | 20,50±14,85 | 80,00±11,31 |
| Dul/Boşanmış | 15,84±7,45 | 81,39±12,15 |
| Kronik hastalık | | |
| Var | 16,65±7,56 | 82,73±12,26 |
| Yok | 14,63±5,37 | 83,63±13,36 |
| Yalnız yaşama | | |
| evet | 17,18±7,86 | 81,74±11,24 |
| hayır | 15,35±6,50 | 84,31±13,65 |
| COVID-19 geçiren yakını olma | | |
| evet | 17,36±7,13 | 81,69±12,98 |
| hayır | 14,57±7,45 | 85,00±10,90 |
| PCR tanı COVID-19 geçirme | | |
| evet | 20,00±6,48 | 90,78±5,74 |
| hayır | 15,75±7,31 | 81,45±12,65 |
| COVID-19 nedeniyle ölen yakın | | |
| var | 19,06±6,77 | 83,33±11,98 |
| yok | 15,24±7,30 | 82,64±12,57 |

SS: standart sapma

Katılımcıların psikolojik sağlık ölçeği puanları ile cinsiyetleri, yalnız yaşama durumları, kronik hastalık varlığı bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,614$) ($p=0,235$) ($p=0,736$).

Çalışmaya dahil edilenlerin psikolojik sağlık ölçeği puanları COVID-19 geçirenlerde geçirmeyenlere göre daha yüksek saptandı ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi ($p=0,031$) Katılımcıların psikolojik sağlık ölçeği puanları ile COVID-19 nedeniyle ölen yakını olma durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,728$) **Tablo 4.**

Tablo 4. Katılımcıların Connor-Davidson Psikolojik Sağlık Ölçeği Puanları ve İlişkili Olabilecek Faktörler, 2022, Çanakkale

| Değişken | Ortalama±SS | Ortanca (min-maks) | p* |
|--------------------------------------|--------------|---------------------|--------------|
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 83,42 ±11,96 | 87,00 (42,00-99,00) | 0,614 |
| Erkek | 81,13 ±13,56 | 85,00 (56,00-99,00) | |
| Yalnız yaşama | | | |
| Evet | 81,73 ±11,24 | 82,50 (42,00-98,00) | 0,235 |
| Hayır | 84,31 ±13,65 | 88,00 (42,00-99,00) | |
| Kronik hastalık | | | |
| Var | 82,73 ±12,26 | 85,50 (42,00-99,00) | 0,736 |
| Yok | 83,63 ±13,36 | 88,50 (56,00-98,00) | |
| PCR tanılı COVID-19 geçirme | | | |
| Evet | 90,78 ±5,73 | 92,00 (80,00-99,00) | 0,031 |
| Hayır | 81,45 ±12,64 | 84,00 (42,00-99,00) | |
| COVID-19 nedeniyle ölen yakın | | | |
| Var | 83,33 ±11,98 | 89,00 (61,00-98,00) | 0,728 |
| Yok | 82,64 ±12,57 | 85,50 (42,00-99,00) | |

p: Mann-Whitney U SS: standart sapma min-maks: minimum- maksimum

TARTIŞMA

Bu çalışma Altınyıllar Yaşam Merkezine başvuran 65 yaş üstü bireylerde Covid-19 'a bağlı korku düzeyi ile psikolojik sağlık düzeyinin bağlantısını belirlemek için yapılmıştır. Çalışmaya Altınyıllar yaşam merkezine başvuran 60 kişi dahil edilmiştir.

Çalışmamıza katılan bireylerde Connor-Davidson Psikolojik sağlık ölçeği ortalaması 82,85±12,30 olarak saptanmıştır.Bu sonuç Sezen Serpen'in 2017'de yaptığı çalışmada(9) 82.81 olarak bulunmuştur.Bu puan bizim çalışmamızda saptadığımız puanla uyumludur.

Gülşen ve ark'larının yaptığı çalışmada Covid-19 korku ölçeği puanı ortalama olarak 18 saptanmıştır(10). Bizim çalışmamızda ise COVID-19 korku ölçeği puan ortalaması 16,38±7,30 olarak saptanmıştır.Aradaki bu farkın sebebi artık Covid-19 pandemisinin etkilerinin ve izlerinin toplum üstünden yavaşça kalkıyor olması olabilir.

Çalışmamıza katılan 60 bireyin 45'i kadın, 15'i erkek olup bu katılımcıların bireysel dayanıklılık puanları K: 83,42±11,96 ve E: 81,13±13,56 olarak saptanmıştır. Türkiye'de Ö.Karırmak tarafında yapılan başka bir çalışmada (11) katılımcıların psikolojik sağlık puanları ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamış olup bu veri bizim çalışmamızda elde edilen sonuca uygundur.

Çalışmamızda Covid-19 nedeniyle en az 1 yakını hayatını kaybetmiş katılımcı oranı %30 olarak bulunmuştur. Skalski ve ark. Polanya'da yaptığı korelasyon analizleri sonucunda, katılımcıların psikolojik sağlık puanları ile Covid-19 sebepli yakını kaybetme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır(12). Bizim çalışmamızda ise istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştır. Bunun sebebi yaptığımız çalışmanın örneklem grubunun darlığı ve/ya örneklem grubunun cevap olarak yakın sayılmayabilecek kişileri cevap olarak belirtmesi olabilir.

Çalışmamıza katılan kullanıcılar arasında yalnız yaşama durumu ise %56.7 bulunmuştur ve bu bireylerde psikolojik sağlık puanı $81,74 \pm 11,24$ olarak saptanmıştır. J. Tan'ın yaptığı çalışmaya göre yalnız yaşama durumu ve psikolojik sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır(13). Bizim çalışmamızda ise anlamlı bir fark saptanamamıştır. Bunun sebebi Altın Yıllar Yaşam Merkezin'de çeşitli etkinliklere katılan yaşlıların merkezin hizmetlerinden faydalanarak sosyalleşmesi ile yalnızlık düzeylerinin azalması ve/ya Altın Yıllar Yaşam Merkezin'de bu hizmetlere gidip gelebilecek olan yaşlı bireylerin kendi kendilerine yetebilmesi olabilir.

Çalışmamızda katılımcıların %86.7'si ilaç kullanması gerektiğini belirten tanılı en az bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtmiştir ve bu katılımcıların psikolojik sağlık puanı $82,73 \pm 12,26$ olarak bulunmuştur. Terrill Al'ın yaptığı çalışmaya göre kronik hastalığa sahip olmak ile psikolojik sağlık arasında istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır(14). Bizim çalışmamızda ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bunun sebebi örneklem grubumuzda kronik hastalığa sahip olmayan bireylerin olan bireylere kıyasla az olması sebebiyle örneklem grubunu daraltması olabilir.

Araştırmada Covid-19 geçiren kişi sayısı %15 olarak bulunmuştur ayrıca çalışmaya dahil edilenlerin psikolojik sağlık ölçeği puanları COVID-19 geçirenlerde geçirmeyenlere göre daha yüksek saptandı ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı idi. Literatürde yapılan araştırmalarda bu türde örnek oluşturacak bir kaynağa ulaşılamadı. Bizim çalışmamızda çıkan bu sonucun sebebi Covid-19 pandemisi boyunca yüksek riskli olarak görülen araştırma grubunun hastalığı geçirdikten sonra psikolojik dayanıklılık anlamında güç kazanıyor olması olabilir.

Çalışmamızın sonucunda genel olarak, Altın Yıllar Yaşam Merkezinde'ki yaşlıların psikolojik dayanıklılıkları ile bizim odaklandığımız ölçekler arasında anlamlı bir korelasyon saptanmadı. Bunun sebebi çalışmamızın evreni temsil etmemesi ve sadece belli bir sosyokültürel düzeyden insanların olduğu Altın Yıllar Yaşam Merkezin'de yapılması olabilir. Ayrıca pandeminin etkilerinin azalmasıyla, katılımcıların psikolojik dayanıklılıkları ile pandemi arasındaki korelasyonda azalma gerçekleşmiş olabilir. Ölçek puanlarının artması için ileride yapılacak çalışmalarda örneklem daha genellenebilir olmalı ve evreni temsil etmelidir.

KAYNAKÇA

- 1- İnce, C. (2020). KÜRESEL AFETİN YEREL YANSIMALARI: COVID-19'UN BİTLİS ESNAFI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ . *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* , 7 (8) , 130-145 .
- 2- Hintistan, S. & Cin, A. (2022). COVID-19 Pandemisinde Yaşlı Olmak . *Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi* , 5 (1) , 114-124 .
- 3- Herrman H, Stewart DE, Diaz-Granados N, Berger EL, Jackson B, Yuen T. What is resilience? *Can J Psychiatry*. 2011 May;56(5):258-65.
- 4- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusunun%20ortanca%20ya%C5%9F%C4%B1%20y%C3%BCkseldi&text=N%C3%BCfusunun%20ya%C5%9Flanmas%C4%B1%20ile%20ilgili%20bilgi,kad%C4%B1nlar%2033%2C8%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti.22.05.2022>
- 5- <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusunun%20ortanca%20ya%C5%9F%C4%B1%20y%C3%BCkseldi&text=N%C3%BCfusunun%20ya%C5%9Flanmas%C4%B1%20ile%20ilgili%20bilgi,kad%C4%B1nlar%2033%2C8%20olarak%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fti.22.05.2022>
- 6- Çanakkale Belediyesi Altın Yıllar Yaşam Merkezi 'Kültürel ve Sosyal Mekanlar' Erişim adresi: <https://www.canakkale.bel.tr/tr/sayfa/1137-kulturel-ve-sosyal-mekanlar/1298-altin-yillar-yasam-merkezi> Erişim tarihi:11/03/2022
- 7- Bakioglu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2021). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International journal of mental health and addiction*, 19(6), 2369-2382.
- 8- Kararımkar, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry research*, 179(3), 350-356.
- 9- Serpen, A. S. & Mackan, A. C. (2017). THE EFFECT OF PROBLEM SOLVING SKILLS AND RESILIENCE TO THE MARITAL ADJUSTMENT IN OLD AGES . *The Eurasia Proceedings of Educational and Social Sciences* , 7 , 169-174
- 10- Özcan Gülşen, E. , Gülşen, Ç. , Soke, F. , Sayan, M. & Tunca, Ö. (2022). Are Covid-19 Pandemic Physical Activity Levels Affect Balance, Gait, Cognitive Functions and Fear of Covid-19 of Older Adults? . *Osmangazi Tıp Dergisi* , 00 , .
- 11- Kararımkar, Ö. (2006). Psikolojik Sağlık, Risk Faktörleri ve Koruyucu Faktörler . *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal* , 3 (26) , 129-142 .
- 12- Skalski, S., Konaszewski, K., Dobrakowski, P., Surzykiewicz, J., & Lee, S. A. (2021). Pandemic grief in Poland: adaptation of a measure and its relationship with social support and resilience. *Current psychology* (New Brunswick, N.J.), 1–9.
- 13- Tan, J. Y., Tam, W. S. W., Goh, H. S., Ow, C. C., & Wu, X. V. (2021). Impact of sense of coherence, resilience and loneliness on quality of life amongst older adults in long-term care: A correlational study using the salutogenic model. *Journal of Advanced Nursing*, 77, 4471– 4489.
- 14- Terrill AL, Molton IR, Ehde DM, et al. Resilience, age, and perceived symptoms in persons with long-term physical disabilities. *Journal of Health Psychology*. 2016;21(5):640-649.

**Çanakkale’de COVID-19 Pandemisinden Etkilenen Esnafın Bireysel Dayanıklılık
Açısından İncelenmesi***

**Emel Aral, Halit Açıcı, İrem Dağtekin, Melikcan Aytuğ,
Merve Nur Turhan, Sena Bulan**

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT**

*Araş. Gör. Dr. Hakan Kartal’ın tez Çalışmasının saha verileri ile yapılmıştır.

ÖZET

Giriş ve Amaç: Biyolojik bir afet olan Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19)'nın bireyler üzerinde yarattığı olumsuz etkileri bilinmektedir. Bu olumsuz etkilerin ve zorlu koşulların, bireysel dayanıklılık düzeyine olan yansımalarının gözlemlenmesi, ileride yapılacak olan iyileştirme çalışmalarına yol gösterecektir. Çanakkale'nin Merkez ilçesindeki farklı meslek grubuna ait esnafların COVID-19 pandemi sürecinde bireysel dayanıklılıklarının ne ölçüde etkilendiğini görmek çalışmanın en büyük amacıdır.

Gereç ve Yöntem: Uluslararası geçerliliği olan COVID-19 Korku ölçeği ve Bireysel Dayanıklılık Ölçeği katılımcıların iş yerlerine gidilerek, yüz yüze anket yöntemiyle uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların temel tanımlayıcı özelliklerine (medeni durum, yaş, çocuk sayısı cinsiyet, gelir durumu) göre yapılan değerlendirmenin hiçbir aşamasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Bunun sebebi kısıtlı bir popülasyonla çalışma yapmamızdan kaynaklı olabilir.

Sonuç: Bu değerlendirmenin topluma genellenebilir olması ve fayda göstermesi adına daha geniş bir örneklem seçilmelidir. Önerilerimiz, esnaflara yönelik bireysel dayanıklılığa ilişkin eğitim faaliyetleri düzenlenebilir, olası bir sağlık sorunu durumunda yapılacaklar anlatılabilir ve finansal desteklemeler yapılabilir.

Anahtar kelimeler: COVID-19; Bireysel dayanıklılık; Esnaf

GİRİŞ VE AMAÇ

Tanım olarak bakıldığında afet; toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olaydır. Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur (1).

COVID-19 dünya üzerinde yaşayan tüm insan topluluğunu etkileyen biyolojik bir afettir. COVID-19'un fiziksel olarak etkileri, dünya genelinde milyonlarca vakanın görülmesi ve binlerce insanın hayatını kaybetmesidir (2). Afetlerin neden olduğu olumsuz etkiler değerlendirilirken genellikle ölüm ve yaralanma gibi beden sağlığı üzerinde meydana gelen etkiler göz önünde bulundurulur. Sağlığın aynı zamanda ruhça ve sosyal yönden tam iyilik hali olduğu unutulmamalıdır.

Geçtiğimiz birkaç sene içinde yaşanan ve etkisi hala devam eden pandemi süreci, özellikle belli bir kesimin sağlık faaliyetlerinin daha sürdürülebilir olması adına kısıtlanmasına sebebiyet vermiştir.

Ekonomi kapsamında değerlendirilirse çoğu iş yerlerinin kapatılması, iç ve dış ticaretin durma noktasına gelmesi, seyahatlerin durdurulması, sağlık kuruluşlarında iş yükünün artması, turizm faaliyetlerin durdurulması vb. durumlar mali yönden birtakım zorlukları beraberinde getirmiştir. Bu mali zorluklardan en çok etkilenen bir grup da esnaflardır. Türkiye Esnaf Ve Sanatkarları Konfederasyonu (TESK) 30.04.2022 verilerine göre 2.067.282 kişi, oran olarak toplumun %2,44'ü esnaf olarak çalışmaktadır(3).

Toplumun azımsanmayacak bir kesimin, COVID-19'un bu ekonomik ve sosyal darbesinden sonra bireysel dayanıklılık seviyesinin, olumsuzluklara uyum sağlama sürecinin henüz hangi boyutta olduğunu tam olarak açıklığa kavuşturabilmiş değiliz. Bu boşluğun doldurulması gerektiğinin önemi belki de açık bir biçimde COVID-19 sürecinde görülmüştür.

Bireysel dayanıklılık tanımına baktığımızda, temel olarak dayanıklılık, sıkıntı ve zorluklar karşısında olumlu adaptasyon ve zihinsel sağlığı koruma veya yeniden kazanma becerisidir(4).

Dayanıklılık belli bir etkene karşı direnç sağlamak, etkenle karşılaşmadan önceki normale dönmek değildir. İç ve dış streslere ve baskılara uyum sağlamak ve onlara yanıtlar geliştirmek doğrultusunda dönüşmek ve yeni normal duruma evrilmek demektir. Bu evrilme sürecinde bireyin kapasitesi önemlidir, çünkü dayanıklılık fiziksel ruhsal ve sosyoekonomik süreçler tarafından şekillendirilmektedir.

Bu makalede biz de 'Esnafın Bireysel Dayanıklılığı' üzerine yaptığımız çalışmada esnaflara pandemi sürecinde yaşadıkları ekonomik, sağlık ve psikolojik açıdan bireysel dayanıklılığına ilişkin sorular yönelttik.

Bu çalışmayla kısa vadede, Çanakkale'nin Merkez ilçesindeki farklı meslek grubuna ait esnafın COVID-19 pandemi sürecinde bireysel dayanıklılıklarının ne ölçüde etkilendiğini görmeyi amaçladık.

Uzun vadede ise yaptığımız çalışmanın daha büyük bir kitleye ne kadar genellenebilir olduğunu ve çalışma sonuçlarından yola çıkarak bu konuda daha kapsamlı çalışmalar yapılabilme potansiyel ve gerekliliğini görüp, bunun ışığında ekibimizin ve diğer araştırmacıların yapacağı yeni çalışmalar için yol gösterici olmayı hedefledik.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi, araştırma popülasyonu ve örneklem:

Araştırma, Çanakkale ilinin Merkez ilçesinde gerçekleştirildi. Çanakkale ili 2021 yılı itibarıyla 557.276 kişilik nüfusa sahip olup bu nüfusun 195.439'u Merkez ilçesinde yaşamaktadır(5). İl merkezinde Esnaf ve Sanatkarlar Odası'na kayıtlı olarak faaliyet gösteren 2176 esnaf vardır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri Merkez ilçenin Esenler, Cevatpaşa, Barbaros ve Kepez mahallelerinde lokanta, çay ocağı, kiraathane, berber, kuaför, güzellik salonu gibi pandemi tedbirleri kapsamında kısa süreli de olsa kapatılan bir işletmenin sahibi veya çalışanı olmak, 18 yaşından büyük olmak ve çalışmayı katılmayı kabul etmektir, . Çalışmadan dışlama kriterleri ise fırın, market gibi pandemi döneminde kapanmayan bir işletmenin sahibi veya çalışanı olmak, 18 yaşından küçük olmak ve çalışmaya katılmayı reddetmektir. Toplamda 60 katılımcıyla anket tamamlandı.

Araştırmanın tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Araştırmanın veri kaynakları

Araştırmaya katılanlara, anket esnasında yapılacaklar anlatıldı ve aydınlatılmış onamı alındı. Anket, sadece onam veren katılımcılara uygulandı.

Araştırma için oluşturulan anket formunda; katılımcının temel tanımlayıcı bilgilerini sorgulayan 7 soru, COVID-19 hastalığını geçirme, yakınlarında COVID-19 görülmesi ve COVID-19 aşı durumlarını sorgulayan 5 soru, COVID pandemisi sürecinde sağlık, sosyal ve ekonomik etkilenme durumuyla ilgili 3 soru, COVID-19 Korku ölçeği ve Bireysel Dayanıklılık Ölçeği bulunuyordu.

COVID-19 Korku Ölçeği, Ahorsu ve arkadaşları tarafından 2020'de geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2020 yılında Bakıoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmış, 7 maddeden oluşan bir ölçektir (6). Ölçekte maddeler 5li Likert stilinde değerlendirilip yanıt oluşturulmaktadır. "1= Kesinlikle Katılmıyorum" ile "5=Kesinlikle Katılıyorum" aralığında yanıt verilmekte, her maddeden alınan puanlar toplanıp ölçekten alınan puanı oluşturmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması, COVID-19 ile ilgili korku seviyesinin yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte bir eşik değer yoktur. Ölçekten alınan puanların depresyon algılanan savunmasızlık ve hastane anksiyetesi ile pozitif ilişki gösterdiği bilinmektedir.

Bireysel Dayanıklılık Ölçeği, Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilen bu ölçek 25 maddeden oluşan bir ölçektir (7). Türkçe adaptasyonu Kararımak (2007) tarafından yapılmıştır. Ölçekte maddeler 5'li Likert stilinde değerlendirilip yanıt oluşturulmaktadır. 0=hiç doğru değil ile 4=neredeyse her zaman doğru aralığında yanıt verilmekte, her maddeden alınan puanlar toplanıp ölçekten alınan puanı oluşturmaktadır. Ölçek, kişisel yeterliliğe sarılma, olumsuz duyguları hoş görebilme ve tinselliğe eğilim olarak adlandırılan üç faktörden oluşmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması bireysel dayanıklılığın yüksek olduğunu gösterir. Ölçekte bir eşik değeri yoktur.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar

Araştırma için Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı.

Araştırmanın uygulanabilmesi için Esnaf ve Sanatkarlar Odası ile görüşülüp resmi izinler alındı ve 10 Mayıs 2022 tarihinde Oda'ya kayıtlı tüm esnafa bilgilendirme mesajı iletildi. Araştırma araştırmacılar tarafından, 11 Mayıs 2022 tarihinde, katılımcıların iş yerlerine gidilerek, yüz yüze anket yöntemiyle uygulandı.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve istatistiksel analiz

Toplanan verileri IBM SPSS for Windows 19.0 sürümü ile analiz edildi. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde şıklı ve yüzdeli kullanıldı. Medeni durumunu Dul/Boşanmış olarak belirten bir katılımcı Bekar kategorisine aktararak analizler yapıldı. Sürekli verilerin normal dağılıma uygunluk testleri ve Mann Whitney U testleri gerçekleştirildi. İstatistiksel anlamlılık için p değeri 0,05 sınır olarak belirlendi.

BULGULAR

Bu çalışmaya Çanakkale merkez ilçesinden esnafar arasından 60 kişi katıldı. Katılanların %65'i erkek, %98,3'ü evde en az bir kişiyle yaşıyor. %73,3'i evli, %46,7'si lise ve üstü eğitilmiş, %66,7'si çocuk sahibi, %56,7'si gelir durumu orta seviyede(Tablo 1).

Çalışmaya katılanların %78,3 ü COVID-19 geçirmemiş, %73,3'ünün en az 1 yakını COVID-19 geçirmiş, %21,7'si COVID-19 nedeni ile yakını kaybetmiş, %90'ı aşı olmuş(Tablo 2).

Çalışmaya katılanların %88,3'ünde gelir durumunda azalma olmuş, %53,3'ünün sağlık hizmet erişiminde etkilenme olmamış, %88,3'ünün çalışma durumu kötü yönde etkilenmiş(Tablo 3).

Çalışma sonuçlarına göre, iki cinsiyet arasında, COVID-19 Korku Ölçeği puanları açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($p=0,270$). COVID-19 Korku Ölçeği puanlarının medeni duruma göre dağılımında da anlamlı bir farklılık bulunamadı ($p=0,546$). Bireysel Dayanıklılık Ölçeği puanlarının cinsiyete göre dağılımına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur ($p=0,163$). Bireysel Dayanıklılık Ölçeği puanlarının medeni duruma göre dağılımında da anlamlı bir fark bulunmamıştır. ($p=0,547$) (tablo 4)

TARTIŞMA

2019 yılı itibarıyla hayatımıza giren COVID-19 pandemisi toplum üzerinde sağlık, sosyal ve ekonomik açıdan etkilenmelere yol açmıştır. Toplumun belli bir yüzdesini oluşturan esnafar üzerinde de pandeminin çeşitli etkileri olmuş ve bu etkilenmeler önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Çalışmamızda cinsiyetin ve medeni durumun esnafarın afetler konusundaki bireysel dayanıklılığı arasındaki ilişkisi incelenmiştir.

Yapılan çeşitli yayınlarda COVID-19 korkusunun cinsiyete göre dağılımı incelendiğinde genellikle kadınların erkeklere kıyasla daha fazla COVID-19 korkusuna sahip oldukları bulunmuştur (8); ancak bizim çalışmamızda COVID-19 korku ölçeği puanı ile cinsiyet arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

COVID-19 korkusu ile medeni durum arasındaki ilişki yapılan bazı çalışmalarda anlamlı bulunurken çeşitli yayınlarda ise anlamlı bulunmamıştır(9). Bizim yaptığımız çalışmada COVID-19 korku ölçeği puanı ile medeni durum arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Psikolojik sağlık açısından literatürde farklı bulgular olsa da erkeklerin psikolojik sağlık düzeylerinin daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar bulunmaktadır(10); ancak bu çalışmada psikolojik sağlık ile cinsiyet arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Medeni durum ile psikolojik sağlamlık arasında herhangi bir ilişki olmadığını öne süren çalışmalar olmakla beraber, evlilerin psikolojik sağlamlığının daha yüksek olduğunu ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. Bu çalışmalara ek olarak bekarların psikolojik sağlamlıklarının daha yüksek olduğunu ortaya koyan yayınlar da bulunmaktadır (11). Bizim yaptığımız çalışmada ise psikolojik sağlamlık ile medeni durum arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Tüm bu ölçütlerde istatistiksel olarak bir farklılık bulunmamasının sebebi kısıtlı bir popülasyonla çalışma yapmamızdan kaynaklı olabilir. Aynı zamanda ölçeklerin yurtdışı değerlendirme ölçeklerinden eviri şeklinde olması, bu sebeple bazı soruların tam anlaşılabilmesi ve yetersiz cevap verilmesi, kadın erkek sayısının eşit olmaması, evli ve bekar kişi sayısının eşit olmaması bu sonuca neden olmuş olabilir.

SONUÇ

Afetlerin bireysel dayanıklılığa olan etkisi yapılan birtakım çalışmalarda ortaya konmuştur. Biz de alışmamızda COVID-19 pandemisinin esnaflardaki bireysel dayanıklılığa yönelik etkisini araştırmak için yaş, cinsiyet, birlikte yaşanan kişi sayısı, çocuk varlığı, COVID geçirme durumu, yakınlarının COVID-19'dan etkilenme durumu, COVID-19'un çalışma düzeyindeki etkileme boyutunu ve psikolojik sağlamlık ölçeği ile bireysel dayanıklılığa yönelik birtakım sorular yönelttik. İstatistiksel olarak değerlendirme kriteri olarak cinsiyet, medeni durum ve psikolojik sağlamlık ölçütleri ele alınmıştır. Çalışmamızda istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır.

Yapmış olduğumuz çalışmaya baktığımızda esnaflara yönelik bireysel dayanıklılığa ilişkin eğitim faaliyetleri düzenlenebilir olası bir sağlık sorunu durumunda yapılacaklar anlatılabilir ve finansal desteklemeler yapılabilir.

COVID-19 tüm dünyayı etkilemiş olan bir halk sağlığı sorunudur. Esnaflar da insanlara hizmet verme doğrultusunda insanlarla sürekli bir iletişim ve etkileşim halinde olması yönüyle önemli bir rol alır. Bu bakımdan esnafların çalışmama durumunda; ekonomik destek sağlanması, iş yeri temizliği ve hijyenin sağlanması için destekte bulunulmasının esnafların bireysel dayanıklılığına olumlu katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Esnafların hizmet sektörünün önemli bir parçasını oluşturduğu bu yüzden bireysel dayanıklılığa yönelik çalışmalarda öncelikli gruptan biri olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

ıkar atışması ve Finansman

ıkar atışması yoktur finansal destek alınmamıştır.

KAYNAKLAR

- (1) <https://www.afad.gov.tr/aciklamali-afet-yonetimi-terimleri-sozlugu>
- (2) Tercan, B. (2020). Biyolojik afetler ve COVID-19. *Paramedik ve Acil Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 1(1), 41-50.
- (3) <https://www.tesk.org.tr/resimler/sicil/4.pdf>
- (4) Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258-265.
- (5) <https://www.nufusu.com/il/canakkale-nufusu>
- (6) 6-Bakioğlu, F., Korkmaz, O., & Ercan, H. (2021). Fear of COVID-19 and positivity: Mediating role of intolerance of uncertainty, depression, anxiety, and stress. *International journal of mental health and addiction*, 19(6), 2369-2382.
- (7) 7-Karaimak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry research*, 179(3), 350-356. doi:10.1016/j.psychres.2009.09.012
- (8) Altundağ, Y. (2021). ERKEN DÖNEM COVID-19 PANDEMİSİNDE COVID-19 KORKUSU VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK. *EKEV Akademi Dergisi*, (85), 499-516.
- (9) Gencer, N. (2020). Pandemi sürecinde bireylerin koronavirüs (Kovid-19) korkusu: Çorum örneği. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, (4), 1153-1173.
- (10) Doğan, T., & YAVUZ, K. (2020). Yetişkinlerde psikolojik sağlamlık, olumlu çocukluk deneyimleri ve algılanan mutluluk. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12, 312-330.
- (11) Kul, A., Demir, R., & Katmer, A. N. (2020). Covid-19 Salgını Döneminde Psikolojik Sağlamlığın Yordayıcısı Olarak Yaşam Anlamı ve Kaygı. *Electronic Turkish Studies*, 15(6).

TABLO VE ŞEKİLLER

Tablo 1 İncelenenlerin temel tanımlayıcı özellikleri, Çanakkale, 2022

| Değişkenler | Sayı | % |
|----------------------------------|-------------|----------|
| Cinsiyet (n:60) | 60 | 100 |
| Kadın | 21 | 35,0 |
| Erkek | 39 | 65,0 |
| Evdeki kişi sayısı (n:60) | 60 | 100 |
| 0 | 1 | 1,7 |
| 1 | 9 | 15,0 |
| 2 | 17 | 28,3 |
| 3 | 22 | 36,7 |
| 4 | 10 | 16,7 |
| 5 | 0 | 0,0 |
| 6 | 1 | 1,7 |
| Medeni durum (n:60) | 60 | 100 |
| Evli | 44 | 73,3 |
| Bekar | 16 | 26,7 |
| Eğitim Durumu (n:60) | 60 | 100 |
| Liseye kadar | 32 | 53,4 |
| Lise ve üzeri | 28 | 46,7 |
| Çocuk varlığı (n:60) | 60 | 100 |
| Evet | 40 | 66,7 |
| Hayır | 20 | 33,3 |
| Gelir durumu(n:60) | 60 | 100 |
| İyi | 8 | 13,3 |
| Orta | 34 | 56,7 |
| Kötü | 18 | 30 |

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 2 İncelenenlerin COVID ile ilişkisi, Çanakkale, 2022

| Değişkenler | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| COVID geçirme durumu (n:60) | | |
| Evet | 13 | 21,7 |
| Hayır | 47 | 78,3 |
| COVID hastalığını geçirme şekli (n:13) | 13 | 100 |
| Hiç şikayetim olmadı | 2 | 15,38 |
| Hafif şikayetlerim oldu hastaneye yatmadım | 4 | 30,77 |
| Şikayetlerim oldu evde ilaç tedavisi aldım | 6 | 46,16 |
| Şikayetlerim oldu hastanede serviste tedavi gördüm | 0 | 0 |
| Hastanede yoğun bakım tedavisi gördüm solunum cihazına bağlanmadım | 0 | 0 |
| Hastanede yoğun bakım tedavisi gördüm solunum cihazına bağlandım | 0 | 0 |
| Cevap vermeyen | 1 | 7,69 |
| Yakınının COVID geçirme durumu(n:60) | 60 | 100 |
| Evet | 44 | 73,3 |
| Hayır | 16 | 26,7 |
| Yakınının COVID nedeni ile vefat etme durumu (n:60) | 60 | 100 |
| Evet | 13 | 21,7 |
| Hayır | 47 | 78,3 |
| COVID aşısı olma durumu (n:60) | 60 | 100 |
| Evet | 54 | 90 |
| Hayır | 6 | 10 |

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 3 İncelenenlerin pandemiyle ilgili tanımlayıcı özellikleri, Çanakkale, 2022

| Değişkenler | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| Pandemi döneminde gelir durumu (n:60) | 60 | 100 |
| Değişiklik olmadı | 7 | 11,7 |
| Azaldı | 53 | 88,3 |
| Arttı | 0 | 0 |
| Pandemi döneminde sağlık hizmetine erişim durumu (n:60) | 60 | 100 |
| Etkilenme olmadı | 32 | 53,3 |
| Hiç başvurulmadı | 16 | 26,7 |
| Başvuru sıklığı azaldı | 12 | 20 |
| Başvuru sıklığı arttı | 0 | 0 |
| Pandemi döneminde çalışma durumu (n:60) | 60 | 100 |
| Etkilenme olmadı | 6 | 10 |
| Kötü etkilendi | 53 | 88,3 |
| İyi etkilendi | 1 | 1,7 |

n: Sayı, %: Yüzde

Tablo 4. Katılımcıların çeşitli ölçek puanları, ortalama ve ortanca değerleri, Çanakkale 2022

| | Ortalama \pm SS | Ortanca (Min- Maks) | p değeri |
|-------------------------------------|----------------------|------------------------|-------------|
| COVID Korku Ölçeği Puanı | 14,45 \pm 5,72 | 14,00 (7-31) | |
| Erkek | 13,82 \pm 5,53 | 14,00 (7-28) | 0,270* |
| Kadın | 15,61 \pm 6,03 | 14,00(7-31) | |
| Evli | 14,79 \pm 6,05 | 14,00 (7-31) | 0,546* |
| Bekar | 16,50 \pm 4,76 | 14,50 (7-22) | |
| Bireysel Dayanıklılık Ölçeği | 79,11 \pm 15,71 | 78,00 (46-135) | |
| Erkek | 81,12 \pm 16,19 | 78,00 (46-135) | 0,163* |
| Kadın | 75,38 \pm 14,40 | 75,00 (47-98) | |
| Evli | 80,02 \pm 16,84 | 78,00 (46-135) | 0,547* |
| Bekar | 76,62 \pm 12,19 | 78,00 (55-100) | |

SS: Standart Sapma *: Mann Whitney U testi

HAZİRAN-TEMMUZ GRUBUNUN MAKALELERİ

ÇOMÜ Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Eğitim Memnuniyeti ve Yeterlilik Algıları

Burak Efe, Ece Nur Akyumuk, Bengisu Şerbetçioğlu, Fatih Demirçak, Ömer Faruk Akçay, Büşra Aran

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim

Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Süleyman KONUŞ

*Bu araştırma konusunda, daha geniş bir örneklem ile başka bir çalışma yapılmış ve makale olarak yayımlanmak üzere bilimsel bir dergiye iletilmiştir.

ÖZET

Giriş: Bu çalışmanın amacı intörn hekimlerin eğitim sürecini fakültenin fiziki ve akademik anlamda yeterliliğini ve mesleğe hazır olma, hissetme durumunu değerlendirmektir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kapsamında yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, katılımcılara anket uygulanmıştır.

Çalışma kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır. 5 bölümden oluşmaktadır. Araştırma Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırmacıları ve ilgili dönemde halk sağlığı stajı yapmakta olan intörn hekimler tarafından yürütülmüştür. Katılımcıların yanıtları sayı ve/veya yüzde olarak verilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 103 öğrencinin 60'ı (%58,3) kadındır. Öğrencilerden 96 kişi (%93,2) mesleki olarak gelecek kaygısı yaşadığını söylerken neden olarak ise en çok "Mesleğini icra ederken güvende hissetmeme" (%88,4) olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Katılımcıların neredeyse tamamının mesleki anlamda gelecek kaygısı yaşadığı tespit edilmiştir. Buna en sık sebep olan durum ise mesleği icra ederken güvende hissetmeme olmuştur.

Katılımcılara gelecek planları sorulduğunda neredeyse üçte birinin yurtdışında hekimlik yapmak istediği bu oranın ise geçen yıllara nazaran büyük bir artış gösterdiği tespit edilmiştir.

Katılımcıların üçte birinin tıp fakültesi eğitimi boyunca psikiyatrik destek almış olduğu saptanmıştır. Bunun sebebi yoğun ve stresli geçen okul dönemi ve mesleki kaygı olabilir ÇOMÜ Tıp Fakültesi eğitimi ile ilgili sorular incelendiğinde fakültenin kütüphane, çalışma ortamları, dersliklerin fiziksel durumu ve yemekhane koşullarının yetersizliği ile ilgili sorular olduğu görülmüştür.

Temel hekimlik uygulamaları ile ilgili olarak katılımcıların yarısından fazlasının sütür atabilme ve alabilme kan basıncı ölçümü yapma EKG çekme ve değerlendirmeyi daha iyi yapabildikleri ancak adli olgu muayenesini daha kötü yapabildikleri verilen cevaplardan anlaşılmıştır bunun nedeni ise 6 yıllık eğitim hayatı boyunca diğer uygulamalara nazaran adli olgu muayenesi uygulamasını daha az pratik etme imkânı bulmaları olabilir.

Anahtar Kelimeler: Mesleki kaygı, Güvende Hissetmeme, Mesleki Yeterlilik, Eğitimin yeterliliği

GİRİŞ

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de meydana gelen nüfus artışı halkın sağlık hizmeti talebinde yoğunlaşmaya neden olmakta, buna bağlı olarak hastaneye başvuru sayısı ve doktor ihtiyacı her gün artmaktadır. Bu artışa paralel olarak halkın sağlık hizmetlerinden daha verimli yararlanması için ülkemizde son yıllarda tıp fakültesi sayısı ve kontenjanları arttırılmaktadır. Ancak bu artış tıp eğitimi kalitesinde standardizasyon ihtiyacını doğurmuştur. Bu amaçla ülkemizde Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP), Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi tarafından uygulamaya koyulmuştur. Bu program, Tıp-Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi'nin kararları doğrultusunda mezuniyet öncesi tıp eğitiminin standardizasyonunu sağlamak amacıyla hazırlanan ve tıp fakültelerinde 2003-2004 eğitim-öğretim döneminde uygulanmaya başlanacak olan bir müfredat programıdır. (1). UÇEP' in amacı ülkemizde bulunan tüm tıp fakültelerinin eğitim süresi boyunca kazanılan bilgi ve becerilerin toplumda gereksinim ve görülme/ kullanıma sıklığına göre yenilenmesi ve bu program doğrultusunda alınacak eğitim neticesinde aynı temel becerilere sahip hekimler yetiştirilmesidir. (2). Tıp eğitiminin standardizasyonu sonucu oluşan ortak ifade ve varsayımlar hasta güvenliğini destekleyebilir, eğitim kalitesini sürekli artışını teşvik edebilir ve en iyi tıbbi uygulamalar ve müdahalelerin yayılmasını sağlayabilir. (4)

Özellikle toplum tarafından sağlık kuruluşlarının sağladığı hizmetlerin kalitesine gösterilen dikkatin artması sonucu mezuniyet öncesi tıp eğitiminin kalitesi, son zamanlarda akademik çalışmalarda daha sık araştırılmaktadır. (3) Türkiye'deki tıp fakülteleri, mezuniyet öncesi dönemde 6 yıllık eğitim vermektedir. Fakülteler bu 6 yıllık sürenin ilk 3 yılını klinik öncesi dönem, sonraki 2 yılını klinik dönem, son yılını uygulamaya yönelik internlik dönemi şeklinde yapılandırmıştır.(5) Bu çalışmanın amacı halen akredite olan Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde aktif eğitim görmekte olan intern hekimlerin UÇEP kapsamında fakültede geçirdiği 6 yıl boyunca tıp eğitimi ve memnuniyetlerini ölçmek, kendilerinin mesleğe ne derece hazır hissettiğini değerlendirmek ve fakültenin pratik ve teorik eğitimindeki güçlü yönleri ve eksiklikleri saptamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Popülasyonu

Araştırma popülasyonunu Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 6. sınıf öğrencisi olan 103 kişi oluşturmaktadır. Araştırma kapsamında örneklem seçilmeden öğrencilerin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde 6. sınıf öğrencisi olmak, 18 ve üzeri yaşta olmak ve çalışmaya katılmaya gönüllü olmak olarak belirlenmiştir.

Araştırma Tipi

Çalışmamız Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi 6. Sınıf öğrencilerinde alınan eğitimin yeterliliği ve mesleki hayata hazır olma durumlarının değerlendirildiği kesitsel tipte epidemiyolojik bir çalışmadır.

Veri Kaynakları

Araştırmada kullanılan soru formu katılımcılara öğrenci temsilcisi ile ulaştırılmış ve elden soru formu yanıtlamaları istenmiştir. Soru formu katılımcıların sosyodemografik özellikleri, tıp fakültesi eğitimi, tıp fakültesi mezunları için ulusal yeterlilik çerçevesi önerisi, temel hekimlik

uygulamaları öğrenme düzeyi ve ulusal ÇEP-2020 davranışsal, sosyal ve beşeri bilimler durumlar kontrol listesini içeren 5 bölümden oluşmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar

Bu araştırma 30.05.2022-01.07.2022 tarihleri arasında Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı araştırmacıları ve ilgili dönemde halk sağlığı stajı yapmakta olan intörn hekimler tarafından yürütülmüştür. Araştırma elden soru formu kullanılarak yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Katılımcıların yanıtları sayı ve /veya yüzde olarak verilmiştir.

Etik Değerlendirme

Araştırmanın yürütülmesi için ÇOMÜ Lisansüstü Eğitim Enstitü Bilimsel Araştırma Etik Kurulu'ndan 23.06.2022 tarih ve13/03 sayılı izin alınmıştır.

Araştırmanın Finansmanı

Araştırma kapsamında herhangi bir finansal destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza katılan 103 öğrencinin 60'ı (%58,3) kadındır.

Katılımcıların 83'ü (%80,6) tıp fakültesi eğitimlerinin zamanında biteceğini, tıp fakültesini tercih etme nedeni olarak da en çok "İdeal mesleğim olduğu için" (%48,5) belirtmiştir. (Tablo 1)

Öğrencilerden 96 kişi (%93,2) mesleki olarak gelecek kaygısı yaşadığını söylerken neden olarak ise en çok "Mesleğini icra ederken güvende hissetmeme" (%88,4) olduğunu belirtmiştir. (Tablo 1)

Öğrencilerin 35'i (%34) mezuniyet sonrası plan olarak sağlık bakanlığı kadrosunda çalışırken TUS çalışmayı düşündüğünü belirtmiştir. (Tablo 1)

Katılımcılar "Üniversite sınavına tekrar girebilseydim yine tıp fakültesi isterdim" sorusuna %41,7 ile hayır cevabı vermiş olup "Üniversite sınavına tekrar girebilseydim yine ÇOMÜ Tıp Fakültesi'ni tercih ederim" sorusuna ise %39,8 ile hayır cevabı vermiştir. (Tablo 1)

Tıp fakültesi eğitimi boyunca psikiyatrik destek alanlar 34 (%33) kişi olup, 25'i (%75,3) kadındır. (Tablo 1)

Tıp fakültesi eğitimi ile ilgili sorular incelendiğinde katılımcılar en çok "Bizler için fırsat eşitliğine önem verilir (öğrenci temsilcilerinin seçimi, sınıf içi sorumluluklar)" sorusuna %23,3 ile "tamamen katılıyorum" yanıtını vermiş olup en az ise %1,9 ile "ÇOMÜ Tıp Fakültesi öğretim üyeleri bilimsel çalışmalar konusunda teşvik edicidir" sorusuna "tamamen katılıyorum" yanıtını vermiştir. (Tablo 2)

Tıp fakültesi mezunları için ulusal yeterlilik çerçevesi önerisi 2014 ile ilgili sorular değerlendirildiğinde ise katılımcılar tarafından en çok "Çeşitli yaş grupları, farklı sosyoekonomik düzey ve kültürden tüm hastalar, hasta yakınları, meslektaşlar, diğer sağlık profesyonelleri ve sosyal çevresi ile uygun iletişim yollarını belirleyip kullanabilirim" sorusuna %55,3 ile "tamamen katılıyorum" yanıtı verilmiş olup en az ise %25,3 ile "Tüm hekimlik uygulamalarım sürecinde hastam, kendim ve sağlık çalışanları için güvenli ortamları oluşturabilir, sürdürebilir ve tıbbi yetersizliklerin en aza indirilmesi için gerekli önlemleri alabilirim" sorusuna "tamamen katılıyorum" cevabı verilmiştir.(Tablo 3)

Temel hekimlik uygulamaları öğrenme düzeyi ile ilgili sorular incelendiğinde katılımcılar "Yüzeysel suture atabilme ve alabilme" sorusuna en yüksek oranda %86,4 "karmaşık durumlar/olgular da dahil uygulamayı yapar" cevabı vermiştir. En düşük "karmaşık

durumlar/olgular da dahil uygulamayı yapar” yanıtını verdikleri ise %11,7 ile “Adli Olgular Muayenesi” sorusu olmuştur. (Tablo 4)

Ulusal ÇEP-2020 davranışsal, sosyal ve beşeri bilimler durumlar kontrol listesine yönelik sorular incelendiğinde katılımcılar en çok “Çocuk ihmali ve istismarı” eğitimini %92,2 ile “alındı” olarak belirtmiş olup, en az ise “Sağlık uygulamalarının öz eleştiri gerektiren yönleri” eğitimine %30,1 “alındı” cevabı verilmiştir. (Tablo 5)

Tablo 1 Tıp Fakültesi Eğitimi ile İlgili Önermeler, 2022, Çanakkale

| Önermeler | A | B | C | D |
|---|------|------|------|------|
| Bizler için fırsat eşitliğine önem verilir (öğrenci temsilcilerinin seçimi, sınıf içi sorumluluklar) | 9,7 | 16,5 | 50,5 | 23,3 |
| Edindiğim bilgiler beni meslek hayatıma hazırlar | 1,9 | 23,3 | 54,4 | 20,4 |
| Sınıf mevcudu uygundur | 14,6 | 24,3 | 40,8 | 20,4 |
| Öğrenciler sınıfta görüş ve önerilerini rahatlıkla dile getirebilir | 6,8 | 22,3 | 52,4 | 18,4 |
| Öğretim elemanları sınav ve ödevleri objektif olarak değerlendirir | 7,8 | 24,3 | 49,5 | 18,4 |
| ÇOMÜ tıp fakültesinin kütüphanesi yeterlidir | 33,0 | 17,5 | 32,0 | 17,5 |
| Öğretim elemanları kendi konu alanlarına hâkimdir | 4,9 | 24,3 | 54,4 | 16,5 |
| Fakülte yönetimi ve öğretim üyeleriyle bizler arasındaki ilişki saygı, güven ve iş birliğine dayanır | 14,6 | 21,4 | 49,5 | 14,6 |
| Almış olduğum derslerin içerikleri yeterlidir | 5,8 | 28,2 | 53,4 | 12,6 |
| Derslerin teorik ve pratik dağılımı dengelidir | 14,6 | 35,9 | 36,9 | 12,6 |
| Sınavlar ve sınav sonuçları ile ilgili itirazlarımız gerektiği biçimde değerlendirilir | 16,5 | 31,1 | 42,7 | 9,7 |
| Öğretim elemanları derslerine düzenli olarak zamanında gelir ve bitirir | 7,8 | 33,0 | 51,5 | 7,8 |
| Öğretim elemanları derslerine önem verir ve iyi hazırlanır | 12,6 | 35,0 | 44,7 | 7,8 |
| Öğretim elemanları alanlarındaki yenilikleri ve gelişmeleri bizlerle paylaşır | 11,7 | 37,9 | 42,7 | 7,8 |
| Eğitim-öğretim çalışmalarının belirlenmesinde bizlerin fikri alınır ve bu doğrultuda iyileştirici uygulamalar yapılır | 24,3 | 30,1 | 37,9 | 7,8 |
| Laboratuvarlarda yeterli araç ve gereç bulunur | 21,4 | 31,1 | 40,8 | 6,8 |
| Derslerin işleniş ilgi çekici ve zevklidir | 20,4 | 49,5 | 23,3 | 6,8 |
| Bizleri ilgilendiren önemli toplantı ve gelişmeler (iş ilanları, sempozyum, toplantı duyuruları) hakkında bilgi verilir | 19,4 | 38,8 | 35,9 | 5,8 |
| Sınıflar fiziksel olarak derslerin işlenmesi için rahat ve uygundur | 35,9 | 28,2 | 30,1 | 5,8 |
| ÇOMÜ tıp fakültesinin çalışma ortamları yeterlidir | 35,0 | 30,1 | 29,1 | 5,8 |
| Derslerde işlenen konular yeterince açık ve anlaşılırdır | 5,8 | 37,9 | 51,5 | 4,9 |
| ÇOMÜ Tıp Fakültesi üniversite sınavına girecek olanlara tavsiye edilmelidir | 21,4 | 29,1 | 44,7 | 4,9 |
| ÇOMÜ tıp fakültesi asistanları eğitim konusunda teşvik edicidir | 15,5 | 45,6 | 34,0 | 4,9 |
| ÇOMÜ tıp fakültesi kantin olanakları yeterlidir | 30,1 | 32,0 | 33,0 | 4,9 |
| ÇOMÜ tıp fakültesi yemekhane olanakları yeterlidir | 46,6 | 25,2 | 24,3 | 3,9 |
| Sınav soruları ve yapılan değerlendirmeler başarıyı ölçecek niteliktedir | 19,4 | 35,0 | 42,7 | 2,9 |
| ÇOMÜ Tıp Fakültesi öğrenci olmaktan gurur duyulacak bir fakültedir | 19,4 | 35,9 | 42,7 | 1,9 |
| ÇOMÜ tıp fakültesi öğretim üyeleri bilimsel çalışmalar konusunda teşvik edicidir | 25,2 | 35,9 | 36,9 | 1,9 |
| Mesleğim ile ilgili çalışma alanları hakkında yeterli rehberlik verilmiştir | 26,2 | 39,8 | 32,0 | 1,9 |

A: Hiç katılmıyorum B: Nadiren katılıyorum C: Büyük oranda katılıyorum D: Tamamen katılıyorum

Tablo 2 Tıp Fakültesi Mezunları İçin Ulusal Yeterlilik Çerçevesi Önerisi (2014), 2022, Çanakkale

| Önergeler | A | B | C | D |
|---|-----|------|------|------|
| Çeşitli yaş grupları, farklı sosyoekonomik düzey ve kültürden tüm hastalar, hasta yakınları, meslektaşlar, diğer sağlık profesyonelleri ve sosyal çevresi ile uygun iletişim yollarını belirleyip kullanabilirim | 1,0 | 9,7 | 34,0 | 55,3 |
| Hastalar ve aileleri ile diğer sağlık çalışanlarına bilgi sağlayabilirim | 0,0 | 2,9 | 47,6 | 49,5 |
| Profesyonel görüş, deneyim ve değerlendirmeleri çeşitli kitle iletişim araçları kullanarak meslektaşlarım ve toplumla yazılı ve/veya sözlü olarak paylaşabilirim | 1,0 | 8,7 | 43,7 | 46,6 |
| Sağlığa etki eden psikolojik, biyolojik, sosyal, kültürel ve ekonomik faktörleri tanımlayabilirim | 0,0 | 7,8 | 46,6 | 45,6 |
| Sağlık hizmeti sunumunda birey ve toplum yararına çalışma, piyasalaşmanın önüne geçme gibi temel etik ilkeleri savunurum | 2,9 | 15,5 | 36,9 | 44,7 |
| Sağlık hizmetlerine ulaşmakta fırsat eşitliğinin sağlanması, eşitsizlik ve ayrımcılığın önlenmesini savunurum | 1,0 | 10,7 | 43,7 | 44,6 |
| Hekimlik uygulamaları sırasında akılcı tetkik isteyebilme ve elde edilen verilerin yorumlanarak olası tanılarını belirleyebilirim | 1,0 | 1,9 | 53,4 | 43,7 |
| Hekimlik görevini, iyi hekimlik uygulamaları bağlamında, hiçbir ayırım gözetmeden, mesleki sorumluluklarımı, etik ilkeleri ve insani değerleri ön planda tutarak, hastaları yararına meslektaşlarım için rol modeli olacak düzeyde gerçekleştiririm | 1,9 | 7,8 | 47,6 | 42,7 |
| Birinci basamaktaki hekimlik uygulamalarının gerektirdiği mesleki, klinik ve koruyucu hekimlik becerilerini ustalıkla gerçekleştirip, kayıt altına alabilirim | 0,0 | 4,9 | 52,4 | 42,7 |
| Hastalar ve yakınlarının sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmasını artıracak koruyucu ve destekleyici eğitimsel girişimleri gerçekleştirebilirim | 1,9 | 5,8 | 52,5 | 39,8 |
| Bireyleri bütüncül bir yaklaşımla değerlendirerek birinci basamağa özgü koruyucu, önleyici, tedavi edici ve rehabilite edici hekimlik uygulamalarını ustalıkla yerine getirebilirim | 0,0 | 13,6 | 47,6 | 38,8 |
| Meslektaşlarım ve diğer sağlık çalışanlarının süreç içindeki hizmet içi eğitimlerini deneyimlerim üzerinden destekleyebilirim | 0,0 | 3,9 | 57,3 | 38,8 |
| Yabancı bir dilde mesleki yayınları okuyup anlayabilirim ve eleştirel olarak değerlendirebilirim, profesyonel görüş, deneyim ve değerlendirmeleri yazılı olarak ifade edebilirim | 1,9 | 18,4 | 40,9 | 38,8 |
| Hekimlerin ve diğer sağlık çalışanlarının haklarını ve yasal sorumluluklarını bilip gözeterek, mesleki uygulamaları sırasında bu hakları ve yasal sorumluluklarımı kullanabilirim | 1,9 | 7,8 | 52,4 | 37,9 |
| Hekimlik uygulamaları sırasında akılcı ilaç kullanımının önemini farkındayım ve hastalarımın tedavisini buna göre planlayabilirim | 1,9 | 5,8 | 54,4 | 37,9 |
| Bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini ve sağlık ihtiyaçlarını uygun yöntem ve araçlarla değerlendirerek tanımlayabilirim ve izleyebilirim | 1,0 | 7,8 | 54,3 | 36,9 |
| Bağımsız bir şekilde öğrenebilir ve deneyimlerinden ders çıkararak mesleğimi ilgilendiren tüm alanlarda kendimi geliştirebilirim | 1,0 | 12,6 | 49,5 | 36,9 |

| | | | | |
|---|-----|------|------|------|
| Birey ve toplum odaklı olarak, sağlığın korunması ve geliştirilmesinin öneminin farkındayım ve buna yönelik stratejileri belirleyip uygulayabilirim | 1,0 | 11,7 | 51,4 | 35,9 |
| Sağlık hizmet sunumunun niteliğini yükseltmek üzere karar vericileri, gereksinim ve değerleri gözeten, nitelikli önerilerle destekleyebilirim | 1,0 | 9,7 | 53,4 | 35,9 |
| Ekibin bireyler ve toplumun sağlığı yararına uygun eğitim çalışmalarına, araştırmalara ve benzeri etkinliklere katılımını sağlayabilirim | 1,0 | 15,5 | 48,5 | 35,0 |
| Mesleği ve çalışma alanı ile ilgili politikaların oluşturulmasında öncülük edebilirim ve karar verme süreçlerinde yer alabilirim | 0,0 | 17,5 | 47,5 | 35,0 |
| Bilimi ve bilimsel yöntemi etik kurallar çerçevesinde kullanarak yeni mesleki bilgi ve uygulamaların oluşturulmasına, paylaşılmasına, uygulanmasına ve geliştirilmesine katkıda bulunabilirim | 2,9 | 18,4 | 43,7 | 35,0 |
| Değişime öncülük yapabilirim ve süreci yönetebilirim | 1,9 | 22,3 | 42,8 | 33,0 |
| Bireylerin ve toplumun sağlık hizmetine ulaşmasının önündeki engelleri saptayabilir ve bu etmenleri en aza indirmenin yöntemlerini belirleyip, sağlıklılık durumunun geliştirilmesi için gereken tüm girişim ve uygulamaları yerine getirebilirim | 5,8 | 13,6 | 49,5 | 31,1 |
| Çalışmalarım ile ilgili süreçlerde, çatışma alanlarını, belirsizlikleri ve krizi, bireyleri ve grup dinamiklerini yönetebilirim | 1,0 | 24,3 | 43,6 | 31,1 |
| Meslek alanı ile ilgili yeni bilgi ve beceriler ile ilgili bilgi kaynaklarını eleştirel olarak değerlendirebilirim | 1,9 | 14,6 | 52,4 | 31,1 |
| Diğer disiplinlerle de zaman zaman ekipler oluşturarak eşgüdümlü çalışmalarda bulunabilirim | 2,9 | 11,7 | 56,3 | 29,1 |
| Kritik karar verme ve politika oluşturma süreçlerinde bireysel ve örgütsel otonomiye destekleyen katılımcı ve paylaşımcı bir liderlik sergileyebilirim | 2,9 | 26,2 | 41,8 | 29,1 |
| Çalışma ortamında başlayan ya da devam eden süreçleri, bir lider olarak etkileyebilir, etki yaratabilir, heyecan verebilir ve harekete geçirebilirim | 1,9 | 18,4 | 52,5 | 27,2 |
| Tüm hekimlik uygulamalarım sürecinde hastam, kendim ve sağlık çalışanları için güvenli ortamları oluşturabilir ve sürdürebilirim ve tıbbi yetersizliklerin en aza indirilmesi için gerekli önlemleri alabilirim | 3,9 | 18,4 | 52,5 | 25,2 |

A: Hiç katılmıyorum B: Nadiren katılıyorum C: Büyük oranda katılıyorum D: Tamamen katılıyorum

Tablo 3 Temel Hekimlik Uygulamaları Öğrenme Düzeyi, 2022, Çanakkale

| Uygulamalar | A | B | C | D |
|--|------|------|------|------|
| Yüzeysel suture atabilme ve alabilme | 0,0 | 1,9 | 11,7 | 86,4 |
| Kan basıncı ölçümü yapabilme | 1,9 | 2,9 | 9,7 | 85,5 |
| EKG çekebilme ve değerlendirebilme | 0,0 | 5,8 | 18,4 | 75,8 |
| Genel ve soruna yönelik öykü alabilme | 0,0 | 1,0 | 23,3 | 75,7 |
| Hasta dosyası hazırlayabilme | 1,0 | 1,0 | 24,3 | 73,7 |
| IM, IV, SC, ID enjeksiyonu yapabilme | 0,0 | 5,8 | 24,3 | 69,9 |
| Genel sistem muayenesi | 0,0 | 6,8 | 35,0 | 58,2 |
| Reçete düzenleyebilme | 1,9 | 3,9 | 37,9 | 56,3 |
| Topluma sağlık eğitimi verebilme | 3,9 | 17,5 | 23,3 | 55,3 |
| Tarama ve tanısal amaçlı inceleme sonuçlarını yorumlayabilme | 0,0 | 7,8 | 37,9 | 54,3 |
| Akılcı ilaç kullanımı | 1,9 | 11,7 | 45,6 | 40,8 |
| Aile danışmanlığı verebilme | 5,8 | 13,6 | 40,8 | 39,8 |
| Bağışıklama hizmetlerini yürütebilme | 5,8 | 17,5 | 36,9 | 39,8 |
| Acil yardımların organizasyonunu yapabilme | 4,9 | 13,6 | 43,6 | 37,9 |
| Acil psikiyatrik hastanın stabilizasyonunu yapabilme | 7,8 | 38,8 | 26,2 | 27,2 |
| Adli olgu muayenesi | 12,6 | 43,7 | 32,0 | 11,7 |

A: Uygulamaların nasıl yapıldığını bilir ve sonuçlarını hasta ve/veya yakınlarına açıklar

B: Acil bir durumda kılavuz /yönergeye uygun biçimde uygulamayı yapar

C: Karmaşık olmayan, sık görülen durumlarda /olgularda uygulamayı yapar

D: Karmaşık durumlar/olgular da dahil uygulamayı yapar

Tablo 4 UÇEP-2020 Davranışsal, Sosyal ve Beşeri Bilimler Durumlar Kontrol Listesi 2022, Çanakkale

| | ALINMADI | ALINDI |
|---|----------|--------|
| Çocuk ihmali ve istismarı | 7,8 | 92,2 |
| Kronik/ Bulaşıcı olmayan hastalıklar | 7,8 | 92,2 |
| Üreme sağlığı/ cinsel sağlık | 7,8 | 92,2 |
| Bağımlılık | 8,7 | 91,3 |
| Bilimsel araştırma yöntemleri ve etiği | 8,7 | 91,3 |
| Ölüm, ölmekte olan birey ve yas | 18,4 | 81,6 |
| Hekim ve hasta etkileşiminde güçlükler | 21,4 | 78,6 |
| Çevre ve sağlık etkileşimi | 22,3 | 77,7 |
| Psikolojik ve sosyal iyilik hali | 24,3 | 75,7 |
| Yaşlılık | 26,2 | 73,8 |
| Çalışma ve sağlık etkileşimi | 29,1 | 70,9 |
| Kazalar | 30,1 | 69,9 |
| Öncelikli/ dezavantajlı gruplar | 32,0 | 68,0 |
| İnsan hakları ve sağlık | 33,0 | 67,0 |
| Hekimin iyilik hali | 35,0 | 65,0 |
| Hukuki ve etik durumlar | 35,0 | 65,0 |
| Sağlıklılık durumları | 37,9 | 62,1 |
| Sağlıkta eşitsizlik | 42,7 | 57,3 |
| Tıbbi hatalar ve profesyonellik dışı davranışlar | 45,6 | 54,4 |
| Tıpta profesyonellik | 46,6 | 53,4 |
| Olağandışı durumlar/afetler | 47,6 | 52,4 |
| Sağlık yönetimi | 47,6 | 52,4 |
| Sağlık çalışanına yönelik şiddet | 53,4 | 46,6 |
| Sağlık hizmet sunum süreçlerinde çatışma/ yıldırma | 53,4 | 46,6 |
| Stres | 53,4 | 46,6 |
| Küreselleşme ve sağlık | 58,3 | 41,7 |
| Şiddet | 58,3 | 41,7 |
| Toplumsal ve kültürel çeşitlilik | 60,2 | 39,8 |
| Ayrımcılık, Yanlılık, Damgalama | 62,1 | 37,9 |
| Toplumsal cinsiyet ayrımcılığı | 62,1 | 37,9 |
| Teknoloji ve sağlık etkileşimi | 64,1 | 35,9 |
| İşsizlik ve yoksulluk | 67,0 | 33,0 |
| Göç | 68,9 | 31,1 |
| Küresel iklim krizi | 69,9 | 30,1 |
| Sağlık uygulamalarının öz eleştiri gerektiren yönleri | 69,9 | 30,1 |

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan intörn hekimlerin 6 yıllık eğitim sürecini, fakültenin yeterliliğini ve mesleğe hazır olma durumunu değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların neredeyse tamamı mesleki olarak gelecek kaygısı yaşadığını söylerken, Cihan ve ark.'larının (1) ve Yılmaz ve ark. larının (2) yaptığı çalışmada da çalışmamızdakine benzer oranlarda öğrencilerin gelecek kaygısı yaşadığı ortaya konmuştur.

Çalışmamız sonucunda gelecek kaygısına neden olan en sık sebep "Mesleğini icra ederken güvende hissetmeme" olmuştur. Doktorların yüzde yetmiş beşinden fazlası meslek hayatları boyunca şiddetle karşı karşıya gelebilmektedir (3) Ülkemizde de son yıllarda artış gösteren hekime şiddet olayları, hekimlerin bu konuyla ilgili yeterli sosyal desteği görememeleri ve çalışma ortamlarında hekimleri koruyacak yeterli güvenlik önlemlerinin alınmaması bu tarz güven sorunlarına sebep olmuş olabilir. Köksal ve ark. larının (4) tıp fakültesi son sınıf öğrencileri ile yaptığı çalışmada katılımcılar özellikle şiddet görmekten, haklarında dava açılmasından, şikâyet edilmekten dolayı kaygı duyduklarını belirtirken, benzer çalışmalarda katılımcılar da kendilerinde yoğun kaygı yaratan şiddet görme olasılığına göre çalışma yeri seçeceklerini belirtmişlerdir (5,6,7)

Çalışmamızda mesleki olarak gelecek kaygısı yaşamamanın diğer en sık iki sebebi "Maddi kazanç sağlama konusundaki yetersizlikler" ve "Tus/Uzmanlık kaygısı olmuştur. Benzer çalışmalarda tıp fakültesi öğrencilerinin yarısından fazlasının özellikle 6.sınıfta olmak üzere yaşadığı mesleki kaygıların büyük kısmının uzmanlıkla ilgili olduğu ve bu dönemde anksiyete skorlarının yükseldiği görülmüştür. (8,9)

Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri intörlük eğitim programı dahilinde birçok bölümde stajlarını yapıp, pratisyen hekimlik için gerekli pratik deneyimleri edinmeye çalışırken, bir yandan da bu yoğun ve stresli mesai-nöbet günlerinde istedikleri bölümlerde uzmanlık ihtisası yapıp hem akademik anlamda hem de ekonomik anlamda bir nebze de olsa daha uygun ve rahat şartlara sahip olmak için Tıpta Uzmanlık Sınavına hazırlanmaya sorulduğunda katılımcıların yaklaşık üçte biri yurtdışında hekimlik yapmak istediğini söylemiş, geçmiş yıllarda yapılan İntörn Hekim Memnuniyet anket sonuçlarına kıyasla, bizim çalışmamızda mesleğini yurtdışında yapmak isteyen katılımcı sayısında oransal olarak büyük bir artış olduğu gözlemlenmiştir. Yarıya yakın katılımcının mezuniyet sonrası TUS'a girme planı olduğu görülmüş, bu yüksek oran ,sınavın zorluğu, uzmanlık eğitimi süresince 36 saate varan yoğun çalışma saatleri, mobbing, hekime şiddet gibi ciddi sorunlarla başa çıkmaya çalışmak, ülke çapında bu sorunların sorumlularına yönelik gerekli yaptırımların uygulanmaması dolayısı ile bu sorunların günden güne artması ve birçok hekimin temel ihtiyaçlarını dahi karşılamakta zorlanmaya başladığı bu dönemin kötüye giden ekonomik şartları yukarıda belirtilen gelecek kaygısı ile ilgili sonuçlara neden olmuş ve hekim adaylarının meslek hayatlarını yurtdışında sürdürme planları yapmalarına neden olmuş olabilir.

6 yıllık uzun ve zorlu tıp eğitimi sonucunda öğrencilere insan yaşamıyla ilgili sorumluluk yüklenmesi ve bunların yanında sürekli hasta insanlarla karşılaşmak, onların acılarına ve ölümlerine tanıklık etmek, öğrencilik döneminden itibaren hekimlerin ruhsal durumlarını olumsuz yönde etkilemektedir. (11)

Çalışmamız katılımcılarının üçte biri Tıp fakültesi eğitimi boyunca psikiyatrik destek almış olup, psikiyatrik destek alanların dörtte üçünü de kadınlar oluşturmaktadır. Bunun sebebi mesleki kaygıların ve fiziksel olarak uygunsuz çalışma şartlarının hekimler ve hekim adaylarında yoğun strese neden olması, bu durumla mücadele etmek için de psikiyatrik

desteğe başvurmaları olabilir. Mitgard ve ark. larının (12) çalışmasında Tıp fakültesi öğrencilerinde yüksek oranlarda anksiyete, depresyon, intihar girişimi ve tükenmişlik görüldüğü belirtilmiştir. Bu bizim bulgularımızı destekler nitelikte olup depresyon, anksiyete gibi sağlık sorunlarının toplumda kadınlarda erkeklere oranla daha sık görülüyor olması destek alanların çoğunun kadın katılımcılar olmasına sebep olmuş olabilir.

Tıp Fakültesi eğitimi ile ilgili sorular incelendiğinde en çok işaretlenen seçeneğin "Büyük oranda katılıyorum" olduğu görülmüştür. Öğrencilerin en yüksek oranda "Hiç katılmıyorum" seçeneğini işaretlediği sorular ÇOMÜ Tıp Fakültesinin kütüphane, çalışma ortamları, ders işlenen sınıfların fiziksel durumu ve yemekhane koşullarının yeterliliği ile ilgili sorular olmuştur. Benzer çalışmalarda da öğrencilerin büyük çoğunluğunun amfi, kütüphane ve çalışma ortamları ile ilgili memnuniyet düzeylerinin düşük olduğu görülmüştür(13,14).

Tıp eğitimi sürecinde öğrencilerin çalışma ortamları, eğitim yapılarının fiziksel kalitesi ve uygunluğu ile öğrencinin akademik başarısı ve öğrenme motivasyonu arasında ilişki olduğu gösterilmiştir. Bundan dolayı uygun fiziksel koşulların sağlanması zorunlu bir gereklilik olarak görülmektedir (15).

ÇOMÜ Tıp Fakültesi'nin kendisine ait kütüphanesi bulunmamaktadır. Tıp öğrencilerinin ders çalışması için hastane binası içerisinde kısıtlı sayıda çalışma odaları tahsis edilmiştir. Ancak bu odaların bir kısmı depo, öğretim üyesi odası ve asistan odası olarak kullanılmaya başlanmıştır. Bununla birlikte ÇOMÜ Tıp Fakültesi yıldan yıla daha fazla sayıda öğrenci kontenjanı açmaktadır. Bu durumda var olan amfiler öğrenci kapasitesini aşmaya başlamış ve ders işlenmesi sırasında sınıflarda elverişsiz koşullar oluşmaya başlamıştır. Tıp Fakültesinin kendisine ait yemekhanesi bulunmamaktadır. Sadece intörn hekimler araştırma hastanesi bünyesindeki yemekhanede ücretsiz yemek yiyebilmekte, geri kalan dönemlerdeki öğrenciler bu ihtiyaçlarını hastane yemekhanesinden ücretle ya da dış kaynaklardan karşılamaktadır. Bu durumdan dolayı öğrenciler temel ihtiyaçlarını karşılama konusunda yıllardır mağdur olduklarını belirtmektedir. Çalışma ortamları, sınıflar, kütüphane ve yemekhane ile ilgili sorulara yüksek oranda olumsuz yanıt verilmesinin sebebi bunlardan kaynaklanıyor olabilir.

ÇOMÜ Tıp Fakültesinin mezuniyet öncesi eğitim ve öğretimdeki amacı mezunlarının "7 Yıldızlı Hekim" yeterliliklerine sahip olmaları şeklinde belirlenmiştir. Bu yeterlilikler

"Profesyonel, Sağlık Savunucusu, Ekip Üyesi, Danışman, Yönetici-Lider, Bilim

İnsanı, İletişimci" olarak tanımlanmıştır. Tıp fakültesi mezunları için ulusal yeterlilik çerçeve önerisi ile ilgili sorulara katılımcıların tamamına yakını "Büyük Oranda Katılıyorum" ve "Tamamen Katılıyorum" seçeneklerini işaretlemişlerdir. Bu durum ÇOMÜ Tıp Fakültesinde akreditasyon süreçleri ile geliştirilen ve dönüştürülen eğitim-öğretim süreçlerinin, amaçlanan yeterlilikleri sağlayacak şekilde yapılandırılmasından kaynaklanıyor olabilir.

Hasta ile karşılaşmadan önce yeterli sayıda pratik yapmak mesleki gelişim ve hizmet kalitesi açısından oldukça önemlidir. (16) Pratik eğitimdeki yetersizliklerin sonucu özgüveni düşük, koruyucu hekimlik uygulamalarına hâkim olmayan, hastaya dokunmayan doktorların yetişmesi kaçınılmazdır. Katılımcıların pratisyen hekimlik döneminde işine yarayacak ve geliştirilmesi gereken pratik becerileri değerlendirmek amacıyla sorulan Temel hekimlik uygulamaları ile ilgili sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde en yüksek oranda yüzeysel sütün atabilme ve alabilme, kan basıncı ölçümü yapma, EKG çekme ve değerlendirme başlıklarına katılımcıların 4'te 3'ünden fazlası "Karmaşık durumlarda dahi uygulamayı yapabilir" seçeneğini işaretlemiştir. Bu durum başta acil servis stajı olmak üzere dönem 4,5,6'da birçok stajda defalarca kez bu pratiklerin öğrenciler tarafından uygulanıyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Katılımcıların en düşük oranda "Karmaşık durumlarda dahi uygulamayı yapabilir" seçeneğini işaretledikleri başlık ise adli olgu muayenesi olmuştur. Bu durumun

sebebi fakültemizde adli tıp eğitim diliminin Dönem 4 ve 6 da çoğunlukla teorik olarak verilmesi, pandemi dönemi dolayısıyla katılımcılarımızın bir kısmının Dönem 4 adli tıp staj eğitimini online olarak alması ve adli olgu muayene pratiğinin öğrenciler tarafından uygulanamıyor oluşu, adli olgular ve ölü muayenesi gibi konulara yaklaşımın genel tıp pratiğinde öğrenilen sistemik muayenelerden daha farklı oluşu olabilir. Salaçin ve ark. nın (17) Tıp fakültesi 5 ve 6. sınıf öğrencilerine yönelik yaptığı çalışmada öğrenciler, adli tıp konularında kendilerini yetersiz hissetmelerinin en sık nedeninin uygulama eksiliği olduğunu belirtirken Demir ve arklarının (18) yaptığı çalışmada adli tıpta öğretim üyesi sayısının yetersizliği, adli tıp eğitiminin sadece teorik olarak verilmesi ve bu sürenin de kısa oluşu bu durumun nedenleri olarak görülmüştür.

Hastalıklar sadece patofizyolojik süreçler değil davranışsal, sosyal ve kültürel olgular olarak da değerlendirilmektedir. Bu görüş günümüzde tıp eğitimini dönüştürmeye başlamıştır. Bu nedenle, hekimlerden beklenen tıbbi pratikleri sırasında bireylerin sosyal, kültürel ve davranışsal özelliklerini de dikkate almalarıdır. Çalışmamızda Ulusal ÇEP-2020 davranışsal, sosyal ve beşeri bilimler durumlar kontrol listesine yönelik sorularla hekim adaylarının bu durumlarla ilgili farkındalık düzeyleri değerlendirilmek istenmiş ve bu sorulara da tüm katılımcıların verilen konu başlıkları ile ilgili derslere "Alındı" şeklinde cevap vermeleri beklenmiştir. Ancak katılımcıların yarısından fazlası listedeki başlıkların üçte birine alınmadı şeklinde cevaplamıştır. Bunun sebebi "Alınmadı" şeklinde işaretlenen derslerin çoğunun klinik stajlar öncesindeki yıllarda teorik eğitim sürecinde anlatılmış olması bu geçen zamandan dolayı öğrencilerin dersi alıp almadığını hatırlamaması, dersleri kaçırmaması ve bu konuların sadece sözel şekilde anlatılıp pratik olarak uygulanmamasının unutulmasını kolaylaştırması, bu konuların büyük bir kısmının sınav sorularına yansımadığı için öğrencilerin konuları yeteri kadar önemsememiş olması olabilir.

KAYNAKLAR

1. Cihan FG, Kutlu R, Karademirci MM. İntörn doktorların stresle başa çıkma durumları ile gelecek kaygı düzeyleri. JAREM. 2017;7(3):122-127.
2. Yılmaz M. , Telliöğlü M. , Arıkan İ. Sağlıkta Şiddet: Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Mesleğe Bakışına Etkisi. OTSBD. 2021; 6(3): 404-412.
3. Kapoor, MC. Violence against the medical profession. J Anaesthesiol Clin Pharmacol 2017; 33, 145-147.
4. Köksal Yasin Y, Öztürk S, Dereboy ÇG, Okyay P. Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin mesleki kaygıları üzerine kalitatif bir araştırma, Aydın. Tıp Eğitimi Dünyası. 2018;17(52): 35-49.
5. İlhan, M. N., Özkan, S., Kurtcebe, Z. Ö., & Aksakal, F. N. (2009). Gazi üniversitesi tıp fakültesi hastanesinde Çalışan araştırma görevlileri ve intörn Doktorlarda şiddete maruziyet ve şiddetle ilişkili etmenler. Toplum Hekimliği Bülteni, 28(3), 15-23.
6. Karaca, B. K., Aydın, B., Turla, A., & DüNDAR, C. (2015). Samsun'da Hekimlerin Meslekleri Nedeniyle Yaşadıkları Şiddetin Özellikleri ve Şiddetin Önlenmesi Konusundaki Düşünceleri. The Bulletin of Legal Medicine, 20(2), 76-82.
7. Başpınar R, Cihan F, Kutlu R. Tıpta uzmanlık öğrencisi hekimlerde depresyon sıklığı ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2016;7(25):1-9
8. Canbaz S, Sünter AT, Aker S, Pekşen Y. Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler. Genel Tıp Derg 2007;17(1):15-19.
9. Yeniçeri N, Mevsim V, Özçakar N, Özcan S, Güldal D, Başak O. Tıp Eğitimi Son Sınıf Öğrencilerinin Gelecek Meslek Yaşamları İle İlgili Yaşadıkları Anksiyete İle Sürekli Anksiyetelerinin Karşılaştırılması. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2007(21)1:19-24.
10. Aydoğan S. , Çalışkan Pala S. , Işıklı B. Mezuniyet Öncesi ve Sonrasında Hekimlik Mesleğine Yönelik Tutum. Ankara Medical Journal. 2019; 19(1): 10-20.
12. Midtgaard M, Ekeberg Ø, aglum P, Tyssen R. Mental health treatment needs for medical students: a national longitudinal study. Eur Psychiatry. 2008; 23(7): 505-511.
13. Yalçinoğlu N, Kayı İ, Işık Ş, Aydın T, Zengin Ş, Karabey S. The views of intern doctors on medical education in İstanbul Faculty of Medicine, İstanbul University. İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi 2012; 75: 41-5.
14. Edirne T, Devenci A, Kulusarı A, Can T. Medical faculty class 2 students and medical education. Van Tıp Dergisi 2008; 15: 18-22.
15. Bahşi İ, Çetkin M, Orhan M, Kervancıoğlu P, Sayın S, Ayan H. Evaluation of attention-motivation level, studying environment and methods of medical faculty students. Eur J Ther 2017; 23(1): 1-7
16. Hussein Y. , Taslidere B. TIP FAKÜLTESİ 5. VE 6. SINIF ÖĞRENCİLERİNİN KLİNİK BECERİ EĞİTİMİNİN ARAŞTIRILMASI. Kocatepe Tıp Dergisi. 2021; 22(5): 381-386.
17. Salaçin S, Çekin N, Özdemir M. Hakan, et al. Mezuniyet öncesi adli tıp eğitimi almış öğrencilere yönelik bir anket çalışması. Adli Tıp Bülteni. 1997;2(1):21-24.
18. Demir V. , Korkmaz M. , Uysal C. , Erten Bucaktepe P. G. , Bucaktepe A. , Çelepkolu T. Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencileri ve Tıpta Uzmanlık Öğrencisi Doktorların Adli Raporlar Konusundaki Bilgi ve Tutumları. Konuralp Medical Journal. 2019; 11(2): 190-194

**Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri'nden 2021 Yılında Hizmet Alan
ve Halen Yaşayan Hastaların İncelenmesi**

Recep YILMAZ, Alper BOZKURT, Abdullah TAŞLIBAYIR, Onur YEGİN, Umut TAŞKIN

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT**

ÖZET

GİRİŞ ve AMAÇ: Tıp alanındaki gelişmeler sonucu kronik hastalıklara sahip birey sayısı ve buna bağlı olarak da evde sağlık hizmeti gereksinimi artmaktadır. Çalışmamızda evde sağlık hizmeti verilen kişilerin profilini ve bu kişilere verilen evde sağlık hizmetinin niceliğini belirlemek amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM: Bu çalışma, Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi'nde görevli sağlık çalışanlarının hizmet sunumu kayıtlarını yaptığı 859 hasta takip formundan yararlanılarak yapılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, IBM SPSS 19.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, ortalama ve yüzdelik değerler hesaplanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmadaki 859 bireyin %70,1'i kadın, %29,9'u erkektir. Katılımcıların %27,4'ü Barbaros Mahallesi, %14,9'u Kepez Beldesi ve %13,4'ü Cevatpaşa Mahallesi'nde oturmaktadır. Çalışmamızdaki bireylerin yaşları 11 ile 104 arasındadır; yaş ortalaması ise 76,46'dır. Bireylerin kronik hastalıklarını %53,78 ile Kardiyovasküler hastalıklar, %28,05 ile Demans ve %22,46 ile Endokrin hastalıklar oluşturmaktadır. Kurum tarafından hasta başına yapılan bir yıllık ziyaret sayısı minimum 1, maksimum 37 iken ortancaları ise 2 dir. Hastaların %19,10'u (n:164) bir yardımcı araç kullanmaktadır; bu yardımcı araçların %31,10'unu (n:51) wolker, %20,10'unu (n:33) tekerlekli sandalye ve %18,30'unu (n:30) koltuk değneği/baston ihtiva etmektedir. Katılımcıların %7.68'i (n:66) sürekli üriner kateter ile takip edilmektedir.

SONUÇ: Çalışmamızın verilerinin büyük çoğunluğunu kadın cinsiyet, kronik hastalık olarak kardiyovasküler hastalıklar, yardımcı araç olarak da wolker oluşturmaktadır. Çalışmamızdaki yaş ortalaması benzer çalışmaları destekler niteliktedir. Çalışmamızdaki örneklem büyüklüğünün benzer çalışmalara göre yüksek olması daha anlamlı veriler elde etmemizi sağlarken; hasta takip formlarındaki verilerin yetersiz olması kısıtlı veriler sunmaktadır. Gelecek yıllarda bahsettiğimiz olumsuz koşulların ortadan kalkması ile birlikte daha nitelikli çalışmalar elde edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Evde Sağlık Hizmetleri, Yaşlılık, Kronik hastalık

GİRİŞ

Günümüzde bilimsel ve teknolojik gelişmelere paralel olarak hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde tıp ve sağlık alanında önemli ilerlemeler olmaktadır. Tıp ve teknoloji alanındaki gelişmeler ile yaşam standartlarının yükselmesi, erken tanı ve tedavi yöntemlerindeki gelişmeler hastalıklara bağlı ölümleri azaltmakta, böylelikle beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Bu nedenle, kronik hastalığı olan, yaşam boyu tedavi ve bakım gereksinimi devam eden birey sayısındaki artış gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (1).

Aynı zamanda yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranı dünyada hızla artış göstermektedir. Buna bağlı olarak yaşlılıkla ilgili sorunlar ve nasıl yönetileceği önemli bir tartışma konusu olmaktadır. Bunların başında bakım sorunları gelmektedir. Yapılan çalışmalarda yaşlılar kendi ev ortamlarında kalmayı ve burada bakım almaya tercih ettiklerini belirtmektedirler. Bu ve benzeri nedenlerle evde bakım giderek önem kazanmaktadır. Evde bakım hizmetleri, sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır (2).

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikler olarak tanımlamaktadır (3).

Evde sağlık hizmetleri bakıma muhtaç bireylerin ihtiyaçlarının karşılanabilmesi için çok geniş ve çeşitli bir hizmet yelpazesine sahiptir. Hasta bireyin ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile incelenmesini gerektirdiği için multidisipliner bir ekip çalışmasını zorunlu kılmaktadır. Hasta bireyin sağlık durumu ve sağlık ihtiyaçlarına göre hekim, hemşire, sosyal çalışmacı, psikolog, fizyoterapist, konuşma terapisti, uğraşı terapisti, ev ekonomisti, eczacı gibi farklı meslek grupları bu hizmet sürecinde yer alabilmektedir (3).

Evde sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından, hastanelerin bünyesindeki evde sağlık hizmet birimleri tarafından veya sağlık müdürlükleri tarafından oluşturulan mobil ekipler aracılığıyla evde verilen sağlık hizmetleridir. Evde sağlık hizmetlerinin kurulmasında öncelikle yatağa bağımlı hastalara hizmet verilmesi amaçlanmıştır (3).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri ilk aşamada Sağlık Bakanlığı’nın özel sağlık kuruluşları aracılığıyla sağladığı “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” 10 Mart 2005 tarihinde 25751 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Daha sonra bu hizmetlerin Sağlık Bakanlığı’na bağlı tüm sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilmesine ilişkin “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” 1 Şubat 2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Bakanlığa bağlı olarak faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve ağız ve diş sağlığı merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmeti birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulur. Hizmetin yönetimi, birimler arasındaki iletişim ve koordinasyon müdürlük bünyesinde oluşturulan koordinasyon merkezi tarafından sağlanır (3).

Çalışmamızda kısa vadede 2021 yılı içerisinde Çanakkale Merkez ve Eceabat ilçelerinde Çanakkale Mehmet Akif Ersoy Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri tarafından sağlık hizmeti verilen kişilerin profilini ve bu kişilere verilen evde sağlık hizmetlerinin nitelik ve niceliğini belirlemek amaçlanmıştır. Uzun vadede ise evde sağlık hizmetlerinin temel özelliklerinin tanımlanması, kapsamının ve niteliğinin geliştirilmesi, bu konuda yapılacak araştırmalar yol gösterilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi, araştırma popülasyonu ve örneklem:

Çalışma, Çanakkale ili Merkez ve Eceabat ilçelerini kapsamaktadır. Çanakkale toplam nüfusu 2021 yılı nüfus sayımına göre 557276'dır. Nüfusun %50,3'ü erkek, %49,7'ü kadındır. 65 yaş üstü nüfusu 87876'dır (%15,76). Çanakkale Merkez ilçesi nüfusu 195439'dur. Eceabat ilçesi nüfusu ise 8769dur (4).

Çalışmaya, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde bakım hizmeti alan, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezinde kayıtlı, halen yaşayan 859 hasta dâhil edilmiştir

Araştırmanın tipi:

Bu çalışma tanımlayıcı epidemiyolojik bir çalışmadır.

Araştırmanın veri kaynakları:

Araştırmanın verileri, Çanakkale il ve ilçelerinde Evde Sağlık Birimi'nde görevli sağlık çalışanları tarafından, hasta bireylerin evlerinde yapılan ziyaretlerde kişinin kendisiyle, iletişim kurulamayacak durumda olan hastaların verileri ise yakınlarına ya da bakımını veren kişilere sorularak doldurulan "Hasta Takip Formları" incelenerek elde edilmiştir.

Veriler, evde sağlık hizmeti alan kişinin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, doğum tarihi, adı, soyadı, mahalle), takip başlangıç tarihi, yatak bağımlılık durumu (tam bağımlı, yarı bağımlı, bağımsız), gelir durumu (maaş alıyor, sosyal yardım alıyor, bakıma muhtaçlık yardımı alıyor, aile reisi bakıyor, gelir yok) , kişisel bakım (kendisi, ailesi, bakıcısı, komşusu), güvenlik (uygun, uygun değil), beslenme (uygun, uygun değil), kronik hastalıkları, yardımcı araç kullanımı, sonda (var, yok), kişisel hijyen (uygun, uygun değil), alışkanlıkları (sigara, alkol, madde bağımlılığı), geçirilmiş hastalıkları ve ameliyatları, psikolojik durum (normal, üzüntülü, huzursuz-gergin, kayıtsız, aşırı dalgın, ajite, koopere değil), bası ülseri (var, yok), dahiliye ve nöroloji konsültasyonu varlığı (var, yok), takip sayısı ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar:

Bu çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alındıktan sonra, 06 Haziran – 09 Haziran 2022 tarihleri arasında, araştırmacılar tarafından Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi hasta dosyaları arşivinden veriler toplanarak yapılmıştır.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve istatistiksel analiz:

Verilerin düzenlenmesinde, IBM SPSS 19.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, ortalama ve yüzdelik değerler hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 859 bireyin %70,1'i kadın, %29,9'u erkektir (Tablo-1). Katılımcıların ikamet adresi olarak en sık %27,4 ile Barbaros Mahallesi, %14,9 ile Kepez Beldesi ve %13,4 ile Cevatpaşa Mahallesi bulunmuştur (Tablo-1). Çalışmamızdaki bireylerin yaşları 11 ile 104 arasındadır; yaş ortalaması ise 76,46'dır (Tablo-2). En sık görülen kronik hastalık tanılarını %53,78 ile Kardiyovasküler hastalıklar, %28,05 ile Demans ve %22,46 ile Endokrin hastalıklar oluşturmaktadır (Tablo-1). Kurum tarafından hasta başına yapılan bir yıllık ziyaret sayısı minimum 1, maksimum 37 iken ortancaları ise 2'dir (Tablo-2). Hastaların %19,10'u (n:164) bir yardımcı araç kullanmaktadır; bu yardımcı araçların %31,10'unu (n:51) wolker, %20,10'unu (n:33) tekerlekli sandalye ve %18,30'unu (n:30) koltuk değneği/baston oluşturmaktadır (Tablo-1). Katılımcıların %7,68'i (n:66) sürekli üriner kateter ile takip edilmektedir (Tablo-1).

TARTIŞMA

Günümüzde gelişmekte olan ülkelerde nüfusun yaşlanması ile hükümetler yaşlılarla ilgili sosyal politikaları önemsemeye başlamıştır. Yaşlılara yönelik sosyal politikaların en önemlilerinden biri ise evde sağlık hizmetleridir (2). Çalışmamıza, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde sağlık hizmeti alan, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezinde kayıtlı, 859 hasta dâhil edilmiştir. Bu çalışma, ülkemizde sağlık bakanlığınca verilen evde sağlık hizmetlerini ve bu hizmeti kullanan hastaların özelliklerini il merkezi düzeyinde tanımlayan çalışmalardan birisidir.

Çalışmaya katılan 859 bireyin %70,1'i kadın, %29,9'u erkektir (Tablo-1). Çavuş'un Ankara'da yapmış olduğu çalışmada kadınların oranı %67,8, erkeklerin oranı %32,2 olarak bulunmuştur (5). Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında ise hastaların %61,4'ünün kadın olduğu saptanmıştır (6).

Çalışmamızdaki bireylerin yaşları 11 ile 104 arasındadır; yaş ortalaması ise 76.46'dır (Tablo-2). Çavuş'un çalışmasında evde sağlık hizmeti alan hastaların %33,2'sinin 65–69 yaş aralığında olduğu ve yaş ortalamasının 73,38 olduğu tespit edilmiştir.⁵ Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında da evde sağlık hastalarının %88,1'i 65 yaş ve üstüydü (6).

Hastaların %53,78'inde Dolaşım sistemi hastalıkları, %28,05'inde Demans ve %22,46'sında Endokrin Hastalıklar tanısı vardır (Tablo-1). Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlıların %48,1'inde hipertansiyon, %22,2'sinde kalp hastalıkları ve %15,7'sinde diabetes mellitus, %39,8'inde tam ya da kısmi inme tanıları vardır (2). Karaman ve arkadaşlarının Zonguldak ilinde yaptığı çalışmada hastaların %51,6'sının nörolojik, %12,8'inin solunum, %7,3'ünün endokrin, %7,2'sinin kardiyovasküler sistem hastalıkları ve %6,4'ünün onkolojik hastalıkları olduğu belirlenmiştir (6). 2006'da Ankara'da yapılan bir çalışmada ise evde sağlık hizmetleri hastalarının %15,4'ü ameliyat sonrası bakım, %15,4'ü inme ve serebrovasküler olaylar, %9,6'sı kanser nedeniyle hizmet almaktadır (7). Bu kritik değişim yıllar içerisinde evde sağlık hizmetlerinin hedef kitlesinin değişmesinden kaynaklanmış olabilir.

Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi tarafından hasta başına yapılan bir yıllık ziyaret sayısı minimum 1, maksimum 37 iken ortancaları ise 2'dir (Tablo-2). Işık ve arkadaşlarının 2015'te Kırıkkale'de yaptığı çalışmada evde sağlık hastalarının %40,4'üne 4 veya daha fazla kez, %30,5'ine 1 kez, %15,3'üne 2 kez, %13,8'ine 3 kez ziyaret yapılmıştır (3). Çalışmamızda ziyaretlerin doktor veya sağlık çalışanı tarafından gerçekleştirildiği kayıtlarda olmadığından bulunamamıştır ancak Işık'ın çalışmasında doktordan hizmet alma oranı düşük bulunmuştur. Bu durum, evde sağlık hizmeti sunumunda hekim dışı personelin büyük rolü olduğunu göstermektedir.

Kayıtlarda eksiklikler olsa da 164 hastanın en az bir yardımcı araç kullandığı bulunmuştur; bu yardımcı araçların %31,10'unu (n:51) wolker, %20,10'unu (n:33) tekerlekli sandalye ve %18,30'unu (n:30) koltuk değneği/baston oluşturmaktadır (Tablo-1). 2011 yılında Kılınç ve arkadaşlarının Burdur'da yaptığı çalışmada yaşlıların %18,5'i (n=20) günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirmek için herhangi bir cihaz kullanmıyor iken, %32,4'ü (n=35) baston, yürüteç, koltuk değneği; %21,3'ü (n=23) tekerlekli sandalye kullanmaktadır; %27,8'i (n=30) yatağa tam bağımlıdır (2). Işık ve arkadaşlarının çalışmasında da hastaların %39,0'ı baston, %14,6'sı tekerlekli sandalye, %11,3'ü yürüteç kullanırken %39,9'u yardımcı araç kullanmamaktaydı.

Katılımcıların %7,68'i (n:66) sürekli üriner kateter ile takip edilmektedir (Tablo-1). Korkut ve arkadaşlarının 2021 yılında evde sağlık hastalarında kalıcı üriner kateter kullanımı üzerinde yaptıkları çalışmada üriner kateterli hastaların %30,5'inde üriner sistem enfeksiyonu,

%25,4'ünde üretral erozyon olduğu bulunmuştur. Sürekli üriner kateter kullanıma yönelik yeni çözümler bulunması gereklidir.

Çalışmamızda bazı kısıtlılıklar mevcuttur. Çalışmamız il genelini kapsamayıp, Çanakkale Merkez ve Eceabat ilçelerindeki evde sağlık hizmeti alan hastaları kapsamıştır. COVID-19 pandemisinin getirdiği olağanüstü durum ve ağırlaşan çalışma koşulları, personel yetersizliğine ve evde sağlık hizmeti alan hastaların ziyaretlerinin aksamasına, hasta kayıtlarında eksikliklere neden olmuştur. Bu nedenle çalışmamız kısıtlı veriler sunmaktadır.

SONUÇ

Yaşlı nüfus artışının ivmelendiği günümüzde evde sağlık hizmetine gereksinim artmaktadır. Buna bağlı olarak bu birimde görev alacak kurumların ve hizmet vericilerin artırılmasının uygun olacağı anlaşılmaktadır. Kronik hastalıkların dağılımını araştırdığımız çalışmamızda kardiyovasküler hastalıklar ve demans belirgin olarak göze çarpmaktadır. Çanakkale yaşlı nüfusunun yoğun olduğu bir ildir ve buna istinaden evde sağlık hizmeti alan hastalarda demans sıklığının fazla olması bu yönde ek hizmetlerin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda ziyaret sayısı ile kronik hastalıklar arasındaki ilişki araştırılmamıştır. Bu yönde çalışmaların yapılması hizmet kalitesinin yükseltilmesi yönünde katkılar sağlayabilecektir. Elde ettiğimiz diğer bir veriye göre her 5 hastadan biri yardımcı araç kullanmaktadır. Bu yardımcı araçların büyük kısmını wolker, tekerlekli sandalye, koltuk değneği/baston oluşturmaktadır. Bu istatistik evde sağlık hizmetinde fizyoterapinin önemini göstermektedir. Bu alanda hizmet kalitesinin artırılması önerilmektedir.

Çalışmamızda hasta takip formlarındaki kayıtlarda önemli eksiklikler olduğu görülmüştür. Hasta takip formlarının tam doldurulması ile birlikte daha nitelikli veriler ve daha iyi çalışmalar elde edilebilir.

KAYNAKLAR

- 1-Akel Taşdemir, R. & Oğuzöncül, A. (2020). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Sosyodemografik Özelliklerinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi , 17 (2) , 11-28 .
- 2-Çatak, B., Kılınç, A., Badıllıoğlu, O., Sütü, S., Sofuoğlu, A. E., & Aslan, D. (2012). Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. *Turkish Journal of Public Health*, 10(1), 13-21.
- 3-Işık O., Kandemir, A., Erişen, M. A., & Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2).
- 4-Türkiye İstatistik Kurumu Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi 2021 Raporu, Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 17.06.2022
- 5-Çavuş F. Ö. (2013) Yaşlılara Yönelik Evde Bakım Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- 6-Karaman, D., Dilek, K., & ATAR, N. Y. (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 347-359.
- 7- SUBAŞI, N., & ÖZTEK, Z. (2006). Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: Evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 5(1), 19-31.
- 8- Korkut, Y. , Aras, B. & Kenan, E. (2021). Evde Bakım Hastalarında Görülen Yeni Ürolojik Problemler: Çıkmayan Sondalar . Genel Tıp Dergisi , 31 (2) , 145-147 . DOI: 10.15321/GenelTipDer.2021.302

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri, 2021, Çanakkale

| Değişkenler | Sayı | % |
|--|-------------|----------|
| Cinsiyet (n:859) | | |
| Kadın | 602 | 70.10 |
| Erkek | 257 | 29.90 |
| Mahalle Dağılımı (n:859) | | |
| Barbaros Mah. | 235 | 27.40 |
| Kepez | 128 | 14.9 |
| Cevatpaşa Mah. | 115 | 13.40 |
| Esenler Mah. | 114 | 13.30 |
| İsmetpaşa Mah. | 99 | 11.50 |
| Köyler | 75 | 8.70 |
| Eceabat | 31 | 3.60 |
| Fevzipaşa Mah. | 17 | 2.00 |
| Kemalpaşa Mah. | 17 | 2.00 |
| Güzelyalı Mah. | 11 | 1.3 |
| Dardanos Mah. | 9 | 1.00 |
| Namık Kemal Mah. | 8 | 0.90 |
| Yardımcı Araç Kullanımı (n:859) | | |
| Var | 164 | 19,10 |
| Yok | 695 | 80,90 |
| Yardımcı Araç (n:164) | | |
| Wolker | 51 | 31,10 |
| Tekerlekli Sandalye | 33 | 20,10 |
| Koltuk değneği/Baston | 30 | 18,30 |
| O2 Konsantratörü | 27 | 16.50 |
| Havalı Yatak | 13 | 7.90 |
| Protez | 7 | 4.30 |
| Diş | 1 | 0,60 |
| WC Yükseltici | 1 | 0.60 |
| Ventilatör | 1 | 0.60 |
| Kronik hastalık* (n859) | | |
| Hipertansiyon,KAH,Dolaşım Sistemi Hastalıkları | 462 | 53.78 |
| Alzheimer Demans | 241 | 28.05 |
| Diyabet ve Diğer Endokrin Hastalıklar | 193 | 22.46 |
| SVO Sekeli | 186 | 21.65 |
| Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları | 113 | 13.15 |
| Sinir Sistemi Hastalıkları | 100 | 11.64 |
| Koah Astım-Solunum Yolu Hastalıkları | 77 | 8.96 |
| Üriner Sistem Hastalıkları | 53 | 6.16 |
| Kanser | 48 | 5.58 |
| Kan Hastalıkları | 25 | 2.91 |
| Ruh Sağlığı Hastalıkları | 11 | 1.28 |
| Sonda (n:859) | | |
| Var | 66 | 7.68 |
| Yok | 793 | 92.32 |

n: Sayı, %: Yüzde

*: Hastaların Bazılarında Birden Fazla Hastalık Tanısı Olduğundan İçin % toplamı %100'ü aşmaktadır.

Tablo 2 Katılımcıların Yaş ve Takip Sayısı İstatistikleri, 2021, Çanakkale

| Değişken | Ortalama ± SS | Ortanca (Min- Maks) |
|----------------------------------|----------------------|----------------------------|
| Yaş | 76.46 ± 16.66 | 80.00 (11.00-104.00) |
| Bir Yılda Yapılan Ziyaret Sayısı | 3.50 ± 3.67 | 2.00 (1.00-37.00) |

6'li Ölçek. 1=Hiç yok, 5= Çok fazla var

SS: Standart Sapma

TEMMUZ-AĞUSTOS GRUBUNUN MAKALELERİ

Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş Altı Kişilerin
Kronik Hastalıklarının Değerlendirilmesi: anakkale İli Örneği

Akın Hakan Topuz, Semanur Efe, Sebahat Selen Muti, Harun ıtlak, Cihan Özcankat

**anakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT**

ÖZET

Amaç: Bu çalışma; Marmara Bölgesinde yer alan Çanakkale il merkezi kapsamında 2021 yılında ESH alan 65 yaş altı bireylerin, kronik hastalıkları ve hastalara verilen sağlık bakım hizmetlerini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Bu çalışmada Çanakkale İlinde ESH Biriminde 2021 yılında hizmet alan 1556 kişinin verilerine ulaşılmıştır. Bunlardan 65 yaş altı olan 204'ü değerlendirmeye alınmıştır. Hasta takip dosyalarından, kişilerin sosyodemografik özellikleri, kayıt tarihleri, takip sayısı, yatağa bağımlılık, kişisel bakım, güvenlik, kişisel hijyen, beslenme, yardımcı araç kullanımı, psikolojik durumları, kronik hastalık, geçirilmiş ameliyat, bası ülseri, nöroloji, dahiliye konsültasyonu varlığı, sürekli üriner kateter varlığı ve şu an takipte olmayan bireylerin takipten çıkış nedenleri kayıt altına alınmıştır.

Bulgular: Bu araştırma kapsamında incelenen toplam 1556 kişiden 65 yaş altı olan 204 kişi değerlendirilmiştir. Değerlendirilen kişilerin %47,1'i kadın, %52,9'u erkektir. Kronik hastalık verisi bilinen 174 kişinin hastalıkları içerisinde en sık görüleni %36,36 ile sinir sistemi ve mental hastalıklar, ikinci en sık %16,28 ile dolaşım hastalıkları, üçüncü en sık ise %13,25 ile malign neoplaziler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Ulaşılan verilerin ışığında çalışılan şehirdeki evde sağlık hizmeti alan bireylerin yoğunlukla 65 yaş üstü olduğu görülmüştür. Buna rağmen 65 yaş altında da bu hizmeti alan bireyler mevcuttur. Bu kişilerin sağlık durumları tam bağımlı hale gelmeden gerekli önlemlerin alınması ve beraberinde ihtiyaç duydukları ESH'nin verilmesi gerekmektedir. Ayrıca 65 yaş altında bu hizmeti alan popülasyon ile ilgili yeterli çalışmanın bulunmadığı fark edilmiştir. Bu popülasyonun verilerinin tanımlanması, ihtiyaç duydukları hizmetin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmetleri, Çanakkale, 65 yaş altı, kronik hastalıklar

GİRİŞ VE AMAÇ

Yaşlanma bilindiği üzere fizyolojik ve kaçınılmaz bir süreçtir. Yaşlı nüfusun artması ile kronik hastalık, özürülük gibi durumlar artmaktadır. Bu durumda hastane sonrası bakım gereksinimleri olan hastalara gerekli desteğin sağlanması noktasında “evde sağlık hizmetleri” (ESH) önemli bir yer tutmaktadır. Aynı zamanda yaşlılıkla beraber gelen diğer sorunların nasıl yönetileceği önemli bir sorundur. Bu noktada da yine ESH'nin gerekliliği öne çıkmaktadır. ESH bu popülasyonda sosyal ve sağlık hizmetlerinin geniş bir bölümünü kapsamaktadır.

Evde sağlık hizmetleri (ESH) yatağa bağımlı hastalarla, çeşitli kronik ya da malign hastalıklar nedeniyle sağlık kuruluşuna ulaşımında güçlükler yaşayan hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir (1).

Evde sağlık hizmeti ülkemizde; “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” olarak 10.03.2005 tarihli, 25751 sayılı Resmî Gazete 'de yayınlanan Evde Bakım Hizmetlerinin Sunumu Yönetmeliği'nde tanımlanmıştır (2).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur (3).

TÜİK 2021 yılı verilerine göre nüfusun %9,7'si 65 yaş üstü, %67,9'u 15-64 yaş arası olarak bildirilmiştir (4). ESH alan popülasyonla ilgili çalışmalar ve veriler ise genel olarak 65 yaş ve üzerindeki hastalarla ilgilidir (5,6,7). Oysaki 65 yaş altında bu hizmetten faydalanan hastalar da bulunmaktadır.

Bu nedenle çalışma; Marmara Bölgesinde yer alan Çanakkale il merkezi kapsamında 2021 yılında ESH alan 65 yaş altı bireylerin, kronik hastalıkları ve hastalara verilen sağlık bakım hizmetlerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Ayrıca, bu çalışmanın yapılmasıyla birlikte, Türkiye çapında bu hizmeti alan bireylerin profillerinin oluşturulmasına katkı sağlanması, 65 yaş altındaki kişilerle ilgili de veri elde edilmesi hedeflenmiştir. Bu veriler ileride farklı çalışmalardan gelecek olan verilerle birleştirilerek ESH alan 65 yaş altı nüfustaki vatandaşlarımızın daha efektif ve sağlıklı bir hizmet almasını sağlayacak düzenleme ve denetlemeler yapılmasına katkı sağlayabilir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesi, Popülasyon ve Örneklem

Bu araştırma Çanakkale il merkezi ve Eceabat'ta ESH alan kayıtlı nüfus üzerinde yapılmıştır. Çanakkale il merkezinin 2021 yılı nüfusu 195 439'dur. Nüfusun %50,5'i kadın, %49,5'i erkektir. Bu nüfusun %11,3'ü 65 yaş ve üzerindedir. Eceabat ilçesinin 2021 nüfusu 8769'dur, %49,4'ü kadın %50,6'sı erkektir, %22,9'u 65 yaş ve üzerindedir (8). Eceabat, il merkezine yakınlığı ve küçük bir ilçe olması sebebiyle ESH birimi bulundurmadığından bu ilçesinin evde sağlık hizmeti ihtiyacı Çanakkale Devlet Hastanesi'ndeki birim tarafından karşılanmaktadır. 2021 yılı içerisinde Çanakkale Devlet Hastanesi ESH Birimi'nden hizmet almış, aynı yıl içerisinde ölmüş veya halen yaşayan bireylerin dosyaları dâhil edilmiştir. Bu çalışmada Çanakkale ilinde ESH Biriminde 2021 yılında hizmet alan 1556 kişinin verilerine ulaşılmıştır. Bunlardan 65 yaş altı olan 204'ü değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırma kapsamında Çanakkale İl Merkezi Evde Sağlık Hizmetleri biriminin arşivlerindeki hasta dosyaları incelenmiştir. Bu hasta dosyalarında hasta veya yakınlarından elde edilen bilgilerle, ESH çalışanları tarafından doldurulan hasta takip dosyaları bulunmaktadır.

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar

Bu çalışma için Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Bilimsel Araştırmalar Komisyonu izni alınmıştır.

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan 5 ön hekim ve 1 asistan hekim olmak üzere 6 kişi tarafından 27.07.2022 tarihinde Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi arşivindeki hasta dosyaları incelenmiştir. Çalışmanın bütünlüğü açısından Halk Sağlığı Anabilim Dalı tarafından Haziran ayında toplanan veriler de çalışmaya eklenmiştir. Veriler SPSS v20.0 programı üzerinde elektronik ortamda kayıt altına alınmıştır.

Hasta takip dosyalarından, kişilerin sosyodemografik özellikleri, kayıt tarihleri, takip sayısı, yatağa bağımlılık, kişisel bakım, güvenlik, kişisel hijyen, beslenme, yardımcı araç kullanımı ve psikolojik durumları, kronik hastalık, geçirilmiş ameliyat, bası ülseri, nöroloji, dahiliye konsültasyonu varlığı, sürekli üriner kateter varlığı ve şu an takipte olmayan bireylerin takipten çıkış nedenleri kayıt altına alınmıştır.

Evde Sağlık Hizmeti alan 65 yaş altı kişilerin verileri dikkate alınarak tüm kronik hastalıkları üzerinden değerlendirme yapılmıştır.

Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz

Çalışmanın verileri istatistik paket programı SPSS v20.0 sürümü ile analiz edilmiştir. Kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, sürekli değişkenler için ortalama ve standart sapma hesaplanmıştır.

BULGULAR

Bu araştırma kapsamında verilerine ulaşılan toplam 1556 kişiden 65 yaş altı olan 204 kişi değerlendirilmiştir. Değerlendirilen kişilerin %47,1'i kadın, %52,9'u erkektir (Tablo 1). Kişilerin yaş ortalaması 50.19±13.12 (ortanca:55, Min-Maks:10-64) yıldır. Değerlendirilen kişilerin %90,2'si şehir merkezinde, %8,8'i köylerde yaşamaktadır. %1'lik kısmın ikamet verisine ulaşılamamıştır.

Araştırma grubunun %85,3'ünün (n=174) kronik hastalığı mevcuttur. Değerlendirilen kişilerin %14,7'sinin (n=30) kronik hastalık verilerine ulaşılamamıştır. Değerlendirilen kişilerden %54,9'unun (n=112) 1 kronik hastalığı, %22,1'inin (n=45) 2 kronik hastalığı, %3,9'unun (n=8) 3 kronik hastalığı, %3,4'ünün (n=7) 4 kronik hastalığı, %1'inin (n=2) 5 adet kronik hastalığı vardır (Şekil 1).

Kronik hastalık verisi bilenen 174 kişinin hastalıkları (n=264) içerisinde en sık görüleni %36,36 (n=96) ile sinir sistemi ve mental hastalıklar, ikinci en sık %16,28 (n=43) ile dolaşım hastalıkları, üçüncü en sık ise %13,25 (n=35) ile malign neoplaziler olarak bulunmuştur. Bu kronik hastalıklar haricinde kan hastalıkları %0,75 (n=2), solunum sistemi hastalıkları %6,06 (n=16), endokrin ve metabolizma hastalıkları %10,22 (n=27), travma hastalıkları %1,51 (n=4), kas iskelet hastalıkları %6,81 (n=18), genitoüriner sistem hastalıkları %4,16 (n=11), konjenital ve gelişimsel hastalıklar %3,78 (n=10), sindirim sistemi hastalıkları %0,75 (n=2) da yer almaktadır (Tablo 1).

Kişilerin ameliyat öyküleri incelendiğinde %18,9'unun (n=37) ameliyat öyküsü mevcuttur. %81,9'un (n=167) ise ameliyat öyküsü verisine ulaşılamamıştır.

Verilerine ulaşılabilen kişiler arasında en sık geçirilen operasyon %18,9 (n=7) ile kalça protezi ameliyatı olarak tespit edilmiştir. Bunu sırayla kanser ameliyatı, amputasyon, diz ameliyatı, beyin ameliyatı, bağırsak ameliyatı gibi operasyonlar takip etmektedir (Tablo 1).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Kişiler yaşlandıkça bulaşıcı olmayan kronik hastalıklar ve günlük yaşam aktivitesinde bağımlılığa neden olan sağlık sorunları artmaktadır; bu artışla beraber sağlık hizmetlerini ESH kapsamında alan kişiler genellikle 65 yaş üzeri bireylerdir (9,10).

Bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan 65 yaş altı bireylerin kayıtlı verileri incelenmesine rağmen ESH alan kişilerin büyük çoğunluğunun 65 yaş üstünde olduğu görülmüştür. İleri yaşlarda bulunan insanların kronik hastalıklarının ve bağımlılıklarının artması beklenen bir bulgudur. Bu çalışmada da bu durum görülmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanmasında ileri yaş gruplarının kronik hastalıkları ve bağımlılık düzeylerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu araştırmada Çanakkale ilinde 65 yaş altında ESH alan kişilerin dosyaları incelenmiştir. Bu kişilerin yaşları incelendiğinde; ESH alan bireylerin %13,11'i 65 yaş altındadır. Artantaş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada araştırmaya dahil edilen kişilerin %13'ü, Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında ise %11,9'u 65 yaş altındadır (11,12).

Ülkemizde evde sağlık hizmeti alan kişilerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde ise, kadın cinsiyet %41,6 ile %86,9 arasında değişmektedir ve sıklıkla kadınlar daha fazla ESH almaktadır (12,13,14,15). Bu çalışmada ise incelenilen 65 yaş altı kişilerin cinsiyet dağılımına bakıldığında %47,1'i kadın, %52,9'u erkek olmak üzere erkekler daha sık bulunmuştur. Bu farklılık kadın cinsiyetin menapoz dönemine kadar kardiyovasküler hastalık riskinin daha düşük olmasına veya toplumdaki çalışma şartlarının farklılığına bağlanabilir. Dolaşım sistemi hastalıklarının %16,28 ile en sık görülen ikinci kronik hastalık olması bu olasılığı doğrular niteliktedir.

Aslan ve arkadaşlarının çalışmasında nörolojik hastalıklar en sık görülmekle beraber toplam ziyaret sayısının %38'lik kısmını oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda ise 65 yaş altı ESH alan kişilerde sinir sistemi ve mental hastalıkların tanılar içerisindeki oranı %36,6'dır (16).

Karaman ve arkadaşlarının çalışmasında hastaların %51,6'sının nörolojik, %12,8'sinin solunum sistemi, %7,3'ünün endokrin sistem, %7,2'sinin kardiyovasküler sistem, %6,4'ünün onkolojik, %6,3'ünün ortopedik ve travmatolojik, %2,8'inin kas, %3,3'ünün psikiyatrik, %0,9'unun gastrointestinal sistem, %0,6'sının hematolojik, %0,5'inin üriner sistem ve %0,2'sinin diğer hastalıklar grubuna sahip olduğu belirlenmiştir (12). Çalışmamızda ise 65 yaş altı kişilerde en sık %36,36 ile sinir sistemi ve mental hastalıklar, ikinci en sık %16,28 ile dolaşım hastalıkları, üçüncü en sık ise %13,25 ile malign neoplaziler, sonrasında ise kan hastalıkları %0,75, solunum sistemi hastalıkları %6,06, endokrin ve metabolizma hastalıkları %10,22, travma hastalıkları %1,51, kas iskelet hastalıkları %6,81, genitouriner sistem hastalıkları %4,16, konjenital ve gelişimsel hastalıklar %3,78, sindirim sistemi hastalıkları %0,75 olarak yer almaktadır.

Eker ve arkadaşlarının çalışmamızla aynı şehir genelinde yaptıkları çalışmaya baktığımızda evde sağlık hizmeti alan kişilerin ameliyat öykülerinde en sık kalça protezi (%24,5) yer almaktadır. Bunu kanser ameliyatları (%18), kardiyovasküler operasyonlar (%15,5) takip etmektedir (17). Biz çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan 65 yaş altı kişilerin operasyon öykülerini incelediğimizde, verilerine ulaşılabilen kişiler arasında en sık geçirilen operasyon %18,9 ile kalça protezi ameliyatı olarak tespit edilmiştir. Bunu sırayla kanser ameliyatı (%10,8), amputasyon (%10,8) gibi operasyonlar takip etmiştir.

Bu çalışmanın kısıtlılıkları olarak hasta dosyalarında eksik verilen bulunması ve literatürde aynı yaş grubuna ait karşılaştırma yapılabilecek yeterli çalışmanın bulunmaması sayılabilir.

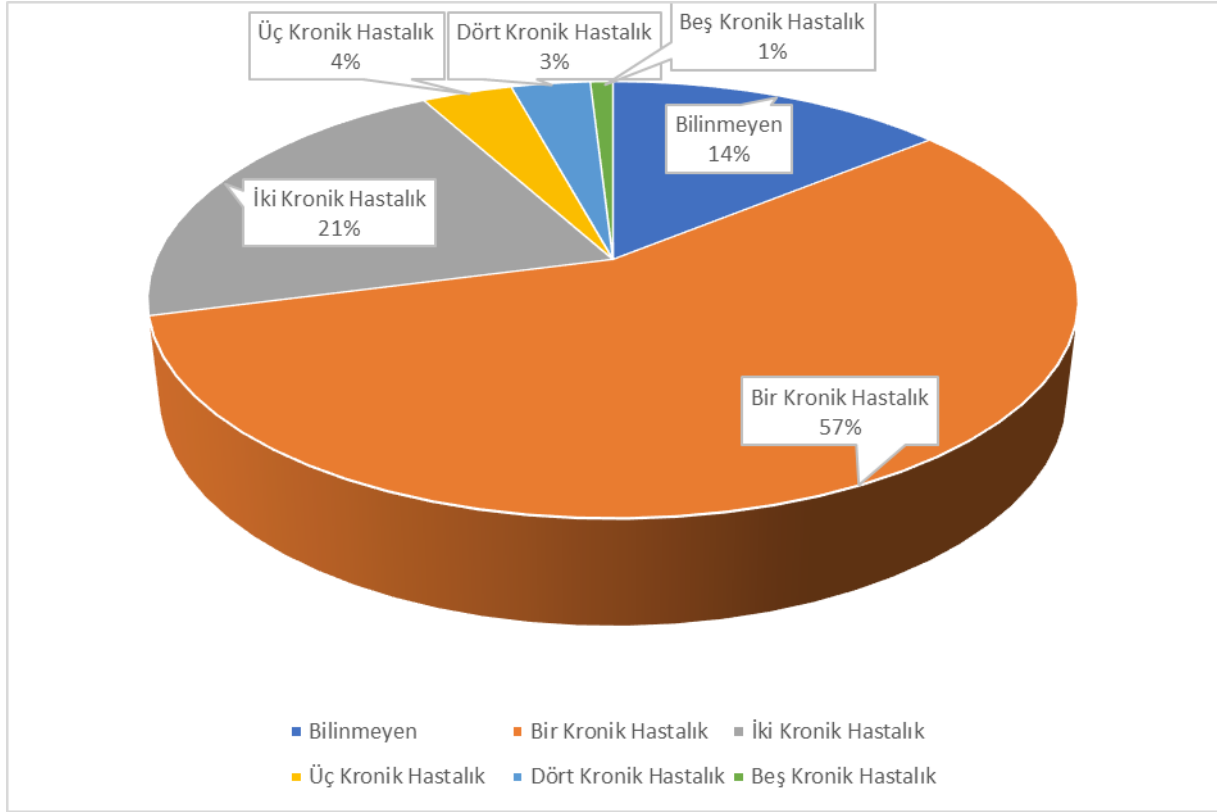
Çalışmamızın en güçlü yönü literatürde bu yaş grubuyla ilgili tanımlayıcı verilerin eksikliğini gidermeye yönelik bir çalışma olmasıdır.

Ulaşılan verilerin ışığında Çanakkale şehrindeki evde sağlık hizmeti alan bireylerin yoğunlukla 65 yaş üstü olduğu görülmüştür. Buna rağmen 65 yaş altında da bu hizmeti alan bireyler mevcuttur. Bu kişilerin sağlık durumları tam bağımlı hale gelmeden gerekli önlemlerin alınması ve beraberinde ihtiyaç duydukları ESH'nin verilmesi gerekmektedir. Ayrıca 65 yaş altında bu hizmeti alan popülasyon ile ilgili yeterli çalışmanın bulunmadığı fark edilmiştir. Bu popülasyonun verilerinin tanımlanması, ihtiyaç duydukları hizmetin sağlıklı bir şekilde yürütülmesi açısından önemlidir. Bu çalışmada kısıtlılığa sebep olan hasta dosyalarındaki eksik veriler göz önünde bulundurulduğunda tıbbi kayıtlar daha detaylı ve eksiksiz doldurulmalıdır. Bu konuda daha geniş örneklemi kapsayan multidisipliner çalışmaların yapılması gerekmektedir. Bu çalışmalar ile daha genç popülasyondaki ESH ihtiyacı doğurabilecek olan kronik hastalıklar için risk faktörlerinin belirlenip sıklığının değerlendirilmesi ve koruyucu önlemlerin alınması faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Havens B. Home Care Issues at the Approach of the 21st Century from a World Health Organization Perspective, An Annotated Bibliography. World Health Organization, Canada, 1999.
2. Resmi Gazete. 2005. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Sayı: 25751.
3. Gazete, Resmi. 2010. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge Sayı:3895.
4. TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Erişim tarihi 04.08.2022. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>
5. Uçakkuş, P., Yıldırım, T.,(2021). Evde sağlık hizmeti alan 65 yaş ve üzeri bireylerin yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 24(2):319-324
6. Çalışkan, T., Esen, H.,(2021). Yaşlanan nüfus gereksinimlerine yönelik evde sağlık hizmetleri 2020 yılı değerlendirmesi: Eğitim Araştırma Hastanesi örneği. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 8(3):514-522
- 7.Çatak, B., Kılınç, AS., Badıllıoğlu, O., Sütlü, S., Erkan Sofuoğlu, A., Aslan, D., (2012). Burdur'da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi,10(1)
- 8.TÜİK, Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Erişim tarihi: 04.08.2022. Erişim Adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-2021-45636>
9. Gürer, A., (2021). Ülke örnekleri ile evde bakım hizmetlerine genel bakış. Journal of Health Services and Education, 5(1):20-25.
10. Akdemir, N., Bostanoğlu, H., Yurtsever, S., Kutlutürkan, S., Kapucu, S., Canlı Özer, Z., (2011). Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi, 38(1):57-65.
11. Baydar Artantaş, A., Tamara Köroğlu, F., (2019). Bir hastane bünyesindeki evde sağlık birimi tarafından verilen hizmetlerin değerlendirilmesi: 2018 yılı istatistikleri. Ankara Medical Journal, (1):170-7
12. Karaman, D., Kara, D., Yalçın Atar, N., (2015). Evde sağlık hizmeti verilen bireylerin hastalık durumlarının ve bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi: Zonguldak örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 4(3).
13. Enginyurt, Ö., Öngel, K., (2011). Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 45.
14. Yeşiltaş, A., Adıgüzel, O., (2016). Evde sağlık hizmetlerinde hasta yakınlarının memnuniyeti. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1):863-880.
15. Çevik, A., Basat, O., Uçak, S., (2014). Evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda beslenme durumunun değerlendirilmesi ve beslenme durumunun laboratuvar parametreleri üzerine olan etkisinin irdelenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi*, 6(3):31-37.
16. Aslan, Ş., Uyar, S. ve Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1):45-56.
17. Eker, E., Özerdoğan, Ö., Yıldırım, E., Oymak, S., Bakar, Ç., (2019). Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(3):457-468

TABLO VE ŞEKİLLER



Şekil 1: İncelenenlerin Kronik Hastalık Sayılarına Göre Dağılımları

Tablo 1:İncelenenlerin Cinsiyet, Kronik Hastalıklar ve Geçirilen Operasyon Durumları

| Değişkenler | Sayı | % |
|--------------------------------------|-------------|----------|
| Cinsiyet (n:204) | | |
| Kadın | 96 | 47,1 |
| Erkek | 108 | 52,9 |
| Kronik hastalıklar (n:264) | | |
| Sinir Sistemi ve Mental Hastalıklar | 96 | 36,6 |
| Dolaşım Sistemi Hastalıkları | 43 | 16,28 |
| Malign Neoplaziler | 35 | 13,25 |
| Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları | 27 | 10,22 |
| Kas İskelet Hastalıkları | 18 | 6,81 |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | 16 | 6,06 |
| Genitoüriner Sistem Hastalıkları | 11 | 4,16 |
| Kongenital ve Gelişimsel Hastalıklar | 10 | 3,78 |
| Travma Hastalıkları | 4 | 1,51 |
| Kan Hastalıkları | 2 | 0,75 |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | 2 | 0,75 |
| Geçirilen Operasyonlar (n:37) | | |
| Kalça Protezi Ameliyatı | 7 | 18,9 |
| Kanser Ameliyatı | 4 | 10,8 |
| Amputasyon | 4 | 10,8 |
| Diz Ameliyatı | 4 | 10,8 |
| Beyin Ameliyatı | 3 | 8,1 |
| Bağırsak Ameliyatı | 3 | 8,1 |
| By Pass | 2 | 5,4 |
| Bel Fıtığı Ameliyatı | 2 | 5,4 |
| Omurilik Ameliyatı | 2 | 5,4 |
| Diğer Ameliyatlar | 6 | 16,2 |

n: Sayı, %: Yüzde

**Çanakkale’de 2021 Yılında Evde Sağlık Hizmeti Alan 65 Yaş Üstü Kişilerin
Kronik Hastalıklarının İncelenmesi**

Beyza Alan, Esra Çetin, Hüseyin Oğuz Ergün, Server Erkam Arslan, Onurhan Arslan

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT**

ÖZET

Amaç

Çalışmamızda kısa vadede 2021 yılı içerisinde Evde Sağlık Hizmetlerinden faydalanan 65 yaş üstü hastaların temel tanımlayıcı özelliklerinin tanımlanması, ölmüş ve sağ hastaların kronik hastalıklarının cinsiyete göre prevalansının belirlenmesi ve bu sayede uzun vadede Evde Sağlık Hizmetleri'nin en sık görülen hastalık gruplarına en iyi hizmet edecek şekilde yeniden tasarlanıp etkinlik ve maliyet açısından iyileştirmelere temel sağlaması hedeflenmiştir.

Gereç/Yöntem

Bu çalışmaya 2021 yılı içerisinde Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti alan 65 yaş üstü 1337 hasta dahil edilmiş ve bu veriler Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı intern hekimleri tarafından toplanıp analiz edilip değerlendirilmiştir. Araştırmanın verileri, Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi arşivindeki bu birimin çalışanları tarafından hasta yakınlarına danışılarak doldurulmuş formlardan oluşan hasta dosyalarından toplanmıştır.

Bulgular

Çalışmada verileri kullanılan toplam 1337 hastanın 897(%66,7) tanesi kadın, 445 (%33,3) tanesi erkektir. Çalışma yapılırken hastaların %46,2'si ölüm nedeniyle takipten çıkarılmıştır. Çalışmaya dahil edilen hastaların genelinde prevalansı en fazla olan ilk üç hastalık grubu sırasıyla, Sinir Sistemi ve Mental Hastalıklar(n:662, %49,5), Dolaşım Sistemi Hastalıkları (n: 579, %43,3), Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları (n: 285, %21,3)dır.

Sonuç

ESH'nin verdiği hizmetlerin yaşlı nüfusta sık görülen kronik hastalıklara ve sağlık durumlarına göre yeniden biçimlendirilmesi verilen hizmetin iyileştirilmesini sağlayacaktır. ESH'nin bu çalışmada sıklığı fazla bulunan hastalıklara göre hizmetleri önceliklendirmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler:Evde Sağlık Hizmetleri, Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı

GİRİŞ

Yaşlanma, tüm vücut sistemlerini etkileyen, kaçınılmaz, geri döndürülemez ve fizyolojik bir süreçtir. Yaşlı nüfus miktarı tüm dünyada artış göstermektedir ve buna bağlı olarak yaşlı nüfusun sağlığı ile ilgili sorunlar ve bunların nasıl kontrol edileceği önemli bir tartışma konusu olmaktadır (1). Çünkü prevalansı çoğu zaman yaşla artan kronik hastalıklar sağlık hizmeti veren kurumların hasta yükünün önemli bir kısmını oluşturmaktadır.

Evde Sağlık Hizmetleri (ESH) kronik ya da malign hastalıklar gibi gerekçelerle yatağa bağımlı olan ya da sağlık kuruluşlarına ulaşım konusunda güçlük yaşayan hastalara ev ortamında muayene, tetkik, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin profesyonel bir sağlık ekibi tarafından verilmesidir (2). Bu hizmet, sağlık hizmetlerine ulaşım konusunda zorlanacak popülasyonun sağlık hizmetlerine ulaşımını sağlarken bir yandan da hastane başvurularını azaltmaktadır.

Türkiye’de, evde sağlık hizmetleriyle ilgili kapsamlı başlangıç 2005 yılında olmuştur. 10 Mart 2005 tarihinde “Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik” Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelikte 2007 ve 2008 yıllarında bazı değişiklikler yapılmıştır (3).

01.02.2010 tarihinde yayınlanan “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile Kamu kurum ve kuruluşlarında evde sağlık hizmetleri vermeye başlanmıştır. 4 27 Şubat 2015 tarihinde “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik” Resmi Gazete’de yayınlanmıştır (3).

2017 yılında ise Sağlık Bakanlığı yeni bir uygulamaya geçmiş ve Evde Sağlık Hizmetleri tamamen hastanelere devredilmiştir. Ancak bu son uygulama henüz bir mevzuat zeminine oturtulmamıştır. Bu yeni uygulama ile ilgili yönetmelik çalışmasına Sağlık Bakanlığında devam edilmektedir (3).

Çalışmamızda kısa vadede 2021 yılı içerisinde ESH’den faydalanan 65 yaş üstü hastaların temel tanımlayıcı özelliklerinin tanımlanması, ölmüş ve sağ hastaların kronik hastalıklarının prevalansının belirlenmesi amaçlanmıştır. Uzun vadede ise Evde Sağlık Hizmetleri’nin en sık görülen hastalık gruplarına en iyi hizmet edecek şekilde yeniden tasarlanıp etkinlik ve maliyet açısından iyileştirmelere temel sağlaması hedeflenmiştir. Bunun yanı sıra ESH’nin iyileştirilmesi lüzumsuz sağlık harcamalarını azaltacağı gibi hastanelerdeki hasta yükünü azaltıp yatak kapasitelerinin daha verimli kullanılması sağlanacaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesi, Araştırma Popülasyonu

Bu çalışma Çanakkale ili Merkez ve Eceabat ilçelerinde evde sağlık hizmeti alan kişileri kapsamaktadır. Eceabat il merkezine yakın ve nüfusu küçük bir ilçe olduğu için kendi ESH birimi yoktur ve bu ihtiyaç Çanakkale Devlet Hastanesi ESH Birimi tarafından sağlanmaktadır. Çanakkale'nin toplam nüfusu 557.276'dır. Çanakkale İl Merkezi nüfusu 2021 yılı itibarıyla 195.439'dur. Çanakkale İl Merkezi nüfusunun % 49.5'i erkek, % 50.5'i kadındır. 65 yaş üstü nüfus oranı %11,27'dir. Eceabat İlçesi nüfusu ise 8.769'dur bu nüfusun %50.6'sı erkek, %49.4'ü kadın, 65 yaş üstü nüfus oranı %22.9'dur (7).

Çanakkale Devlet Hastanesi evde sağlık hizmetlerinde 2021 yılında hizmet alan hasta sayısı 1556 olup bunların 1337'si 65 yaş üstüdür. Bu çalışmaya 2021 yılı içerisinde Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmeti alan 65 yaş üstü hastalar dahil edilmiştir.

Araştırmanın Tipi

Bu çalışma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik çalışmadır.

Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırmanın verileri, Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi arşivindeki bu birimin çalışanları tarafından hasta yakınlarına danışılarak doldurulmuş formlardan oluşan hasta dosyalarından toplanmıştır.

Bu dosyalardan her bir hastanın sosyodemografik özellikleri, takip başlangıç tarihi, yatak bağımlılık durumu, gelir durumu, kişisel bakım durumu, güvenlik durumu, kronik hastalık varlığı, yardımcı araç kullanımı, üriner kateter varlığı, kişisel hijyen durumu, alışkanlıkları, geçirilmiş hastalıkları, ameliyatları, psikolojik durumu, bası ülseri varlığı, konsültasyon varlığı ve takip sayısı bilgileri toplanmıştır.

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar

Bu çalışma için, ÇOMÜ Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul Onayı ve Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alınmıştır. 26 ve 28 Temmuz 2022 tarihlerinde Evde Sağlık Birimi Arşivi'nde 5 intern hekim ve 1 araştırma görevlisi tarafından veriler toplanmıştır. Bu verilere çalışmanın bütünlüğünü sağlamak adına Halk Sağlığı Anabilim Dalı'nın aynı birimde Haziran ayında topladığı veriler de eklenmiştir.

Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz

Verilerin düzenlenmesinde IBM SPSS sürüm 19.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde ortalama ve yüzdelik değerler hesaplanmıştır.

BULGULAR

Çalışmada verileri kullanılan toplam 1337 hastanın 897(%66,7) tanesi kadın, 445 (%33,3) tanesi erkektir. Hastaların %69,3'ü merkez mahallelerde ikamet etmektedir. Hastaların %46,2'si 2021 yılında ölüm nedeniyle takipten çıkarılmıştır. (Tablo-1).

Çalışmaya dahil edilen hastaların genelinde prevalansı en fazla olan ilk üç hastalık grubu sırasıyla, Sinir Sistemi ve Mental Hastalıklar(n:662, %49,5), Dolaşım Sistemi Hastalıkları (n: 579, %43,3), Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları (n: 285, %21,3) dir. Vefat eden hasta grubunda da bu hastalık grupları aynı sıralamayla prevalansı en fazla olan hastalık gruplarıdır (Tablo-2).

TARTIŞMA

Ülkemizde, yaşlı nüfusun ve kronik hastalıkların hızla artması, evde bakım teknolojisinin gelişmesi, hastanelerden erken taburculuğun yaygınlaşması gibi nedenler evde sağlık hizmetine duyulan gereksinimi arttırmıştır(4).

Evde sağlık hizmetlerinin kapsamına bakıldığında; ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzerinde kronik veya uzun süreli bakımı gerektiren yaşlı hastalar ile kronik hastalığı olan ve bakıma ihtiyacı olan her yaşta hastalardan oluşmaktadır(5).

Çalışmamızda; Çanakkale ili kapsamında evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzeri 1337 hasta birey vardır ve bunların %66,7'si kadın %33,3'ü erkek olup büyük çoğunluk kadınlardan oluşmaktadır. Çatak ve arkadaşlarının çalışmasında da evde sağlık hizmeti alan 65 yaş üzerindeki kişilerin %67,6'sını kadınlar oluşturmaktadır (1). Işık ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da hizmet alan hastaların çoğunluğunu (%57,6) bizim çalışmamıza benzer kadınlar oluşturmaktadır. Evde sağlık hizmeti alanların daha büyük kısmının kadın olduğu ve yaş ortalamasının daha büyük olduğu saptanmıştır(5).

Yaş ortalaması açısından değerlendirildiğinde, 65 yaş üstü hastaların incelendiği bu çalışmada evde sağlık hizmeti alan hastaların yaş ortalaması 81,77 (ss:8,02) olarak bulunmuştur. Çatak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da bizim çalışmamıza benzer olarak yaş ortalaması 79,6 olarak tespit edilmiştir(1). Karaman'ın Zonguldak'ta yaptığı çalışmada 1280 hasta bireyin %88,1'inin 65 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu saptanmıştır(4). Bizim çalışmamızda evde sağlık hastalarının %85,9'unun 65 yaş üstü olduğu tespit edilmiştir.

Eker ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınlanan çalışmalarında aynı ilde 2017 yılı itibariyle ESH'den faydalanan hastaların demografik verileri incelendiğinde tüm yaş gruplarından 901 hastanın 22 (%2.4) tanesi köy yerleşimlidir. Bu veriler bizim çalışmamızdaki verilerle karşılaştırıldığında yalnızca 65 yaş üstü hasta grubunda dahi köy yerleşimli olup ESH alanların sayısının 146'ya (%10.9) yükseldiği görülmektedir. Bu da ESH'nin zaman içerisinde köylerde de yaygınlaştığının bir göstergesi olarak yorumlanabilir (6).

Bu çalışmada ESH alan hastaların yaklaşık yarısında sinir sistemi ve mental hastalık tanısı mevcuttur. Diğer en sık iki hastalık grubu ise dolaşım sistemi hastalıkları ve endokrin ve metabolizma hastalıklarıdır. Çayır ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da ESH alan hastaların yaklaşık yarısının hemiplejik ve Alzheimer hastalarından oluştuğu görülmektedir (2). Tuna ve arkadaşlarının Kayseri ili genelinde evde sağlık hizmeti verilen hastaların epidemiyolojik özelliklerini ve sunulan sağlık hizmetlerini incelemek amacıyla yaptıkları bir çalışmada hastaların %33,2'sinin nörolojik hastalıklara, %17'sinin ortopedik ve travmatolojik hastalıklara, %9,4'ünün onkolojik hastalıklara, %6,7'sinin psikiyatrik hastalıklara sahip olduğu tespit edilmiştir(4). Çatak'ın yaptığı çalışmada en sık bildirilen iki kronik hastalık hipertansiyon ve inmedir (1). Bu karşılaştırmada nörolojik hastalık sıklığının yoğun görüldüğü

söylenbilir. Onkolojik hastalıklar bizim çalışmamızda diğer çalışmalara göre beklediğimizden daha düşük sıklıkta bulunmuştur.

Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmaya veri kaynağı olan Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi arşivindeki hasta dosyalarındaki formların özellikle her bir hastanın sosyodemografik özelliklerinin, yatak bağımlılık durumunun, gelir durumunun, kişisel bakım durumunun, güvenlik durumunun, kişisel hijyen durumunun, alışkanlıklarının, psikolojik durumunun, baskı üleri varlığının, konsültasyon varlığının belirtilmesi gereken form alanları hastaların önemli bir kısmında eksiktir. Bu durum özellikle bu bilgiler konusundaki değerlendirmeler için kısıtlılık oluşturacağı için yanıltıcı olacaktır.

Çalışmaya veri kaynağı sağlayan hasta dosyalarındaki formların belli alanlarının yeterli özenle doldurulmamış olması formda doldurulmuş olan kronik hastalıklar gibi diğer alanlardaki bilgilerin doğruluğu ve eksiksiz olduğu konusunda güvenilirliğini azaltmaktadır. Bu sebeple çalışmamızda özellikle incelenen verilerin de hatalı sonuçlar verebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Sonuç

ESH, yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını karşılamada ve hastanelerin hasta yükünü azaltmada oldukça önemli bir birimdir. Bu birimin verdiği hizmetlerin yaşlı nüfusta sık görülen kronik hastalıklara ve sağlık durumlarına göre yeniden biçimlendirilmesi verilen hizmetin iyileştirilmesini sağlayacaktır.

Çalışmamızda hem yaşayan hem de vefat etmiş hasta grubunda en sık görülen hastalık gruplarının Sinir Sistemi ve Mental Hastalıklar, Dolaşım Sistemi Hastalıkları, Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları olduğu bulunmuştur. ESH'nin bu hastalıklara göre hizmetleri önceliklendirmesi önerilir.

KAYNAKLAR

- 1.Çatak, B., Selçuk, A., Badıllıoğlu, O., Sütlü, S., Erkan, A. 2012. "Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri." Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 10(1): 13–21.
- 2.Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan SA. Evde Sağlık Hizmetleri Alan Hastaların Özellikleri ve Bakım Verenlerin Beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi. 2013;5(3):9-12.
3. Çelik, E. Türkiye'de Evde Sağlık Hizmetleri. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi 10(5):1-4.
- 4.Karaman, D., Kara, D.,Atar, N. Y. 2015. "Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi:Zonguldak Örneği." Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 4(3): 347–59.
- 5.Çubukçu M, Yazıcıoğlu B. Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimine Kayıtlı Hastaların Değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2016;16(4):325-331.
- 6.Eker, E., Özerdoğan, Ö., Yıldırım, E., Oymak, S., C. Bakar. 2019. "Çanakkale İlinde Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin Temel Demografik Özellikleri Ve Sağlık Durumları." Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 12(3): 457–68.
- 7.TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2021<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>

TABLolar

Tablo-1: Hastaların temel tanımlayıcı özellikleri

| | Sayı | Yüzde |
|-----------------------------|------|-------|
| Cinsiyet (n: 1337) | | |
| Kadın | 892 | 66,7 |
| Erkek | 445 | 33,3 |
| Mahalle (n: 1337) | | |
| Merkez Mahalleler | 926 | 69,3 |
| Kepez ve Güzelyalı | 217 | 16,2 |
| Eceabat İlçesi | 48 | 3,6 |
| Köyler | 146 | 10,9 |
| Hayatta Kalma Durumu | | |
| Yaşayan | 720 | 53,8 |
| Vefat Eden | 617 | 46,2 |

NOT: n, hasta sayısını ifade etmektedir. %, yüzde oranını işaret etmektedir.

Tablo-2: Kronik hastalık gruplarının çalışma popülasyonundaki prevalansı

| | Sayı | Yüzde* |
|--|------|--------|
| Tüm Hastaların Kronik Hastalık Tanıları (n: 1337) | | |
| Sinir Sistemi ve Mental Hastalıklar | 662 | 49,5 |
| Dolaşım Sistemi Hastalıkları | 579 | 43,3 |
| Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları | 285 | 21,3 |
| Malign Neoplazmlar | 151 | 11,3 |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | 133 | 9,9 |
| Belirtilmemiş | 118 | 8,8 |
| Kas İskelet Sistemi Hastalıkları | 103 | 7,7 |
| Genitoüriner Sistem Hastalıkları | 89 | 6,7 |
| Travmaya Bağlı Hastalıklar | 57 | 4,3 |
| Kan Hastalıkları | 21 | 1,6 |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | 7 | 0,5 |
| Göz Hastalıkları | 1 | 0,1 |
| Konjenital ve Gelişimsel Hastalıklar | 1 | 0,1 |
| Toplam | 2207 | 156,3 |
| Vefat Edenlerin Tanıları(n:617) | | |
| Sinir Sistemi ve Mental Hastalıklar | 277 | 44,9 |
| Dolaşım Sistemi Hastalıkları | 222 | 36,0 |
| Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları | 117 | 18,5 |
| Malign Neoplazmlar | 106 | 17,7 |
| Solunum Sistemi Hastalıkları | 70 | 11,3 |
| Belirtilmemiş | 54 | 8,8 |
| Genitoüriner Sistem Hastalıkları | 45 | 7,3 |
| Travmaya Bağlı Hastalıklar | 44 | 7,1 |
| Kas İskelet Sistemi Hastalıkları | 27 | 4,4 |
| Kan Hastalıkları | 7 | 1,1 |
| Sindirim Sistemi Hastalıkları | 3 | 0,5 |
| Göz Hastalıkları | 1 | 0,2 |
| Konjenital ve Gelişimsel Hastalıklar | 0 | 0,0 |
| Toplam | 973 | 223,5 |

*: Prevalansı belirtmektedir.

**Çanakkale İlinde 2021 Yılında Evde Sağlık Hizmeti Alan Kişilerin
Temel Demografik Özellikleri**

Alaattin Çivi, Mehmet Yalçın, Feyza Özgür, Sait Nur Demir, Mehmetcan Turgut

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Mustafa Şefik YILDIRIM**

ÖZET

Giriş ve Amaç: Giderek artan yaşlı nüfus ve kronik hastalık yükünün ESH ihtiyacını arttıracığı öngörüsüyle böyle bir çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur.

Gereç ve yöntem: Bu çalışma tanımlayıcı epidemiyolojik bir çalışmadır. Çalışmaya, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde bakım hizmeti alan, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezinde kayıtlı, halen yaşayan 1556 hasta dâhil edilmiştir.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $76,87 \pm 14,43$, %64,1'i kadın (n=1556), katılımcıların %98,0'ının kronik hastalığı var (n=1465), beslenme durumu uygun olanlar ise %95,1'dir. (N=469). Kişisel hijyene baktığımızda ise %87,5'i uygun olarak gözlenmiştir. (n=502).

Sonuç: Artan nüfus ve yaşlı nüfus sebebiyle Evde Sağlık Hizmeti önemli bir konumdadır. Çalışmamızda da görüldüğü gibi kronik hastalık ve yaşlı nüfusunun artması ilerde bu bakıma daha da ihtiyaç doğuracağını ve önemli olacağını ortaya koymaktadır. Bu bağlamda Evde Sağlık Hizmeti anlayışının daha multidisipliner yaklaşılması gerektiğini ve bu hizmetin yaygınlaştırılması, kaynaklarının çoğaltılması ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca Evde Sağlık Hizmetinin yanında Evde Bakım Hizmeti de yaratılarak sağlık hizmetinin kalitesi de arttırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Evde sağlık hizmeti, Çanakkale, Demografik özellikler

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü evde bakımı; kendi kişisel bakımını sağlama, yaşam kalitesini sürdürme kapasitesinde olmayan, kişisel tercihlerini kullanmada ve yaşamının devamının sağlanmasında aile, akraba veya tıbbi, sosyal ve diğer uzmanların desteğine gereksinim duyulan etkinlikleri olarak tanımlamaktadır. Evde Sağlık Hizmeti özür, yaşlı, süregelen hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini sağlamak, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri ve özellikle de ailedeki kadınlar üzerindeki yükünü hafifletmek için birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir.

Türkiye’de ise Evde Sağlık Hizmeti’nin yaygınlaştırılması 1963 tarihinde hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma planı hedefleri arasında yer almasına rağmen bu alanda gelişim yeni başlamıştır. İlk yasal düzenleme Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayınlanmış olup, Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarınca evde sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" 01.02.2010 tarihinde yürürlüğe konulmuştur. Evde Sağlık Hizmetleri, Sağlık Bakanlığı’na bağlı olarak faaliyet gösteren Eğitim ve Araştırma Hastaneleri ile genel veya dal hastaneleri ve Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri bünyesinde kurulan evde sağlık hizmetleri birimleri ile toplum sağlığı merkezi, aile sağlığı merkezi ve aile hekimleri vasıtası ile sunulmaktadır.(1-2)

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2021 yılı yaşlı nüfusuna ilişkin istatistikleri kamuoyuyla paylaştı. TÜİK’ in paylaştığı verilere göre Ülkemizde yaşlı nüfus 8 milyon 245 bin 124 kişi olurken, Çanakkale’de ise yaşlı nüfus 87 bin 876 kişi oldu. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı ise 2016 yılında %8,3 iken, 2021 yılında %9,7’ye yükseldi. Yaşlı nüfusun 2021 yılında %44,3’ünü erkek nüfus, %55,7’sini kadın nüfus oluşturdu. Nüfus projeksiyonlarına göre yaşlı nüfus oranının 2025 yılında %11,0, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörüldü. Çanakkale’deki yaşlı nüfus oranı 2016 yılında %+14 iken, 2021 yılında %15,8 olduğu bilgisine ulaşılmıştır. 2025 yılında ise bu oran %+14 olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10,0’u geçmesi nüfusun yaşlanmasının bir göstergesidir.(3)

Giderek artan yaşlı nüfus ve kronik hastalık yükünün ESH ihtiyacını arttıracığı öngörüsüyle böyle bir çalışmaya ihtiyaç duyulmuştur.

Bu çalışmanın kısa vadedeki amacı Çanakkale Devlet Hastanesi kapsamında yürütülen Evde Sağlık Hizmetinden faydalanmakta olan bireylerin demografik özelliklerinin belirlenmesi ve gösterilmesidir. Uzun dönemde amacımız bu çalışmamızdan yararlanarak evde sağlık hizmeti alan kişilerin sayısının artmasına ve demografik özelliklerini analiz ederek; hastane yataklarını gerçekten ihtiyacı olan hastalara ayırmak ve yatak doluluk oranlarını düşürmek olan bu hizmet, aynı zamanda hastaneye ulaşmada güçlük yaşayan hastaların hizmete daha kolay erişimlerini de sağlamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi, araştırma popülasyonu ve örneklem: Çalışma, Çanakkale ili Merkez ve Eceabat ilçelerini kapsamaktadır. Çanakkale toplam nüfusu 2021 yılı nüfus sayımına göre 557276'dır. Nüfusun %50,3'ü erkek, %49,7'ü kadındır. 65 yaş üstü nüfusu 87876'dır (%15,76). Çanakkale Merkez ilçesi nüfusu 195439'dur. Eceabat ilçesi nüfusu ise 8769dur (4).

Çalışmaya, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde bakım hizmeti alan, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezinde kayıtlı, halen yaşayan 1556 hasta dâhil edilmiştir

Araştırmanın tipi: Bu çalışma tanımlayıcı epidemiyolojik bir çalışmadır.

Araştırmanın veri kaynakları: Araştırmanın verileri, Çanakkale il ve ilçelerinde Evde Sağlık Birimi'nde görevli sağlık çalışanları tarafından, hasta bireylerin evlerinde yapılan ziyaretlerde kişinin kendisiyle, iletişim kurulamayacak durumda olan hastaların verileri ise yakınlarına ya da bakımını veren kişilere sorularak doldurulan "Hasta Takip Formları" incelenerek elde edilmiştir.

Veriler, evde sağlık hizmeti alan kişinin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, doğum tarihi, adı, soyadı, mahalle), yatak bağımlılık durumu(tam bağımlı, yarı bağımlı, bağımsız), gelir durumu(maaş alıyor, sosyal yardım alıyor, bakıma muhtaçlık yardımı alıyor, aile reisi bakıyor, gelir yok) , kişisel bakım(kendisi, ailesi, bakıcısı, komşusu), güvenlik(uygun, uygun değil), beslenme(uygun, uygun değil), kronik hastalıkları, takip sayısı ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar: Bu çalışma, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu onayı ve Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma izni alındıktan sonra, 25 Temmuz- 29 Temmuz 2022 tarihleri arasında, Çanakkale On Sekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı öğretim üyeleri ve intörn hekimler tarafından Çanakkale Devlet Hastanesi Evde Sağlık Birimi hasta dosyaları arşivinden veriler toplanarak yapılmıştır.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve istatistiksel analiz: Verilerin düzenlenmesinde, IBM SPSS 19.0 programı kullanılmıştır. Verilerin analizinde, ortalama ve yüzdeler hesaplanmıştır.

Finansman: Bu araştırma yürütülürken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza Çanakkale Devlet Hastanesinin sağladığı Evde Sağlık hizmetinden faydalanan, Çanakkale Merkez belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 1556 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması 76,87±14,43, ortancası 80,00(minimum:10,00-maksimum:103,00) idi. Çalışmaya dahil edilenlerin %64,1'i kadın(n=1556); %76,5'i maaş alıyor,%14,5'inin geliri yok,%6,9'una aile velisi bakıyor,%1,2 sosyal yardım alıyor,%0,9 bakıma muhtaçlık yardımı alıyor.(n=332)

Katılımcıların %98,0'ının kronik hastalığı var(n=1465). %39,9unun yatağa tam bağımlı, %56,2'si yatağa yarı bağımlıdır. (n=1121). Kişisel bakım olarak ise kendisi sağlayabilenler %8,9, ailesi tarafından %87,2, bakıcısı tarafından %3,4 olarak gözlenmiştir. (n=708)

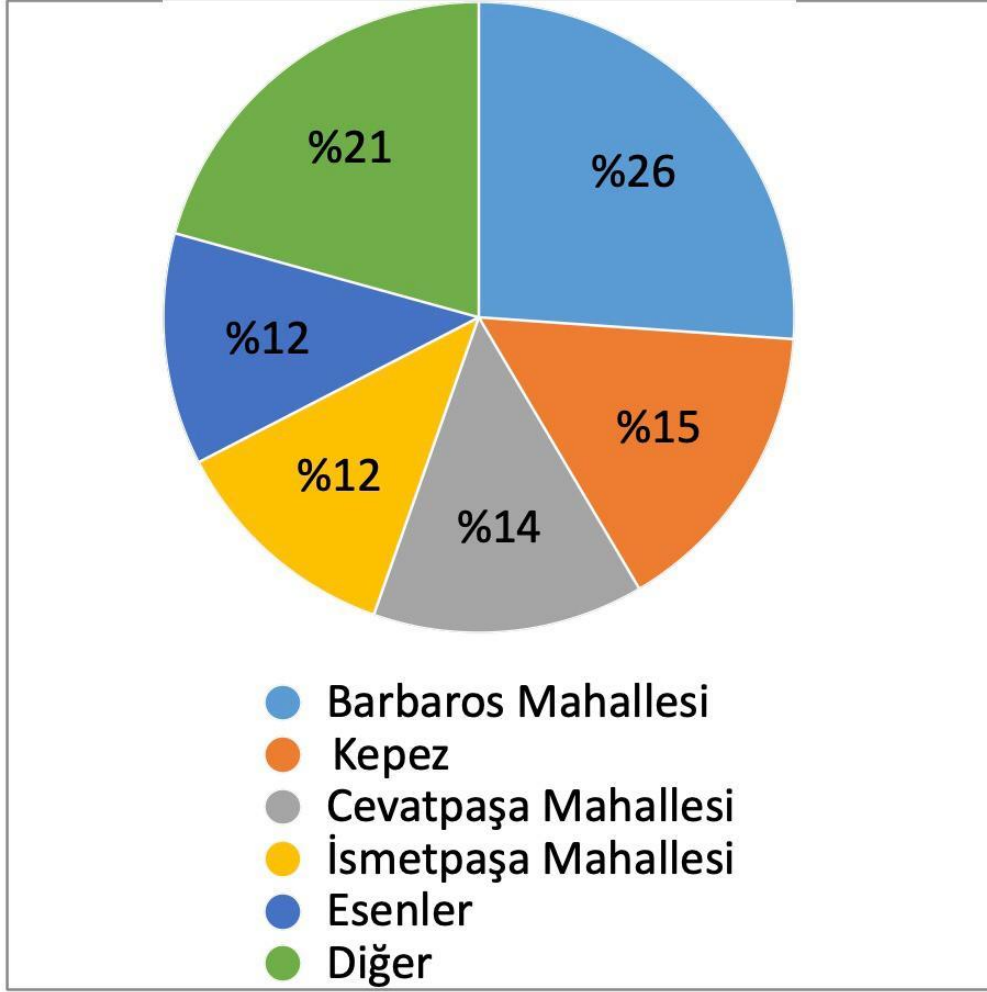
Çalışmaya dahil edilenlerin güvenlik durumu %99,4'ü uygundu.(n=684) Beslenme durumu uygun olanlar ise %95,1'dir. (N=469). Kişisel hijyene baktığımızda ise %87,5'i uygun olarak gözlenmiştir.(n=502)(Tablo 1).

Tablo 1. İncelenlerin Temel Tanımlayıcı Özellikleri, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|----------------------------------|-------------|--------------|
| Cinsiyet(n=1556) | | |
| Kadın | 997 | 64,1 |
| Erkek | 559 | 35,9 |
| Maaş Durumu(n=332) | | |
| Maaş alıyor | 254 | 76,5 |
| Geliri yok | 48 | 14,5 |
| Aile reisi bakıyor | 23 | 6,9 |
| Sosyal yardım alıyor | 4 | 1,2 |
| Bakıma muhtaçlık yardımı | 3 | 0,9 |
| Yatak Bağımlılığı(n=1121) | | |
| Tam bağımlı | 447 | 39,9 |
| Yarı bağımlı | 630 | 56,2 |
| Bağımsız | 44 | 3,9 |
| Kişisel bakım(n=708) | | |
| Kendisi | 63 | 8,9 |
| Ailesi | 621 | 87,7 |
| Bakıcısı | 24 | 3,4 |
| Kronik hastalık(n=1465) | | |
| evet | 1436 | 98,0 |
| hayır | 29 | 2,0 |
| Güvenlik (n=684) | | |
| Uygun | 680 | 99,4 |
| Uygun değil | 4 | 0,6 |
| Beslenme(n=469) | | |
| Uygun | 446 | 95,1 |
| Uygun değil | 23 | 4,9 |
| Hijyen(n=502) | | |
| Uygun | 439 | 87,5 |
| Uygun değil | 63 | 12,5 |
| Toplam | 1556 | 100,0 |

%: sütun yüzdesi

Çalışmaya dahil edilen bireylerin % 26,1 Barbaros Mahallesi, %15,4'ü Kepez bölgesinde,%13,9'u Cevatpaşa Mahallesinde,%12 İsmetpaşa Mahallesinde, %11,9'u Esenler mevkinde,%3'ü Eceabat'ta, %2,32ü Kemalpaşa Mahallesinde, %1,7'si Fevzipaşa Mahallesinde;%1 Güzelyalı, %1 Dardanos Mahallelerinden bu hizmeti almaktadır. %11,68'lik kısım ise çevre ilçe veya merkez köylerden bu hizmeti almaktadır. (Şekil1)



Şekil1. Evde Sağlık Hizmeti alan katılımcıların konakladığı bölgeler, 2021, Çanakkale

TARTIŞMA

Bu araştırmada Çanakkale ilinde ESH alan kişilerin dosyaları incelenmiştir. Çalışmamıza Çanakkale Devlet Hastanesinin sağladığı Evde Sağlık hizmetinden faydalanan, Çanakkale Merkez belediyesi sınırları içerisinde yaşayan 1556 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $76,87 \pm 14,43$. Binali Çatak ve arkadaşlarının çalışmasında ise Burdur'da ESH alan kişilerin ortalama yaş (standart sapma) $79.6 \pm 8.1(4)$ Dilek Karaman ve arkadaşlarının Zonguldak ili kapsamında evde sağlık hizmeti alan 1280 hasta bireyin %88,1'inin 65 yaş ve üstü yaş grubunda olduğu saptanmıştır.(5) Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek yaygınlaştığı görülmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre 2023 yılında 65 yaş ve üzerindeki nüfusun 8,6 milyon, kişiye oranının ise %10,2'ye yükseleceği bildirilmiştir.(6) Kişilerde yaş arttıkça bulaşıcı olmayan hastalıklar, yeti yitimine ve günlük yaşam aktivitesinde bağımlılığa neden olan sağlık sorunları artmaktadır. İleri yaşa gelmiş hastalarda kronik hastalıklarının ve çevreye bağımlı olma durumunun insidansının arttığı literatürdeki diğer çalışmalarda ve bizim çalışmamızda da bu durum açıkça ortaya çıkmaktadır.

Çalışmamıza dahil edilenlerin %64,1'i kadın(n=1556) olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde evde sağlık hizmeti alan kişilerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadın cinsiyet %41.6 ile %86.9 arasında değişmektedir ve sıklıkla kadınlar daha fazla ESH almaktadır.(7-12) Dilek Karaman ve arkadaşlarının Zonguldak ili kapsamında evde sağlık hizmeti alan 1280 hasta bireyin %61,4'ünün kadın, %38,6'sının erkek olarak gözlenmiştir.(5) Mahcube Çubukçu ekibinin Samsun'da yaptığı çalışmada ise ESH alan bireylerin %57,38'i kadın olarak kaydedilmiştir.(13) Bizim çalışmamızdaki kadınların daha sık ESH hizmeti aldığı çıkarımı ile bu çalışmaların sonucu uyumlu bulunmuştur.

Kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin, kronik hastalıklar ve yeti yitimi sıklığının, 65 yaş üzeri nüfusunun erkeklerden daha yüksek olması nedeni ile ESH'den daha çok yararlanmaları araştırmamızda beklenen bir bulgudur. (14-16)

Yaptığımız bu araştırmada %76,5'i maaş alıyor,%14,5'inin geliri yok,%6,9'una aile velisi bakıyor,%1,2 sosyal yardım alıyor,%0,9 bakıma muhtaçlık yardımı alıyor.(n=332). Uzan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise Uşak Ulubey İlçe Devlet Hastanesi ESH kapsamındaki hastaların %56'sı 1000 TL altında gelir düzeyine sahipti. Hastaların %49'u daha önce herhangi bir meslekte çalışmadığı tespit edildi.(17) İki çalışma arasındaki fark bölgemizde 65 yaş üstüne yaşlılık maaşı ve yanındaki bakanlara para verilmesi maaş olarak algılanmış olabilir.

Kronik hastalıklar, yaşlı hastaların en büyük problemi olmaya devam etmektedir. Çalışmamızda araştırmaya dahil edilen kişilerin %98'inde en az bir kronik hastalık mevcuttu. Coşkun Bakar, Sibel Oymak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre bu oran %99,2'idi.(18) ESH hizmeti alan hastaların kronik hastalık oranının %100 olmayışını verilerin doğru kaydedilmemiş olabilir olarak yorumlayabiliriz.

Çalışmamıza katılanların bağımlılık durumu incelendiğinde %39,9unun yatağa tam bağımlı, %56,2'si yatağa yarı bağımlıdır.(n=1121) Çubukçu ve arkadaşlarının Samsun ESH hizmetlerinde bulunduğu sonuçlar Hastaların % 61,21 'si yatağa tam bağımlıdır. (19). Kalınkara ve Kalaycı'nın çalışmasında evde bakım hizmeti alan yaşlıların %24.4'ü tam bağımlı, %54.1'i yarı bağımlı olarak saptanmıştır. (20) Verilerin bizim verilerimizle uyumlu olduğu dikkatimizi çekmektedir.

Kişisel bakım olarak ise kendisi sağlayabilenler %8,9, ailesi tarafından %87,2, bakıcısı tarafından %3,4 olarak gözlenmiştir. (n=708). Coşkun Bakar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise ESH alan kişilerin kişisel bakımını %16.1 kendisi, %82.8 ailesi veriyordu.(18) Enginyurt ve ark. çalışmasında ise ESH alan kişilerin bakımını %80.8 aile veya yakın akrabalarından biri veriyordu. (7,11,12) Çalışmamızla benzer olarak literatürde de ESH alan

kişilerin evde bakımını ailesi veya yakın akrabası vermektedir. Bakım; formal veya informal şekilde verilebilir. Formal bakımı, bakım hizmeti sunan meslek uzmanı vermektedir; informal bakımı ise bakım ihtiyacı olan kişiyle beraber yaşayan, bu kişiye sosyal destek sağlayan, bakımı ücretsiz sağlayan aile bireyleri veya yakın arkadaşları vermektedir.(21)

Literatürde informal bakımı üstlenen bireylerinin bu konuda eğitim almadıkları ve bakım vermede yetersiz kaldıkları görülmüştür. (20)

Beslenme durumu uygun olanlar ise %95,1'dir. (N=469) Coşkun Bakar, Sibel Oymak ve arkadaşlarının çalışmasında ise kişilerin %73,3'ünün beslenmesi uygun olarak bulunmuştur. Yaşa bağlı ortaya çıkan kilo kaybı ve beslenme bozuklukları; kişilerin mortalitesini ve morbiditesini artırması nedeniyle önemli bir konudur. (22,23) Evde sağlık hizmeti alan kişilerde malnütrisyon, beslenme durumu ile ilgili yapılan çalışmalarda, kişilerinde malnütrisyon ve malnütrisyon açısından risk altında olma durumuna sık rastlanmaktadır. (10,23)

Geniş bir coğrafyaya bu hizmetin verildiği gözlenmiştir. Bu alanın büyüklüğü hizmetin verilmesinde aksaklık oluşturabilir.

SONUÇ-ÖNERİLER:

Evde sağlık hizmetlerinin verilmesinde, bakanlık düzeyinden en alt birimlere kadar planlanmasında, ileri yaş gruplarının kronik hastalıkları ve bağımlılık düzeylerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Kadınların yaşam beklentilerinin erkeklerden uzun olması ve kronik hastalıklarının yaratacağı bağımlılık durumu göz önünde bulundurularak risk gruplarında bağımlılığın gelişmediği erken yaşlarda birinci basamak düzeyinde izlemlerin arttırılması ve koruyucu sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesiyle ilerleyen yaşlarda ortaya çıkacak kronik hastalık izlem ve yönetimine olumlu katkı sağlayabilir.

Yaşlılarda kronik hastalık yönetimine yönelik sağlık hizmetleri birinci ve ikinci basamak hizmetlerini yaygınlaştırma ve güçlendirme ile yürütülebilir. Bunlar birinci basamak ESH içerisinde yaşlı izlem modelinin oluşturulması ve teşvikler ile yaygınlaştırılmasıdır. İkinci basamakta ise hastanelerde geriatri birimlerinin yaygınlaştırılması ve demans, alzheimer, parkinson gibi yaşlılığa özel hastalıklara yönelik sağlık hizmeti veren kurumlar oluşturulması yer alabilir.

Yatağa bağımlı hastalara sunulan evde bakım hizmetleri ile hasta ve ailesinin evde yaşayabileceği sorunlardan ötürü hasta ve bakım vericilerin birçok alanda desteksiz bırakılmaması, endişelerinin giderilmesi ve sorularının cevapsız kalmaması hususları üzerinde durulmaktadır. Ayrıca bu hizmetler ile hastalarda oluşan ya da oluşabilecek akut ve kronik komplikasyonlar engellenip, tekrarlı hastane yatışlarının azaltılarak aile ve ülke ekonomisine katkı sağlanacağı görüşü savunulmaktadır.

ESH alan bireye informal bakım verecek kişinin yedekli şeklinde tespit edilmelidir. Örneğin birincil bakacak kişi kızı olarak belirlenmişse ikincil bakacak kişi (örn torunu) de kayıt altına alınmalıdır. Ve gerekli uzmanlar tarafından bakım eğitimi verilmelidir. Formal bakımda ise uzmanların ESH ekibine yerleştirilmesi ve bunun yaygınlaştırılması sağlanmalıdır. İlaveten ESH bireylerinin bakım alabileceği konaklamalı yarı özel veya devlet kurumlarının kurulması, özel işletmelerin ise denetime tabi tutulup teşvik edilmesi bu bağlamda yararlı olabilir.

Uygun olmayan beslenme, malnütrisyon fark edilmediği zaman ve tedavi edilmediği zaman diğer hastalıkların tedavisini etkilemekte, evde sağlık hizmetlerinin başarısı düşürmektedir. 19 Bu yüzden ESH ekibine diyetisyen eklenmelidir. Beslenme durumu uygun olmayan kişilere diyetisyen müdahale etmeli, tedaviyi aksatacak veya kötü etkileyecek

beslenme alışkanlıklarını durdurmalıdır. Ve tedaviyi destekleyecek bir beslenme programı hazırlanmalıdır. Bu durumda beslenme ürünlerini ekonomik olarak sağlayamayacak bireylere bir destek sağlanmalıdır.

ESH'in geniş alanlara hizmet vermesi sonucunda ekiplerin ulaşımından doğan problemler (mali ve beşeri) sonucu aksama yaşanabilir. Mahalli istasyonlar kurulabilir mi maliyet-etkin olup olmadığı değerlendirilen bir çalışma tasarlanabilir.

Bu bağlamda Evde Sağlık Hizmeti anlayışının daha multidisipliner yaklaşılması gerektiğini ve bu hizmetin yaygınlaştırılması, kaynaklarının çoğaltılması ve güçlendirilmesi gerekmektedir. Ayrıca Evde Sağlık Hizmetinin yanında Evde Bakım Hizmeti de yaratılarak sağlık hizmetinin kalitesi de arttırılmalıdır.

KISITLILIKLAR:

Toplanan verilerin eksik alınması veya sisteme eksik girilmesinden dolayı örneklem eksilmesinden dolayı bulguların anlamlandırmak zorlaşmıştır.

Maaş konusunda kategorize edilerek daha detaylı sorgulamalar yapılabilir.

KAYNAKÇA

1. Aslan Ş. Evde Sağlık Hizmetleri Uygulamasında Türkiye. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi. 2018;1(1):44-55.
2. Pehlivanoglu EFÖ, Özkan MU, Balcioglu H, Bilge U, Ünlüoglu İ. Adjustment and Reliability of Katz Daily Life Activity Measures for Elderly in Turkish. Ankara Medical Journal. 2018;18(2):219-223.
3. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2021. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Erişim Adresi:(<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yasli-lar-202145636#:~:text=T%C3%BCrkiye%20n%C3%BCfusunun%20ya%C5%9F%20yap%C4%B1s%C4%B1%20de%C4%9Fi%C5%9Fti,bir%20h%C4%B1z%20ile%20art%C4%B1%C5%9F%20g%C3%B6sterdi.>)
4. Çatak, B. , Kılınç, A. , Badıllıoğlu, O. , Sütlü, S. , Erkan Sofuoğlu, A. & Aslan, D. (2012). Burdur'da Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastaların Profili ve Evde Verilen Sağlık Hizmetleri . Turkish Journal of Public Health , 10 (1) , 13-21
5. Karaman, D. , Kara, D. & Yalçın Atar, N. (2015). Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının Ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 4 (3) , 347-359
6. Türkiye İstatistik Kurumu, Nüfus Projeksiyonları, 2013-2075. (<http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.doid=15844>) Erişim: 31.05.2012.
7. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. Smyrna Tıp Dergisi. 2011;(1):45-48
8. Evde Sağlık Hizmetlerinde Hasta Yakınlarının Memnuniyeti. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2016;7(1):863-880.
9. Karaman D, Kara D, Yalçın Atar N. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(3):347-359.
10. Çevik A, Basat O, Uçak S. Evde Sağlık Hizmeti Alan Yaşlı Hastalarda Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi ve Beslenme Durumunun Laboratuvar Parametreleri Üzerine Olan Etkisinin İrdelenmesi. Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni. 2014;48(2):132-139.
11. Limnili G, Özçakar N. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Özellikleri ve Beklentiler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(1):13-17.

12. Hisar KM, Erdoğan H. Evde Sağlık Hizmeti Alanlarda Yaşam Kalitesi Durumu ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. Genel Tıp Dergisi.
13. Yazıcıoğlu, B. & Çubukçu, M. (2016). Evaluation of the Patients Registered to Samsun Education and Research Hospital Home Care Services Unit . Ankara Medical Journal , 16 (4)
14. Türkiye İstatistik Kurumu. İstatistiklerle Yaşlılar, 2017. Türkiye İstatistik Kurumu Haber Bülteni. Erişim Adresi: <http://www.tuik.gov.tr/PdfGetir.do?id=27595>. Erişim Tarihi: 20.05.2019
15. St Sauver JL, Boyd CM, Grossardt BR, et al. Risk of developing multimorbidity across all ages in an historical cohort study: Differences by sex and ethnicity. BMJ Open. 2015;5(2):1-13.
16. Bakanlık TCA ve SP. Engelli ve Yaşlı Bireylere İlişkin İstatistikî Bilgiler. Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Erişim Adresi: https://www.tuseb.gov.tr/enstitu/tacese/yuklemeler/RAPORLAR/aspb_2018_engelli_yasli_bireylere_iliskin_istatistikî_bilgiler.pdf. Erişim Tarihi: 20.05.2019
17. Uzan MM, Taşkın Eğici M, Toprak D. Sociodemographic Characteristics and Medical Conditions of Patients under Homecare Service. JAREM 2017; 7: 117-21
18. Eker, E. , Özerdoğan, Ö. , Yıldırım, E. , Oymak, S. & Bakar, C. (2019). Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları . Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 12 (3)
19. Yazıcıoğlu, B. & Çubukçu, M. (2016). Evaluation of the Patients Registered to Samsun Education and Research Hospital Home Care Services Unit . Ankara Medical Journal , 16 (4)
20. Kalinkara V, Kalaycı I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doyumu , Bakım Yüğü ve Tükenmişlik. Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi. 2017;10(2):19-39.
21. Türken Gel K, Tokur Kesgin M. İnfomal Bakım Verenlerin Bakım Yüğüne İlişkin Hemşirelerin Görüşleri. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;20(4):267-278.
22. Morley JE. Anorexia of aging: physiologic and pathologic. The American journal of clinical nutrition. 1997;66(4)
23. Saka B. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon. Klinik Gelişim. 2012;(25):82-89.

Çanakkale İlinde Evde Sağlık Hizmeti Alıp Yardımcı Araç Kullanan Bireylerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim

Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT

ÖZET

Giriş ve amaç: Evde Sağlık hizmeti alan ve yardımcı araç kullanan hastaların demografik özelliklerini, tanımlarını, en çok kullandıkları yardımcı araçları tespit etmek, kişiye yönelik evde sağlık hizmeti geliştirilmesi açısından önemlidir. Bu araştırma, Çanakkale Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı hastaları ve verilen hizmeti incelemeyi, yardımcı araç kullanım sıklığını saptamayı ve evde sağlık hizmetinin ilimizdeki mevcut durumu ortaya koymayı amaçlamıştır.

Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Çalışmaya, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde bakım hizmeti alan, Çalışmaya, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde bakım hizmeti alan, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezinde kayıtlı ölen ve yaşayan toplamda 1556 kadar hasta verisi arasından 260 yardımcı araç kullanan hasta dahil edilmiştir. Çanakkale eski devlet hastanesindeki evde sağlık biriminde bulunan "Hasta Takip Formları" ÇOMÜ intern doktorlar tarafından incelenip verileri SPSS'e girilmiştir.

Bulgular: Çanakkale ili kapsamında evde sağlık hizmeti alıp yardımcı araç kullanan toplam 260 bireyin %68,8'i (n=179) kadın, %31,2'si (n=81) erkek olduğu saptanmıştır. Hastaların %17,3'ü (n=45) tekerlekli sandalye, %28,1'i (n=73) wolker, %9,2'si (n=24) havalı yatak, %0,4'ü (n=1) takma diş, %1,9'u (n=5) wc yükseltici, %16,2'si (n=42) koltuk değneği/baston kullanmaktadır. Bu bireylerin %65,7'sinin (n=161) yatağa yarı bağımlı, %28,1'inin (n=69) tam bağımlı, %6,1'inin (n=15) de bağımsız olduğu saptandı.

Sonuç: Çanakkale ili evde sağlık hizmeti alan kişilerin dosyaları incelendiğinde en çok kullanılan yardımcı araçların wolker, O2 konsantratorü ve tekerlekli sandalye olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çanakkale, Evde Sağlık, Yardım araç kullanımı

GİRİŞ

Bilimsel gelişmelere paralel olarak, tüm ülkelerde tıp ve sağlık alanlarında da önemli gelişmeler olmaktadır. Bunun sonucunda, yaşam süresinin uzamasıyla, kronik hastalıkların sıklığı ve bakıma ihtiyaç duyan birey sayısı artmaktadır (1). Evde sağlık hizmetleri, çeşitli hastalıklar nedeniyle evde sağlık hizmeti almaya ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulmasıdır (2). Amacı tüm ülkelerde aynı olup, hastaların kendi yaşam alanlarında yaşam kalitesini yükseltmektir. Evde sağlık hizmetleri sağlık personelleri tarafından, sağlık kurullarınca sağlanmaktadır. Evde sağlık hizmetleri kavramı ilk olarak 1700'lü yıllarda Avrupa'da ortaya çıkmış ve her dönemde kullanılmıştır. Türkiye'de ise 01.02.2010 tarih ve 3895 sayılı "Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge" sonrası kamu hastaneleri ile aile sağlığı merkezlerinde evde sağlık hizmeti vermeye başlanmıştır. Bu hizmetin hastanelere göre daha düşük maliyetli olması ve daha konforlu bakım ortamı yaratması daha cazip bulunup, zorunlu hale getirilmiştir (2).

Evde sağlık hizmetinden yatağa bağımlı hastalar, yatağa yarı bağımlı hastalar, terminal dönem palyatif bakım hastaları, ileri derecedeki kas hastaları, Alzheimer, demans, parkinson tanılı hastalar faydalanabilir. İleri yaşlı yada kronik hastalığı olan hastaların yetenek seviyeleri genellikle değişkendir ve temel işlev seviyeleriyle üstesinden gelemeyecekleri zorluklarla karşı karşıyadır. Çoğu durumda, bir hasta yardımcı araçların kullanımı yoluyla bağımsız işlev görebilir veya işlev yeteneklerini artırabilir (4).

Yardımcı araç cihazları (ATD'ler), engelli bir bireyin belirli bir görevi yapmasına yardımcı olan her türlü sistem, öge veya ekipmandır (4). Yardımcı cihaz teknolojisi alanında, fonksiyonel kısıtlılıkları tolere etmek için kullanılacak çeşitli yaklaşımlar vardır (tekerlekli sandalye, baston, koltuk değneği, wolker). Bir ATD ticari olarak üretilir veya hastanın kendi evinde yapılmış özel araçlar olabilir. Yardımcı araçlar, tıbbi yardımcı araçlar (ör. inhalasyon cihazları, oksijen konsantratörleri), görme, işitme, konuşma gibi iletişim yardımcı araçları, ortopedik yardımcı araçlar (ör. tekerlekli sandalye), inkontinans yardımcı araçları (ör. yetişkin pedleri), dekübitüs için yardımcı araçlar (ör. anti dekübitüs yatağı, koltuk minderi), hareket için yardımcı araçlar (ör. rolatörler, transfer tahtaları, rampalar) şeklinde sınıflandırılabilir (5).

Hastalarda yardımcı araç gereç kullanımı, hastaların fonksiyonel durumlarını ve günlük işlerde bağımsızlıklarını sürdürebilmeleri, hastaların yaşadıkları ortamlarda güvenliklerini koruyabilmeleri için önemlidir (6). Helvacı ve ark. yaptığı çalışmada, hastaların %62,9'unun günlük yaşam aktivitelerinde yardımcı araç kullandığı bulunmuş (7).

Bu araştırma, Çanakkale Devlet Hastanesi evde sağlık birimine kayıtlı hastaları ve verilen hizmeti incelemeyi, yardımcı araç kullanım sıklığını saptamayı ve evde sağlık hizmetinin ilimizdeki mevcut durumu ortaya koymayı amaçlamıştır.

YÖNTEM

Araştırmanın tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir bilimsel araştırmadır.

Araştırmanın popülasyonu

Çalışma, Çanakkale ili Merkez ve Eceabat ilçelerini kapsamaktadır. Çanakkale toplam nüfusu 2021 yılı nüfus sayımına göre 557276'dır. Nüfusun %50,3'ü erkek, %49,7'ü kadındır. 65 yaş üstü nüfusu 87876'dır (%15,76). Çanakkale Merkez ilçesi nüfusu 195439'dur. Eceabat ilçesi nüfusu ise 8769dur.

Çalışmaya, 01 Ocak-31 Aralık 2021 tarihleri arasında Merkez ve Eceabat ilçesinde evde bakım hizmeti alan, Çanakkale İl Sağlık Müdürlüğü Evde Sağlık Hizmeti Koordinasyon Merkezinde kayıtlı ölen ve yaşayan toplamda 1556 kadar hasta verisi arasından 260 yardımcı araç kullanan hasta dahil edilmiştir.

Araştırmanın veri kaynakları

Araştırmanın verileri, Çanakkale il ve ilçelerinde Evde Sağlık Birimi'nde görevli sağlık çalışanları tarafından, hasta bireylerin evlerinde yapılan ziyaretlerde kişinin kendisiyle, iletişim kurulamayacak durumda olan hastaların verileri ise yakınlarına ya da bakımını veren kişilere sorularak doldurulan "Hasta Takip Formları" incelenerek elde edilmiştir.

Veriler, evde sağlık hizmeti alan kişinin sosyodemografik özellikleri (cinsiyet, doğum tarihi, adı, soyadı, mahalle), takip başlangıç tarihi, yatak bağımlılık durumu(tam bağımlı, yarı bağımlı, bağımsız), gelir durumu(maaş alıyor, sosyal yardım alıyor, bakıma muhtaçlık yardımı alıyor, aile reisi bakıyor, gelir yok) , kişisel bakım(kendisi, ailesi, bakıcısı, komşusu), güvenlik(uygun, uygun değil), beslenme(uygun, uygun değil), kronik hastalıkları, yardımcı araç kullanımı, sonda(var, yok), kişisel hijyen(uygun, uygun değil), alışkanlıkları(sigara, alkol, madde bağımlılığı), geçirilmiş hastalıkları ve ameliyatları, psikolojik durum(normal, üzüntülü, huzursuz-gergin, kayıtsız, aşırı dalgın, ajite, koopere değil), bası ülseri(var, yok), dahiliye ve nöroloji konsültasyonu varlığı (var, yok), takip sayısı ile ilgili bilgileri kapsamaktadır.

Araştırmanın Uygulanması ve araştırmayı uygulayanlar

Çanakkale eski devlet hastanesindeki evde sağlık biriminde bulunan "Hasta Takip Formları" ÇOMÜ intern doktorlar tarafından incelenip verileri SPSS'e girildi.

Etik Onay ve Kurum İzni

Araştırma için öncelikle Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan sayı ve tarihli etik kurul onayı alındı

İstatistiksel Analiz

Tanımlayıcı verilerin sunumunda sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma kullanıldı.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması 78,59±12,46 idi.

Çanakkale ili kapsamında evde sağlık hizmeti alıp yardımcı araç kullanan toplam 260 bireyin %68,8'i (n=179) kadın, %31,2'si (n=81) erkek olduğu saptanmıştır. Çalışmaya dahil edilenlerin %74,6'sı (n=97) maaş alıyor, %16,2'sinin (n=21) geliri yok, %7,6'sına (n=10) aile reisi bakıyor, %1,6'sı (n=2) da bakıma muhtaçlık yardımı alıyor. Bu hastaların, %82,8'sinin (n=215) yerleşim yeri Çanakkale il merkezi, %17,9'unun (n=45) da Çanakkale köyleri idi (**Tablo 1**).

Tablo 1. Çalışmaya Dahil Edilenlerin Demografik Özellikleri, Çanakkale 2022

| Cinsiyet (n=260) | Sayı (%) |
|--------------------------|------------|
| Kadın | 179 (68,8) |
| Erkek | 81 (31,1) |
| Gelir Durumu (n=130) | |
| Maaş alıyor | 97 (74,6) |
| Geliri yok | 21 (16,2) |
| Aile reisi bakıyor | 10 (7,6) |
| Muhtaçlık yardımı alıyor | 2 (1,6) |
| Yerleşim Yeri (n=260) | |
| Merkez | 215 (82,8) |
| Köyler | 45 (17,9) |

%: yüzde n: kişi sayısı

Hastaların %17,3'ü (n=45) tekerlekli sandalye, %28,1'i (n=73) wolker, %9,2'si (n=24) havalı yatak, %0,4'ü (n=1) takma diş, %1,9'u (n=5) wc yükseltici, %16,2'si (n=42) koltuk değneği/baston, %3,8'si (n=10) protez, %1,2'si (n=3) nebülizatör, %0,8'i (n=2) ventilatör, %21,2'si (n=55) O2 konsantratörü kullanmaktadır (**Tablo 2**).

Tablo 2. Çalışmaya Dahil Edilenlerin Kullandığı Yardımcı Araçlar, Çanakkale 2022

| Kullanılan yardımcı araçlar (n=260) | Sayı (%) |
|-------------------------------------|-----------|
| Wolker | 73 (28,1) |
| O2 konsantratörü | 55 (21,2) |
| Tekerlekli sandalye | 45(17,3) |
| Koltuk değneği/baston | 42 (16,2) |
| Havalı yatak | 24(9,2) |
| Protez | 10 (3,8) |
| Wc yükseltici | 5 (1,9) |
| Nebülizatör | 3 (1,2) |
| Ventilatör | 2 (0,8) |
| Takma diş | 1 (0,4) |

%: yüzde n: kişi sayısı

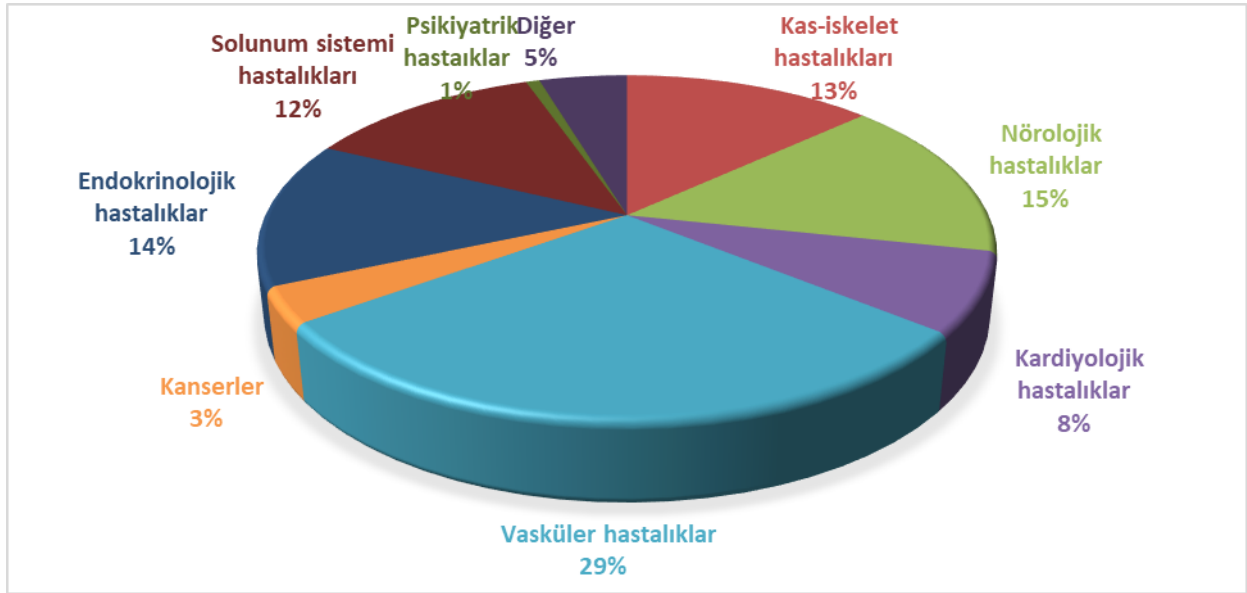
Yardımcı araç kullanımı olan bireylerin %65,7'si (n=161) yarı bağımlı, %28,1'i (n=69) yatağa tam bağımlı, %6,1'i (n=15) de bağımsız. Bu bireylerin kişisel bakımının %83,5 (n=172) ailesi tarafından, %11,1 (n=23) kendisi tarafından, %5,3 (n=11) bakıcısı tarafından sağlanmakta olduğu saptandı. Araştırmaya dahil edilen hastaların %97,6'sının (n=249) en az bir kronik hastalığı mevcut iken, %2,4'ünün (n=6) kronik hastalığı yok (Tablo 2). Araştırma grubunun %63,1'inin (n=103) psikolojik durumu normal, %16,0'ünün (n=26) kayıtsız, %9,8'inin (n=16)

üzüntülü, %9,2'sinin (n=15) huzursuz-gergin ve %1,8'inin (n=3) aşırı dalgın şeklindedir. Kişilerin %62,5'inin (n=75) geçirilmiş ameliyat öyküsü varken, %37,5'inin (n=45) yoktu. Araştırma grubunun %28,1 (n=55) bası ülseri mevcutken %71,9 (n=141) yoktu (**Tablo 3**). Verisi bulunan 248 hastanın %13 oranında (n=74) kas-iskelet hastalıkları, %15 (n=85) nörolojik hastalıklar, %7 (n=42) kalp hastalıkları, %29 (n=164) vasküler hastalıklar, %3 (n=19) kanserler, %14 (n=77) endokrinolojik hastalıklar, %13 (n=70) solunum sistemi hastalıkları, %1 (n=4) psikiyatrik hastalıklar ve %5 (=26) diğer hastalık tanıları mevcut (**Şekil 1**). Formlarda eksik doldurulan alanlar nedeniyle bulgular kısmında verilen sayılar doldurduğu kadarıyla verilmiştir.

Tablo 3. Çalışmaya Dahil Edilenlerin Biyo-psiko-sosyal Durumları, Çanakkale 2022

| Yatağa bağımlılık durumu (n=245) | Sayı (%) |
|---|-----------------|
| Yarı bağımlı | 161 (65,7) |
| Tam bağımlı | 69 (28,1) |
| Bağımsız | 15 (6,1) |
| Kişisel bakım (n=206) | |
| Ailesi | 172 (83,5) |
| Kendisi | 23 (11,1) |
| Bakıcısı | 11 (5,3) |
| Kronik hastalık (n=255) | |
| Var | 249 (97,6) |
| Yok | 6 (2,4) |
| Psikolojik durum (n=163) | |
| Normal | 103 (63,1) |
| Kayıtsız | 26 (16,0) |
| Üzüntülü | 16 (9,8) |
| Huzursuz-gergin | 15 (9,2) |
| Aşırı dalgın | 3 (1,8) |
| Geçirilmiş Ameliyatlar (n=120) | |
| Var | 75 (62,5) |
| Yok | 45 (37,5) |
| Bası ülseri (n=196) | |
| Var | 55 (28,1) |
| Yok | 141 (71,9) |

%: yüzde n: kişi sayısı



Şekil 1. Çalışmaya Dahil Edilen Hastaların Tanı Dağılımı, Çanakkale 2022

Tablo 4. Çalışmadaki Kayıp Verilerin Oranı, Çanakkale 2022

| Kayıp Veriler | % |
|--------------------------|------|
| Geçirilmiş Ameliyat | 53,8 |
| Gelir Durumu | 50 |
| Psikolojik Durum | 37,3 |
| Bası Ülseri | 24,6 |
| Kişisel Bakım | 20,8 |
| Hastaların Tanısı | 9,6 |
| Yatağa Bağımlılık Durumu | 5,8 |
| Kronik Hastalık | 1,9 |

%: yüzde n: kişi sayısı

TARTIŞMA

Bu araştırmada Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin dosyaları incelenmiştir. Çalışmaya dahil edilenlerin yaş ortalaması $78,59 \pm 12,46$ idi. Bakar ve ark. yaptığı çalışmada evde sağlık hizmeti alan bireylerin %86,2'si 65 yaş ve üzeriydi (1). Çalışkan ve ark. yaptığı çalışmada başvuran hastaların yaş aralığı incelendiğinde 66-85 yaş aralığındaki hastaların (%53,3) çoğunlukta olduğu görülmüştür (5).

İleri yaşlarda bulunan insanların kronik hastalıklarının ve bağımlılıklarının artması beklediğimiz bir bulgudur. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin planlanmasında ileri yaş gruplarının kronik hastalıkları ve bağımlılık düzeylerinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan kişilerin %31'i erkek, %69'u kadındı. Çalışkan ve ark. yaptığı çalışmada hastaların büyük çoğunluğunun (%81,2) 65 yaş ve üzerinde ve kadın hastalardan oluştuğu tespit edilmiştir (2). Ülkemizde evde sağlık hizmeti alan kişilerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde, kadın cinsiyet %41,6 ile %86,9 arasında değişmektedir ve sıklıkla kadınlar daha fazla evde sağlık hizmeti almaktadır.

Araştırmamıza dahil edilen evde sağlık hizmeti alıp yardımcı araç kullanan hastaların, %28,1'i (n=73) wolker, %21,2'si (n=55) O2 konsantratörü, %17,3'ü (n=45) tekerlekli sandalye,

%16,2'si (n=42) koltuk değneği/baston, %9,2'si (n=24) havalı yatak, %0,4'ü (n=1) takma diş, %1,9'u (n=5) wc yükseltici, %3,8'si (n=10) protez, %1,2'si (n=3) nebulizatör, %0,8'i (n=2) ventilatörü kullanmaktadır. Bu bulgular literatür ile uyumlu bulunmuştur. Helvacı ve ark. çalışmasında da en çok kullanılan yardımcı araç %20,7 ile koltuk değneği, baston ve aynı oranla tekerlekli sandalyeydi. Hastaların daha çok kas-iskelet hastalıkları için yardımcı araç kullandığını görüyoruz. Hastaların yardımcı araç kullanımı, günlük yaşamlarını konforlu sürdürebilmeleri ve güvenliklerini sağlayabilmeleri açısından önemlidir. Yardımcı cihazlar önemli ölçüde kullanılmaya devam ediyor ve etkili olduğu görülüyor. Gelecek çalışmalarda sadece kullanım oranlarını belirlemek dışında, hastaların araç kullanımı için nöromüsküler durum ve motivasyonlarının, cihaz dayanıklılıklarının, araç kullanım eğitim programlarının da yeterliliklerinin incelenmesinin evde sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından önemli olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmamızda evde sağlık hizmeti alan hastaların %8,8'i kişisel bakımını kendisi yapıyor. %66,2'sinin kişisel bakımını ailesi üstleniyor. %4,2'sinin kişisel bakımıyla bakıcısı ilgileniyor. Enginyurt ve ark. çalışmasında %80,8, Özçakar'ın çalışmasında %98,8, Erdoğan'ın çalışmasında %85,9 ile evde sağlık hizmeti alan kişilerin bakımını aile veya yakın akrabalarından biri veriyordu (3,4). Yaşlı bakımı konusunda uzmanlaşmış sağlık personeline evde sağlık ekibi içerisinde ihtiyaç vardır. Evde sağlık hizmeti başvuru değerlendirmesinde hizmet alacak yaşlı bireyin bakıma ihtiyaç durumu ve bireye bakım veren kişi tespit edilmelidir. Bakıma ihtiyacı olan kişilere bakımı bu konuda uzmanlaşmış kişiler veya yaşlı bakımı konusunda eğitim almış aile bireyleri verebilir.

Çalışmamızda bağımlılık durumu incelendiğinde kişilerin, %26,5 tam bağımlı, %61,9 yarı bağımlı %5,8 bağımsız. Bakar ve ark. yaptığı çalışmada %90'undan fazlasıyla tam bağımlı ya da yarı bağımlıydı (1). Kalaycı'nın çalışmasında evde bakım hizmeti alan yaşlıların %24,4'ü tam bağımlı, %54,1'i yarı bağımlı, Oğuz ve ark. çalışmasında evde sağlık hizmeti alan kişilerde yaptığı çalışmada, kişilerin %40,2'si tam bağımlı, %21,0'ı yarı bağımlı olarak saptanmıştır (6). Hastaların bağımlılık durumu, evde sağlık hizmet modelinin bağımsız kişilerin bağımsızlığının korunması ve yarı bağımlı kişilerin sağlık durumlarının iyileştirilmesine yönelik düzenlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Araştırmamızda yardımcı araç kullanan hastaların %28,1'inde bası ülseri mevcuttu. Enginyurt ve ark. çalışmasında bası ülseri olan hastaların oranı %12, Karaman ve ark. çalışmasında %9,5 olarak bulunmuştu (10,11). Bası ülseri önemli komplikasyonlara yol açabilen ve mortaliteyi arttıran, bakım gerektiren önemli bir sağlık sorunudur ve hastalar bu açıdan değerlendirilmelidir. Çalışmamızda, hastaların %62,5'inde geçirilmiş ameliyat öyküsü vardı. Bakar ve ark. yaptığı çalışmada da bu oran %22,8 idi. Geçirilmiş ameliyatların yardımcı araç kullanım oranında etkili olduğunu düşünüyoruz. Çalışmamızda hastaların çoğunda kalça-diz protezi ameliyatı öyküsü mevcuttu. Ayrıca araştırmamıza dahil edilen hastaların psikolojik durumları, %63,1 normal, %16 kayıtsız, %9,8 üzüntülü, %9,2 huzursuz-gergin, %1,8 aşırı dalgın olarak bulundu. Bu belirtiler yaşlılarda depresyon gibi psikiyatrik hastalıkların belirtileri olabilir ve evde sağlık hizmeti alan hastaların psikiyatrik açıdan taranması, kronikleşme veya intihar gibi zararlı eylemleri önlemede önemli olabilir.

Çalışmamızda yardımcı araç kullanan hastaların %95,8'inde kronik hastalık mevcut. Dağılımları, %13 kas iskelet hastalıkları, %15 nörolojik hastalık, %8 kardiyolojik hastalık, %29 vasküler hastalık, %3 kanser, %14 endokrinolojik hastalık, %12 solunum sistemi hastalıkları, %1 psikiyatrik hastalık, %5 diğerleri şeklindedir. Bakar ve ark. yaptığı çalışmada ise; araştırmaya dahil edilen kişilerin %99,3'ünde en az bir kronik hastalık mevcuttu. ICD-10 tanı koduna göre sınıflandırılmış kronik hastalıkların sıralaması %37,4 ile dolaşım sistemi

hastalıkları, %16,3 ile sinir sistemi hastalıkları, %9,2 ile endokrin ve metabolizma hastalıklarıdır. Bu kronik hastalıkları solunum sistemi hastalıkları (%6,8), malign neoplazmlar (%8,9) ve mental ve davranışsal bozukluklar (%6,3) takip etmekteydi (1). Çalışkan ve ark. yaptığı çalışmada; hastaların %63,5'inin nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar açısından takip edildiği, %10,7'si kardiyovasküler hastalıklar açısından, %8,3'ü hematolojik ve onkolojik hastalıklar açısından, %5,4'ü ortopedik hastalıklar açısından, %5,3'ü solunum sistemi hastalıkları açısından ve %4,4'ü de kas hastalıkları açısından takip edilmektedir (5). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların (BOH) Risk Faktörleri Araştırmasında; kalp ve damar hastalıkları (BOH'ların %48'i), kanserler (%21), kronik solunum hastalıkları (%12) ve diyabeti (%3,5) kapsamaktadır (8). Bizim araştırmamızda, hizmet alma nedeni dışında tüm tanılar sorgulandığı için sıklık daha fazla olabilir. Evde sağlık hizmeti planlaması içerisinde, nörolojik hastalıklar gibi sık görülen kronik hastalıklarla ilgili hizmetler yer alabilir.

Çalışmamızda eksik veriler oldukça fazlaydı. Hastaların verilerinde, geçirilmiş ameliyat öyküsünün %53,8'i, gelir durumlarının %50'si, psikolojik durumlarının %37,3'ü, kişisel bakımlarının %20,8'i, bası ülserlerinin %24,6'sı, tanılarının %9,6'sı, yatağa bağımlılık durumlarının %5,8'i, kronik hastalıklarının %1,9'u kayıptı. Kayıtlardaki eksiklikler nedeniyle tüm örneklem hakkında fikir elde edilemedi. Hasta kayıtlarının doğru ve eksiksiz doldurulmasının oldukça önemli olduğunu ve bu konuda sistemin iyileştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın kısıtlılıkları: Hasta kayıtlarının eksik doldurulması verilerimizde kayıplara ve eksik sonuçlar elde etmemize neden olmuştur.

SONUÇ

Evde sağlık hizmeti ülkemizde son 17 yıldır gelişmekte olup ülkemizin yaşlı nüfus oranı arttıkça bu hizmete gereksinim ve bu hizmetten faydalanım artmaktadır. Evde sağlık hizmetinin uygulanması hastalara ulaşılması ve bilgilerin raporlanması geliştirilmelidir. Çanakkale ili evde sağlık hizmeti alan kişilerin dosyaları incelendiğinde en çok kullanılan yardımcı araçların wolker, O2 konsantratorü ve tekerlekli sandalye olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışma sürecinde taradığımız dosyalarda eksik verilerin olması çalışmamızda kısıtlılığa sebep olmuştur. Evde sağlık hizmetinin ülkemizdeki gelişim sürecinde raporların düzenlenmesi bilgilerin eksiksiz girilmesinin iyileştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

1. Eker, E. , Özerdoğan, Ö. , Yıldırım, E. , Oymak, S. & Bakar, C. (2019). Çanakkale ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin temel demografik özellikleri ve sağlık durumları . Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 12 (3) , 457-468 . DOI: 10.26559/mersinsbd.569332
2. Çelik Güzel, E. (2018). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri . Klinik Tıp Aile Hekimliği , 10 (5) , 15-19 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ktah/issue/47240/593652>
3. Kalinkara V, Kalaycı I. Yaşlıya Evde Bakım Hizmeti Veren Bireylerde Yaşam Doymu , Bakım Yükü ve Tükenmişlik.Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi.2017;10(2):19-39.
4. Limnili G, Özçakar N. Evde Sağlık Hizmetlerine Başvuru Özellikleri ve Beklentiler. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi. 2013;17(1):13-17
5. Çalışkan, T. & Esen, H. (2021). YAŞLANAN NÜFUS GEREKSİNİMLERİNE YÖNELİK: EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ 2020 YILI DEĞERLENDİRMESİ EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ . Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi , 8 (3) , 514-522 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/asead/issue/64362/933025>
6. Işık O, Kandemir A, Erişen MA, Fidan C. Evde Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Profili ve Sunulan Hizmetin Değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2016;19(2):171-186.
7. Helvacı, M., Bitek, D. E., Ulukoca, N., & Arıkan, H. S. (2019, October). Kırklareli İl Merkezinde Yaşayan Evde Bakım ve Evde Sağlık Hizmetlerinden Yararlanan Engelli veya Yatağa Bağımlı Hastaların Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. In *3. International 21. National Public Health Congress*. Traversoni, S., Jutai, J., Fundarò, C. et al. Linking the Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS) to the International Classification of Functioning, Disability, and Health. *Qual Life Res* 27, 3217–3227 (2018). <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1973-6>
8. Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların RiskFaktörleri Prevalansı.
ErişimAdresi:https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/WHO_Turkey_Risk_Factors_A4_TR_19.06.2018.pdf. Erişim Tarihi:20.05.2019
9. Kıran, İ. & Güçlü, A. (2022). Türkiye’de evde sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi . Selçuk Üniversitesi Akşehir Meslek Yüksekokulu Sosyal Bilimler Dergisi , (13) , 107-114 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/akmyosb/issue/71096/1128108>
10. Karaman D, Kara D, Yalçın Atar N. Evde Sağlık Hizmeti Verilen Bireylerin Hastalık Durumlarının ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi: Zonguldak Örneği*. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2015;4(3):347-359.
11. Enginyurt Ö, Öngel K. Evde Bakım Hizmeti Kapsamındaki Hastaların Sosyodemografik Özellikleri ve Tıbbi Durumları. *Smyrna Tıp Dergisi*. 2011;(1):45-48.
12. Daver, T. (2022). Türkiye’de Evde Sağlık Hizmetleri: Mevzuat, Uygulama ve Ulaşılabilirlik . Aydın Sağlık Dergisi , 8 (2) , 71-85 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/asder/issue/70386/958257>
13. Gürer, A. (2021). Ülke Örnekleri İle Evde Bakım Hizmetlerine Genel Bakış . Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi , 5 (1) , 20-25 . DOI: 10.29228/JOHSE.6
14. <https://ankaraism.saglik.gov.tr>

EYLÜL-EKİM GRUBUNUN MAKALELERİ

Vardiyalı Çalışma Sisteminin İntern Doktorlar Üzerindeki Tükenmişlik ve Uyku
Hijyeni Durumlarına Olan Etkisi

Gizem ASLAN, Yasin ÖZTÜRK, Büşra AKYOLLU, Mesut SALÇUK, Sevgi ÖZEV

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim

Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Berna SERT

ÖZET

Amaç: Bu araştırma vardiyalı çalışma sisteminin intern doktorlar üzerindeki tükenmişlik ve uyku hijyeni durumlarına olan etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Kesitsel tipte planlanan çalışmanın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesinde çalışan 108 intern oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini anketi yanıtlamayı kabul eden 53 intern oluşturmuştur. Anket formu 08.10.2022-13.10.2022 tarihleri arasında Halk Sağlığı stajı almakta olan 5 intern hekim tarafından katılımcılara GoogleForms üzerinden çevrimiçi uygulanmıştır. Araştırmamızda Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Uyku Hijyeni İndeksi kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayı ve yüzdeler dağılımı ve ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya toplam 53 intern katılmıştır. Katılımcıların 29'u kadın (%45,3),24'ü erkektir (%54,7). Var olan çalışma düzenlerinde;24 -48 saat nöbet tutanlar7(%13,2),16-8periyodunda çalışanlar 21(%39,6), normal mesai çalışanlar 25(%47,2) kişiydi. Sigara kullanan grupta daha kötü uyku hijyeni bulunmuştur($p=0.040$).

Sonuç: Sigara kullanan grupta uyku hijyeni daha kötü saptandı. Farklı çalışma sistemindeki internlerin Uyku Hijyeni İndeksi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğine göre anlamlı istatistiksel fark bulunmamıştır.Çalışmanın daha geniş örnekleme yapılmasını daha sağlıklı sonuçlar vereceğini düşünüyoruz.

Anahtar kelimeler: İtern doktor, vardiyalı çalışma, tükenmişlik, uyku hijyeni

GİRİŞ VE AMAÇ

Hastaneler, haftada 7 gün 24 saat hizmet veren, verilen hizmetlerin devam edebilmesi için vardiya veya nöbet sistemiyle çalışılan kurumlardır (1). İntern Hekim, ülkemizde tıp fakültelerinde eğitim gören son sınıf öğrencilerdir. Üniversite hastanelerinde belirli görev ve sorumlulukları mevcut olup, vardiyalı ve vardiyasız çalışma düzenlerinde sahiptirler. ÇOMÜ Üniversitesi için bu düzen 3 farklı şekildedir. Bunlar; 09.00-17.00 gündüz mesaisi, 24 saatlik nöbet sonrasında 48 saatlik dinlenme periyotları ve 16 saat ve 8 saat mesai aralarında 24 saatlik dinlenme periyotları şeklindedir. Vardiya ve nöbet sistemiyle çalışmak beden normal biyolojik ritmini bozarak çok yönlü zararlar meydana getirmektedir. İnsanın sağlıklı uyku düzeni, gündüz saatlerinde uyanık olmak, gece saatlerinde de uyku döneminde olmaktır. Bu döngüyü kontrol eden ve sirkadiyen ritim adı verilen bu mekanizma vücutta bulunan ve 24 saatlik dilime göre ayarlı olan biyolojik saat tarafından kontrol edilir. Normal çalışma düzeni yani "gündüz çalışması", hem toplumsal saat düzeniyle hem de biyolojik saat düzeniyle uyum içindedir. Böylece kişiler kendilerine ve sosyal çevrelerine rahatlıkla vakit ayırabilirler. Vardiyalı çalışma şekli her iki saat düzeniyle de çatışmaktadır. Biyolojik saat düzeniyle olan çatışmalar, vardiyalı çalışanın fizyolojik sağlığını etkilerken, toplumsal saat düzeniyle olan çatışmalar kişilerin kendilerine ve sosyal çevrelerine ayırabilecekleri zamanı kısıtlayarak psikososyal açıdan problemlere yol açmaktadır.

Vardiyalı ve nöbetli çalışma sistemlerine yönelik yapılan araştırmalar, bu şekilde çalışmanın çalışanların fizyolojik, psikolojik sağlıklarını, sosyal yaşamlarını, olumsuz etkilediğini ortaya koymuştur. Vardiyalı ve nöbetli çalışma nedeniyle düzenli olarak yapılan aktivitelere katılamamak, toplumsal ve sosyal işlerini düzenli yapamamak, strese ve stresle mücadele etme becerilerinin azalmasına yol açabilir ve kişiyi psikolojik problemlere sürükleyebilir. Bu da tükenmişlik sendromu denilen bireyin normal şartlarda kariyerinden, arkadaşlıklarından veya aile etkileşimlerinden aldığı keyfi azaltan bir mental ve fiziksel tükenme durumudur. Aynı zamanda bir iş hayatı stresi türüdür ve kişiye birçok zarar vermektedir.

Kişilerin çalışma koşullarından kaynaklanan streslere gösterdikleri tepkiler çok yönlü olmaktadır. Bu tepkiler, duygusal düzeyde huzursuzluk, gerginlik, kaygı, öfke, yoğun depresif içerikli duygular (değersizlik gibi), duygu durumunda bozukluklar ve sosyal yaşama uyumsuzluk, uykululuk, yorgunluk, bellek ve konsantrasyon bozuklukları gibi semptomlar şeklindedir. Bu belirtilerin iş performansına yansımada ise, dikkat ve konsantrasyon düzeyinde azalma ve bunlarla bağlantılı olarak yapılan işte hataların artması, iş veriminde düşme, çalışma hızında azalma gözlenmektedir.

Literatür taramalarımızda intern hekimler üzerinde bu konuda yapılan çalışmalarını yetersiz bulmamız dolayısıyla bu konu üzerinde çalışma yapmaktayız. Bu bilgiler ışığında, bu araştırmada gelişmekte olan ülkeler sınıfındaki ülkemizde eğitim gören tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin çalışma düzenlerinden uyku ve tükenmişlik durumları üzerine olumsuz etkilerini belirlemeyi amaçladık. Kısa vadedeki amaç, intern hekimlerin uyku ve tükenmişlikten etkilenme düzeyini ölçmek ve bu duruma dikkat çekmektir. Bu araştırmadaki uzun vadeli amacımız ise, ülkemizdeki intern hekimlerin vardiyalı çalışma koşullarının belirlenen olumsuz etkileri dolayısıyla yetkili kişilerce iyileştirilmesi ve yönetmelikte düzenlemeye gidilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Bölgesi: Çalışma Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi servis ve polikliniklerinde çalışan intern doktorlara yapılmıştır. Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri bu bölüm ve servislere göre farklı nöbet düzenlerinde çalışmaktadır. Bu sistemde 24-48 vardiyası (24 saat çalışma ve 48 saat dinlenme şeklinde) 16-8 saat vardiyası (akşam 16 saat nöbet 24 saat dinlenme takip eden günde 8 saat gündüz çalışma 24 saat dinlenme tekrar akşam 16 saat nöbet şeklinde) ve 8-16 vardiyası (hafta içi her gün sabah saat 8' den 16.00 a kadar çalışma şeklinde) olmak üzere 3 farklı çalışma düzeni uygulamaktadır. Bu sistemler hasta sirkülasyonu, servis veya poliklinikte çalışma durumuna göre değişmektedir.

Evren Ve Örneklem: 3. Basamak sağlık hizmeti sunan Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi'nde 5 yıllık tıp eğitimi bitirip 6. Yılında intern olarak devam eden toplam 108 intern hekimden 53 son sınıf tıp öğrencisinin gönüllü olarak çalışmaya katılması ile yapılmıştır

Araştırma tipi: araştırmamız tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin vardiyalı çalışma düzeninin uyku düzeni ve tükenmişlik üzerindeki etkileri kesitsel tipte bir araştırma olarak planlanmıştır

Araştırma Veri Kaynakları: Anket formu Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı intern hekimleri olan araştırmacılar tarafından hazırlandı. Ankette tanımlayıcı sorular, Uyku Hijyeni İndeksi ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği kullanılmıştır.

Araştırmanın Uygulanması ve Veri Toplanması: Anket formu 08.10.2022-13.10.2022 tarihleri arasında Halk Sağlığı stajı almakta olan 5 intern hekim tarafından katılımcılara GoogleForms üzerinden çevrimiçi uygulanmıştır

ÇOMÜ Halk Sağlığı Anabilim Dalı interndoktorlar tarafından oluşturulmuş anketin 1. bölümünde katılımcının demografik özelliklerine yönelik 1 soru (cinsiyet), çalışma düzeni ile ilgili 1 soru (24 saat nöbet-48 saat dinlenme, 8 saat mesai-16 saat nöbet-24 saat dinlenme 09.00-17.00 mesai) kişisel alışkanlıklar ile ilgili 2 soru (sigara kullanma, alkol kullanma)

2. Bölümde 13 sorudan oluşan UykuHijyeni İndeksi,3. Bölümde 21 sorudan oluşan Maslach Tükenmişlik Ölçeği bulunmaktadır.

Maslach Tükenmişlik Ölçeği(MTÖ), Maslach ve arkadaşları tarafından 1981'de geliştirilen likert tipi bir ölçektir. Ergin ve arkadaşları tarafından 1992'de Türkçeye çevrilip uyarlanmış ve orijinalinde 7'li likert tipinde olan ölçek Türkçe versiyonunda 5li likert tipine dönüştürülmüştür. "0: Hiçbir Zaman" ve "4: Her zaman" biçiminde puanlanan 22 ifadeden oluşmaktadır. 3 alt faktörü vardır ve bunlar "Duygusal Tükenme", "Duyarsızlaşma" ve "Kişisel Başarı"dır. Kişisel Başarı alt faktöründeki ifadeler ters madde olarak değerlendirilip puanlanmıştır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar yüksek seviyede tükenmişliği gösterir.

Uyku Hijyeni İndeksi(UHI), Mastin ve arkadaşları tarafından 2006 yılında geliştirilmiş, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ise Özdemir ve arkadaşları tarafından 2015 yılında yapılmıştır. İndeks 13 ifadeden oluşup her bir ifade katılımcı tarafından "1: Hiçbir zaman" ve "5: Her zaman" aralığında puanlandırılmaktadır. Ölçek, uyku hijyenini etkileyen çevresel etkenleri ve davranışları değerlendirir. Ölçekten en az 13 en fazla 65 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, daha kötü uyku hijyenini gösterir.

Araştırmanın İstatistiksel Analizi: Verilerin analizi için IBM SPSS 20.0 sürümü kullanıldı. Kategorik değişkenlerin gösterilmesinde sayı ve sıklık(yüzde) kullanıldı. Kategorik değişkenlerin istatistiksel anlamlılık analizinde Ki-Kare testi uygulandı. Sürekli değişkenlerin değerlendirilmesinde normallik testleri, T testi ve Kruskal Wallis testleri uygulandı. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edildi.

Araştırmanın Finansmanı: Araştırmanın herhangi bir finansmanı bulunmamaktadır.

BULGULAR

Çalışmaya toplam 53 intern katıldı. Katılımcıların 29'u kadın (%45,3),24'ü erkekti (%54,7).Var olan çalışma düzenlerinde;24 -48 saat nöbet tutanlar7(%13,2),16-8 periyodunda çalışanlar 21(%39,6), normal mesai çalışanlar 25(%47,2) kişiydi. Katılımcılardan 32 (%60,4) kişi çalıştıkları son 2 hafta içinde hiç alkol kullanmamıştı. 5 kişi (%9,4) 1'den az,14 kişi (%26,4) 1-2 kez, 2 kişi (%3.8) 3'den çok kullandığını belirtti. 36 kişinin (%67,9) son 2 hafta içinde sigara kullanımının artmamıştı. Farklı vardiya gruplarında alkol (p=0.524) ve sigara (p=0.312) kullanımı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır. Cinsiyetin (p=0.934), farklı vardiya gruplarının (p= 0.232) ve sigara kullanımının (p=0.732) tükenmişlik durumu açısından aralarında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Cinsiyetin (p=0.853) ve farklı vardiya gruplarının (p=0.873) uyku hijyenine olan etkisi istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır. Sigara kullanan grupta daha kötü uyku hijyeni bulunmuştur(p=0.040).

TARTIŞMA VE SONUÇ

Araştırmamıza 108 intern doktordan 53 (%49,07) katılım sağlanmıştır. Katılımcıların 29'u kadın (%54,7), 24'ü erkek (%45,3) olmuştur. Araştırmamıza intern doktorların yaklaşık yarısının katılması çalışmamızın kısıtlı olmasına neden olmuştur. Bunun intern doktorların sebebi yoğun çalışma şartlarına sahip olmaları olabilir.

Vardiya sistemi 24 saat çalışma 48 saat dinlenme olan kişilerden 7 kişi (%13,2), 8 saat ve 16 saat çalışma düzenleri arasında 24 saatlik dinlenme periyotları şeklinde olanlardan 21 kişi (%39.6), 09.00-17.00 mesai düzenine sahip olanlardan 25 kişi (%47.2) katılmıştır. Bu 24 saat çalışma düzenine sahip olanlardan yalnızca 7 kişinin katılmış olma sebebi staj programlamasının örneklemimizi daraltmış olmasıdır.

Katılımcıların alkol kullanımıyla ilgili sıklıkları sorgulandığında son bir haftada hiç kullanmayan 32 kişi (%60.4), 1'den az kullanan 5 kişi (%9.4), 1-2 kez kullanan 14 kişi (%26.4), 3' ten çok kullanan 2 kişi(% 3.8) olduğu görülmüştür. 2021 yılında yayınlanan Özsoy ve Kulu'nun çalışmasında 26 hekimde alkol kullanan kişi yüzdesi %15,4(4 kişi) bulunmuştur (2). Bizim çalışmamızda ise %39,6'sı alkol kullanmaktadır. Bu farklılığın sebebi üniversite öğrencileri olmaları ve yaş ortalamalarının farklılığı olabilir.

Araştırmamızda sigara kullandığını söyleyenlerin oranı %32,1 (17 kişi), kullanmayanların oranı ise %67,9 (36 kişi) şeklindedir. 2021 yılında Özsoy ve Kulu'nun yayınladığı makalede sigara kullanım oranları 26 hekimde 11 kişinin (%42,3) kullandığı saptanmıştır.

Vardiya düzeninin alkol ve sigara kullanım sıklığı ile ilişkisine bakıldığında çalışmamızda anlamlı bir fark bulunamamıştır (Sırasıyla p:0.524 ve p:0.312).

Katılımcılara uygulanan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde kadınların ortalaması 39.27, erkeklerin ortalaması da 39.04 olup cinsiyete göre anlamlı bir fark saptanmamıştır. Elmas'ın 2012'de yayınladığı makalede çalışmaya katılan 99 kız öğrenci ve 91 erkek öğrencinin MTÖ toplam puan ortalamaları kız öğrencilerin (41,79±9,106) ve erkek öğrencilerin (41,02±9,601) benzerdi. Katılımcıların cinsiyet ile MTÖ toplam tükenmişlik puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (3).

Değişik vardiya düzenlerindeki çalışanlarda Maslach Tükenmişlik Ölçeği uyguladığında mesai düzeni için 38.20, 8-16 saatlik çalışanlarda 38.38, 24 saat çalışıp 48 saat istirahat edenlerde 45.0 şeklinde sonuç alınmış olup anlamlı bir fark gözlenmemiştir. Vardiya çalışma düzeni konusunda daha geniş örnekleme ulaşılabildiği koşullarda anlamlı bir sonuç bulunabilir.

Maslach Tükenmişlik Ölçeğinde sigara kullananların ortalama puanı 38.47, kullanmayanların 39.50 şeklinde bulunmuş olup anlamlı bir fark gözlenmemiştir.

Katılımcılarda Uyku Hijyeni İndeksi ölçeğinde kadınlarda puan ortalaması 35.27 iken erkeklerde puan ortalaması 34.91 olup kadın erkek cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.2020 yılında Kurt'un yaptığı 102 sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmada Uyku Hijyeni İndeksi puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır(4).

Sigara kullananlarda Uyku Hijyeni İndeksi puan ortalaması 37.94, kullanmayanlarda ise puan ortalaması 33.77 şeklinde tespit edilmiş olup istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Örneklemdeki kişi sayısının az olması ile birlikte yeterli katılımının sağlanmaması, anketin uygulandığı dönemde intern hekimlerin yarısının seçmeli staj için ayrılmış olması ve seçmeli stajların birçoğunda nöbet sisteminin olmaması 24-48 vardiyasının katılımını kısıtlamıştır. Daha geniş örnekleme gerekirse daha çok tıp fakültesinin katılımıyla çalışmanın yapılması daha net sonuçlar verecektir. Anketin yüz yüze uygulanması katılım sayısını arttıracığını düşünüyoruz.

Çalışmamızın amacı, staj programlarındaki vardiya saati düzenlemelerini karşılaştırmak ve bunların internler üzerindeki etkilerinin değerlendirilmesiydi. Araştırmada 8-16 sisteminde çalışan internlerin uyku hijyeni, tükenmişlik psikolojik, bedensel ve sosyal olarak diğer sistemde çalışan internlere göre daha fazla etkilendiği düşünülmüş ve kanıtlanmaya çalışılmıştı. Yapılan çalışma ile farklı çalışma sistemlerinin uyku hijyeni ve tükenmişlik üzerinde anlamlı istatistiksel fark olmadığını göstermiştir. Sigara kullanan grupta uyku hijyeni daha kötü saptanmıştır. Ulaşılan veriler ile amaçladığımız hedefe ulaşamadık. Bunu etkileyen en büyük faktörlerin örneklem kısıtlılığı, katılımcı sayısı ve nöbet sistemlerinin staja göre değişmesiyle birlikte intern doktorlarının da çalışma düzeninin sürekli değişmesi olarak düşünüyoruz.

KAYNAKÇA

- 1- Yeşilçiçek Çalık K., Aktaş, S., Bulut, H. K., &Anahar, E. Ö. (2015). Vardiyalı Ve Nöbet Sistemi Şeklindeki Çalışma Düzeninin Hemşireler Üzerine Etkisi. Sağlık Bilimleri VeMeslekleri Dergisi, 2(1), 33-45.
- 2- Özsoy, F., &Kulu, M. (2021). Sağlık Çalışanlarında Bağımlılık: Sigara, Alkol, İnternet, Akıllı Telefon Bağımlılığı Ve Dikkat Eksikliği Düzeylerinin İncelenmesi. Genel Tıp Dergisi, 31(1)..
- 3- ELMAS Ü. 5. Ve 6. Sınıf Tıp Öğrencilerinde Anksiyete Depresyon Ve Tükenmişlik Düzeyi(Uzmanlık Tezi).Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 2012
- 4- Yücel, K. U. R. T. Salgın Döneminde Bir Devlet Hastanesinde Sağlık Çalışanlarının Uyku Hijyeni. Uyku Bülteni, 1(2), 44-48.

TABLolar

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliği ve diğer etkenler

| Değişkenler | Sayı | % |
|------------------------|-------------|----------|
| Cinsiyet (n:53) | | |
| Kadın | 29 | 45.3 |
| Erkek | 24 | 54.7 |
| Total | 53 | 100 |
| Vardiya (n:53) | | |
| 24 saat | 7 | 13.2 |
| 8-16 | 21 | 39.6 |
| Mesai | 25 | 47.2 |
| Total | 53 | 100 |
| Alkol (n:53) | | |
| Hiç | 32 | 60.4 |
| 1'den az | 5 | 9.4 |
| 1-2 kez | 14 | 26.4 |
| 3'den çok | 2 | 3.8 |
| Total | 53 | 100 |
| Sigara (n:53) | | |
| Evet | 17 | 32.1 |
| Hayır | 36 | 67.9 |
| Total | 53 | 100 |

n: Sayı %: Yüzde

Tablo 2.Katılımcıların vardiya düzenine göre alkol ve sigara kullanımı

| | Vardiya Düzeni | | | p değeri |
|------------------------|----------------|---------------|---------------|----------|
| | Mesai | 8-16 | 24 saat | |
| | Sayı (%Yüzde) | Sayı (%Yüzde) | Sayı (%Yüzde) | |
| Alkol Kullanımı | | | | |
| Hiç | 16(64.0) | 11(52.4) | 5(71.4) | 0.524* |
| 1'den az | 2(8.0) | 3(14.3) | 0(0.0) | |
| 1-2 kez | 7(28.0) | 6(28.6) | 1(14.3) | |
| 3'den çok | 0(0.0) | 1(4.8) | 1(14.3) | |
| Sigara | | | | |
| Evet | 7(28.0) | 9(42.9) | 1(14.3) | 0,312 * |
| Hayır | 18(72.0) | 12(57.19) | 6(85.7) | |

*Ki Kare Testi %: Sütun yüzdesi

Tablo 3.Tükenmişlik durumunu etkileyen faktörler

| | Ortalama ± SS | Ortanca (Min- Maks) | p değeri |
|-----------------------------------|------------------|------------------------|----------|
| Maslach Tükenmişlik Ölçeği | | | |
| Katılımcıların Geneli | 39.16±10.08 | 38.0(24-66) | |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 39,27±10,36 | 38,0(24-66) | 0.934* |
| Erkek | 39,0.4±9,95 | 38,5(26-57) | |
| Vardiya | | | |
| Mesai | 38,20±10,65 | 38,0(24-66) | 0.232** |
| 8-16 | 38,38±9,39 | 35,0(27-57) | |
| 24 saat | 45,0±9,34 | 41,0(34-59) | |
| Sigara | | | |
| Evet | 38,47±8,29 | 39,0(26-52) | 0.732* |
| Hayır | 39,50±10,92 | 38,0(24-66) | |

*:T testi

**:Kruskal-Wallis Test

SS:Standart Sapma

Tablo 4.Uyku hijyenini etkileyen faktörler

| | Ortalama ± SS | Ortanca (Min- Maks) | p değeri |
|-----------------------------|------------------|------------------------|----------|
| Uyku Hijyeni İndeksi | | | |
| Katılımcıların Geneli | 35,11±6,94 | 35,0(20-52) | |
| Cinsiyet | | | |
| Kadın | 35,27±6,78 | 36,0(20-49) | 0.853* |
| Erkek | 34,91±7,26 | 33,5(25-52) | |
| Vardiya | | | |
| Mesai | 34,60±7,69 | 36,0(20-47) | 0.873** |
| 8-16 | 36,0±6,97 | 35,0(26-52) | |
| 24 saat | 34,28±3,72 | 33,0(29-38) | |
| Sigara | | | |
| Evet | 37,94±7,18 | 38,0(25-49) | 0.040* |
| Hayır | 33,77±6,49 | 33,0(20-52) | |

*T testi

**Kruskal Wallis testi

SS:Standart Sapma

Tıp Fakóltesi Öğrencilerinde Anksiyetenin Fiziksel Aktivite Üzerine Etkisi

Gökhan Mert AZİRET, Bilge Nur TÜRELİK, İlayda KÜÇÜK, Burcu DAĞLIOĞULLARI, Gözde ÇALIK, Sefa ÖMÜR

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakóltesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Mustafa Şefik YILDIRIM**

ÖZET

Giriş: Tıp fakültesi öğrencilerinde duygudurum sorunları, intihar davranışı ve uyku sorunları ile ilgili birçok çalışma yapılmış olsa da anksiyetenin fiziksel aktivite üzerine etkisi ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu gözlenmiştir. Çalışmamızın kısa dönemli amacı bir tıp fakültesinde okuyan birden altıncı sınıfa kadar olan öğrencilerde anksiyete sıklığını saptamak ve bunun fiziksel aktivite üzerine etkisini incelemek ve değerlendirmektir. Çalışmamızın uzun vadeli amacı da anksiyete sıklığının, olası nedenlerinin ve fiziksel inaktivitenin olası nedenlerinin saptanarak çözüm yollarına yönelik çalışmalara literatür sağlamaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerini kapsamaktadır. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi (ÇOMÜ) Çanakkale’de hizmet veren tek üniversite hastanesidir. Şu an eğitim görmekte olan toplam tıp fakültesi öğrenci sayısı 895. Evren ÇOMÜ tıp fakültesi öğrencileri olarak belirlenmiş olup evrenin tamamına ulaşmak hedeflendiğinden örneklem hesabına gidilmemiştir. Araştırma kesitsel bir çalışmadır. Çalışmada katılımcıların yaş, cinsiyet, boy-kilo, sigara-alkol kullanımı, kronik ve ruhsal hastalıklarının varlığı sorgulanmış olup bu sorulara ek olarak 1988 yılında Beck, Ebstein, Steer, Brown tarafından geliştirilen Beck anksiyete ölçeği ve uluslararası fiziksel aktivite ölçeğinin de bulunduğu 38 soruluk bir anket sosyal medya üzerinden uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması $21,06 \pm 2,13$. Çalışmaya dahil edilenlerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları $15,84 \pm 10,19$, ortancaları ise 14,00 (min:0,00- maks:47,00) idi. Katılımcıların aldıkları puanlar kategorize edildiğinde ise %21,6’sında minimal anksiyete olduğu, %32,7’sinde hafif düzeyde, %29,6’sında orta düzeyde, %16,0’ında ise şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olabileceğine yönelik puanlar saptandı.

Katılımcıların anksiyete düzeyi bakımından prelinik/klinik olma, sigara ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,815$) ($p=0,908$) ($p=0,953$). Çalışmaya dahil edilenlerin MET aktivite skoru ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**$p=0,018$**). Erkeklerin fiziksel aktivite skoru kadınlardan daha yüksekti.

Sonuç: Tıp fakültesinde fiziksel inaktivite, derslerin yoğunluğu ve iş saatlerinin değişkenliği sebebiyle daha çok görülmekte olup sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırmak amacıyla tıp fakültesinde beden eğitimi derslerine, takım sporları aktivitelerine önem verilmesi gerektiğini öneriyoruz.

Çalışmamızdaki erkeklerde fiziksel aktivitenin daha fazla süreyle yapıldığını saptamamız sebebiyle kadınların fiziksel aktiviteye teşviki, kadın takım sporlarının artırılması ile ilgili çalışmalar yapılmasının da verimli olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel aktivite skoru, Beck anksiyete ölçeği, tıp öğrencileri

GİRİŞ

Fiziksel inaktivite, sağlıksız beslenme ve sigara kullanmak gibi yaşam biçimi davranışları insan sağlığında önemli risk etmenleridir. Üniversite öğrenimi sürecinde edinilen alışkanlıklar bireyin gelecekteki yaşamına da yön verebilmektedir. İleride ülke genelinde sağlığın korunması, hastalıkların önlenmesi ve sağaltımında aynı zamanda toplumun sağlık sorumlulukları ve davranışları konusunda rol model olma gibi misyonları olan tıp fakültesi öğrencilerinin yaşam biçimlerinin sağlıklı olup olmadığının belirlenmesi önemlidir. (1)

Tıp eğitimi sürecindeki uzun çalışma saatleri, öğrenmeye uygun olmayan bazı çevresel koşullar ve uyku düzensizlikleri çoğunlukla bireyin günlük yaşamını etkileyen faktörler arasında yer almaktadır (1). Ayrıca tıp eğitiminin diğer alanlardan farklı olarak önemli ölçüde fiziksel ve zihinsel baskı ile ilişkili olduğu da bilinmektedir (2). Yaşam kalitesini etkileyen bu faktörler öğrencilerin fiziksel, ruhsal ve duygusal sağlığını etkileyecek düzeyde stresle karşılaşmalarına neden olmaktadır (3). Özellikle devam eden stres öğrencilerde depresyon ve anksiyete gelişimini tetikleyebilmektedir (4). Yapılan çalışmalarda, Avrupa'da tıp öğrencilerinin %30'unun depresyon ve anksiyete belirtilerinin olduğu bildirilmiştir (5). Benzer şekilde Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada ise tıp öğrencilerinde duygudurum bozuklukları sıklığının %20-50 arasında değiştiği belirtilmiştir.

Hem genel popülasyon hem de tıp fakültesi dışındaki öğrencilerle karşılaştırıldığında da tıp öğrencilerinde depresyon ve anksiyete sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (6,7). Ayrıca araştırmacılar tıp öğrencilerindeki depresyonun eğitimin ilerleyen yıllarında arttığını ve bu artışın kadınlarda daha yüksek olduğunu da belirtmiştir. Tıp fakültesi öğrencilerinde duygudurum sorunları, intihar davranışı ve uyku sorunları ile ilgili birçok çalışma yapılmış olsa da anksiyetenin fiziksel aktivite üzerine etkisi ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı sayıda olduğu gözlenmiştir.

Kısa vadeli amaç:

Çalışmamızın kısa dönemli amacı bir tıp fakültesinde okuyan birden altıncı sınıfa kadar olan öğrencilerde anksiyete sıklığını saptamak ve bunun fiziksel aktivite üzerine etkisini incelemek ve değerlendirmektir.

Uzun vadeli amaç:

Çalışmamızın uzun vadeli amacı da anksiyete sıklığının, olası nedenlerinin ve fiziksel inaktivitenin olası nedenlerinin saptanarak çözüm yollarına yönelik çalışmalara literatür sağlamaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi, araştırma popülasyonu ve örneklem:

Çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerini kapsamaktadır. Çanakkale On sekiz Mart Üniversitesi Çanakkale’de hizmet veren tek üniversite hastanesidir. Şu an eğitim görmekte olan toplam tıp fakültesi öğrenci sayısı 895. Evren Çomü tıp fakültesi öğrencileri olarak belirlenmiş olup evrenin tamamına ulaşmak hedeflendiğinden örneklem hesabına gidilmemiştir.

Araştırmanın tipi:

Araştırma kesitsel bir çalışmadır.

Araştırmanın veri kaynakları:

Çalışmada katılımcıların yaş, cinsiyet, boy-kilo, sigara-alkol kullanımı, kronik ve ruhsal hastalıklarının varlığı sorgulanmış olup bu sorulara ek olarak 1988 yılında Beck,Ebstein,Steer,Brown tarafından geliştirilen Beck anksiyete ölçeği ve uluslararası fiziksel aktivite ölçeğinin de bulunduğu 38 soruluk bir anket sosyal medya üzerinden uygulanmıştır.

Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ): Bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığını belirleyen bir öz bildirim ölçeğidir. 21 maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanların yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Ölçekten alınan puanlar 0–7 puan aralığında ise minimal düzeyde anksiyete / normal, 8–15 puan aralığında ise hafif düzeyde anksiyete, 16–25 puan aralığında ise orta düzeyde anksiyete ve 26–63 puan aralığında ise şiddetli anksiyete olarak kabul edilmektedir.. Ülkemizde BAÖ’nin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (8-10).

UFAA (Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketi): Çalışmamızda, kendi kendine uygulanabilen kısa form UFAA kullanıldı (11-12). UFAA’nın Türkiye’de geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13). UFAA’da fiziksel aktivitelerin, tek seferde en az 10 dakika yapılıyor olması ölçüt alındı. Anket ile son 7 gün içerisinde; Şiddetli fiziksel aktivite (futbol, basketbol, aerobik, hızlı bisiklet çevirme, ağırlık kaldırma, yük taşıma vb.) süresi (dk), Orta dereceli fiziksel aktivite (hafif yük taşıma, normal hızda bisiklet çevirme, halk oyunları, dans, bowling, masa tenisi vb.) süresi (dk), yürüme ve bir günlük oturma süreleri (dk) sorgulandı. Şiddetli, orta dereceli aktivite ve yürüme süreleri aşağıdaki hesaplamalarla bazal metabolik hızla karşılık gelen MET’e çevrilerek toplam fiziksel aktivite skoru (MET-dk/hafta) hesaplandı (11):

Yürüme skoru (MET-dk/hf) = 3.3 * yürüme süresi * yürüme günü

Orta şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) = 4.0 * orta şiddetli aktivite süresi * orta şiddetli aktivite günü

Şiddetli aktivite skoru (MET-dk/hf) = 8.0 * şiddetli aktivite süresi * şiddetli aktivite günü

Toplam Fiziksel Aktivite skoru (MET-dk/hf) = Yürüme + Orta şiddetli aktivite + Şiddetli aktivite skorları. Toplam fiziksel aktivite skoruna göre katılımcıların fiziksel aktivite düzeyleri “düşük, orta ve yüksek” biçiminde sınıflandırıldı. Fiziksel Aktivite Düzeyleri (11):

1. Düşük düzey: 600 MET-dk/hafta nın altı.
2. Orta düzey: 600-3000 MET-dk/hafta arası.
3. Yüksek düzey: 3000 MET-dk/hafta üstü.

Araştırmanın uygulanması ve uygulayanlar:

Çalışma ÇOMÜ Tıp Fakültesi halk sağlığı anabilim dalı öğretim üyesi Prof.Dr. Coşkun BAKAR gözetiminde, halk sağlığı asistanları ve intörn hekimler tarafından yürütülmüştür.

Anket 04.10.2022-14.10.2022 tarihleri arasında uygulanmıştır.

Araştırma verilerinin düzenlenmesi ve istatistiksel analiz:

Araştırmanın verileri SPSS 28.0 paket programına aktarılmıştır. Veri kontrolü ve analizler bu program üzerinden yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerin gösteriminde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum kullanılmıştır. Normal dağılımı uygunluk için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, İstatistiksel analiz için de Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Finansman:

Bu araştırma yürütülürken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Tıp Fakültesinde öğrenim gören öğrencilerin 162'si dahil edilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması $21,06 \pm 2,13$, ortancası 21,00 (minimum:17,00- maksimum:26,00) idi. Katılımcıların %61,1'i kadın; %27,8'i 1. Sınıf, %16,7'si 2. Sınıf, %6,8'i 3. Sınıf, %7,4'ü 4. Sınıf, %14,2'si 5. Sınıf ve %27,2'si 6. Sınıftı. Çalışmaya dahil edilenlerin %51,2'si alkol, % 30,9'u sigara kullandığını belirtti. Katılımcıların %11,1'i doktor tarafından tanıli bir kronik hastalığa sahip olduğunu belirtti. Yine katılımcıların %10,5'i daha önce bir psikiyatrik tanı aldığını bildirdi. Çalışmaya dahil edilenlerin %63,3'ü normal kilolu, %9,3'ü zayıf, %22,4'ü fazla kilolu idi (**Tablo 1**).

Çalışmaya dahil edilenlerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları $15,84 \pm 10,19$, ortancaları ise 14,00 (min:0,00- maks:47,00) idi. Katılımcıların aldıkları puanlar kategorize edildiğinde ise %21,6'sında minimal anksiyete olduğu, %32,7'sinde hafif düzeyde, %29,6'sında orta düzeyde, %16,0'ında ise şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olabileceğine yönelik puanlar saptandı.

Katılımcıların anksiyete düzeyi bakımından prelinik/klinik olma, sigara ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,815$) ($p=0,908$) ($p=0,953$).

Çalışmaya dahil edilenlerin anksiyete düzeyleri ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**$p < 0,000$**). Bu farklılık kadınlarda ileri düzey anksiyete yüzdesi yüksekliğinin erkeklerden fazla olmasından ve erkeklerde anksiyete olmama yüzdesinin kadınlardan fazla olmasından kaynaklanmıştır.

Çalışmaya dahil edilenlerin anksiyete düzeyleri ile psikiyatrik hastalık tanısı almış olma arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır (**$p=0,016$**). Bu fark tanı almayanlarda anksiyete olmama düzeyinin tanı alanlardan yüksek olmasından kaynaklanmıştır (**Tablo 2**).

Çalışmaya dahil edilenlerin MET fiziksel aktivite skorları incelendiğinde ortalamaları $2252,19 \pm 3045,42$ ortancaları ise 1386,00 (min:0, maks:19278) idi. Katılımcıların MET aktivite skorları ile sınıf düzeyleri, sigara, alkol kullanma durumları, kronik hastalık varlığı, vücut kitle endeksleri ve anksiyete düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0,195$) ($p=0,799$) ($p=0,579$) ($p=0,341$) ($p=0,139$) ($p=0,542$). Çalışmaya dahil edilenlerin MET aktivite skoru ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (**$p=0,018$**). Erkeklerin fiziksel aktivite skoru kadınlardan daha yüksekti (**Tablo 3**).

TARTIŞMA

Çalışmaya dahil edilenlerin Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları $15,84 \pm 10,19$, ortancaları ise 14,00 (min:0,00- maks:47,00) idi. Katılımcıların aldıkları puanlar kategorize edildiğinde ise %21,6'sında minimal anksiyete olduğu, %32,7'sinde hafif düzeyde, %29,6'sında orta düzeyde, %16,0'ında ise şiddetli düzeyde anksiyeteye sahip olabileceğine yönelik puanlar saptandı. Yarar ve ark. yaptığı üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite ve anksiyete çalışmasında Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamaları fiziksel minimal aktif grupta $14,43 \pm 10,03$ fiziksel aktif

grupta $10,65\pm 8,20$ bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda Beck Anksiyete Ölçeği puan ortalamalarının daha yüksek olmasının sebebi örneklem farklılığına bağlı eğitim yükünün fazla olması, sınavların daha sık ve daha zor olmasına bağlı öğrencilerin stres faktörüne maruziyetinin fazla olmasına bağlı olabilir.

Üniversite öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada Beck anksiyete ölçeği puan ortalamaları erkeklerde $9,95\pm 8,17$ kadınlarda $12,45\pm 9,88$ saptanmıştır (15). Depresyon puanları açısından (Bağımsız T-testi; $p>0,05$) ve fiziksel aktivite sınıflaması açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir fark yoktur. Bizim çalışmamızda da istatistiksel olarak kadın erkek arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Ölçücü ve ark. yaptığı benzer çalışmada anlamlı bir fark tespit edilememiştir (15). Bunun sebebi kadın-erkek eşitliğine son yıllarda verilen önemle birlikte kadınların toplumda daha fazla aktif rol alması, özgürlükler konusunda geçmiş yıllara göre sosyal kısıtlılıkların azalması, üniversite ortamının sosyokültürel açıdan daha gelişkin bir çevre olmasından dolayı kadınların dış ortama göre baskı hissetmemesinden kaynaklı olabilir. Çalışmamızda anksiyete oranının kadın cinsiyette daha yüksek olmasının sebebi kadınların hormonal dengesinin değişken olması, fazla düşünmek ve toplumsal baskı ve aile içerisindeki birtakım rollerde bulunması gibi sorumlulukların daha fazla olması olabilir. Katılımcıların anksiyete düzeyi bakımından prelinik/klinik olma arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ankara Üniversitesinde yapılan bir çalışmada tıp fakültesinde dönemler arası anksiyete puanları anlamlı düzeyde farklıdır ($p<0,05$) (16). Bu farkın dönem 1 öğrencilerinin akademik ortamla yeni tanışmaları yüzünden yaşadıkları olağan kaygı ile açıklanabilir. Tam aksine, Dönem 6 öğrencilerinin DASS-42 anksiyete puanları diğer dönemlere göre çok düşüktür. Bu da yine akademik ortama uyum sağlamak ve Dönem 6 müfredatında sınav olmaması ile açıklanabilir. Bizim çalışmamızda anlamlı fark görülmemesinin nedeni örneklemin daha küçük olmasından kaynaklı olabilir. Yine örneklemin yaşam şartları, yaşadığı şehrin sakinliğinden kaynaklanıyor olabilir. Tıp fakültelerinde yapılan sınavların değişkenlik göstermesi sebebiyle stres yükü de değişebilir.

Katılımcıların anksiyete düzeyi bakımından, sigara ve alkol kullanma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. ($p=0,908$) ($p=0,953$). Zonguldak'ta tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan bir çalışmada sigara içen öğrencilerin anksiyete puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. (17) Bunun sebebi arkadaş çevresi faktörü ve örneklem boyutunun küçük olması, 2.,3. Ve 4. Sınıfların diğer sınıflara nazaran daha az katılımda bulunmalarından dolayı olabilir.

Çalışmaya dahil edilenlerin anksiyete düzeyleri ile psikiyatrik hastalık tanısı almış olması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0,016$). Tanı almayanlarda anksiyete olmama düzeyi, tanı alanlardan yüksek saptanmıştır. Bunun sebebi psikiyatrik tedavilerin düzgün ilerletilememesi, yeterli fayda alınmaması nedeniyle olabilir.

Katılımcıların cinsiyete göre MET skoru karşılaştırıldığında, erkeklerin fiziksel aktivite skoru kadınlardan daha yüksekti. Genç ve ark. (18) Afyon Kocatepe Üniversitesinde yaptığı araştırmada erkeklerin şiddetli, orta dereceli ve toplam fiziksel aktivite süreleri kadınlardan yüksek buldu. Çalışmamızda da bununla uyumlu sonuçlar bulduk. Erkeklerde toplam fiziksel aktivite yüksekliğinin şiddetli ve orta dereceli fiziksel aktivite fazlalığından kaynaklandığını göstermektedir. Şiddetli ve orta dereceli fiziksel aktivite, sıklıkla spordan haz duymanın fazla olduğu takım aktiviteleridir. Toplam fiziksel aktivite süresini arttırmada bu tip hoş giden ve motive edici faktörün daha yaygın kullanılması erkeklerin neden daha fazla süre fiziksel aktivitede bulunduğuna açıklama getirebilir.

Çalışmamızda çalışmaya dahil edilenlerin anksiyete düzeyleri ile cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,000$). Çalışmaya dahil edilenlerin MET

aktivite skoru ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p=0,018$). Erkeklerin fiziksel aktivite skoru kadınlardan daha yüksekti. Fakat fiziksel aktivite ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Anlamlı bir fark bulunamamasının sebebi çalışmamızdaki örneklemin dar olması olabilir. Daha geniş bir örnekleme çalışıldığında sonuçların değişebilmesi muhtemeldir.

Çalışmamızda sigara kullanımı ve üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Literatür incelendiğinde (19) sigara kullananlardaki fiziksel aktivite ve sigara kullanımı arasında anlamlı farkların bulunduğu çalışmalar mevcuttur. Katılımcıların fiziksel aktivite ve sosyal aktiviteler sorusuna verdiği tutarsız cevaplar sonuçları etkilemiş olabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde anksiyete ve depresyon yaygın olarak görülen ve işlevselliği bozan hastalıklardandır. Biz de bu çalışmamızda anksiyetenin fiziksel aktivite üzerine etki edebileceğini düşündük fakat elde ettiğimiz verilerde anlamlı bir fark bulamadık. Elde ettiğimiz verilerde kadınlarda anksiyete oranının fazla olduğunu saptadık. Bunun sebebi kadınların hormonal dengesinin değişken olması, fazla düşünmek ve toplumsal baskı ve aile içerisindeki birtakım rollerde bulunması gibi sorumlulukların daha fazla olması olabilir. Bu konuda daha fazla araştırma yapılmasını öneririz.

Tıp fakültesinde fiziksel inaktivite, derslerin yoğunluğu ve iş saatlerinin değişkenliği sebebiyle daha çok görülmekte olup sağlıkla ilgili yaşam kalitesini artırmak amacıyla tıp fakültesinde beden eğitimi derslerine, takım sporları aktivitelerine önem verilmesi gerektiğini öneriyoruz. Çalışmamızdaki erkeklerde fiziksel aktivitenin daha fazla süreyle yapıldığını saptamamız sebebiyle kadınların fiziksel aktiviteye teşviki, kadın takım sporlarının artırılması ile ilgili çalışmalar yapılmasının da verimli olabileceğini düşünüyoruz.

Tıp fakültesinde olmanın anksiyete düzeyini artırıp artırmadığına yönelik olarak fakülte öğrencileri izlem çalışmalarına dahil edilebilir, ya da başka fakülte öğrencileriyle karşılaştırmalı çalışmalar yürütülebilir. Aynı çalışma tasarımları fiziksel aktiviteye yönelik de dizayn edilebilir.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Yürütülen bu çalışmada kullanılan anketin online ortamda katılımcılara ulaşması verilen cevapların ciddiyeti açısından olumsuz etki yarattı. Çalışma için ayrılan süre daha büyük bir örnekleme ulaşmak için yeterli değildi. Örnekleme kadın ve erkek popülasyonu arasında büyük fark vardı.

KAYNAKLAR

1. Savoie CV, Rodgers SM. Assessing student mental health at the Vanderbilt University School of Medicine. Acad Med 2011; 86:116-121.
2. Adams J. Straining to describe and tackle stress in medical students. Med Educ 2004;38:463-464.
3. Dyrbye LN, Thomas MR, Shanafelt TD. Medical student distress: causes, consequences, and proposed solutions. Mayo Clin Proc 2005; 80:1613-1622.
4. Aktekin M, Karaman T, Senol YY, Erdem S, Erengin H, Akaydin M. Anxiety, depression and stressful life events among medical students: a prospective study in Antalya, Turkey. Med Educ 2001;35:12-17.
5. Haldorsen H, Bak NH, Dissing A, Petersson B. Stress and symptoms of depression among medical students at the University of Copenhagen. Scand J Public Health 2014;42:89- 95.

6. Dahlin M, Joneborg N, Runeson B. Stress and depression among medical students: a cross-sectional study. *Med Educ* 2005;39:594-604.
7. Dyrbye LN, Thomas MR, Eacker A, Harper W, Massie FS, Jr., Power DV, Huschka M, Novotny PJ, Sloan JA, Shanafelt TD. Race, ethnicity, and medical student well-being in the United States. *Arch Intern Med* 2007; 167:2103-2109.
8. Sayar K. Kronik Ağrı Hastalarında Öfke, Benlik Saygısı ve Aleksitimi. *T Klin Psikiyatri* 2001;2(1):36-42.
9. Ulusoy M. Beck Anksiyete Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri: Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 1993.
10. Ulusoy M, Sahin NH, Erkmen H. Turkish Version of the Beck Anxiety Inventory: Psychometric Properties. *J Cogn Psychother Int Q* 1998; 12 (2):163-172.
11. Yarar, F., Aslan Telci, E. & Şekeröz, S. (2021). Üniversite öğrencilerinde fiziksel aktivite düzeyinin akademik öz-yeterlik, anksiyete ve stres üzerine etkisinin incelenmesi. *Pamukkale Medical Journal* , 14 (3) , 548-554 . DOI: 10.31362/patd.792747
12. Ölçücü, B., Vatansever, Ş., Özcan, G. , Çelik, A. & Paktaş, Y. (2015). Üniversite Öğrencilerinde Fiziksel Aktivite Düzeyi ile Depresyon ve Anksiyete İlişkisi. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2015 (4), 294-303. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/goputeb/issue/34518/381844>
13. Öncü, B., Şahin, T., Özdemir, S., Şahin, C., Çakır, K. & Öcal, E. (2013). Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon, anksiyete ve stres düzeyleri ve ilişkili etmenler. *Kriz Dergisi*, 21 (1) , 1-10 . DOI: 10.1501/Kriz_0000000333
14. Er T. , Kurçer M. Tıp Fakültesi 1. ve 6. Sınıf Öğrencilerinin Sigara İçme Davranışları ve Anksiyete Düzeyleri. *Bağımlılık Dergisi*. 2020; 21(3): 201-209.
15. Craig CL, Mashall AL, Sjöström M, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*,2003; 35: 1381-1395.
16. Hagstromer M, Oja P, Sjostrom M. The International Physical Activity Questionnaire (IPAQ): a study of concurrent and construct validity. *Public Health Nutr*, 2006; 9: 755-762.
17. Öztürk M. Üniversitede eğitim-öğretim gören öğrencilerde Uluslararası Fiziksel Aktivite Anketinin geçerliliği ve güvenilirliği ve fiziksel aktivite düzeylerinin belirlenmesi. [Yüksek Lisans Tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2005
18. Genç, A. , Şener, Ü. , Karabacak, H. , Üçok, K. "Kadın ve Erkek Genç Erişkinler Arasında Fiziksel Aktivite ve Yaşam Kalitesi Farklılıklarının Araştırılması". *Kocatepe Tıp Dergisi* 12 (2011) : 145-150
19. Soyuer F. , Ünal D. , Elmalı F. Sigara İçmek Üniversite Öğrencilerinin Fiziksel Aktivitesini Etkiliyor mu?. *KAFKAS TIP BİL DERG.* 2011; (3): 103-108.

Tablo 1. İncelenlerin Temel Tanımlayıcı Özellikleri, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%) |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| Cinsiyet | | |
| Kadın | 99 | 61,1 |
| Erkek | 63 | 38,9 |
| Sınıf | | |
| 1. sınıf | 45 | 27,8 |
| 2. sınıf | 27 | 16,7 |
| 3. sınıf | 11 | 6,8 |
| 4. sınıf | 12 | 7,4 |
| 5. sınıf | 23 | 14,2 |
| 6. sınıf | 44 | 27,2 |
| Alkol Kullanımı | | |
| evet | 83 | 51,2 |
| hayır | 79 | 48,8 |
| Sigara Kullanımı | | |
| evet | 50 | 30,9 |
| hayır | 112 | 69,1 |
| Kronik hastalık | | |
| evet | 18 | 11,1 |
| hayır | 144 | 88,9 |
| Psikiyatrik hastalık | | |
| evet | 17 | 10,5 |
| hayır | 145 | 89,5 |
| Vücut Kitle endeksi | | |
| zayıf | 15 | 9,3 |
| normal | 102 | 63,3 |
| fazla kilolu | 36 | 22,4 |
| obez | 8 | 5,0 |
| Toplam | 162 | 100,0 |

%: sütun yüzdesi

Tablo 2. İncelenenlerin Anksiyete Düzeyi ve İlişkili Olabilecek Faktörler, 2022, Çanakkale

| değişkenler | anksiyete düzeyi | | | | p |
|-------------------------|------------------|---------------|----------------------------|---------------------|--------------|
| | minimal n(%) | hafif n(%) | düzy orta düzey n(%) | ileri düzey n(%) | |
| cinsiyet | | | | | |
| kadın | 11 (11,1) | 32 (32,3) | 36 (36,4) | 20 (20,2) | 0,000 |
| erkek | 24 (38,1) | 21 (33,3) | 12 (19,0) | 6 (9,5) | |
| sınıf | | | | | |
| preklinik | 16 (19,3) | 28 (33,7) | 24 (28,9) | 15 (18,1) | 0,815 |
| klinik | 19 (24,1) | 25 (31,6) | 24 (30,4) | 11 (13,9) | |
| sigara | | | | | |
| evet | 12 (24,0) | 17 (34,0) | 13 (26,0) | 8 (16,0) | 0,908 |
| hayır | 23 (20,5) | 36 (32,1) | 35 (31,2) | 18 (16,1) | |
| alkol | | | | | |
| evet | 17 (21,5) | 25 (31,6) | 23 (29,1) | 14 (17,7) | 0,953 |
| hayır | 18 (21,7) | 28 (33,7) | 25 (30,1) | 12 (14,5) | |
| psikiyatrik tanı | | | | | |
| evet | 0 (0,0) | 5 (29,4) | 7 (41,2) | 5 (29,4) | 0,016 |
| hayır | 35 (21,6) | 48 (32,7) | 41 (29,6) | 21 (16,0) | |

p: satır yüzdesi n: sayı p: Ki-Kare testi

Tablo 3. İncelenenlerin MET aktivite skoru ve İlişkili Olabilecek Faktörler, 2022, Çanakkale

| Değişkenler | MET aktivite skoru ortanca (min-maks) | p |
|--------------------------------|--|---------------|
| Cinsiyet | | |
| kadın | 792 (0-11598) | 0,018* |
| erkek | 1920 (0-19278) | |
| Sınıf | | |
| preklinik | 1386 (0-19278) | 0,195* |
| klinik | 1386 (0-12852) | |
| Sigara kullanımı | | |
| evet | 1287 (0-12852) | 0,799* |
| hayır | 1386 (0-19278) | |
| Alkol kullanımı | | |
| evet | 1386 (0-12852) | 0,579* |
| hayır | 1386 (0-19278) | |
| Kronik hastalık varlığı | | |
| evet | 1920 (0-8958) | 0,341* |
| hayır | 1350 (0-19278) | |
| Vücut Kitle Endeksi | | |
| zayıf | 396 (0-2826) | 0,139** |
| normal | 1440 (0-19278) | |
| fazla kilolu | 1413 (0-9012) | |
| obez | 1773 (0-11598) | |
| Anksiyete düzeyi | | |
| minimal | 1386 (0-9492) | 0,502** |
| hafif düzeyde | 1626 (0-19278) | |
| orta düzeyde | 720 (0-11598) | |
| şiddetli düzeyde | 1350 (0-11580) | |

Min: minimum maks: maksimum *:Mann Whitney U **:Kruskal Wallis

EKİM-KASIM GRUBUNUN MAKALELERİ

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastalarda
Dijital Ebeveynlik Tutumunun Ölçülmesi**

**Selin ÇATALKAYA, Bengisu DADAK, Rüya Merve ONUK, Oğuzhan ÖZKAN, Rümeyza Nur
TAŞDEMİR, Özüm Öykü TÜRKMEN**

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Mustafa Hazim İNEL**

ÖZET

Giriş: Dijital ebeveyn; çağımızın dijital dünyasının gereklerinin farkında olan, temel düzeyde dijital araçların kullanımına hâkim, dijital ortamlardaki imkan ve tehlikelerin farkında olan, çocuğunu bu tehlikelere karşı koruyup gözetebilen, dijital araçların doğru kullanımını hakkında çocuğuna rol model olan, teknolojik gelişmelere hakim anne ve babadır. Çalışmamızın kısa vadedeki amacı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran ve 10-17 yaş arasında çocuğu bulunan ebeveynlerin dijital ebeveynlik tutumunun ölçülmesidir. Uzun vadede ise çocuk ve ergenlerin internete güvenli erişimini sağlayacak devlet politikalarının düzenlenmesi ve bu konudaki literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesine 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında başvuran 10-17 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlere Araştırma kapsamında 11 soruluk Demografik Veri Formu ve 12 soruluk Dijital Ebeveynlik Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından 6 önhekim 1 asistan hekim ve 1 öğretim üyesi olmak üzere 8 kişilik bir ekiple 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında Google Forms üzerinden sorular yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuş ve istatistiksel analizler SPSS 25 ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesine 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında başvuran 10-17 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerden 154'ü dahil edilmiştir. Katılımcı %38,3'ü 30-39 yaş aralığında, %51,9 40-49 yaş aralığında, %9,7'si 50-59 yaş aralığında. Katılımcıların çocuklarının %50,6'sı kız %49,4'ü erkek. Çocukların %10,4 ilkokul, %42,2'si ortaokul, %47,4'ü lise öğrencisidir. Katılımcı annelerin %21,1'i ilkokul, %13,0'ı ortaokul, %26,6'sı lise, %34,4'ü üniversite, %5,8'i lisansüstü eğitim mezunudur. Katılımcı babaların %12,3'ü ilkokul, %11,7'si ortaokul, %28,6'sı lise, %40,3'ü üniversite, %7,1'i lisansüstü eğitimi mezunudur. Çalışmaya dahil edilenlerin dijital ebeveynlik tutum ölçeği incelendiğinde ortalamaları 47,55+-0,524 ortancaları ise 48(min:18-max:60)idi. Katılımcıların dijital ebeveynlik tutum skorları ile çocuklarının; cinsiyetleri, okul düzeyleri ve ebeveynlerin; yaş grupları, anne ve babanın eğitim ve çalışma durumları, çocukla beraber yaşaması, ailenin gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. (p=0.393, p=0.695, p=0.365, p=0.253[anne], p=0.793[baba], p=0.793[anne], p=0.961[baba], p=0.636, p=0.067)

Sonuç: Günümüz çocuklarının teknolojinin içine doğmuş olmaları ebeveynler için endişe teşkil edebilmektedir. Bu çalışmada dijital ebeveynlik tutum düzeyi demografik özelliklerine göre incelendi. Araştırma sonuçlarına göre dijital ebeveynlik tutumu ve sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşılamadı. Dijital ebeveynlikle ilgili detaylı sonuçlara ulaşmak için nicel ve nitel araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: dijital ebeveynlik, dijital bağımlılık, teknoloji tutumu

GİRİŞ

Dijital teknolojiler günümüzde çocuk ve yetişkinlerin yaşamının vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Türkiye’de ve dünyada yapılan birçok çalışma özellikle ekran teknolojileri kullanımının 2010lu yıllardan itibaren yadsınamaz bir artış gösterdiğini ortaya koymaktadır. Ekran teknolojilerinin yaygınlaşmasının dijital teknolojilerle büyümüş olan günümüz çocuk ve ergenlerinin ekran kullanım alışkanlıklarını etkilemesi kaçınılmaz bir sonuçtur (1). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 yılı raporunda Türkiye’de bireylerde internet kullanımının bir önceki yıla göre artarak %85,0’e, hanelerde internete erişim imkanının %94,1’e ulaştığını bildirilmektedir (2).

Çocukların duygusal, zihinsel, bedensel gelişimlerini pek çok açıdan etkileyebilecek olan bu konuda ebeveynlerin çocuklarına yol gösterebilmeleri ve teknolojinin doğru kullanım tarzlarını çocuklarına kazandırabilmeleri için sahip olmaları gereken özellikler “dijital ebeveynlik” kavramını doğurmuştur (3). Dijital ebeveynlik kavramı geriye dönük bakıldığında ilk kez Rode (2009) tarafından kullanıldığı görülmektedir (4). Rode klasik ebeveynlik kavramının yetersiz olduğunu düşünüp ebeveynlerin çocuklarını hayatta nasıl koruyorlarsa dijital dünyada da aynı şekilde davranmaları gerektiği düşüncesini ortaya atmıştır (5).

Dijital ebeveynlik tanımında “dijital” kavramıyla kastedilen; oyun, eğlence, araştırma, vakit geçirme gibi herhangi bir amaç için kullanılabilen her türlü elektronik araçtır. Ebeveynlerin dijital cihazların güvenli kullanımıyla ilgili bilinçlenmeleri, teknolojinin iyi yönlerinden yararlanıp tehlikelerinin farkında olmaları konusunda çocuklarına öncülük etmeleri ve önlem almaları gibi meseleler, günümüz ebeveynlerinin sorumlulukları arasına girmiş ve sağlıklı nesillerin yetiştirilebilmesi adına gerekli hale gelmiştir. Bu bağlamda “dijital ebeveyn”; çağımızın dijital dünyasının gereklerinin farkında olan, temel düzeyde dijital araçların kullanımına hâkim, dijital ortamlardaki imkan ve tehlikelerin farkında olan, çocuğunu bu tehlikelere karşı koruyup gözetebilen, dijital araçların doğru kullanımı hakkında çocuğuna rol model olan, teknolojik gelişmelere hakim anne ve babadır (3). İngiltere’de 2006 yılından itibaren 5-15 yaş çocuk ve ebeveynleri üzerinde araştırmalar yapan bir organizasyonun verileri, çocukların ekran teknolojilerine ulaşılabilirliğini ve ekran karşısında geçirdikleri sürelerin özellikle son yıllarda giderek arttığını göstermiştir (6).

Ebeveynlerin dijital medya araçlarının çocukları tarafından kullanımına yönelik tutumlarının, literatürle de uyumlu olarak, bu teknolojilerin sağladığı olanaklara karşı olumlu; ancak risklerinden dolayı bu teknolojilerin kullanılması konusunda olumsuz olarak değişebildiği gözlenmiştir. Ancak bu iki eğilim birbiri ile ilintilidir. Ebeveynlerin bu tutumları, dijital teknolojilerin çocuklarının hayatında vazgeçilmez bir yeri olmaya başladığına dair kabulleri ile ilişkili görünmektedir. Zira 2017 yılında Türkiye’de yapılan bir araştırmada ebeveynlerin büyük çoğunluğu bu teknolojilerin kullanımını düzenlemek ile ilgili beceriler kazanmak isterken, sadece % 8,9’u çocuklarını bu teknolojilerden tamamen uzaklaştırmak istemiştir (7).

Çalışmamızın kısa vadedeki amacı Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi'ne başvuran ve 10-17 yaş arasında çocuğu bulunan ebeveynlerin dijital ebeveynlik tutumunun ölçülmesidir.

Uzun vadede ise çocuk ve ergenlerin internete güvenli erişimini sağlayacak devlet politikalarının düzenlenmesi ve bu konudaki literatüre katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma bölgesi, araştırma popülasyonu ve örneklem:

Araştırmamız Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesine 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında hastane başvuran hasta ve hasta yakınlarından örneklem seçilmeden toplanmıştır. Çalışmaya dahil olma kriteri olarak 10-17 yaş arası çocuk sahibi olmak belirlenmiştir.

Araştırma Tipi:

Araştırma tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Veri Kaynakları:

Araştırma kapsamında 11 soruluk Demografik Veri Formu ve 12 soruluk Dijital Ebeveynlik Tutum Ölçeği uygulanmıştır. Demografik veri formunda çocuğun cinsiyeti, çocuğun doğum tarihi, kaçınıcı sınıfa gittiği, ebeveynin kaç yaşında olduğu, çalışma durumu, ailenin gelir durumu, çocuğun anne babayla birlikte yaşama durumu ve çocuğun kendine ait cep telefonu/bilgisayar/tablet olması durumu sorulmuştur.

Dijital Ebeveynlik Tutum Ölçeği:

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak dijital ebeveynlik tutumlarını ortaya çıkarmak için kullanılan "Dijital Ebeveynlik Tutum Ölçeği" başlıklı ölçek kullanılmıştır. Bu ölçek Kaya, Bayraktar ve Yılmaz tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 12 maddeden oluşmakta ve beşli Likert ölçeklendirme üzerinden yanıtlanmaktadır. Ölçekte olumlu ya da olumsuz bir yargıyı değerlendiren bir maddeden alınan yüksek puan, o yöndeki tutumun gücünü göstermektedir. Ölçekte, maddelerde ifade edilen görüşlere yönelik onaylamayı göstermek için "tamamen katılıyorum" (5) ve "katılıyorum" (4) ifadeleri; görüşleri onaylamamayı göstermek için ise "hiç katılmıyorum" (1) ve "katılmıyorum" (2) ifadeleri kullanılmıştır. Maddeler hakkında olumlu veya olumsuz bir görüşün bulunmadığını belirtmek için ise "kararsızım" (3) ifadesine yer verilmiştir. Her maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekte alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan 60'dır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Yılmaz ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerliliğinin incelenmesi için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, ebeveyn tutumları iki faktörlü bir yapı olarak gözlenmiştir. Ölçeğin her iki alt boyutu için

hesaplanan Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı sırasıyla, .776 ve .724, test yarılama güvenilirlik katsayıları ise .764 ve .631'dir. (8)

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulayanlar:

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından 6 önhekim, 1 asistan hekim ve 1 öğretim görevlisi olmak üzere 8 kişilik bir ekiple 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında Google Forms üzerinden sorular yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur.

Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz:

İstatistiksel analizler SPSS 25 ile yapılmıştır. Veri kontrolü ve analizler bu program üzerinden yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerin gösteriminde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum kullanılmıştır. Normal dağılımı uygunluk için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, istatistiksel analiz için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir.

Finansman:

Bu araştırma yürütülürken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Çalışmamıza Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Hastanesine 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında başvuran 10-17 yaş grubu çocuğu olan ebeveynlerden 154'ü dâhil edilmiştir. Katılımcı %38,3'ü 30-39 yaş aralığında, %51,9 40-49 yaş aralığında, %9,7'si 50-59 yaş aralığında. Katılımcıların çocuklarının %50,6'sı kız %49,4'ü erkek. Çocukların %10,4 ilkokul, %42,2'si ortaokul, %47,4'ü lise öğrencisidir. Katılımcı annelerin %21,1'i ilkokul, %13,0'ı ortaokul, %26,6'sı lise, %34,4'ü üniversite, %5,8'i lisansüstü eğitim mezunudur. Katılımcı babaların %12,3'ü ilkokul, %11,7'si ortaokul, %28,6'sı lise, %40,3'ü üniversite, %7,1'i lisansüstü eğitimi mezunudur. Katılımcı annelerin %53,2'si çalışıyor, %44,2'si çalışmıyor %2,6'sı emeklidir. Katılımcı babaların %88,3'ü çalışıyor, %2,6'sı çalışmıyor, %9,1'i emeklidir. Katılımcıların çocuklarının %89,6'sı anne ve babası ile birlikte yaşıyor, %1,9'u sadece babasıyla yaşıyor, %1,9'u anne ve baba ile yaşamıyor, %6,5'i sadece anne ile yaşıyor. Katılımcıların %10,4'unun geliri giderinden az, %53,9'unun geliri giderine eşit, %35,7'sinin geliri giderinden fazladır (**Tablo 1**).

Katılımcıların çocuklarının sahip olduğu elektronik cihazlar sıralandığında %73,3'ünün akıllı telefon, %31,1'inin tablet, %50,6'sının bilgisayar, %10,3'ünün oyun konsolu olduğu bilgisine ulaşılmıştır. (**Tablo 2**)

Çalışmaya dahil edilenlerin dijital ebeveynlik tutum ölçeği incelendiğinde ortalamaları 47,55+-0,524 ortancaları ise 48(min:18-max:60) idi. Katılımcıların dijital ebeveynlik tutum

skorları ile çocuklarının; cinsiyetleri, okul düzeyleri ve ebeveynlerin; yaş grupları, anne ve babanın eğitim ve çalışma durumları, çocukla beraber yaşaması, ailenin gelir durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0.393, p=0.695, p=0.365, p=0.253$ [anne], $p=0.793$ [baba], $p=0.793$ [anne], $p=0.961$ [baba], $p=0.636, p=0.067$) (**Tablo 3**)

TARTIŞMA

10-17 yaş çocuklarının cep telefonu, tablet, bilgisayar, oyun konsolu kullanımına ilişkin ebeveynlerin görüşlerinin belirlenmesini amaçlayan bu çalışmada öncelikle çocukların teknolojik araç kullanımına bağlı davranışları ve ebeveynlerin bu noktadaki tutumları değerlendirilmiştir.

Nikken ve Schols (2015) tarafından yapılan çalışmada ise düşük eğitim düzeyli ebeveynlere sahip çocukların daha fazla dijital bağımlılık eğilimi gösterdiğini ortaya koymuştur. Bu durumun nedeni eğitim düzeyine bağlı olarak ebeveynlerin dijital kullanım farkındalıklarının farklılığı olarak değerlendirilmiştir. Bizim çalışmamızda ise anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. (9) Eğitim seviyesi yüksek bireylerin dijital ebeveynlik farkındalıklarının eğitim seviyesi düşük bireylere kıyasla yüksek olmasını bekledik.

Budak'ın 2020'de yaptığı çalışmada Annelerin babalara göre ve eğitim düzeyi yüksek ebeveynlerin eğitim düzeyi düşük ebeveynlere göre dijital ebeveynlik farkındalıkları daha yüksek saptanmıştır (10). Bizim çalışmamızda ise gerek ebeveyn cinsiyeti gerekse eğitim düzeyi açısından anlamlı bir farklılık bulunamıştır. Günümüz şartlarında teknoloji çağına doğan çocuklar, ebeveynlerin eğitim düzeyi ne olursa olsun dijital cihazlara kolayca erişebildiğinden bu farkın anlamlı olmadığını düşünüyoruz.

Paus-Hasebrink vd. (2014) kız çocuk ebeveynlerinin erkek çocuk ebeveynlerine göre dijital farkındalık açısından daha olumlu bir bakış açısı sergilediklerini ortaya koymuştur. Paus-Hasebrink bu bulguyu erkek ve kız çocuklar arasındaki teknoloji kullanım durumlarındaki farklılığına bağlamıştır. Bizim çalışmamızda ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (11). Bunun sebebi çalıştığımız örneklem büyüklüğünün yetersiz kalması olabilir.

Yaman ve arkadaşları ve Lou ve arkadaşlarının farklı zamanlarda yapmış oldukları çalışmalarda ebeveyn yaş faktörüne ilişkin bulgular göz önüne alındığında ebeveynlerin yaşları düştükçe dijital okuryazarlık ve dijital öz-yeterliliklerinin (12-13) daha yüksek olduğu düşünüldüğünde; ebeveynlerde yaş küçüldükçe risklerden koruma düzeyinin artmasına ilişkin bulguların literatür ile desteklendiği görülmektedir. Bizim çalışmamızda ise anlamlı bir sonuca ulaşılmamıştır. Çalışmamızda 10 yaş altı çocuğa sahip ebeveynlere yer vermediğimiz için erişebildiğimiz ebeveyn yaş ortalaması kısıtlı olup daha bilinçli olacağını düşündüğümüz daha genç yaş grubunun dâhil olamaması bu duruma sebep olabileceğini düşündük.

TUİK, bizim çalışmamızın aksine farklı bir perspektiften bakarak çocukların gözünden yapmış olduğu bir çalışmada düzenli dijital oyun oynayan çocukların dijital oyunlarla ilgili kişisel düşünceleri sorulduğunda; 6-15 yaş grubundaki çocukların %58,4'ünün ebeveynlerinin

kendisi hakkında çok fazla oyun oynadığını düşündüklerini belirtti. Düzenli dijital oyun oynayan çocukların %47,3'ü planladığı süreden daha fazla oyun oynadığını, %42,6'sı fazla oyun oynamanın sorumluluklarını aksatmaya neden olduğunu, %42,3'ü oyun oynamak için çok fazla zaman harcadığını ve %28,0'ı dijital oyun oynamadığı zaman kendisini huzursuz ve mutsuz hissettiğini ifade etti. (14)

SONUÇ

Günümüz çocuklarının teknolojinin içine doğmuş olmaları ebeveynler için endişe teşkil edebilmektedir. Ebeveynler teknolojinin yararlı amaçlarla (ders, eğitim vb.) kullanımını genel olarak desteklemekte ancak teknolojinin doğurabileceği zararlardan çekinmektedirler. Biz de bu çalışmamızda dijital ebeveynlik tutum düzeyini demografik özelliklerine göre incelendi. Araştırma sonuçlarına göre dijital ebeveynlik tutumu ve sosyodemografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka ulaşılamadı. Bu çalışma sadece hastane polikliniğine başvuranlar üzerinden gerçekleşmiştir. Farklı grupları da içerecek şekilde, örneklem hesaplanarak yapılacak çalışmalarda sosyodemografik özelliklerle dijital ebeveynlik tutumu arasında ilişki saptanabilir. Çocukların her türlü gelişimi açısından önem arz eden dijital ebeveynlik kavramı son yıllarda daha görünür hale gelmiştir. Dijital ebeveynlikle ilgili detaylı sonuçlara ulaşmak için nicel ve nitel araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

ARAŞTIRMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmada örneklem seçilmedi, veri toplanan tarihler arasında dahil olma kriterini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden herkes çalışmaya dahil edildi. Bu nedenle toplum temsiliyeti taşımamaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kaya, İ., Bayraktar, D. M. Türkiye’de yapılan dijital ebeveynlik araştırmalarına yönelik bir içerik analizi çalışması. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 22(2), 1046-1082.
2. TÜİK, Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması, [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2022-45587)
3. Yay, M. "Dijital Ebeveynlik". Yeşilay Yayınları, 2019, 11-11
4. Manap, A., Durmuş, E. Dijital ebeveynlik farkındalığının çeşitli değişkenler, aile içi roller ve çocukta internet bağımlılığı açısından incelenmesi, 2021
5. Rode, J. A. Digital parenting: designing children’s safety. *People and computers XXIII celebrating people and technology*, 2009, 244-251.

6. OFCOM, Children and parents: Media use and attitudes report 2019.
https://www.ofcom.org.uk/__data/assets/pdf_file/0023/190616/children-media-useattitudes-2019-report.pdf
7. İnan-Kaya, G., Mutlu-Bayraktar, D., Yılmaz, Ö. Digital parenting: Perceptions on digital risks. *Kalem Uluslararası Eğitim ve İnsan Bilimleri Dergisi*.
8. İnan, G., Yılmaz, Ö. Dijital ebeveynlik tutum ölçeği: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2018, 46, 149-173.
9. Nikken, P., & Schols, M. How and why parents guide the media use of young children. *Journal of child and family studies*, 2015, 24(11), 3423-3435
10. Budak, K. S. Okul öncesi dönem çocukları için dijital oyun bağımlılık eğilimi ölçeğinin ve dijital oyun ebeveyn rehberlik stratejileri ölçeğinin geliştirilmesi, problem davranışlarla ilişkisinin incelenmesi, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2020
11. Paus-Hasebrink, I., Sinner, P. & Prochazka, F. Children's online experiences in socially disadvantaged families: European evidence and policy implications. London: EU Kids Online, LSE., 2014
12. Yaman, F. (2018). Türkiye'deki ebeveynlerin dijital ebeveynlik öz yeterliliklerinin incelenmesi. Unpublished Doctorial Thesis. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
13. Lou, S. J., Shih, R. C., Liu, H. T., Guo, Y. C. & Tseng, K. H. (2010). The influences of the sixth graders' parents' internet literacy and parenting style on internet parenting. *Turkish Online Journal of Educational Technology-TOJET*, 9(4), 173-184
14. TÜİK, Çocuklarda Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması,
<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Cocuklarda-Bilisim-Teknolojileri-Kullanim-Arastirmasi-2021-41132>

Tablo 1. İncelenlerin Temel Tanımlayıcı Özellikleri, 2022, Çanakkale

| Özellik | Sayı (n) | Yüzde (%)* |
|-------------------------------|----------|------------|
| Cinsiyet | | |
| Kız | 78 | 50,6 |
| Erkek | 76 | 49,4 |
| Çocuk Eğitim | | |
| İlkokul | 16 | 10,4 |
| Ortaokul | 65 | 42,2 |
| Lise | 73 | 47,4 |
| Ebeveyn Yaş | | |
| 30-39 | 59 | 38,3 |
| 40-49 | 80 | 51,9 |
| 50-59 | 15 | 9,7 |
| Annenin Eğitim Durumu | | |
| İlkokul | 31 | 20,1 |
| Ortaokul | 20 | 13,0 |
| Lise | 41 | 26,6 |
| Üniversite | 53 | 34,4 |
| Lisansüstü | 9 | 5,8 |
| Babanın Eğitim Durumu | | |
| İlkokul | 19 | 12,3 |
| Ortaokul | 18 | 11,7 |
| Lise | 44 | 28,6 |
| Üniversite | 62 | 40,3 |
| Lisansüstü | 11 | 7,1 |
| Annenin Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 82 | 53,2 |
| Çalışmıyor | 68 | 44,2 |
| Emekli | 4 | 2,6 |
| Babanın Çalışma Durumu | | |

| | | |
|------------------------------|------------|--------------|
| Çalışıyor | 136 | 88,3 |
| Çalışmıyor | 4 | 2,6 |
| Emekli | 14 | 9,1 |
| Çocukla Yaşama Durumu | | |
| Anne Babayla Birlikte | 141 | 89,6 |
| Sadece Babayla | 3 | 1,9 |
| Sadece Anneyle | 10 | 6,5 |
| Anne ve Babayla Değil | 3 | 1,9 |
| Ailenin Gelir Durumu | | |
| Geliri giderinden az | 16 | 10,4 |
| Geliri giderine eşit | 83 | 53,9 |
| Geliri giderinden fazla | 55 | 35,7 |
| Total | 154 | 100,0 |

*% Sütun Yüzdesi

Tablo 2. Çocukların Sahip Olduğu Elektronik Cihazlar, 2022, Çanakkale

| Cihaz* | Sayı (n) | Yüzde (%)** |
|----------------|-----------------|--------------------|
| Akıllı Telefon | 113 | 73,3 |
| Bilgisayar | 78 | 50,6 |
| Tablet | 48 | 31,1 |
| Oyun Konsolu | 16 | 10,3 |

*Birden fazla şık işaretlenebiliyor.

** Sütun Yüzdesi

Tablo 3. Dijital Ebeveynlik Tutum Ölçeği Skorları

| Değişkenler | Ortanca (Min-Max) | P |
|-------------------------------|-------------------|---------|
| Cinsiyet | | |
| Kız | 47,0 (18-60) | 0,393* |
| Erkek | 48,0 (20-60) | |
| Çocuk Eğitim | | |
| İlkokul | 47,0 (36-60) | |
| Ortaokul | 48,0 (18-60) | 0,695** |
| Lise | 47,0 (34-60) | |
| Ebeveyn Yaş | | |
| 30-39 | 47,0 (34-60) | |
| 40-49 | 48,0 (18-60) | 0,365** |
| 50-59 | 47,0 (42-56) | |
| Annenin Eğitim Durumu | | |
| İlkokul | 49,0 (39-59) | |
| Ortaokul | 48,0 (35-60) | |
| Lise | 46,0 (33-60) | 0,253** |
| Üniversite | 47,0 (18-60) | |
| Lisansüstü | 46,0 (38-51) | |
| Babanın Eğitim Durumu | | |
| İlkokul | 48,0 (39-56) | |
| Ortaokul | 47,5 (33-58) | |
| Lise | 48,0 (34-59) | 0.793** |
| Üniversite | 47,0 (18-60) | |
| Lisansüstü | 48,0 (45-53) | |
| Annenin Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 47,0 (18-60) | |
| Çalışmıyor | 48,0 (33-60) | 0.793** |
| Emekli | 48,5 (36-56) | |
| Babanın Çalışma Durumu | | |

| | | |
|------------|--------------|---------|
| Çalışıyor | 48,0 (18-60) | |
| Çalışmıyor | 49,0 (41-55) | 0.961** |
| Emekli | 47,0 (36-57) | |

Çocukla Yaşama Durumu

| | | |
|-----------------------|--------------|---------|
| Anne Babayla Birlikte | 48,0 (18-60) | |
| Sadece Babayla | 48,0 (47-56) | 0.636** |
| Sadece Anneyle | 47,5 (41-57) | |
| Anne ve Babayla Değil | 46,0 (43-47) | |

Ailenin Gelir Durumu

| | | |
|-------------------------|--------------|---------|
| Geliri giderinden az | 51,5 (41-58) | |
| Geliri giderine eşit | 47,0 (33-60) | 0.067** |
| Geliri giderinden fazla | 46,0 (18-60) | |

*Mann-Whitney U

**Kruskal-Wallis

Min: Minimum

Max: Maximum

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların
Görüşlerine Göre Çocuklarının Oyun Bağımlılığı Düzeyinin Belirlenmesi**

Egemen ERDURAN, Veysel ÇÖL, Şahan ÖZZENGİN, Neslihan ADIGÜZEL, Sertaç KABİL

**Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Halk Sağlığı Anabilim Dalı
İntörn Hekim**

**Danışman Öğretim Elemanı
Araş.Gör.Dr. Sait DEMİRKAYA**

ÖZET

Giriş: Günümüzde teknolojik aletlerin gelişmesiyle birlikte, çocuklar dijital dünya ile erkenden tanışmakta ve bu durum onların oyun alışkanlıklarını da etkilemektedir. Çalışmamızın amacı hastaneye başvuran ebeveynlerin çocuklarında oyun bağımlılığı düzeyini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı olan bu çalışmada, örneklem seçilmeden 15.11.2022-18.11.2022 hastaneye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 159 ebeveyne anket uygulanarak veriler elde edilmiştir. Çalışmada kullanılan anket; demografik veri formu ve velilerin bilgisayar oyunu bağımlılığına ilişkin algılarını belirlemeye yönelik ölçekten oluşmaktadır. İstatistiksel analizler SPSS 25 ile yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan 159 velinin 64'inin (% 40.3) çocuğu kız; 95'unun (% 59.7) ise erkektir. Oyun bağımlılığı ölçek puanı cinsiyete göre karşılaştırıldığında erkek çocuklarında oyun bağımlılığı düzeyi daha yüksek olarak belirlenip istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.004$). Yine babanın eğitim düzeyi ve çalışma durumu çocuğun oyun bağımlılığı ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. ($p=0.003$, $p=0.008$). **Sonuç ve Öneriler:** Çalışmada cinsiyet, baba eğitim durumu ve çalışma durumu değişkenlerinde çocukların oyun bağımlılığı düzeyine göre anlamlı fark saptanmıştır. Oyun bağımlılığının daha geniş katılımlı çalışmalarda ileri analiz yöntemleriyle incelenmesi literatüre katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bilgisayar oyun bağımlılığı, ebeveyn, oyun

GİRİŞ

Gelişen teknoloji insan yaşamının her alanında kendisini göstermektedir. Özellikle sosyal yaşamda etkisini giderek daha fazla hissettiren teknolojik gelişmeler bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında gerçek yaşamdan sanal yaşama doğru yönelmelerini de beraberinde getirmiştir. Bunun sonucu olarak dijital oyun bağımlılığı kavramı ortaya çıkmıştır. Dijital oyun bağımlılığı; Dünya Sağlık Örgütü tarafından Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması El Kitabı'nın (11. Baskısında) 6C51 koduyla "Oyun Oynama Bozukluğu" olarak yer almaktadır. Bozukluk, bireyin (çevrimiçi veya çevrimdışı) oyun oynama üzerindeki denetimini kaybetmesi, oyun oynamanın bireyin diğer ilgilerinin ve günlük etkinliklerinin önüne geçmesi ve (kişisel, ailesel, toplumsal, eğitim, iş veya diğer önemli alanlarda) olumsuz sonuçlarına rağmen oyun oynamayı sürdürmesi şeklinde tanımlanmaktadır (1).

Oyun bağımlılarında günde 8-10 saat ve haftada en az 30 saat gibi yoğun ve uzamış oyun oynama davranışı, oyun oynama üzerindeki oto kontrol kaybı, tolerans gelişimi, engellenmeye karşı tepki ve öfke ile tepki gösterme, sorumlulukları ve yakın ilişkileri ihmal etme, temel ihtiyaçları erteleme gibi bir takım bilişsel ve davranışsal belirtiler görülmektedir (2). İki binli yıllarla birlikte teknolojinin gelişmesi ve internetin yaygınlaşması ergenlerin teknoloji ve internet ile iç içe büyümesi sonucunu doğurmuştur (3).

Amerikan Tıp Birliği'ne göre ise Amerikalı gençlerin %90'ı dijital oyun oynamakta ve %15'inin oyun bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir (4). Türkiye genelinde ise bilgisayarın yaygınlaşmaya başlamasıyla çalışmalar hız kazanmıştır (5-8).

Çalışmanın kısa vadeli amacı polikliniğe başvuran ebeveynlerin çocuklarında oyun bağımlılığını ölçmektir. Uzun vadeli amacı ise çocuk ve ergenlerin internete güvenli erişimini sağlayacak devlet politikalarının düzenlenmesi ve bu konu üzerine Türkiye ve dünyada yapılacak çalışmalar adına literatüre katkı yapması amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Tipi

Bu araştırma tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

Araştırma Bölgesi ve Populasyonu

Araştırma Çanakkale 18 Mart üniversitesi araştırma hastanesine 15.11.2022-18.11.2022 tarihleri arasında başvuran 10-17 yaş aralığındaki çocuğu bulunan ebeveynlerde gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Veri Kaynakları

Araştırma kapsamında 11 soruluk demografik veri formu ve 18 soruluk velilerin bilgisayar oyunu bağımlılığına ilişkin algılarını belirlemeye yönelik ölçek kullanılmıştır. Demografik veri formunda çocuğun cinsiyeti, çocuğun doğum tarihi, kaçınıcı sınıfa gittiği, ebeveynin kaç yaşında olduğu, çalışma durumu, ailenin gelir durumu, çocuğun anne babayla birlikte yaşama durumu ve çocuğun kendine ait cep telefonu/bilgisayar/tablet olması durumu sorulmuştur.

Velilerin Bilgisayar Oyunu Bağımlılığına İlişkin Algılarını Belirlemeye Yönelik Ölçek

Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ulusoy ve ark. tarafından yapılmıştır (9). Ebeveynlerin çocuklarının oyun oynama yaklaşımlarına yönelik tutumlarını belirleyen 18 maddeden oluşan, 1-5 arası puanlanan likert tipinde bir ölçektir. Ölçekte olumlu ya da olumsuz bir yargıyı değerlendiren bir maddeden alınan yüksek puan, o yöndeki tutumun gücünü göstermektedir. Ölçekte, maddelerde ifade edilen görüşlere yönelik onaylamayı göstermek için “tamamen katılıyorum” (5) ve “katılıyorum” (4) ifadeleri; görüşleri onaylamamayı göstermek için ise “hiç katılmıyorum” (1) ve “katılmıyorum” (2) ifadeleri kullanılmıştır. Maddeler hakkında olumlu veya olumsuz bir görüşün bulunmadığını belirtmek için ise “kararsızım” (3) ifadesine yer verilmiştir. Her maddeden elde edilen puanların toplanmasıyla ölçek puanı elde edilmiştir. Ölçekte alınabilecek en düşük puan 18, en yüksek puan 90’dır. Ölçeğin geçerliğinin incelenmesi için yapılan açımlayıcı faktör analizi sonucunda, ebeveyn tutumları iki faktörlü bir yapı olarak gözlenmiştir. Ölçeğin her iki alt boyutu için hesaplanan Cronbach alpha iç tutarlık katsayısı 0.92 DFA7.62 RMSEA 0.07 dir.

Araştırmanın Uygulanması ve Uygulananlar

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalından 6 önhekim tarafından 15.11.2022 tarihinden araştırmaya başlanmıştır.

Araştırma Verilerinin Düzenlenmesi ve İstatistiksel Analiz:

. Kategorik değişkenlerin gösteriminde sayı ve yüzde, sürekli değişkenlerin gösteriminde ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum kullanılmıştır. Normal dağılımı uygunluk için Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri, istatistiksel analiz için Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık için $p < 0,05$ kabul edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 25 ile yapılmıştır

Finansman:

Bu araştırma yürütülürken herhangi bir mali destek alınmamıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan 159 velinin 64'ünün (% 40.3) çocuğu kız; 95'unun (% 59.7) ise erkektir. Bu ailelerin 13'ünün (%8.2) çocuğu ilkokul; 74'ünün (% 46.5) ortaokul; 72'sinin (% 45.3) lise öğrencisidir. Bu ailelerin 61'i (%38.4) 30-39;82'si(%51.6) 40-49;16'sı(%10) 50-59 yaş aralığındadır. Anneler eğitim durumlarına göre incelendiğinde; annelerin 17'si (% 10.7) ilkokul; 15'i (% 9.4) ortaokul; 49'u (% 30.8) lise; 69'u (% 43.4) üniversite; 9'u(% 5.7) de lisansüstü eğitim mezunudur.

Araştırmaya katılan ailelerin baba eğitim durumları dağılımları ise şöyledir: babaların 18'i (% 11.3) ilkokul; 11'i (% 6.9) ortaokul; 45'i (% 28.3) lise;72'si (% 45.3) üniversite; 13'ü (% 8.2) lisansüstü eğitim mezunudur. Araştırmaya katılan veliler anne-baba çalışma durumuna göre incelendiğinde; annelerin 97'sinin (% 61), babaların 145 (% 91.2) çalıştığı; annelerin 60'ının (% 37.7), babaların 6'sının (% 3.8) çalışmadığı; annelerin 2'sinin(%1.3), babaların 8'inin (%5) emekli olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan 159 velinin 141'inin(% 88.7) çocuğu anne ve baba ile; 15'inin(% 9.4) çocuğu yalnız anne ya da baba ile birlikte yaşarken 3'ünün(% 1.9) çocuğu anne ve babasından ayrı olarak yaşamaktadır. Gelir durumlarına göre ise; 20 velinin (% 12.6) geliri giderinden az, 90 velinin (% 56.6) geliri giderine eşit, 49 velinin (% 30.8) de geliri giderinden fazladır(Tablo 1).

Tablo 1. Ailelerle ilgili Değişkenlere İlişkin Demografik Bilgiler

| Değişkenler | SAYI | YÜZDE* |
|----------------------------|------|--------|
| Cinsiyet (n=159) | | |
| Kız | 64 | 40,3 |
| Erkek | 95 | 59,7 |
| Sınıf Düzeyi | | |
| İlkokul | 13 | 8.2 |
| Ortaokul | 74 | 46.5 |
| Lise | 72 | 45.3 |
| Yaş Grupları | | |
| 30-39 | 61 | 38.4 |
| 40-49 | 82 | 51.6 |
| 50-59 | 16 | 10.0 |
| Anne Eğitim Durumu | | |
| İlkokul | 17 | 10.7 |
| Ortaokul | 15 | 9.4 |
| Lise | 49 | 30.8 |
| Üniversite | 69 | 43.4 |
| Lisansüstü | 9 | 5.7 |
| Baba Eğitim Durumu | | |
| İlkokul | 18 | 11.3 |
| Ortaokul | 11 | 6.9 |
| Lise | 45 | 28.3 |
| Üniversite | 72 | 45.3 |
| Lisansüstü | 13 | 8.2 |
| Anne Çalışma Durumu | | |
| Çalışıyor | 97 | 61.0 |
| Çalışmıyor | 60 | 37.7 |
| Emekli | 2 | 1.3 |
| Baba Çalışma Durumu | | |

| | | |
|---|------------|--------------|
| Çalışıyor | 145 | 91.2 |
| Çalışmıyor | 6 | 3.8 |
| Emekli | 8 | 5.0 |
| Anne-Babanın Çocukla Yaşama Durumu | | |
| Anne-baba ile birlikte | 141 | 88.7 |
| Sadece Anne | 12 | 7.5 |
| Sadece Baba | 3 | 1.9 |
| Anne-baba ile birlikte değil | 3 | 1.9 |
| Gelir Durumu | | |
| Geliri Giderinden az | 20 | 12.6 |
| Geliri Giderine eşit | 90 | 56.6 |
| Geliri Giderinden fazla | 49 | 30.8 |
| Toplam | 159 | 100.0 |

*=sütun yüzdesi

Araştırmaya katılanların 101'i (%63.5) bilgisayar;124'ü(%77.9) telefon;24'ü(%40.6) oyun konsolu ; 72'si (%45.2) tablet kullanırken; 7'si(%4.4) hiçbir elektronik cihaza sahip değildir(Tablo 2).

Tablo 2: Çocukların sahip olduğu elektronik cihaz

| CİHAZ | SAYI(n=159) | YÜZDE* |
|--------------|--------------------|---------------|
| Bilgisayar | 101 | 63.5 |
| Telefon | 124 | 77.9 |
| Oyun Konsolu | 24 | 15.09 |
| Tablet | 72 | 45.2 |
| Hiçbiri | 7 | 4.4 |

Araştırmamızın sonucu olarak dijital oyun bağımlılığının sınıf düzeyinde(p:0.166), anne eğitim durumunda(p:0.541), anne çalışma durumunda(p:0.230), anne-babanın çocukla yaşama durumunda(p:0.116), gelir durumunda(p:0.971), yaş gruplarında(p:0.269) ölçeğimize göre anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Araştırmaya katılanların oyun bağımlılığı ölçek puanı cinsiyete göre karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı($p=0.004$)erkek çocuklarında oyun bağımlılığı puanı daha yüksektir. Babanın eğitim durumuyla oyun bağımlılığı ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. ($p=0.003$.post-hoc analizi yapıldığında lise-ilkokul arasındaki farklılıktan kaynaklandığı tespit edildi. $(p=0.008)$.Babanın çalışma durumuyla ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. $(p=0.004)$ post-hoc analiz yapıldığında çalışmıyor-emekli arasındaki farktan kaynaklandığı tespit edildi($p=0.003$) (Tablo3).

Tablo 3. Bağımlılık ile ilişkili Olabilecek Faktörler

| Değişkenler | Ortalama \pm SS | Ortanca(min-max) | p |
|---------------------------|--------------------|------------------|----------------|
| Cinsiyet(n=159) | | | |
| Erkek | 45.57 \pm 14.404 | 45(20-79) | *0.004 |
| Kız | 39.09 \pm 13.351 | 37(22-71) | |
| Sınıf Düzeyi | | | |
| İlkokul | 36.15 \pm 11.082 | 37(22-53) | |
| Ortaokul | 42.20 \pm 12.448 | 43.50(20-70) | **0.166 |
| Lise | 44.97 \pm 16.192 | 43(22-79) | |
| Yaş Grupları | | | |
| 30-39 | 41.25 \pm 12.363 | 42(20-71) | |
| 40-49 | 43.20 \pm 15.322 | 42.5(20-79) | **0.269 |
| 50-59 | 48.31 \pm 15.291 | 46(26-76) | |
| Anne Eğitim Durumu | | | |
| İlkokul | 45.06 \pm 14.985 | 40(23-72) | |
| Ortaokul | 45.67 \pm 14.296 | 43(28-76) | |
| Lise | 41.61 \pm 12.322 | 42(22-64) | **0.541 |
| Üniversite | 42.04 \pm 15.568 | 39(20-79) | |
| Lisansüstü | 48.89 \pm 13.532 | 50(24-70) | |
| Baba Eğitim Durumu | | | |
| İlkokul | 51.61 \pm 14.009 | 50(29-76) | |
| Ortaokul | 39 \pm 16.661 | 37(22-71) | |
| Lise | 37.78 \pm 11.826 | 37(20-64) | **0.003 |

| | | | |
|---|--------------|--------------|---------|
| Üniversite | 43.60±14.795 | 44(20-79) | |
| Lisansüstü | 48.77±10.537 | 50(24-65) | |
| Anne Çalışma Durumu | | | |
| Çalışıyor | 43.75±15.049 | 44(20-79) | |
| Çalışmıyor | 42.20±12.993 | 41(22-72) | **0.230 |
| Emekli | 27.50±7.778 | 27.50(22-33) | |
| Baba Çalışma Durumu | | | |
| İlkokul | 51.61±14.009 | 50(29-76) | |
| Ortaokul | 39±16.661 | 37(22-71) | |
| Lise | 37.78±11.826 | 37(20-64) | **0.003 |
| Üniversite | 43.60±14.795 | 44(20-79) | |
| Lisansüstü | 48.77±10.537 | 50(24-65) | |
| Anne-Babanın Çocukla Yaşama Durumu | | | |
| Anne-baba ile birlikte | 42.81±14.275 | 42(20-79) | |
| Sadece Anne | 38.83±14.899 | 38.5(20-61) | **0.116 |
| Sadece Baba | 55±11.790 | 58(42-65) | |
| Anne-baba ile birlikte değil | 54.67±4.041 | 57(50-57) | |
| Gelir Durumu | | | |
| Geliri Giderinden az | 43.70±15.938 | 41(20-70) | |
| Geliri Giderine eşit | 42.76±13.962 | 42.5(20-76) | **0.971 |
| Geliri Giderinden fazla | 43.04±14.507 | 43(22-79) | |

**kruskal Wallis

*mann-whitney u

TARTIŞMA

Günümüzde oyun bağımlılığı çocuklar arasında giderek yaygınlaşmakta olup bu açıdan değerlendirilmesi gereken bir konudur. Bu çalışmada oyun bağımlılığı çeşitli demografik değişkenlere göre incelenmiştir. Çalışmamızda yer alan çocukların yüksek oranda kendine ait cep telefonuna sahip olduğu ve dijital oyunları daha çok mobil cihazlardan oynadığı saptanmıştır. Konuyla ilgili yapılmış olan başka bir çalışmaya baktığımızda ise Topal ve Aydın'nın yürüttüğü araştırmada incelenen öğrenci kitlesinin de büyük ölçüde mobil araçlardan oyun oynadığı belirlenmiştir (10). Kurtbeyoğlu ve Taylan, Topal ve Ayas tarafından yapılan çalışmalarda da öğrencilerin genellikle cep telefonundan oyun oynamayı tercih ettikleri saptanmıştır (11,12). Ancak Ünal ve ark'larının yürüttüğü araştırmada, oyun oynayanların önemli bir kısmı bilgisayar üzerinden oynadığı sonucuna ulaşılmıştır(13).

Çalışmamızda çocukların dijital oyun bağımlılığı düzeyleri ve cinsiyetleri arasındaki fark incelendiğinde erkek çocukların ortalamalarının yüksek olduğu ve bu farkın anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum üzerinde; erkek çocukların toplum tarafından daha az denetlenmeleri, dijital araçlara kısmen daha kolay erişebilmeleri, sosyal ortamlarda kız öğrencilere oranla daha az etkileşim kurmaları dolayısıyla sanal ortamlardaki iletişime daha fazla yönelmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir. Konuyla ilgili yapılmış diğer çalışmalar incelendiğinde bazı çalışmalarda kız öğrencilerin erkek öğrencilere oranla daha yüksek bağımlılık düzeyine sahip olduğu saptanmıştır (5,6) Başka çalışmalarda ise erkek öğrencilerin kız öğrencilere oranla dijital oyun bağımlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(8, 14-20).

Çalışmamızda elde edilen sonuçlara dayanılarak, ailenin aylık gelir-gider durumu ile çocuğun bağımlılık düzeyi arasında yapılan başka çalışmalarla tutarlı olarak anlamlı bir ilişki saptanamamıştır (8,17). Ancak yapılan bazı araştırmalarda ise gelir seviyesi yüksek olan ailelerde dijital oyun bağımlılığının daha yüksek oranda olduğu ortaya koyulmuştur (21,22).Çalışmamızda anne eğitim durumuyla oyun bağımlılığı arasında anlamlı bir fark saptanamamıştır. Gönüç'ün çalışmasında da elde edilen sonuçlara göre öğrencilerin dijital bağımlılıkları üzerinde annenin eğitim durumu anlamlı farklılık yaratmamaktadır(23). Bizim çalışmamızın aksine Gökçearslan ve Durakoğlu tarafından yapılan çalışmada anne eğitim durumunun öğrencilerin dijital bağımlılık düzeyi üzerinde farklılık oluşturduğu ve bu farklılığın daha eğitilmiş annelere sahip olan öğrenciler aleyhine olduğu belirlenmiştir (24). Arslan ve ark'ları tarafından yapılan araştırmadan elde edilen bulgularda da anne eğitim

durumu açısından öğrencilerin dijital bağımlılık puanlarında anlamlı farklılık olduğu görülmüştür(7).

Çalışmamızda öğrencilerin dijital oyun bağımlılık ile babanın eğitim durumu arasında anlamlı ilişki saptanmış olup özellikle babası ilkökul mezunu olan grupta daha yüksek olduğu görülmüştür. Bunun sebebi eğitim seviyesi düşük olan babanın çocuğuyla yeterince ilgilenmemesi veya çocuğunun nasıl bir ilgiye ihtiyacı olduğunu bilememesinden kaynaklı, çocuk ilgi istediğinde geçiştirme amaçlı hemen bir teknolojik cihaza başvurması olabilir. Bizim çalışmamızın aksine Gönüş tarafından yapılan araştırmada elde edilen verilere göre babanın eğitim durumu öğrencilerin dijital bağımlılık puan ortalamaları üzerinde anlamlı farklılık oluşturmamaktadır (23). Gökçearslan ve Durakoğlu'nun çalışmasında baba eğitim durumu yüksek olan öğrencilerin dijital bağımlılık düzeylerinin düşük olan öğrencilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir(24).

Sonuçta, Türkiye’de ergen ve genç erişkinlerde dijital oyun bağımlılığı konusunda daha fazla araştırma sonuçlarına gereksinim vardır(5).

Teknolojinin pek çok nimeti olması ve insan hayatını çok farklı alanlarda kolaylaştırmasına karşın olumsuz anlamda da birey ve toplumları etkilediği durumlar bulunmaktadır. Olumsuz etkilerin en önemlisi birey ve toplum hayatında gittikçe daha fazla etkisi hissedilen dijital bağımlılıklardır. Dijital bağımlılık her yaşta görülmekle birlikte özellikle gençler arasında daha yaygın olarak görülmekte ve bağımlılık yaşı da gittikçe daha aşağıya düşmektedir. Bu konuda özellikle ailelerin ve eğitimcilerin bilinçli olmalarının ve teknolojinin zararlı etkileri hakkında çocuklara bilgi vermelerinin, etkili bir denetim mekanizması kullanmalarının önemli olduğu savunulmaktadır. Ayrıca sosyal ortamlardaki zararlı içerik ve oyunlara erişimin yetkili merciler tarafından kısıtlanması, alternatiflerinin geliştirilmesi, dijital bağımlılığın sadece bilişsel ve sosyolojik boyutlarda etkilerinin olmadığı bireylerin obezite, duruş bozukluğu, iştahsızlık vb. fiziksel problemlerin oluşmasına da zemin hazırladığı gerçeğinden hareketle olası bağımlılık durumlarını tedavi edici sağlık merkezlerinin kurulması gerekmektedir. Dijital bağımlılık günümüzün bir gerçeğidir ve bu gerçeğe etkin mücadele etmek için gerekli, adımların her düzeyde atılması gerekmektedir (8).

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics,2019. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f1448597234>.
2. Köroğlu E. Dsm-v: tanı ölçütleri başvuru kitabı, (E. Köroğlu. Çev.), Washington DC: Amerikan Psikiyatri Birliği,2013.
3. Akbulut Y. Çocuk ve ergenlerde bilgisayar ve internet kullanımının gelişimsel sonuçları. Trakya Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi,2013; 3(2).
4. Yalçın-Irmak A. ve Erdoğan S. Ergen ve genç erişkinlerde dijital oyun bağımlılığı: Güncel bir bakış. Türk Psikiyatri Dergisi,2016; 27, 1–11.
5. Öncel M, ve Tekin A. Ortaokul öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılığı ve yalnızlık durumlarının incelenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015; 2(4), 7-17.
6. Topşar A. Ortaokul 7. sınıf öğrencilerinde duygusal zeka ile bilgisayar oyun bağımlılığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Fatih Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,2015.
7. Arslan A, Kırık AM,Karaman M, ve Çetinkaya A. Lise ve üniversite öğrencilerinde dijital bağımlılık. Uluslararası Hakemli İletişim ve Edebiyat Araştırmaları Dergisi,2015; 8(8), 34-58. DOI: 10.17361/UHIVE.2015813153
8. Dilci T, ve Eranıl AK. The impact of social media on children. G. Sarı (Ed.). In handbook of research on children's consumption of digital media 2019.(pp. 1-11). <https://www.igi-global.com/book/handbook-research-children-consumptiondigital/192028#table-of-contents>
9. Ulusoy B, ve Çelik S. Velilerin Bilgisayar Oyunu Bağımlılığına İlişkin Algılarını Belirlemeye Yönelik Ölçek Geliştirme Çalışması. Gençlik Araştırmaları Dergisi, 2019; 7(19), 5-17.
10. Topal Mve Aydın F. Üniversite öğrencilerinin bilgisayarda oyun oynama alışkanlıkları ve bilgisayar oyun tercihlerinin incelenmesi: Sakarya Üniversitesi örneği. ERPA International Congresses on Education, İstanbul/Turkey.(.). 2018, pp. 203-210,
11. Kurtbeyoğlu Ş. Ortaokul öğrencilerinin demografik özelliklerinin oyun bağımlılığı ile ilişkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans, Bahçeşehir Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,2018.

12. Taylan HH, Topal Mve Ayas TInvestigation of digital game playing tendencies of high school students in Sakarya province. Online Journal of Technology Addiction & Cyberbullying, 2018; 5(1), 53-68.
13. Ünal AT, İnan F, Kaya MT, FıratM, Güzelbaba Z,ve Bahadır A. A study of the Turkish prospective teachers' habits, purposes and preferences for playing computer games: Maltepe University sample. AJIT-e: Online Academic Journal of Information Technology2013; 4(12), 29-52. DOI: 10.5824/1309- 1581.2013.3.003.x
14. Erboy E ve VuralRA. İlköğretim 4 ve 5 sınıf öğrencilerinin bilgisayar oyun bağımlılığını etkileyen faktörler. Ege Eğitim Dergisi,2010; 11(1), 39-58.
15. Horzum MB. İlköğretim öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Eğitim ve Bilim Dergisi, 2011; 36(159), 56-68.
16. KaracaoğluD. Çocuklarda bilgisayar oyun bağımlılığı ile aile ilişkileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul,2019.
17. Kınay B. Ergenlerde oyun bağımlılığının sosyal kaygı, saldırganlık ve sosyal dışlanma ile ilişkisinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul, 2019.
18. Köseliören M. İnternet, online oyun ve bağımlılık. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya,2017.
19. Smohai M, Urbán R, Griffiths MD, Király O., Mirnics, Z., Vargha, A., & Demetrovics, Z. (2017). Online and offline video game use in adolescents: Measurement invariance and problem severity. The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 2017; 43(1), 111-116.
20. VllmerC, Randler C, HorzumMB ve AyasTComputer game addiction in adolescents and its relationship to chronotype and personality. Sage Open,2014; 4(1), 1-9. DOI: 10.1177/2158244013518054
21. Çavuş S, Ayhan B, ve Tuncer M. Bilgisayar oyunları ve bağımlılık: Üniversite öğrencileri üzerine bir alan araştırması. İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi,2016; 43, 265-289.
22. Kestane M. Dijital oyun bağımlılığının ilköğretim ikinci kademe çağındaki öğrencilerin akademik başarısı ile ilişkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Biruni Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, 2019.

23. Gönüç S. İnternet bağımlılık ölçeğinin geliştirilmesi ve bazı demografik değişkenler ile internet bağımlılığı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Van,2009.
24. Gökçearsan Ş, ve Durakoğlu A. Ortaokul öğrencilerinin bilgisayar oyunu bağımlılık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi, 2014;23, 419-435.



ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
ÇANAKKALE - 2022