

ISSN 1308-531X

Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği

Cilt
Volume **28** | Sayı
Issue **3** | Eylül
September **2024**

Dergisi



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır
www.turkailehekderg.org



ISSN 1308-531X

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Turkish Journal of Family Practice

Yıl / Year 2024

Cilt / Volume 28

Sayı / Issue 3

İmtiyaz Sahibi / Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)
adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk

Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
guzin_zeren@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7730-2929

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

Prof. Dr. Yasemin Çayır
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye
dryasemincayir@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9133-5460

Yayının Türü / Publication Type

Yaygın Süreli Yayın /
International peer-reviewed journal

Yayıncı / Publisher

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği /
Turkish Association of Family Physicians

Yayıncı Adres / Publisher Address

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

Yayıncılık Hizmetleri / Publishing Services

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

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği yayın organıdır.

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

TÜBİTAK TR Dizin, EBSCO, GALE, Türkiye Atıf Dizini, Index Copernicus
tarafından dizinlenmektedir.

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

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

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

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



Baş Editör / Editor in Chief

Prof. Dr. Güzin Zeren Öztürk
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
guzin_zeren@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7730-2929

Editörler / Editors

Prof. Dr. Yasemin Çayır
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye
dryasemincayir@yahoo.com
ORCID: 0000-0001-9133-5460

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

Doç. Dr. Aylin Baydar Artantaş
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Aile Hekimliği,
Ankara, Türkiye
draylinbaydar@yahoo.com
0000-0003-1657-5522

Doç. Dr. Gökçe İşcan
Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile
Hekimliği Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
dr_gokcedilek@yahoo.com
0000-0003-0848-5201

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

Teknik Kurul / Technical Board

Prof. Dr. Erdinç Yavuz
Samsun, Türkiye

Doç. Dr. İzzet Fıdancı
Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Yusuf Çetin Doğaner
Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Önder Sezer
Edirne, Türkiye

İstatistik Editörü / Statistics Editor

Dr. Öğr. Üyesi Kamber Kaşalı
Atatürk Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik
Anabilim Dalı, Erzurum, Türkiye

Ulusal Bilimsel Danışma Kurulu / National Scientific Advisory Board

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

Prof. Dr. Süleyman Görpelioğlu
Emekli / Ankara

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

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

Uluslararası Bilimsel Danışma Kurulu / International Scientific Advisory Board

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

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

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

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

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

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

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

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



İçindekiler / Contents

Orijinal Araştırmalar / Original Research

- Aile Sağlığı Merkezlerinin Dijitalleştirilmesine Yönelik Öncelikli Stratejilerin Makine Öğrenmesi Tabanlı Yaklaşımla Belirlenmesi**
Determination of Priority Strategies for Digitalisation of Family Health Centres with Machine Learning Based Approach
Yeter Demir Uslu, Sefer Aygün, Umutcan Altun, Yaşar Gökalp, Serkan Eti, Aybala Demirci Aksoy 75

- Aile Hekimlerinin Yenidoğan Dönemi İzlemi ve Taramaları Hakkında Bilgi Düzeyleri, Tutumları ve Farkındalıkları: Ankara İli Örneği**
The Level of Knowledge, Attitude and Awareness of Family Physicians About Newborn Follow-Up and Screening: Ankara Provincial Example
Selva Erdoğan, Sara Erol 86

- Türkiye’de Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin HPV Aşısı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi**
Evaluation of Knowledge and Attitudes of Research Assistant Physicians Working in a University Hospital in Turkey Regarding HPV Vaccine
Bahar Ürün Ünal, Burcu Gök Erdoğan, Betül Tulum..... 93

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Astımlı Bireyler Hastalığının Farkında Mı? Kesitsel Bir Çalışma**
Awareness Among Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma: A Cross-Sectional Study
Handan Duman, Songül Özyurt 100

Derleme / Review

- Evlilik Öncesi Sağlık Raporlarının Tanziminde Yaşanan Sorunlar**
Problems Experienced in The Preparation of Reports of Medical Examination for Marriage
Kemal Murat Ünal 106

Editöre Mektup / Letter to Editor

- Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yenilikçi Yaklaşımlar: Öğrenen Sağlık Sistemleri**
Innovative Approaches in Primary Health Care: Learning Health Systems
Erhan Şimşek, Ebru Uğraş 110

- Ülkemizde Gebelikte Uygulanan Td Aşı Şemasının Dünya ile Karşılaştırılması**
Comparison of Td Vaccination Scheme Applied During Pregnancy in Our Country with the World
Osman Nalçacı, Ali Ramazan Benli 112

Haberler / News

- European Young Family Doctors’ Movement (EYFDM) Türkiye Ekibinin Perspektifinden 8. EYFDM Forum Viyana Gözlemleri**
8th European Young Family Doctors’ Movement (EYFDM) Forum Vienna Observations from the Perspective of the EYFDM Türkiye Team
Şeyma Handan Akyön, İkbal Hümay Arman, Gülşah Onur, Ekin Dikmen 115



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

AMAÇ KAPSAM

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

YAZILARIN HAZIRLANMASI

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

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

ETİK İLE İLGİLİ KONULAR

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

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

Yazarlar ayrıca, çalışma ile ilgili bilinmesi gereken herhangi bir mali ilişkiyi ya da çıkar çatışması (conflict of interest) veya rekabet (competing interest) alanlarını açıklamakla yükümlüdürler. Çalışmaya yapılan tüm mali katkılar ya da sponsorluklar, çalışmayla ilgili olabilecek mali ilişkiler ya da kişisel çıkarımla konuları yayının gönderildiği sırada başvuru mektubunda belirtilmelidir. Derginin Çıkar Çatışması Politikası ile ilgili ayrıntılı bilgiyi de içeren ve olası çıkar çatışması durumunda kullanılacak "Çıkar Çatışması Beyan Formu"na PDF dokümanı olarak erişilebilir.

Dergimiz bilimsel yayını etğinin kötüye kullanımını ya da ihlali ile ilgili olası durumlarda Committee on Publication Ethics (COPE) akış şemalarını temel almaktadır. Bu konudaki ayrıntılı bilgi için bkz. www.publicationethics.org

YAZI ÇEŞİTLERİ

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

Giriş bölümünde; çalışma konusu, konunun seçilme nedeni, konunun bilinen ve bilinmeyen ya da tartışmalı olan yönleri ve araştırmanın bu alanlardan hangisine odaklandığı ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunularak açıklanmalıdır. Ayrıca çalışmanın aile hekimliği bilgi birikimine ve aile hekimliği uygulamasına beklenen katkısı ifade edilmelidir. Buradan hareketle araştırma soruları ve hipotezleri sunularak araştırmanın amacı açık bir şekilde tanımlanmalıdır.

Gereç ve Yöntem bölümünde; çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği, örneklem seçiminin nasıl yapıldığı, çalışmanın yeri ve zamanı belirtilmelidir. Ayrıca kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb.) ayrıntılı olarak tanımlanmalı ve ölçeklerin geçerlik ve güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin hangi yöntemle toplanacağı, nasıl analiz edileceği ve istatistiksel değerlendirmesi konusunda bilgi verilmelidir. **Bulgular** bölümünde; araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı ve sistematik olarak verilmelidir. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya metinde ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, tamamı her ikisinde birden yinelenmemelidir. **Tartışma** bölümünde; araştırmada elde edilen bulgular yorumlanmalı, önemi vurgulanmalı, başka yazarların bulguları ile karşılaştırılarak tartışmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği de eklenmelidir. **Sonuç** bölümünde; araştırmadan elde edilen temel bulgular vurgulanmalı, araştırma bulgularından hareketle bazı temel sonuçlar çıkarılmalı, araştırmanın aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrarıyla sonuçlandırılmalıdır.

Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

Olgu Sunumu: Aile hekimliği alanında bilimsel bilgi birikimine özgün katkı veren özellikli durum, olgu ya da olgu serilerine ilişkin bildirim ve tartışmalardır. Aile hekimliği uygulaması ve eğitimi süreçlerinde karşılaşılan ve yaşanan durum ve olgular öncelikli olarak tercih edilir. Hastane ortamlarında karşılaşılan olgu ve durumların sunumunun, mutlaka aile hekimliği disiplini ve aile hekimliği uygulaması ile ilişkilendirilmesi gerekir. Giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerinden oluşmalıdır. Yazının uzunluğu başlık, özet ve kaynaklar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

Siz Olsaydınız Ne Yapardınız?: Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile irdelenerek tartışıldığı kısa yazılardır. Gerekliğinde resim (hasta ya da kişi resimlerinde sahibinden izin alınarak) eklenebilir. Başlık, olgu ya da olayın tanımlanması, tartışma soruları ve yanıtlardan oluşur. Bir başka yazarın daha önce gönderdiği durum ve olgular için de kısa yazılar yazılabilir. Bunun için hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. Bu tür yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

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

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

YAZI KURALLARI

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

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

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

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

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin çevirisi olan en az 150, en çok 350 sözcükten oluşmalıdır. Özgün araştırma özetleri şu altbaşlıklar ile yapılandırılmalıdır: Amaç

(Objective), Yöntem (Methods), Bulgular (Results) ve Sonuç (Conclusion). Diğer yazı türlerinin özetleri alt başlık gerektirmez. Özetlere, Türkçe ve İngilizce en az üçer anahtar sözcük eklenmelidir. Türkçe anahtar sözcükler, Türkiye Bilim Terimleri'ne (TBT) (Kaynak için www.bilimterimleri.com adresine başvurulmalıdır) ve İngilizce anahtar sözcükler "MedicalSubjectHeadings"e (Kaynak için www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html adresine başvurulmalıdır) uygun olarak verilmelidir.

Metin: Makale içeriğinin tamamından oluşur. Her bir yazı türü (özgün araştırma, olgu sunumu, derleme vb.) için farklı yapılandırılır. Makale metni, Dergi elektronik makale kabul sistemine yazar ve kurum adları olmadan Türkçe ve İngilizce makale başlığı, Türkçe ve İngilizce özetler, Türkçe ve İngilizce anahtar sözcükler, kaynaklar ve tablo/şekil/resim/grafikler ile birlikte yüklenmelidir.

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içinde cümle sonunda noktadan sonra ara vermeksizin köşeli parantez içinde üst simge olarak, cümle içinde ilgili sözcük sonrasında ara vermeden köşeli parantez içinde üst simge olarak gösterilmelidir.

Kaynaklar, makale metninin ardından ayrı bir bölüm olarak makale içinde geçiş sırasına göre dizilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altıdan fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise "et al.") eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur.

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

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

Örnek:

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

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

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

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Başka bir örnek verelim.

Kitap bölümü için: Yazar(lar)ın soyadı ve adlarının baş harfleri (nokta). Bölümün adı (ilk harf dışında bütünü küçük harflerle) (nokta). Kitabın adı (her sözcüğün baş harfi büyük ve sonuna 'de/'da yazılarak) (nokta). Ed. yazıldıktan sonra editör ad(lar)ı (soyadı ve adlarının baş harfleri)



Yayın Kuralları / Instructions for Authors

(nokta). (Varsa kaçınıcı baskı olduğu (nokta). (Varsa cilt sayısı (nokta). Yayınlandığı şehir (virgül), yayınevi (virgül), yayınlandığı yıl (noktalı virgül); başlangıç ve bitiş sayfaları (arada tire olacak şekilde) (bitiş sayfasının binler, yüzler ve/veya onlar basamağı başlangıç sayfasının ki ile aynı ise, yalnızca birler ve/veya onlar basamağı belirtilerek) (nokta).

Örnek:

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

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

Örnek:

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

Şekil, Tablo ve Resimler

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

KONTROL LİSTESİ

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

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

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

Başlık sayfası (Kısaltma kullanmaksızın en fazla 10 sözcük)

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

Anahtar sözcükler (En az 3'er adet)

Temel metin (İç başlıklar)

Kaynaklar (Vancouver stiline uygunluk)

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

İntihal Raporu (ithenticate, Turnitin)

Yayın Hakkı Devir Formu (tüm yazarlar tarafından imzalanmış)

Çıkar Çakışması Beyan Formu

Yazar Katkı Formu

GENEL KURALLAR

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

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

Bilimsel Danışma Kurulu'na sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultuda ise sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilebilir. Bu durumda üçüncü hakemden gelen yanıtla göre karar verilir.

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

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



Editörden / Editorial

Değerli Okuyucularımız,

Bu sayımızda, aile hekimliği uzmanlığının çeşitli yönlerini ele alan orijinal araştırma makaleleri, bir derleme, iki editöre mektup ve bir haber ile karşınızdayız. Gerek güncel araştırmaların sonuçlarını sizlerle paylaşmak, gerekse alandaki sorunları ve çözüm önerilerini tartışmaya açmak amacıyla bu çalışmalarını dergimize kazandırmaktan büyük bir memnuniyet duyuyoruz.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin ve makine öğrenmesi gibi teknolojilerin artan önemi, bu sayımızdaki orijinal araştırmalardan birinin temel konusunu oluşturmaktadır. Dijitalleşme, aile sağlığı merkezlerindeki iş akışlarını optimize etme, hastaların izlenmesini daha etkin hale getirme ve verilerin daha doğru bir şekilde işlenmesini sağlama potansiyeline sahiptir. Ancak dijital dönüşüm süreçleri, çeşitli altyapı ve eğitim sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Şu an için bazı teknik ve yapısal zorluklar olsa da gelecekte bu teknolojilerin hayatımızın büyük bir bölümünü kapsayacağı kaçınılmazdır. Makine öğrenmesi gibi modern yaklaşımlar, aile hekimliği uzmanlığında önemli fırsatlar sunmaktadır. Bu süreçlerde karşılaşılabilecek zorlukların üstesinden gelmek için ise uzun vadeli stratejilerin belirlenmesi ve altyapı yatırımlarının yapılması büyük önem taşımaktadır.

Sayımızda yer verdiğimiz derleme, evlilik öncesi sağlık raporlarının tanzimi sırasında yaşanan zorlukları ele almaktadır. Aile hekimlerinin günlük işleyişinde önemli bir yer tutan bu süreç, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde karşılaşılan bürokratik engeller ve hukuki düzenlemeler açısından değerlendirilmektedir.

Bu sayımızda yer alan makalelerin, aile hekimliği uzmanlığının gelişimine ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine önemli katkılar sunacağını ümit ediyoruz. Desteğiniz ve ilginiz için teşekkür eder, verimli bir okuma dilerim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Güzin ZEREN ÖZTÜRK
Baş Editör
Türkiye Aile Hekimliği Dergisi

Aile Sağlığı Merkezlerinin Dijitalleştirilmesine Yönelik Öncelikli Stratejilerin Makine Öğrenmesi Tabanlı Yaklaşımla Belirlenmesi

Determination of Priority Strategies for Digitalisation of Family Health Centres with Machine Learning Based Approach

Yeter Demir Uslu¹, Sefer Aygün², Umutcan Altun³, Yaşar Gökalp⁴, Serkan Eti⁵, Aybala Demirci Aksoy⁶

Atıf/Cite as: Demir Uslu Y, Aygün S, Altun U, Gökalp Y, Eti S, Demirci Aksoy A. Aile sağlığı merkezlerinin dijitalleştirilmesine yönelik öncelikli stratejilerin makine öğrenmesi tabanlı yaklaşımla belirlenmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):75-85.

ÖZ

Amaç: Aile sağlığı merkezleri, sağlık sisteminin önemli bir parçasıdır. Özellikle koruyucu ve birinci basamak hizmetlerin sunumu hususunda hayati önem taşımaktadır. Gelişen dünyada, bu hizmetlerin dijitalleşerek sunulması kaçınılmazdır. Aile sağlığı merkezlerine ait süreçlerin dijitalleşmesinin hizmetin kalitesi ve sürdürülebilirliğine pozitif katkı sağlayacağı yadsınamaz bir gerçektir. Ancak, bu sağlık kurumlarının dijitalleşmesini etkileyen birçok faktör vardır. Bu çalışmada aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen faktörlerin ağırlıklandırılması ve öncelikli stratejilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşme sürecini etkileyen faktörler; finansal kaygılar, veri güvenliği endişeleri, altyapı yetersizliği, yasal süreçler, politika desteği ve dijitalleşmenin sosyal kabulüdür. Bu faktörler makine öğrenmesi tabanlı Pisagor Bulanık DEMATEL (The Decision Making Trial and Evaluation Laboratory) yöntemi ile ağırlıklandırılmıştır.

Bulgular: Sonuçlar, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen en önemli faktörün finansal kaygılar olduğunu göstermektedir (w: 0,181). Dijitalleşmenin sosyal kabulü (w: 0,160) ve veri güvenliğine yönelik kaygılar (w: 0,159) bu merkezlerin dijitalleşmesini etkileyen diğer önemli hususlar olarak bulunmuştur.

Sonuç: Bu çalışmanın, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesi hususunda literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmanın en büyük kısıtı, aile sağlığı merkezleri özelinde gerçekleştirilmesidir. Gelecek çalışmalar, ikinci ve üçüncü basamakta hizmet veren kurumlar için gerçekleştirilebilir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Dijital teknoloji, Sağlık hizmetleri yönetimi

ABSTRACT

Objective: Family health centers are an important part of the health system. They are especially vital for the provision of preventive and primary care services. In the developing world, it is inevitable to provide these services through digitalization. It is an undeniable fact that digitalization of the processes of family health centers will contribute positively to the quality and sustainability of the service. However, there are many factors affecting the digitalization of these health institutions. This study aims to weight the factors affecting the digitalization of family health centers and identify priority strategies.

Method: Factors affecting the digitalization process of family health centers are financial concerns, data security concerns, lack of infrastructure, legal processes, policy support and social acceptance of digitalization. These factors were weighted by machine learning-based Pythagorean Fuzzy DEMATEL method.

Results: The results show that the most important factor affecting the digitalization of family health centers is financial concerns (w: 0.181). Social acceptance of digitalization (w: 0.160) and data security concerns (w: 0.159) were found to be other important issues affecting the digitalization of these centers.

Conclusion: This study is thought to make a significant contribution to the literature on the digitalization of family health centers. The biggest limitation of the study is that it was conducted in family health centers. Future studies can be conducted for institutions providing services in the second and third level.

Keywords: Family practice, Digital technology, Health services administration

Received/Geliş: 11.07.2024

Accepted/Kabul: 02.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

U. Altun

ORCID: 0000-0003-2452-1137

Hacettepe Üniversitesi, İktisadi

ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık

Yönetimi, Ankara, Türkiye

✉ umutcanaltun@hacettepe.edu.tr

Y. Demir Uslu

ORCID: 0000-0002-8529-6466

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi,

İstanbul, Türkiye

S. Aygün

ORCID: 0000-0002-9999-3983

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi,

İstanbul, Türkiye

Y. Gökalp

ORCID: 0000-0002-3390-4597

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık

Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi,

İstanbul, Türkiye

S. Eti

ORCID: 0000-0002-4791-4091

İstanbul Medipol Üniversitesi,

Meslek Yüksekokulu,

İstanbul, Türkiye

A. Demirci Aksoy

ORCID: 0000-0002-6068-2387

Kastamonu Üniversitesi, İktisadi ve

İdari Bilimler Fakültesi, Finans ve

Bankaçılık Bölümü,

Kastamonu, Türkiye

Giriş

Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi, hizmet sunum sürecinde dijital teknolojilerin kullanılmasını ifade etmektedir. Elektronik sağlık kayıtları, mobil sağlık uygulamaları, robotik cerrahi, giyilebilir sağlık teknolojileri ve bunun gibi birçok uygulama sağlık hizmet sunumunu kolaylaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi, hizmetlerin daha verimli sunulmasına katkı sağlamaktadır.^[1] Bunun dışında, erişilebilirlik sorunlarına da alternatif olabilmektedir. Hızlı ve doğru teşhis konulmasını da mümkün kılabilir. Ayrıca, hastalıkların erken teşhis edilmesi ile sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğine katkı sunmaktadır. Nitekim erken teşhis uygulamaları daha sağlıklı bir toplumun temelini oluşturmaktadır. Dolayısıyla, doğru dijitalleşme stratejileri sağlık sistemi için istenen birçok sonucu beraberinde getirmektedir.^[2] Bunun dışında, artan dünya nüfusu ile sağlık hizmetlerine olan talep de artış göstermektedir. Yaşlı nüfus oranının ve kronik hastalıkların artması da sağlık hizmetlerindeki dijitalleşme gerekliliğini ortaya koymaktadır. Belirtilen tüm faktörler dikkate alındığında sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesinin gerekliliği daha net anlaşılmaktadır.^[3]

Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesini birçok faktör etkilemektedir. Dijitalleşmenin finansal yükü önemli faktörlerden biridir. Dijitalleşme sürecinde kullanılan teknolojiler yüksek maliyeti beraberinde getirmektedir. Bunun dışında, hasta mahremiyetine saygı duyulması hizmet alıcılar tarafından beklenen bir durumdur. Hasta mahremiyetine uygun davranılması, dijitalleşme sürecini de kolaylaştıracaktır.^[4] Aynı zamanda, aile sağlığı merkezlerinin hasta profili dikkate alındığında değişime direnç gösterilmesi kaçınılmazdır. Özellikle teknolojik okuryazarlık seviyesindeki düşüklüğün dijitalleşmenin önünde önemli bir engel olduğu söylenebilir. Dolayısıyla, bahsi geçen okuryazarlık düzeylerinin artırılması dijitalleşme sürecini kolaylaştıracaktır. Dijitalleşme sürecinin sağlıklı bir şekilde tamamlanabilmesi için gerekli teknolojik altyapıya sahip olunması da gerekmektedir. Ek olarak, dijitalleşme hususundaki yasal düzenlemeler ve devletin destekleyici politikaları amaca ulaşmada önemli bir yer tutmaktadır.^[5]

Veri güvenliğinin sağlanması ve hasta gizliliğinin korunması dijitalleşme sürecini etkileyen önemli hususlardandır. Veri ihlalleri, yetkisiz erişimler, olası yasal ve etik sorunlarla ilgili endişeler bilgi paylaşımlarını engelleyebilir ve hatta hatalı tıbbi kararlar alınmasına neden olabilir.^[6] Buna bağlı olarak, iş birliği

içinde karar almayı gerektiren bilgi yoğun sistemlerde veri paylaşımı ve veri güvenliği uygulamalarının da etkili olması önem taşımaktadır.^[7] Dijital sağlık hizmetlerine geçiş ile hasta kayıtlarının dijital ortamda işlenmesi ve gerektiği durumlarda kullanılması gerekecektir. Dolayısıyla, hastalara ait dijital verilere yönelik gerçekleştirilecek saldırılara yönelik önlem alınması gerekir.^[8] Ondogan ve ark. (2023) elektronik tıbbi kayıtların mahremiyet ve veri güvenliği düzeyi sağlık çalışanları arasındaki iletişim verimliliğini etkilediğini savunmaktadır. Çalışmada ayrıca hekimler arasındaki iletişimin önemli bir yöntemi olarak görülen konsültasyon uygulamalarının gün geçtikçe elektronik ortama dayalı hale geldiği belirtilmiştir. Veri güvenliği ve hasta mahremiyeti konuları dijitalleşme sürecinde en dikkat çeken konulardan biridir.^[9] Bozdoğan'ın (2022) yaptığı çalışmada hastanelerin dijitalleşmesi sürecini incelemiştir. Çalışmada veri güvenliğinin sağlanması hastanelerin dijitalleşmesinde en güçlü yön olarak görülürken; veri güvenliği, veri kaybı ve siber saldırılar gibi konuların en önemli tehditler olduğu belirtilmiştir.^[10]

Aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşme sürecini etkileyen önemli hususlardan bir diğeri altyapıdır. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği için sağlık hizmeti sunumu ve hasta sonuçlarını etkileyen dijital teknolojilerin sürekli geliştirilmesi ve benimsenmesi gerekmektedir.^[11] Sunulan hizmetlerin dijitalleşmeye entegre edilememesinden ve kaynak yetersizliğinden dolayı hizmet sınırlamaları yaşanabilmektedir.^[12] Bunun yanında, kamu yatırımlarının daha verimli ve güçlü sonuçlar alabilmesi, bölgelerin iyi bir dijital altyapıya sahip olmasına bağlıdır.^[13] Nohl-Deryk ve ark. (2018) çeşitli işletmelerden 18 sağlık uzmanı ile sağlıkta dijitalleşmenin engelleri üzerine çalışmıştır. Çalışmada, özellikle koordineli bir devlet müdahalesi ile birlikte altyapının geliştirilmesinin önemi vurgulanmıştır.^[14] Lu ve ark. (2021) tıbbi bilgilerin dijitalleştirilmesindeki fırsatları ve engelleri konu alan bir araştırma yapmıştır. Araştırmada, etkili bir tıbbi bilgi dijitalleştirilmesinin sağlanabilmesi için sistem altyapısına önemli düzeyde yatırım yapılması gerektiği belirtilmiştir.^[15] Benzer şekilde Numair ve ark. (2021) sağlık bilgilerinin önündeki engellere yönelik bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada, elektronik sağlık sistemlerinin altyapı ortamlarının iyileştirilmesi gerektiğine dikkat çekilmiştir.^[16]

Finansal kaygılar, dijitalleşmenin sağlanmasına engel olabilecek nedenlerden bir diğereğidir. Genel olarak sağlığın dijitalleştirilmesinin hedeflerinden biri

maliyeti azaltarak etkin bir sağlık hizmeti sunumunu sağlamaktır. Fakat dijital çözümlerin uygulanması ve benimsenmesinde ön maliyetler sağlık tesislerinin dijitalleşmesini geciktiren veya engelleyen kriterlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır.^[17] Zhang ve ark. (2024) söz konusu bu ön maliyetlere dikkat çekerek çok paydaşlı iş birliğinin acil bir ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır. Aynı çalışmada geri ödeme sisteminin bu alanda hizmete dâhil edilme ihtiyacının altı çizilmiştir.^[18] Arfi ve ark. (2021) dijital sağlık hizmetlerinde nesnelerin interneti teknolojisinin benimsenmesinin önündeki en büyük engelin bu teknolojiyi kullanmanın maliyeti olduğunu belirtmiştir.^[19] Karakuş ve ark. (2022) sağlık 4.0'ın benimsenmesinin önündeki engelleri belirlemek ve değerlendirmek için bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, dijital teknolojilerin sağlıkta benimsenmesine yönelik ilk olarak kapsamlı bir yatırım yapılması gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca belirlenen kriterler arasında ağırlık değeri en yüksek kriter olarak "kapsamlı sermaye gereksinimi" bulunmuştur.^[20]

Yasal düzenlemeler ve politikaların olmaması ya da eksik yönlerinin olması sağlıkta dijitalleşme sürecini etkileyen önemli faktörlerdendir. Yasal çerçeveler sayesinde dijital sağlık hizmetleri sunulurken etik ilkelere ve gizlilik yasalarına uygunluk sağlanacağından, özellikle hasta mahremiyetinin korunması için politikaların ve yasal düzenlemelerin eksiksiz oluşturulması önemlidir.^[21] Ayrıca, sağlıkta dijitalleşmeyi destekleyen politikaların varlığı süreci hızlandırır. Bu sayede, dijitalleşme sürecinin hem entegrasyonu hem de hastalar tarafından sosyal kabul süreci sorunsuz tamamlanır. Queiroz ve ark. (2024) göre dijital sağlığın benimsenmesinin önündeki engeller içerisinde en önemli unsurlardan biri yasal düzenlemenin olmamasıdır.^[22] Benzer şekilde Cannavacciuolo ve ark. (2023) yapılandırılmış bir mevzuat ve politika çerçevesinin eksikliğini, teletıp gibi dijital sağlık hizmetlerinin uygulanmasını etkileyen ve geciktiren ana alanlardan biri olarak belirtmektedir.^[23] Bu anlamda, dijital sağlık hizmetlerinin sunumunda güvenin oluşması için öncelikle düzenleyici çerçevenin oluşturulması gerekmektedir.^[24]

Yapılan literatür incelemesi sonucunda şu sonuçlara ulaşılmıştır;

- Sağlık tesislerinde dijitalleşme uygulamaları hem hizmet sağlayıcılara hem de hizmet alıcılara birçok alanda avantaj sağlar.
- Ancak, sağlığın dijitalleştirilmesinin sağlık kuruluşlarında başarılı olmasını engelleyen birçok etmen bulunmaktadır.

- Sağlık kuruluşlarında dijital dönüşüme engel olabilecek kriterlerin tümüne müdahale etmek mümkün olmayabilir. Bu yüzden, belirlenen kriterlerin önem ağırlıklarının tespit edilmesi gerekmektedir.
- Buna rağmen literatürde bu durumu ele alan çalışma sayısı yetersizdir. Mevcut çalışmaların genellikle dijitalleşmenin önemini vurguladığı ya da söz konusu engellerin ayrı ayrı ele alındığı görülmektedir.

Bu çalışma, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesine yönelik öncelikli stratejilerin makine öğrenmesi tabanlı bir yaklaşımla belirlenmesini amaçlamaktadır. Buna yönelik olarak, literatür tabanlı belirlenen aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen kriter setinin literatüre kazandırılması hedeflenmektedir. Bunun dışında, DEMATEL yöntemine entegre makine öğrenmesi yaklaşımından faydalanılmıştır. Makine öğrenmesi yaklaşımı, uzman ağırlıklarının yaş, tecrübe ve unvan gibi değişkenlere göre değerlendirmelerini farklı ağırlıklandırmalarla yapılmasını mümkün kılmaktadır. Bu sayede, düz DEMATEL yöntemine getirilen eleştiriler de ortadan kaldırılmış olur. Ek olarak, Pisagor Bulanık sayılarla yapılan analiz süreci, belirsizliği minimuma indirerek daha doğru sonuçların elde edilmesine olanak sağlar. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesinin önemini vurgulayan ya da dijitalleşme algısını ölçen çalışmaların çoğunlukta olduğu görülmektedir. Bu konuda öncelikli strateji geliştirmeyi hedefleyen çalışmalara rastlanılamamıştır. Buna bağlı olarak, çalışmamız ile literatürdeki boşluğun doldurulacağı tahmin edilmektedir.

Çalışmanın sonucunda, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen faktörlerin etki büyüklüğü de belirlenecektir. Bu sayede, hem ulusal düzeyde hem de kurumsal düzeyde dijitalleşme sürecinde en etkili faktörlere yönelik stratejiler geliştirilebilecektir. Böylece doğru stratejiler belirlenmiş olup, sürecin başarıya ulaşma ihtimali artacaktır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Sağlık sektöründeki dijitalleşme sürecini etkileyen faktörlerin belirlenmesi ve giderilmesine yönelik strateji önerileri, çalışmanın birincil amacını oluşturmaktadır. Bu amaç doğrultusunda, sağlık sektöründeki dijitalleşme sürecini etkileyen faktörler veya engellerin tespit edilmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir. Dijitalleşme önündeki engellerin sayısal bir ölçümü mümkün olmadığından çalışmada çok kriterli karar verme teknikleri kullanılmıştır. Çok kriterli karar verme teknikleri, bir hedef doğrultusunda problemi sayısal ve sayısal olmayan verilerle analize

imkân tanıyan tekniklerdir. Bu tekniklerin eleştirildiği iki temel husus vardır. Birincisi uzmanların seçimi ve görüşlerine eşit önem verilmesidir. Bu eleştiriye karşılık makine öğrenmesi ile uzmanların önem dereceleri objektif olarak hesaplanmıştır. İkinci eleştiri ise dilsel terimlerin içerdiği belirsizliğin analize dahil edilmesidir. Matematik kuramlarından birisi olan bulanık mantık teorisi, belirsizliğin ölçülmesi için geliştirilmiştir. Bulanık mantık teorisi bünyesindeki küme aitlerinden Pisagor bulanık küme sayıları çalışmada tercih edilmiştir. Geliştirilmiş çok kriterli karar verme modeline ait detaylar bu başlık altında sunulmuştur.

Makine öğrenmesi temelli uzman ağırlıklandırma modeli

Çok kriterli karar verme modellerindeki en temel eleştiri, veri kaynağı olan uzmanların farklı bilgi birikime sahip olmasına karşın uzmanların değerlendirilmelerine aynı önemin verilmesidir. Farklı bilgi ve deneyime sahip uzmanlar için ağırlıklı ortalama alınması literatürde önerilmekle beraber, çözümü için farklı yöntemler yer almaktadır. Uzmanların demografik yapıları dikkate alınarak, makine öğrenmesi temelli ağırlıklandırılması son zamanlarda gündeme gelmektedir. Makine öğrenmesi temelli uzman ağırlıklandırmasının adımları aşağıda özetlenmiştir.

İlk olarak, uzmanların demografik bilgilerini içeren özellik matrisi (F) oluşturulur. F matrisinin sütunları demografik özellikleri ifade ederken, satırlar uzmanları tanımlamaktadır. Eşitlik (1), özellik matrisinin yapısını tanımlamaktadır.

$$F = \begin{bmatrix} f_{11} & \cdots & f_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ f_{m1} & \cdots & f_{mn} \end{bmatrix} \quad (1)$$

Burada, m uzman sayısını ve n özellik sayısını gösterir. Demografik bilgilerin yıl, para gibi farklı birim büyüklükleri içermesinden dolayı standardize edilmesi gerekir. Demografik bilgilerin farklı yapılar ve birimlerde olmasından dolayı, Eşitlik (2)-(5) yardımıyla standartlaştırılır.

$$c_{ij} = f_{ij} - \bar{f}_j \quad (2)$$

$$\bar{f}_j = \frac{\sum_{i=1}^m f_{ij}}{m} \quad (3)$$

$$D = \begin{bmatrix} d_{11} & \cdots & d_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ d_{m1} & \cdots & d_{mn} \end{bmatrix} \quad (4)$$

$$d_{ij} = \frac{c_{ij}}{\sqrt{\sum_{i=1}^m c_{ij}^2}} \quad (5)$$

Burada, c merkezleştirilmiş değerlere eşittir. d, standardize matrisin (D)'in elemanlarıdır. Bu süreçte ilk olarak değerler ortalamadan çıkarılarak merkezleştirilir. Sonrasında, merkezleştirilen değer kareleri toplamının kareköküne bölünerek normalize edilir. Böylelikle birim büyüklüğü kaldırılmış standardize değerler elde edilmiş olur. Daha sonra, standardize değerler arasında kovaryans matrisi (A) elde edilir. Kovaryans matrisi, Eşitlik (6) - (9) kullanılarak inşa edilir.

$$A = \begin{bmatrix} cov(d_1, d_1) & \cdots & cov(d_1, d_n) \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ cov(d_n, d_1) & \cdots & cov(d_n, d_n) \end{bmatrix} \quad (6)$$

$$cov(x, y) = \frac{\sum_{i=1}^m (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{n} \quad (7)$$

$$\bar{x}_j = \frac{\sum_{i=1}^m x_{ij}}{m} \quad (8)$$

$$\bar{y}_j = \frac{\sum_{i=1}^m y_{ij}}{m} \quad (9)$$

Burada, x ve y birer özelliştir. Başka bir ifade ile D matrisinin sütunlarındaki değerlerdir. Kovaryans matrisinin özdeğerleri Eşitlik (10) ile elde edilir.

$$Det(A - \lambda I) = 0 \quad (10)$$

Burada, Det fonksiyonu, matrisin determinantıdır. Bir matrisin determinantının sıfır olması, matrisin karakteristik polinomunun köklerinin bulunmasını ifade eder. Polinomun kökleri, yani özdeğerlerin en büyüğü Eşitlik (11) ile belirlenir. Bunun temel nedeni, en büyük özdeğer, özellik matrisinin en büyük varyansına sahip vektörün bulunmasını sağlar. Başka bir ifade ile, en büyük özdeğer en büyük bilgiyi barındıran bileşeni inşa etmesinden dolayı seçilir.

$$\lambda_{max} = \max_i \lambda_i \quad (11)$$

En büyük özdeğere karşılık gelen özvektör Eşitlik (12) ile elde edilir.

$$(A - \lambda_{max} I) * V = 0 \quad (12)$$

En büyük özdeğere karşılık gelen özvektör ile özellik matrisi Eşitlik (13) ile çarpılarak, yeni vektör uzayı elde edilir. Matris çarpımı ile $m \times 1$ boyutlu F matrisinin bilgisini maksimum düzeyde barındıran yeni matris (X) elde edilir.

$$X = F * V \quad (13)$$

Son olarak, Eşitlik (14) ile X matrisinin değerleri normalize edilir ve normalize değerler uzmanların ağırlıklarını (ew) gösterir.

$$ew_i = \frac{x_i}{\sum_{i=1}^m x_i} \quad (14)$$

Pisagor bulanık DEMATEL

Bir hedef üzerinde etkili faktörlerin önem ağırlıklarının tespit problemi, çok kriterli karar verme yöntemi ile ele alınabilmektedir. Ele alınan faktörlerin özellikle nicel olarak ölçülebilir olmadığı durumlarda tercih edilen bu yöntemlerden birisi DEMATEL yöntemidir. DEMATEL yöntemi, faktörler arasındaki etkileşimi dikkate alarak, hedef üzerinde etkili faktörlerin ağırlıklarını tespit etmek için kullanılan subjektif ağırlıklandırma yöntemidir. DEMATEL yönteminde, başlangıç direkt ilişki matrisinin elemanları uzmanların görüşlerinden oluştuğundan, dilsel ifadelerdir. Dolayısıyla, dilsel ifadelerdeki belirsizliğin analizi için matematikteki bulanık sayı kümeleri önerilmektedir. Bulanık sayı kümelerinden birisi olan Pisagor bulanık sayı kümesi belirsizliği geniş çapta analize dahil edilmesinden dolayı tercih edilir. Pisagor bulanık sayılarda, bir elemanın üyelik derecesi (μ) ile üyelik olmama (ν) derecelerinin kareleri toplamı 0 ile 1 arasındadır. Başka bir ifade ile $0 \leq \mu^2 + \nu^2 \leq 1$. Pisagor bulanık sayıların DEMATEL yöntemine entegre edilme süreci aşağıda paylaşılmıştır.

Birinci adım olarak, kriterler oluşturulur ve uzmanlardan kriterleri birbirine göre değerlendirmeleri istenir. Daha sonra her bir uzmandan elde edilen değerlendirmeler Tablo 1'deki dilsel terimlere çevrilir.

Tablo 1. DEMATEL Ölçeği

	μ	ν
1	0,1	0,9
2	0,2	0,9
3	0,4	0,6
4	0,5	0,7
5	0,7	0,2
6	0,9	0,1

Daha sonra, her bir değerlendirme bulanık sayılara çevrildikten sonra, Eşitlik (15) ve (16) kullanılarak, Pisagor bulanık direkt ilişki matrisi (D) hesaplanır.

$$FDAO = \sum_{i=1}^k (ew_i) * (\mu_i, \nu_i) \quad (15)$$

$$D = \begin{bmatrix} - & \dots & (\mu_{1n}^D, \nu_{1n}^D) \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ (\mu_{n1}^D, \nu_{n1}^D) & \dots & - \end{bmatrix} \quad (16)$$

Burada, ew, uzmanların ağırlıklarıdır. Eşitlik (17) ile Pisagor bulanık direkt ilişki matrisinin elemanları durağanlaştırılır. Durağan elemanların oluşturduğu direkt ilişki matrisi (φ) Eşitlik (18)'de gösterilmiştir.

$$\varphi_{ij} = (\mu_{ij}^D)^2 - (\nu_{ij}^D)^2 \quad (17)$$

$$\varphi = \begin{bmatrix} \varphi_{11} & \dots & \varphi_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \varphi_{n1} & \dots & \varphi_{nn} \end{bmatrix} \quad (18)$$

Grup ilişki matrisi, Eşitlik (19) ve (20) kullanılarak normalize edilir ve normalize ilişki matrisi (X) oluşturulur.

$$X = \begin{bmatrix} \varepsilon \cdot \varphi_{11} & \dots & \varepsilon \cdot \varphi_{1n} \\ \vdots & \ddots & \vdots \\ \varepsilon \cdot \varphi_{n1} & \dots & \varepsilon \cdot \varphi_{nn} \end{bmatrix} \quad (19)$$

$$\varepsilon = \frac{1}{\max(\sum_{i=1}^n \varphi_{ij}, \sum_{j=1}^n \varphi_{ij})} \quad (20)$$

Eşitlik (21) ile toplam ilişki matrisi (T) hesaplanır.

$$T = X(I - X)^{-1} \quad (21)$$

Burada I, n boyutlu birim matrisi temsil eder. T matrisinin satır ve sütun toplamları (R ve S) Eşitlik (22) ve (23) ile bulunur.

$$R_i = \sum_{j=1}^n t_{ij} \quad (22)$$

$$S_i = \left[\sum_{i=1}^n t_{ij} \right]' \quad (23)$$

Son olarak, Eşitlik (24) ile kriterlerin ağırlıkları hesaplanır.

$$w_i = \frac{\sqrt{(R_i + S_i)^2 + (R_i - S_i)^2}}{\sum_{i=1}^n \sqrt{(R_i + S_i)^2 + (R_i - S_i)^2}} \quad (24)$$

BULGULAR

Aile sağlığı merkezlerinin dijitalleştirilmesinin önündeki engellere yönelik gerçekleştirilen analiz sonuçları alt başlıklar halinde sunulmuştur.

Uzman ağırlıklarının elde edilmesi

Sağlık sektöründe deneyimli ve alanında uluslararası endekslerde akademik çalışmaları olan akademisyenlere ulaşılmış ve yedi uzman ile analizler gerçekleştirilmiştir. Yedi uzmana ait Eşitlik (1) ile gösterilen demografik bilgiler Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Uzmanların Demografik Yapısı

	Yaş	Eğitim	Deneyim
E1	29	Yüksek Lisans	8
E2	25	Doktora	7
E3	36	Doçent	14
E4	39	Profesör	19
E5	27	Doktora	5
E6	30	Doktora	10
E7	35	Doçent	18

Tablo 1 incelendiğinde, uzmanların yaş aralığı 25 ile 39 arasında değişmekte olup en az 5 yıllık alan tecrübesi bulunmaktadır. Uzmanlar hem saha deneyimi olan hem de akademik kadroda yer almış kişilerden seçilmiştir. Eğitim seviyesi, yaş ve alan tecrübeleri görüşlerini belirlemede etkili faktörlerdir. Bu sebeple uzmanların bu demografik özellikleri dikkate alınarak önem dereceleri belirlenmiştir. Uzmanların demografik bilgileri kullanılarak, Eşitlik (2)-(5) yardımıyla veriler standartlaştırılmıştır. Standardize değerler Tablo 3'te sunulmuştur.

Tablo 3. Standardize Değerler

	Yaş	Eğitim	Deneyim
E1	-0,203	-0,598	-3,571
E2	-0,520	-0,179	-4,571
E3	0,350	0,239	2,429
E4	0,588	0,657	7,429
E5	-0,362	-0,179	-6,571
E6	-0,124	-0,179	-1,571
E7	0,271	0,239	6,429

Daha sonra, uzmanların yaş, eğitim ve deneyim süreleri arasında kovaryans matrisi Eşitlik (6)-(9) ile inşa edilir. Uzmanların demografik bilgilerinin kovaryans matrisi Tablo 4'te gösterilmiştir.

Kovaryans matrisinin özdeğerleri Eşitlik (10) ile elde edilir. Daha sonra Eşitlik (11) ile en büyük özdeğeri belirlenir. Belirlenen en büyük özdeğer 0,369 olup, buna karşılık gelen özvektör Eşitlik (12) ile elde edilir.

Tablo 4. Kovaryans Matrisi

	Yaş	Eğitim	Deneyim
Yaş	0,167	0,139	0,156
Eğitim	0,139	0,167	0,141
Deneyim	0,156	0,141	0,167

Özellik matrisi ile özvektör Eşitlik (13) ile çarpılır ve Eşitlik (14) ile değerler normalize edilir. Normalize değerler Tablo 5'te sergilenmiştir.

Tablo 5. Uzman Ağırlıkları

	ew
E1	0,132
E2	0,113
E3	0,159
E4	0,186
E5	0,117
E6	0,126
E7	0,168

Tablo 5'te görülebileceği gibi, deneyim süresi, eğitim seviyesi ve yaşı büyük olan E4 kodlu uzmanın önem ağırlığı 0,186 ile en yüksektir. Deneyim ve eğitim olarak, diğer uzmanlara göre düşük olan E2 uzmanının ağırlığı ise 0,113 bulunmuştur.

Sağlık sektörünün dijitalleşmesi etkileyen pisagor bulanık dematel ile ağırlıklandırılması

İlk olarak, sağlık sektöründe dijitalleşmeyi etkileyen kriterler literatürden ve uzmanlarla görüşmeler sonucunda elde edilir. Analiz için seçilen kriterler Tablo 6'da tanımlanmış ve bulgulardaki kodları paylaşılmıştır.

Tablo 6. Sağlık Sektörünün Dijitalleşmesini Etkileyen Kriterler

Tanım	Kodu
Altyapı Eksikliği	Altyapı
Dijitalleşmenin Sosyal Kabulü	Sosyal
Finansal Kaygılar	Finans
Esnek Yapıya Uygunluk	Esnek
Personel Kaynaklı Engeller	Personel
Veri Güvenliği ve Gizliliğine Yönelik Kaygılar	Veri
Yasal Düzenlemeler ve Politika Eksikliği	Yasal

Kriterler Tablo 1'deki skala ile uzmanlar tarafından değerlendirilir. Uzmanlar ile birebir görüşülerek kriterlerin birbiriyle mukayese edilmesi istenmiştir. Diğer bir ifade ile, bir kriterin diğer kriterlere göre önemini derecelendirmeleri istenmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda kriterlerin karşılıklı değerlendirmeleri Tablo 7'de gösterilmiştir.

Uzman görüşleri Tablo 1'e göre bulanıklaştırılır. Daha sonra Eşitlik (15) ve (16) ile direkt ilişki matrisi elde edilir. Burada uzman görüşlerinin Tablo 1'deki bulanık

Tablo 7. Uzman Görüşleri

E1							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	1	2	4	2	4	2
Sosyal	2	-	3	4	4	5	3
Finans	5	3	-	5	3	4	5
Esnek	1	4	3	-	3	2	3
Personel	1	2	2	4	-	2	1
Veri	2	5	3	2	2	-	5
Yasal	5	3	4	4	4	5	-
E2							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	1	1	1	2	1	2
Sosyal	5	-	4	2	3	5	5
Finans	6	6	-	6	4	5	6
Esnek	1	4	3	-	3	2	3
Personel	1	2	2	4	-	2	1
Veri	5	5	5	4	5	-	2
Yasal	5	3	3	5	4	4	-
E3							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	1	2	2	1	2	2
Sosyal	6	-	5	3	3	5	5
Finans	6	6	-	6	4	5	5
Esnek	1	4	3	-	3	2	4
Personel	2	1	1	3	-	2	1
Veri	5	4	5	5	4	-	3
Yasal	5	3	3	5	4	4	-
E4							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	2	1	2	1	3	2
Sosyal	5	-	5	3	3	5	5
Finans	6	6	-	6	4	5	5
Esnek	2	5	3	-	3	2	4
Personel	2	2	1	3	-	2	1
Veri	5	4	5	5	4	-	3
Yasal	5	3	3	5	4	4	-
E5							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	2	2	2	1	2	2
Sosyal	5	-	5	3	4	5	6
Finans	6	5	-	6	5	4	4
Esnek	1	4	3	-	3	2	4
Personel	2	1	2	4	-	2	1
Veri	3	3	6	5	4	-	3
Yasal	5	4	4	5	3	3	-
E6							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	1	2	2	1	2	2
Sosyal	6	-	5	3	3	5	5
Finans	6	6	-	6	4	5	5
Esnek	1	4	3	-	3	2	4
Personel	2	1	1	3	-	2	1
Veri	6	4	5	5	4	-	3
Yasal	5	3	4	2	4	4	-
E7							
	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	-	1	2	2	1	2	2
Sosyal	6	-	5	3	3	5	5
Finans	6	6	-	6	4	5	5
Esnek	1	4	3	-	3	2	4
Personel	3	2	1	3	-	3	1
Veri	4	4	5	5	4	-	3
Yasal	5	3	3	5	4	5	-

sayı karşılıkları dikkate alınarak Pisagor bulanık sayı aritmetik işlemleri uygulanır. Uzman ağırlıklı bulanık direkt ilişki matrisi Tablo 8'de gösterilmiştir.

Eşitlik (17) kullanılarak, Eşitlik (18) ile temsil edilen direkt ilişki matrisi elde edilir. Direkt ilişki matrisi Tablo 9 ile verilmiştir.

Daha sonra, direkt ilişki matrisinin elemanları Eşitlik (19) ve (20) ile normalize edilir. Normalize ilişki matrisi Tablo 10'da sergilenmiştir.

Toplam ilişki matrisi Eşitlik (21) ile hesaplanır. Toplam ilişki matrisi Tablo 11'de verilmiştir.

Son olarak, kriter ağırlıklarının hesaplanması için toplam ilişki matrisinin satır ve sütun toplamları Eşitlik (22) ve (23) ile hesaplanır. Daha sonrasında, Eşitlik (24) ile sağlık sektörünün dijitalleşmesini etkileyen kriterlerin ağırlıkları elde edilir. R, S ve kriter ağırlıkları Tablo 12'de sunulmuştur. Kriter ağırlıklarının toplamı 1 olup, sağlık sektörünün dijitalleşmesinin önündeki engel düzeylerini ifade etmektedir. Değerin büyük olması, sağlık işletmesinin dijitalleşmesinin önündeki engelinin ne derece yüksek olduğunu gösterir.

Tablo 8. Uzman Ağırlıklı Bulanık Direkt İlişki Matrisi

	Altyapı		Sosyal		Finans		Esnek		Personel		Veri		Yasal	
Altyapı	0,000	0,000	0,100	0,900	0,176	0,900	0,313	0,837	0,167	0,900	0,313	0,837	0,200	0,900
Sosyal	0,769	0,233	0,000	0,000	0,582	0,401	0,392	0,709	0,433	0,627	0,700	0,200	0,641	0,275
Finans	0,864	0,122	0,841	0,168	0,000	0,000	0,864	0,122	0,474	0,669	0,655	0,288	0,788	0,162
Esnek	0,100	0,900	0,500	0,700	0,400	0,600	0,000	0,000	0,400	0,600	0,200	0,900	0,445	0,639
Personel	0,150	0,900	0,167	0,900	0,167	0,900	0,463	0,657	0,000	0,000	0,200	0,900	0,100	0,900
Veri	0,622	0,309	0,635	0,334	0,641	0,275	0,559	0,450	0,531	0,517	0,000	0,000	0,493	0,493
Yasal	0,700	0,200	0,400	0,600	0,433	0,627	0,655	0,288	0,500	0,700	0,574	0,487	0,000	0,000

Tablo 9. Direkt İlişki Matrisi

	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	1,000	0,200	0,221	0,398	0,218	0,398	0,230
Sosyal	1,537	1,000	1,178	0,652	0,793	1,450	1,335
Finans	1,732	1,679	1,000	1,732	0,777	1,347	1,594
Esnek	0,200	0,760	0,800	1,000	0,800	0,230	0,790
Personel	0,212	0,218	0,218	0,783	1,000	0,230	0,200
Veri	1,292	1,291	1,335	1,109	1,015	1,000	1,001
Yasal	1,450	0,800	0,793	1,347	0,760	1,092	1,000

Tablo 10. Normalize İlişki Matrisi

	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	0,101	0,020	0,022	0,040	0,022	0,040	0,023
Sosyal	0,156	0,101	0,119	0,066	0,080	0,147	0,135
Finans	0,176	0,170	0,101	0,176	0,079	0,137	0,162
Esnek	0,020	0,077	0,081	0,101	0,081	0,023	0,080
Personel	0,022	0,022	0,022	0,079	0,101	0,023	0,020
Veri	0,131	0,131	0,135	0,112	0,103	0,101	0,101
Yasal	0,147	0,081	0,080	0,137	0,077	0,111	0,101

Tablo 11. Toplam İlişki Matrisi

	Altyapı	Sosyal	Finans	Esnek	Personel	Veri	Yasal
Altyapı	0,167	0,069	0,068	0,099	0,066	0,087	0,073
Sosyal	0,391	0,283	0,289	0,279	0,240	0,325	0,322
Finans	0,454	0,388	0,309	0,432	0,273	0,349	0,390
Esnek	0,148	0,182	0,179	0,228	0,177	0,124	0,191
Personel	0,079	0,072	0,070	0,144	0,154	0,069	0,072
Veri	0,361	0,313	0,305	0,326	0,264	0,278	0,291
Yasal	0,341	0,234	0,225	0,319	0,215	0,257	0,260

Tablo 12. R, S ve Kriter Ağırlıkları

Kriterler	R	S	W
Altyapı	0,629	1,941	0,124
Sosyal	2,129	1,541	0,160
Finans	2,595	1,445	0,181
Esnek	1,228	1,827	0,134
Personel	0,660	1,390	0,094
Veri	2,139	1,488	0,159
Yasal	1,852	1,599	0,149

Tablo 12 incelendiğinde, en büyük ağırlık değeri olan 0,181'e sahip kriter Finanstr. İkinci önemli kriter ise 0,16 ağırlığa sahip ağırlık değeri ile sosyal olarak bulunmuştur. Kriterler arasında üçüncü sırada ise veri güvenliği ve gizliliğine yönelik kaygılar yer alırken, dördüncü sırada yasal düzenlemeler ve politika eksikliği olduğu tespit edilmiştir.

TARTIŞMA

Yapılan analizlerde birinci basamak sağlık hizmeti sunan aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen en önemli faktörün finansal nedenler olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Finansal faktörler sağlıkta dijitalleşme sürecinde, altyapının kurulması, dijital sağlık kayıtlarının entegrasyonu, personel eğitimi gibi birçok alanı doğrudan etkilemektedir. Bu süreçte yerli finansal kaynağın olmaması, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini ve kalitesini olumsuz etkilemektedir. Raimo ve ark. (2023) sağlık sektöründe dijital dönüşümü etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmanın sonuçlarında, büyük sağlık kuruluşlarının dijitalleşme için daha fazla finansal kaynağa sahip olduğu, küçük sağlık kuruluşlarının ise bu konuda daha dezavantajlı olduğu ifade edilmiştir.^[25] Dal Mas (2023) ve ark. sağlık hizmetlerinin dijital dönüşümün zorluklarını incelen bir çalışma yürütmüştür. Buna göre, ekonomik dalgalanmaların sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesini doğrudan etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.^[26] Dionisio ve ark. (2023) sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak için dijital dönüşüm süreçlerini değerlendirmiştir. Bu çalışmada, sağlık kuruluşlarının dijitalleşmesinin önündeki engellerden birisinin finansal sınırlamalar olduğu ifade edilmiştir.^[27] Abi Saad ve ark. (2024) inovasyon araçlarını inceleyerek dijital teknolojilerin sağlık hizmetlerinde yaygınlaşmasını teşvik etmek amacıyla bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmanın sonuçlarında, kurumların dijitalleşmesinin önündeki engellerin başında yüksek maliyetin geldiği belirtilmiştir.^[28] Literatürdeki ilgili çalışmalar ile bu çalışmada elde edilen sonuçlar paralellik göstermektedir. Finansal kaynakların eksikliğinin

dijitalleşme sürecinde aksaklıklara neden olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun, dijitalleşme sürecinde kullanılacak teknolojinin, ancak finansal kaynağa sahip olanlar tarafından alınabileceği ve kullanılabilirliği ile ilgili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen en önemli ikinci faktörün dijitalleşmenin sosyal kabulü olduğu tespit edilmiştir. Dijitalleşmenin sosyal kabulü, bireylerin ve grupların sağlık hizmetlerinde kullanılan dijital teknolojilere ayak uydurması olarak ifade edilebilir. Leporatti ve ark. (2024) sağlık politikalarının şekillendirilmesinde bireylerin dijital becerilerini değerlendiren bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, bireylerin zayıf dijital becerilere sahip olmasının sağlık hizmetlerinde dijitalleşme sürecini yavaşlattığı sonucuna ulaşılmıştır.^[29] Härkönen ve ark. (2024) dijital hizmetlerin sağlık hizmetleri ve sosyal refah üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışma gerçekleştirmiştir. Buna göre, hastaların dijital yeterlilik eksikliğinin, sağlık kuruluşlarının dijitalleşmesindeki altı engelden birisi olarak bulunmuştur.^[12] Wang ve ark. (2022) hastaların dijitalleşme sürecindeki deneyimlerine odaklanan bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın sonuçlarında, hastaların dijital kapasitesinin, sağlık hizmetlerinin etkililiğini ve verimliliğini doğrudan etkilediği ifade edilmiştir.^[30] Alanyazında yer alan çalışmaların sonuçlarının bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte olduğu gözlemlenmiştir. Aile sağlığı merkezlerinin sunduğu sağlık hizmetleri dikkate alındığında, bireylerin bu hizmetlerin yürütülmesinde doğrudan etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle toplumun dijital okuryazarlık seviyesinin yeterli seviyede olmaması, sürecin başarıya ulaşmasında engel teşkil edeceği düşünülmektedir.

Analizlerden elde edilen sonuçlara göre, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen en önemli üçüncü faktörün veri güvenliği ve gizliliği ile ilgili hususların olduğu tespit edilmiştir. Aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesi sağlık hizmeti sunumuna birçok fayda sağlamaktadır. Fakat beraberinde bazı sorunları da getirmektedir. Özellikle hastalara ait kişisel ve tıbbi bilgilerin dijital platformlarda toplanması ve saklanması potansiyel riskler barındırmaktadır. Bu bilgilerin yetkisi olmayan kişilerce ele geçirilmemesi sağlık kurumlarının sorumluluğundadır. Ancak yine de hastalarda bu durum endişeye neden olmaktadır. Paul ve ark. (2023) sağlık sektörünün dijitalleşme sürecinde gizlilik ve güvenlik kaygıları üzerine bir çalışma gerçekleştirmiştir. Buna göre, sağlık kurumlarının dijitalleşmesinin önündeki önemli engellerden birisinin

de gizlilik ve güvenlik konusunun olduğu ifade edilmiştir.^[31] Wamema ve ark. (2023) sağlık sisteminde dijitalleşmeyi standartlaştırmak için gerekli kurumsal faktörleri değerlendiren bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, dijitalleşme sürecinin belli bir standarda oturtulmasının önündeki engellerin başında güvenlik ve gizlilik standartlarının yetersizliği olduğu belirtilmiştir.^[32] Literatürdeki çalışmalar ile mevcut çalışmanın sonuçlarının benzerlik gösterdiği anlaşılmaktadır. Veri güvenliği ve gizliliği kriterinin önemli bir etken olması, günümüzde bir çok alanda kullanılan teknolojilerin kişisel bilgileri talep ettikten sonra güvenlik sorunlarının yaşanmasıyla alakalı olduğu düşünülmektedir.

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre, aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesini etkileyen dördüncü önemli faktörün yasal düzenlemeler ve politika eksiliği olduğu belirtilmiştir. Sağlık sektöründeki dijitalleşme süreci baştan sona bütün kurumlarda gerçekleşmiştir. Bu koordinasyonun sağlanması ancak yasal gereklilikler ve politikalar ile sağlanabilir. Özellikle aile sağlığı merkezleri gibi küçük sağlık kuruluşlarının bu süreci başarılı ve etkin bir şekilde yürütmesi ancak politik destekler ile mümkündür. Dahdah ve Mishra (2023) Hindistan'da sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin doğuşunu araştıran bir çalışma yürütmüştür. Çalışmada, sağlık hizmetlerinde dijitalleşme sürecinde yasal düzenlemeler ve politika desteğinin ciddi fayda sağladığı, bu desteklerin olmayışının ise süreci sektöre uğrattığı ifade edilmiştir.^[33] Bamel ve ark. (2023) sağlık hizmetlerinde etkili olan dijital yenilikleri değerlendiren bir çalışma gerçekleştirmiştir. Buna göre, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesinin önündeki engellerden birisinin düzenlemeler ve politika ile ilgili eksikliklerin olduğu sonucuna ulaşılmıştır.^[34] Literatürde ilgili konuda yapılan çalışmaların elde ettiği sonuç ile bu çalışmada elde edilen sonucun paralellik gösterdiği görülmüştür. Sağlık sektöründe uygulanacak yeniliklerin ulusal düzeyde kabul görmesi ancak devlet politikası ile sağlanabilir. Yasal düzenlemeler ile desteklendiğinde ise başarıya ulaşma ihtimali daha da artacaktır. Bu nedenle aile sağlığı merkezlerinin dijitalleşmesi sürecinde yasal düzenlemeler ve ulusal düzeyde politika desteğinin önemli bir kriter olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ

Analiz sonuçlarına göre, finansal kaygılar dijitalleşme sürecini etkileyen en önemli faktör olarak tespit edilmiştir. Dijitalleşmenin sosyal kabulü ikinci, veri güvenliği ve gizliliğine yönelik kaygılar üçüncü ve yasal düzenlemeler ve politika eksikliği ise dördüncü

en önemli engel olarak belirlenmiştir. Personel kaynaklı engellerin ise en az öneme sahip kriter olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuçlar minvalinde ilk 4 engellere odaklanmak dijitalleşme sürecinde istenilen başarının elde edilmesinde ciddi faydalar sağlayacaktır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan sağlık tesislerinin bütçelerinin dijitalleşmede yetersiz kalacağı dikkate alındığında, finansal kaygıların önlenmesi için devlet desteğinin önemli olduğu düşünülmektedir. Devletin sağlayacağı destekler ile hem finansal kaygılar önenebilir hem veri güvenliği sağlanabilir hem de bu alanda eksik olan politika desteği uygulanabilir. Dijitalleşmenin sosyal kabulü için ise bireylerin hem dijital okuryazarlık hem de sağlık okuryazarlık seviyelerinin yükseltilmesi gerekmektedir. Bunun için de yerel yönetimler ile ortaklaşa eğitimler düzenlenerek bilgilendirmeler yapılabilir.

Bu çalışmanın, yukarıda bahsedilen birçok yönüyle literatüre katkı sunacağı düşünülmektedir. Çalışmamızın kısıtı, aile sağlığı merkezleri özelinde gerçekleştirilmiş olmasıdır. Uzmanlar aile sağlığı merkezlerinin ihtiyaçlarını bilen kişilerden seçilmiş olup literatür taraması uzman görüşleri doğrultusunda sonuçlandırılmıştır. Bu bağlamda, gelecek çalışmalarda ikinci ve üçüncü basamak ya da kamu ve özel sağlık kurumları özelinde değerlendirmeler yapılabilir. Bu kapsamda ikinci basamak ve üçüncü basamakta sağlık hizmeti sunan tesislerinin dinamiklerinin birinci basamak sağlık hizmeti sunan tesislere göre farklılık göstereceğinden dolayı, diğer sağlık tesislerinin dijitalleşme sürecinde karşılaştığı engelleri belirlemek ve sıralamasını yapmak için yeni çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Etik Kurul Onayı: İkincil verilerin değerlendirilmesinde çok kriterli karar verme tekniklerinden faydalandığından dolayı etik kurul onayına gerek yoktur.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: Since multi-criteria decision-making techniques are used in the evaluation of secondary data, ethics committee approval is not required.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Plugmann J, Plugmann P. Digitalization from the Patients' Perspective. In: Glauner P, Plugmann P, Lerzynski G, editors. *Digitalization in Healthcare. Future of Business and Finance*. Springer, Cham; 2021: 43-50.
2. Leväluoto J, Kohl J, Sigfrids A, Pihlajamäki J, Martikainen J. Digitalization as an engine for change? Building a vision pathway towards a sustainable health care system by using the mlp and health economic decision modelling. *Sustainability*. 2021;13(23):13007.
3. Gjellebæk C, Svensson A, Bjørkquist C, Fladeby N, Grundén K. Management challenges for future digitalization of healthcare services. *Futures*. 2020;124:102636.
4. Gavrilov G, Simov O, Trajkovik V. Analysis of digitalization in healthcare: case study. In Dimitrova V, Dimitrovski I, editors. *ICT Innovations 2020. Machine Learning and Applications*. ICT Innovations 2020. Communications in Computer and Information Science. Cham: Springer International Publishing; 2020: 202-16.
5. Glauner P, Plugmann P, Lerzynski G. *Digitalization in healthcare*. Springer, Cham; 2021.
6. Chen M, Esmailzadeh P. Adoption and use of various health information exchange methods for sending inside health information in US hospitals. *Int J Med Inform* 2023;177:105156.
7. Sreejith R, Senthil S. Smart Contract Authentication assisted GraphMap-Based HL7 FHIR architecture for interoperable e-healthcare system. *Heliyon*. 2023;9(4):e15180.
8. Chandramohan A, Krothapalli V, Augustin A, et al. Teleradiology and technology innovations in radiology: status in India and its role in increasing access to primary health care. *Lancet Reg Health Southeast Asia*. 2023;23:100195.
9. Ondogan AG, Sargin M, Canoz K. Use of electronic medical records in the digital healthcare system and its role in communication and medical information sharing among healthcare professionals. *Inform Med Unlocked*. 2023;42:101373.
10. Bozdoğan C. Türkiye'deki özel hastanelerin dijitalleşmesi ve akreditasyon sürecine ilişkin hastane yöneticilerinin görüşleri. *Int J Arts Soc Sci*. 2022;5(9):149-66.
11. Wong BKM, Vengusamy S, Bastrygina T. Healthcare digital transformation through the adoption of artificial intelligence. In: *Artificial Intelligence, big data, blockchain and 5G for the digital transformation of the healthcare industry*. Academic Press; 2024: 87-110.
12. Härkönen H, Lakoma S, Verho A, et al. Impact of digital services on healthcare and social welfare: An umbrella review. *Int J Nurs Stud*. 2024;152:104692.
13. Xu C, Jin L. Effects of government digitalization on firm investment efficiency: Evidence from China. *Int Rev Econ Finance*. 2024;92:819-934.
14. Nohl-Deryk P, Brinkmann JK, Gerlach FM, Schreyögg J, Achelrod D. Barriers to digitalisation of healthcare in Germany: a survey of experts. *Gesundheitswesen*. 2018;80(11):939-45.
15. Lu WC, Tsai IC, Wang KC, et al. Innovation resistance and resource allocation strategy of medical information digitalization. *Sustainability*. 2021;13(14):7888.
16. Numair T, Harrell DT, Huy NT, et al. Barriers to the digitization of health information: a qualitative and quantitative study in Kenya and Lao PDR using a cloud-based maternal and child registration system. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6196.
17. Jarva E, Oikarinen A, Andersson J, Tomietto M, Kääriäinen M, Mikkonen K. Healthcare professionals' digital health competence and its core factors; development and psychometric testing of two instruments. *Int J Med Inform*. 2023;171:104995.
18. Zhang L, Liu Z, Mo K, et al. Technological advances in out-of-hospital care: Digital solutions, Asia Pacific experiences, and inherent challenges. *Informatics Health*. 2024;1(1):9-15.
19. Arfi WB, Nasr IB, Khvatova T, Zaid YB. Understanding acceptance of eHealthcare by IoT natives and IoT immigrants: An integrated model of UTAUT, perceived risk, and financial cost. *Technol Forecast Soc Change*. 2021;163:120437.
20. Karakuş K, Yeşilyurt B, Gür Ş, Eren T. Sağlık 4.0'in benimsenmesinin önündeki engellerin AHP ve AAS yöntemleri ile değerlendirilmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniv Sos Bilimler Derg*. 2022;19(1):363-75.
21. Isakari M, Sanchez A, Conic R, et al. Benefits and Challenges of Transitioning Occupational Health to an Enterprise Electronic Health Record. *J Occup Environ Med*. 2023;65(7):615-20.
22. Queiroz C, Guerreiro C, Oliveira-Santos M, Ferreira D, Fontes-Carvalho R, Ladeiras-Lopes R. Digital health and cardiovascular healthcare professionals in Portugal: Current status, expectations and barriers to implementation. *Rev Port Cardiol*. 2024;43(8):459-67.
23. Cannavacciuolo L, Capaldo G, Ponsiglione C. Digital innovation and organizational changes in the healthcare sector: multiple case studies of telemedicine project implementation. *Technovation*. 2023;120:102550.
24. Fernandes FA, Chaltikyan GV. Analysis of legal and regulatory frameworks in digital health: a comparison of guidelines and approaches in the European Union and United States. *J Int Soc Telemed eHealth*. 2020;8:e11.
25. Raimo N, De Turi I, Albergo F, Vitolla F. The drivers of the digital transformation in the healthcare industry: An empirical analysis in Italian hospitals. *Technovation*. 2023;121:102558.
26. Dal Mas F, Massaro M, Rippa P, Secundo G. The challenges of digital transformation in healthcare: An interdisciplinary literature review, framework, and future research agenda. *Technovation*. 2023;123:102716.
27. Dionisio M, de Souza Junior SJ, Paula F, Pellanda PC. The role of digital transformation in improving the efficacy of healthcare: A systematic review. *J High Technol Manag Res*. 2023;34(1):100442.
28. Abi Saad E, Tremblay N, Agogue M. A multi-level perspective on innovation intermediaries: The case of the diffusion of digital technologies in healthcare. *Technovation*. 2024;129:102899.
29. Laporatti L, Montefiori M. Complex role of individual digital skills and eHealth policies in shaping health policy. *Socio-Econ Plan Sci*. 2024;93:101897.
30. Wang T, Giunti G, Melles M, Goossens R. Digital patient experience: umbrella systematic review. *J Med Internet Res*. 2022;24(8):e37952.
31. Paul M, Maglaras L, Ferrag MA, Almomani I. Digitization of healthcare sector: A study on privacy and security concerns. *ICT Express*. 2023;9(4):571-88.
32. Wamema J, Alunyu A, Amiyo M, Nabukenya J. Enterprise architecture requirements for standardising digital health in Uganda's health system. *Health Policy Technol*. 2023;12(4):100805.
33. Al Dahdah M, Mishra RK. Digital health for all: The turn to digitized healthcare in India. *Soc Sci Med*. 2023;319:114968.
34. Bamel U, Talwar S, Pereira V, Corazza L, Dhir A. Disruptive digital innovations in healthcare: Knowing the past and anticipating the future. *Technovation*. 2023;125:102785.

Aile Hekimlerinin Yenidoğan Dönemi İzlemi ve Taramaları Hakkında Bilgi Düzeyleri, Tutumları ve Farkındalıkları: Ankara İli Örneği

The Level of Knowledge, Attitude and Awareness of Family Physicians About Newborn Follow-Up and Screening: Ankara Provincial Example

Selva Erdoğan¹, Sara Erol²

Atf/Cite as: Erdoğan S, Erol S. Aile hekimlerinin yenidoğan dönemi izlemi ve taramaları hakkında bilgi düzeyleri, tutumları ve farkındalıkları: Ankara ili örneği. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):86-92.

ÖZ

Giriş: Aile hekimliği, hasta-hekim ilişkisinin ön planda olduğu, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Aile hekimliğinde sunulan sağlam çocuk izlemi; çocuğun doğumdan itibaren büyümesini, gelişimini ve sağlık durumunu değerlendiren, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik unsurlarını içeren bir sağlık hizmetidir.

Amaç: Çalışmamız aile hekimlerinin yenidoğan dönemi izlem ve taramaları konusundaki bilgi düzeyi, tutumları ve farkındalıklarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu araştırma için aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerini ve yenidoğan dönemi izlem ve taramalar konusundaki bilgi düzeyi, tutum ve farkındalıklarını belirlemeye yönelik araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 318 aile hekiminden %99,4'ünün kilo ölçümü, %97,5'inin baş çevresi ölçümü, %97,5'inin fontanel değerlendirmesi, %83,6'sının boy ölçümü, %83,3'ünün yenidoğan reflekslerinin değerlendirilmesi, %76,7'sinin genital muayene, %65,4'ünün göz muayenesi, %48,4'si kalça muayenesi ve %29,8'inin işitme muayenesi, %58,2'sinin yenidoğan rutin göz taramasında kırmızı refle testi yaptıkları; ayrıca %8,5'nin yenidoğanlara nabız oksimetri ile doğuştan kritik kalp hastalığı olup olmadığını değerlendirdikleri belirlendi. Yapılan istatistiksel analizlerde, yenidoğan refleksleri, göz muayenesi, genital muayene, kalça muayenesi, işitme muayenesi ve skolyoz muayenesi yapma durumları ile yaş ve meslek süresi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Aile hekimi uzmanlarının, pratisyen aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekim asistanlarına göre genital muayene ve işitme muayenesi yapma oranları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksektir ($p<0.05$).

Sonuç: Aile hekimlerinin yenidoğan izlem ve taramaları hakkında bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının geliştirilmesi ve aile hekimlerinin bu konudaki farkındalıklarını arttıracak mesleki gelişim kapsamında eğitim çalışmalarının yapılması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Aile hekimliği, Bilgi, İzlem, Teşhis tarama programları, Yenidoğan

ABSTRACT

Background: Family medicine is a discipline that prioritizes the patient-physician relationship, particularly focusing on preventive and developmental health services. In family medicine, the comprehensive pediatric care includes monitoring growth and development from birth, assessing health status, and providing preventive healthcare elements such as vaccinations and health education.

Objective: Our study aims to assess the knowledge levels, attitudes, and awareness of family physicians regarding newborn screening and monitoring.

Method: For this study, a survey prepared by the researcher was utilized to ascertain the socio-demographic characteristics of family physicians and their knowledge, attitudes, and awareness regarding newborn period monitoring and screenings.

Results: Out of the 318 family physicians included in our study, it was found that 99.4% performed weight measurement, 97.5% performed head circumference measurement, 97.5% assessed fontanels, 83.6% conducted height measurement, 83.3% evaluated newborn reflexes, 76.7% performed genital examination, 65.4% conducted eye examination, 48.4% performed hip examination, and 29.8% conducted hearing examination on newborns. Additionally, 58.2% of them performed red reflex testing in routine neonatal eye screening, while 8.5% evaluated for congenital critical heart disease using pulse oximetry in newborns. In the statistical analyses, no significant relationship was found between newborn reflexes, eye examination, genital examination, hip examination, hearing examination, and scoliosis examination with the variables of age and years of professional experience.

Received/Geliş: 19.05.2024

Accepted/Kabul: 23.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

S. Erdoğan

ORCID: 0009-0000-9235-7514

Yenimahalle İlçe Sağlık Müdürlüğü

Ankara, Türkiye

✉ selva.sisman@gmail.com

S. Erol

ORCID: 0000-0002-8758-7662

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,

Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve

Hastalıkları Bilim Dalı,

Ankara, Türkiye

Family medicine specialists perform genital examinations and hearing examinations at a statistically significantly higher rate compared to general practitioners and contracted family medicine residents ($p<0.05$).

Conclusion: It is necessary to conduct educational interventions within the scope of professional development to enhance the knowledge levels and practices of family physicians regarding newborn screening and monitoring, as well as to increase their awareness on this matter.

Keywords: Family practice, Knowledge, Follow-up, Diagnostic screening programs, Newborn

GİRİŞ

Aile hekimliği, hasta-hekim ilişkisinin ön planda olduğu, sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmetleri öncelikli olarak ele alan bir disiplindir. Bu nedenle aile hekimliği, periyodik sağlık muayenesi uygulamalarının merkezinde yer almaktadır.^[1] Sağlam çocuk izlemi, çocuk sağlığı ve hastalıkları hizmetlerinin önemli bir basamağını oluşturmaktadır. Söz konusu izlem; tüm çocukların, doğumdan itibaren büyüme ve gelişimini izleyen, sağlıklarını değerlendiren, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik hizmetleri sunan bir çocuk sağlığı hizmeti niteliğindedir.^[2] Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bebek ve çocuk izleme protokollerine göre ilk 1 yıl aile hekimi ziyaret sayısı dokuzdur. Doğum sonrası 3-5 gün içinde veya taburcu olduktan 48-72 saat sonra yenidoğan bebeğin beslenmesinin değerlendirilmesi ve sarılık kontrolü ile izlem başlar ve doğumdan sonraki ilk hafta, 15. gün, 41. gün, 2. ay, 3. ay, 4. ay, 6. ay ve 9. ay şeklinde devam eder.

Yenidoğanda büyümenin değerlendirilmesi, sağlam çocuk ziyaretinde bakılan vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi ölçümlerine dayanır. Bu ölçümler büyüme grafikleri ile değerlendirilerek hem büyüme değerlendirilir hem de büyüme problemleri ile ortaya çıkabilecek sistemik sorunlar öngörülür.^[2] Yenidoğan döneminden itibaren yapılan rutin muayenelerin yanı sıra aileler de aşılama, bebek bakımı, anne sütü ve emzirme, olası hastalık bulguları, D vitamini profilaksisi, kundaklama, infantil kolik, emzik kullanımı, ani bebek ölüm riskini azaltmak için alınması gereken tedbirler, uyku düzeni, aile planlaması konularında bilgilendirilir.^[3]

Yenidoğan döneminde, tarama testleri dünya genelinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Bu testler, yaşamı tehdit eden veya uzun vadeli sağlık sorunlarına neden olabilecek hastalıkların belirtilerini erken tespit etmeyi, böylece erken tanı ve tedavi imkanları sağlamayı amaçlar. Ülkemizde 2006 yılında "Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP)" ile yenidoğanların fenilketonüri ve konjenital hipotiroidi için taranması zorunlu hale gelmiş, 2008'de biyotinidaz eksikliği, 2015'te kistik fibrozis, 2022'de ise konjenital adrenal hiperplazi ve spinal musküler atrofi taramaları

yenidoğan tarama programına eklenmiştir.^[4] Metabolik ve endokrin hastalıkların taranması için yapılan topuk kanı testleri dışında, yenidoğan dönemi tarama testleri arasında yer alan işitme taraması 2008'de ulusal bir program haline gelmiştir. Gelişimsel kalça displazisinin taranması ise 2010'da başlamıştır. Ayrıca, tüm yenidoğanların ve belirli yaş aralıklarındaki çocukların periyodik olarak görme taramalarının yapılması da önemlidir. Son yıllarda, nabız oksimetresi ile kritik konjenital kalp hastalığı (KKKH) taraması ülkemizde giderek daha yaygın hale gelmektedir.^[5] Çalışmamız Ankara'da hizmet veren aile hekimlerinin yenidoğan izlemi ve taramaları konusundaki bilgi düzeyleri, tutumları ve farkındalıklarının değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmacılar tarafından hazırlanan ve aile hekimlerinin sosyodemografik özelliklerini, yenidoğan dönemi izlemi ve taramaları konusundaki bilgi düzeyleri, tutumları ve farkındalıklarını belirlemeye yönelik 32 sorudan oluşan iki bölümlük bir katılımcılara uzaktan iletişim yöntemleri kullanılarak uygulandı. Anketin birinci bölümünde çalışmaya katılım için gönüllülük durumu, yaş, cinsiyet, mesleki süre, unvan, çalışılan kurum, daha önce yenidoğan izlemi ve taramaları ile ilgili eğitim durumu ile ilgili 7 soru; ikinci bölümde ise hekimlerin, yenidoğan dönemi izlem ve taramalar hakkında bilgi düzeyleri ve tutumları konularını içeren 25 soru yer almaktaydı. Aile hekiminin; çalıştığı sağlık kuruluşuna yenidoğan bebeğin ne sıklıkla başvurduğu, yenidoğan muayenesinde değerlendirilen parametreler, anneye danışmanlık verilen konular, topuk kanında taranan hastalıklar, topuk kanı saklama koşulları, yenidoğan dönemi göz taraması yapma durumu, göz taraması yapılamama nedenleri, muayene odasında oftalmoskop olup olmadığı, kırmızı refle tarama testinin ne zaman yapıldığı, işitme tarama testinin ne zaman yapıldığı, işitme kaybı yönünden riskli bebeğe hangi testin uygulanması gerektiği, yenidoğan dönemi gelişimsel kalça displazisi tarama durumu, gelişimsel kalça displazisinin hangi yöntemlerle ve ne zaman tarandığı, yenidoğanda D vitamini ne zaman ve hangi dozda başlandığı, kritik konjenital kalp hastalığı tarama durumu, bebek için uygun satürasyon cihazının varlığı,

sarılık ile başvuran bebeğin nasıl değerlendirildiği ve emzirme danışmanlığı ile ilgili sorular oluşturulmuştur. Veri analizinde IBM SPSS Statistics Version 23 paket programı kullanıldı. SPSS analizlerine geçilmeden önce veri hem hatalı hem de kayıp değerler için kontrol edilerek 318 kişi ile analizler yapıldı. Anketteki her bir maddeye ait tanımlayıcı istatistikler birey sayısı (n) ve frekans (%) ile gösterildi. Sürekli değişkenlerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama ve standart sapma kullanıldı. İki değişken arasında anlamlı bir ilişkinin olup olmadığını belirlemek ki-kare analizi yapıldı (Pearson ki-kare istatistiği). İncelenen durumlara ait çapraz tablolarda frekans ve yüzde değerleri raporlandı. Yenidoğan taramaları ile ilgili bilgi sorularına ait frekans ve yüzde dağılımı pasta grafiği ile gösterildi. Tüm analizlerde istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0,05$ kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmanın evrenini 15/06/2022 ile 15/10/2022 tarihleri arasında Ankara ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimliği uzmanları, pratisyen aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimliği (SAHU) asistanları oluşturmaktadır. Aile hekimi sayıları ile ilgili veriler Ankara il Sağlık Müdürlüğünden sözel olarak alınmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde aile sağlığı merkezlerinde görev yapmakta olan aile hekimi sayısı 1758 idi. Araştırmaya anketi yapmayı kabul eden 196 (%61,6) pratisyen, 88 (%27,7) uzman, 34 (%10,7) aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan sözleşmeli asistan olmak üzere 318 aile hekimi katıldı. Katılımcıların 176'sı (%55) kadındı. Hekimlerin 211'i (%66,4) 16 yıldan fazla, 107'si (%33,6) 0-16 yıl arasında meslek süresine sahip olup yaş ortalamaları $46,49 (\pm 10,06)$ yıldı.

Çalışmamıza katılan aile hekimleri, ulusal yenidoğan tarama programlarıyla ilgili aldıkları eğitimle ilgili soruya, 134'ü (%42,1) tıp fakültesinde, 134'ü (%42,1) kurslara, kongrelere ve diğer toplantılara katılarak, 74'ü (%22) hem tıp fakültesinde hem de diğer toplantılarda eğitim aldıkları yanıtlarını verirken 64 (%20,1) katılımcı ulusal yenidoğan tarama programıyla ilgili herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Katılımcıların 190'ı (%59,7) yenidoğan döneminde bir bebekle en az iki kez karşılaştıklarını, 122'si (%38,4) ise çoğunlukla bir kez karşılaştıklarını belirtmiştir. Dört hekim (%1,3) yenidoğan bebeğin nadiren kendilerine başvurduğunu belirtmiştir. Yenidoğanın fizik incelemesinde takip edilen adımlarla ilgili yanıtlara göre hekimlerin %99,4'ünün kilo ölçümü, %97,5'inin baş çevresi ölçümü, %97,5'inin fontanel değerlendirmesi, %83,6'sının boy ölçümü, %83,3'ünün yenidoğan reflekslerinin değerlendirilmesi, %76,7'sinin genital muayene, %65,4'ünün göz muayenesi, %48,4'ünün kalça muayenesi, %29,8'inin işitme değerlendirmesi ve %15,4'ünün skolyoz muayenesi yaptıkları belirlenmiştir.

Yapılan istatistiksel analizlerde, yenidoğan refleksleri, göz muayenesi, genital muayene, kalça muayenesi, işitme muayenesi ve skolyoz muayenesi yapma durumları ile yaş ve meslek süresi değişkenleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yenidoğan refleksleri, göz muayenesi, genital muayene, kalça muayenesi ve işitme muayenesi yapan kadın hekimlerin oranı erkek hekimlere göre istatistiksel anlamlı yüksektir. Aile hekimi uzmanlarının, pratisyen aile hekimleri ve sözleşmeli aile hekimi asistanlarına göre genital muayene ve işitme muayenesi yapma oranları istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde daha yüksektir (Tablo 1).

Tablo 1. Hekimlerin sosyodemografik özellikleri ile yenidoğan muayenelerinin karşılaştırılması

		Yenidoğan Refleksleri		p	Göz Muayenesi		p	Genital Muayene		p	Kalça Muayenesi		p	İşitme Muayenesi		p	Skolyoz muayenesi		p
		Evet	Hayır		Evet	Hayır		Evet	Hayır		Evet	Hayır		Evet	Hayır		Evet	Hayır	
Cinsiyet	Kadın (n)	155	21	0,01	116	60	0,04	144	32	0,01	87	89	0,69	63	113	0,01	24	152	0,33
	Erkek (n)	110	32		92	50		99	43		67	75		33	109		25	117	
Yaş	25-35 (n)	48	8	0,92	36	20	0,78	43	13	0,97	27	29	0,34	17	39	0,73	7	49	0,87
	35-44 (n)	57	11		46	22		53	15		36	32		19	49		11	57	
	45-54 (n)	95	19		71	43		86	28		48	66		32	82		17	97	
	>55 (n)	65	15		55	25		62	18		43	37		28	52		14	66	
Akademik Unvan	Pratisyen (n)	159	37	0,15	127	69	0,93	149	47	0,03	95	101	0,84	62	134	0,01	27	169	0,59
	Asistan (n)	27	7		22	12		21	13		15	19		16	18		6	28	
	Uzman (n)	79	9		88	59		74	14		44	44		18	70		16	72	
Meslek Süresi (Yıl)	0-16 (n)	92	39	0,81	92	15	0,62	85	22	0,41	53	54	0,77	28	79	0,26	16	91	0,87
	>16 (n)	173	38		140	71		159	52		101	110		68	143		33	178	

P: ki-kare testi (kalın yazılan ifadeler anlamlılığı ifade eder.); n: sayı

Anket yanıtlarına göre katılımcıların %58,8'inin sarılık nedeniyle kendilerine başvuran yenidoğanları hastanelere yönlendirdikleri, %10,1'inin fizik incelemeye göre, %15,1'inin ise kanda total bilirubin ölçümü sonucu ile karar verdikleri belirlenmiştir. Göz taraması konusunda katılımcıların %95,3'ü kırmızı refle muayenesinin ilk olarak 0-3 ayda yapılması gerektiğini, %98,1'inin merkezlerinde oftalmoskop olduğunu, %58,2'si oftalmoskopa kırmızı refle muayenesi yaptıklarını belirtmişlerdir. İştme kaybı açısından riskli bebeklerin yönetimiyle ilgili ise, hekimlerin %29,2'sinin bu bebekleri kulak-burun-boğaz doktorlarına yönlendirdikleri, %25,5'inin otoakustik emisyon testi (OAE) yapılmasını, %21,7'sinin ise işitsel uyarılmış beyin sapı potansiyel (ABR) testi yapılmasını önerdikleri saptanmıştır. Çalışmaya katılan hekimlerin %78,9'u gelişimsel kalça displazisi taraması için tüm yenidoğanlara kalça ultrasonografisi önermektedir. Doğumsal kritik kalp hastalıkları ile ilgili oksijen satürasyon bakabilme imkanına sahip olan merkez oranı %25,2 olarak saptanmış olup, katılımcıların %8,5'u yenidoğanlarda muayenenin bir parçası olarak oksijen satürasyonu baktıklarını ifade etmiştir.

Yenidoğan topuk kanı taramasıyla taranan hastalıkların sorulduğu ve birden çok seçeneğin işaretlenebileceği soruya hekimlerin %98,4'ü fenilketonüri, %98,1'i konjenital hipotiroidi, %88,7'si konjenital biotidinaz eksikliği, %77,4'ü kistik fibrozis, %18,9'u yenidoğan sarılığı, %4,4'ü hipoglisemi yanıtını vermişlerdir. Fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, konjenital biotidinaz eksikliği ve kistik fibrozis olmak üzere dört seçeneği işaretleyen katılımcı oranı %63,5'tir. Yenidoğan tarama programı için alınan topuk kanı örneklerinin saklama koşullarıyla ilgili soruya katılımcıların %64,2'si kan numunelerinin kuruduktan sonra tarama merkezlerine gönderilinceye kadar oda sıcaklığında saklanması gerektiği doğru cevabını verirken, %27,4'ü kan numunelerinin tarama merkezlerine gönderilinceye kadar buzdolabında (2-8°C'de) saklanması yanıtını işaretlemiştir.

Araştırmamızda, annelere danışmanlık verilen konularla ilgili sorunun yanıtlarına göre hekimlerin %95,9 oranında emzirme, %89,3 oranında aşılama, %79,9 oranında vitamin ve demir kullanımı, %74,5 oranında bebek bakımı, %71,4 oranında ise gaz çıkarma tekniği ile ilgili danışmanlık yaptıkları belirlenmiştir. Kazalardan korunma hakkında hekimlerin %19,2'sinin, uyku ile ilgili olarak da %24,4'ünün bilgilendirme yaptığı görülmüştür. Aile hekimlerinin %98,7 gibi büyük çoğunluğu anne sütünün yeterliliğini temel olarak

bebeğin kilo alımıyla değerlendirdiklerini, %61,9'u bebeğin idrar miktarını sorguladığını, %29,9'u annenin ifadesine göre karar verdiğini, %14,2'si test tartısı ile değerlendirdiğini, %7,9'u anne sütünü sağdırarak değerlendirdiğini belirtmişlerdir. Yenidoğanlara D vitamini uygulamasına doğumdan sonra başlanma oranı %93,7 iken, başlama dozu %70,8 oranında 400 IU, %5,3 oranında 600 IU olarak yanıtlanmıştır.

Anket verilerine göre, yenidoğan izlemi ve taramaları konusunda katılımcıların %4,4'ü kendini yetersiz olarak değerlendirmiştir. Aile hekimlerine yönelik sağlam çocuk izlemi ile ilgili bilgi ve becerilerini geliştirmeye yönelik eğitimlere katılmak isteyen aile hekimi oranı ise %82,2'dir.

TARTIŞMA

Türkiye'de çocuklarla ilgili koruyucu sağlık uygulamaları açısından önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Yenidoğan bebek ölümlerinin son 30 yıl içerisinde yaklaşık 6 kat azalmasına paralel olarak çocukluk çağı ölüm oranları da önemli ölçüde düşmüştür. 2009 yılında bebek ölüm hızı binde 13.9 iken bu oran 2022 yılında binde 9.2'dir.^[6] Bebek ölümlerinin yüksek olduğu toplumlarda; bebek izlem ve taramalarının zamanında yapılmasının ve niteliğine özen gösterilmesinin, ana ve çocuk sağlığının geliştirilmesine katkısı kaçınılmazdır.

Sağlık Bakanlığı'nın yayınlamış olduğu bebek izlem verilerine göre ülkemizde 2017 yılında bebeklerin %86,8'i, 2021 yılında ise %92,4'ü bakanlık rehberlerine uygun şekilde izlenmiştir.^[7] Gaziantep'in ilçelerinde yapılan bir çalışmada bebeklerin %27'si yalnızca bir kere, %41,9'u ise iki kere aile hekimleri tarafından değerlendirilmiştir.^[8] Ülkemizdeki protokole göre yenidoğan dönemindeki bir bebek için en az 3 kez aile hekimi viziti gerekliliği belirtilmesine karşın çalışmamızda da bu hedefin sağlanamadığı görülmektedir.^[9] Bu durum ailelerin bebeklerini doğdukları hastanelerde takip ettirmeyi tercih etmeleriyle ilgili olabilir.

Yılmaz (2019) ve Karabekiroğlu'nun (2022) çalışmaları karşılaştırıldığında, aile hekimlerinin yaptığı yenidoğan muayenelerinde, %19,7 oranında olumlu yönde artış olduğu görülmektedir.^[10,11] Çalışmamızda hekimlerin yenidoğan fizik incelemesinde en çok; baş çevresi ölçümü, kilo ölçümü, boy ölçümü, yenidoğan refleksleri ve fontanel değerlendirme yaptıkları belirlenmiştir. Hekimlerin en az yaptıkları muayeneler ise; iştme muayenesi, kalça muayenesi ve skolyoz muayenesidir.

Yenidoğan sarılığına yaklaşım rehberlerine göre doğum sonrası ciddi hiperbilirubinemi gelişme riskini değerlendirme konusunda en iyi yöntemin, total serum bilirubin veya transkutan bilirubin düzeyinin ölçülerek nomogramlar üzerinde risk zonunu belirlemek olduğu bilinmektedir.^[12] Çalışmamızın verilerine göre kanda total bilirubin ölçümü yapan hekimlerin az olması, birinci basamak merkezlerde alınan kan örneklerinin sonuçlarına geç ulaşılabilmesi nedeniyle olabilir. “Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP)” nin içerdiği hastalıkların dördünü bilen aile hekimlerinin oranı %63,52’dir. Bu oran, literatürdeki benzer çalışmalara göre oldukça yüksektir.^[11,13] Topuk kanından taranan KF hastalığının daha az bilinmesinin tarama programına 2015 yılında eklenmesinin etkili olduğu söylenebilir.

Coşkun (2016)’nın çalışmasında yenidoğan döneminde rutin göz muayenesi yapıp yapmadıkları sorusuna hekimlerin; %34,3’ü ‘evet’, %65,7’si ‘hayır’ yanıtı vermişlerdir.^[14] Kemper ve ark.’nın (2007) çalışmasında aile hekimlerinin %79’u kırmızı refle testini değerlendirildiği görülmüştür.^[15] Özkurt’un (2019) çalışmasında ise hekimlerin %33’ü her bebek muayenesinde kırmızı refle testi yapılması gerektiğinin farkında olduğu gözlemlenmiştir.^[16] Çalışmamızın sonuçları ile diğer çalışmalar karşılaştırıldığında, kırmızı refle testi yapılma oranının Kemper ve ark.’nın (2007) çalışmasına göre oldukça düşük olduğu; Coşkun’a (2016) göre benzer oranların olduğu görülmektedir.^[14,15] İngiltere’de yapılan bir çalışmada konjenital katarakt ve infantil katarakt olgularının 8 haftalıktan daha küçük bebeklerde yapılan kırmızı refle taraması sırasında yakalandığı görülmüştür.^[17] Aradaki bu farkın hekimlerin bulunduğu çevrenin sosyal statüsüne, ekonomik refahına ve sağlık hizmetinin sunulduğu yerin donanımına bağlı olarak değişiklik gösterdiği düşünülmektedir. Bu kapsamda Tıp Fakültelerinde göz eğitiminin gözden geçirilmesi, muayene yapılan odaların fiziki olarak uygun hale getirilmesi, mezuniyet sonrası sürekli eğitim kapsamında konunun gündemde tutulması; ciddi görme kaybı oluşturabilecek göz problemlerinin gözden kaçırılmasını ve gereksiz ileri tetkik masraflarının yapılmasını önleyebileceği düşünülmektedir.

Yılmaz’ın (2021) çalışmasına katılan hekimlerin %48,8’i işitme kaybı yönünden riskli bebeklere öncelikle tarama testi olarak ABR yapılması gerektiğini ifade etmiştir.^[18] Hekimlerin çocukları işitme kaybı yönünden değerlendirilmeleri gerektiğini bildiren çok sayıda çalışma vardır.^[19,20] Alqudah ve ark. (2021) yapmış

oldukları çalışmada hekimler %30.8 oranında, tarama testi olarak ABR testi yapılması gerektiğini belirtmiştir.^[21] Çalışmamızda tespit edilen %21.2’lik oran Yılmaz (2021) ile Alqudah ve ark.’nın (2021) tespit etmiş oldukları %30.8’lik orandan daha düşük olarak bulunmuştu.^[18,21] Ülkelere göre farklı oranların çıkması çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki tarama programlarının farklılığından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak yapılan incelemelerde ülkemizde yenidoğan işitme tarama protokolünün güncellendiği tespit edilmiştir. Bu nedenle çalışmamızda tespit edilen düşük oranın yayınlanan bu protokolün hekimlere tam olarak ulaştırılmadığı düşünülmektedir.^[22]

Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü rehberlerine göre, gelişimsel kalça displazisi için risk faktörleri olan bebeklere doğum sonrasında kalça USG için randevu verilmesi, risk faktörü olmayan bebeğin kırk birinci gün izleminde fizik muayene ve risk değerlendirilmesi yapılması, risk faktörü olan ve/veya muayene bulgusu pozitif olan bebeğin kalça ultrasonu için yönlendirilmesi gerekmektedir.^[23] Alotaibi ve ark. (2021) yenidoğanların kalça ultrasonografisi için sevk nedenleri arasında %18,8 oranında bir risk faktörünün varlığını, %9,2 oranında aile isteğinin olduğunu ve %35,4’ünün ise fizik muayene bulguları nedeniyle gerçekleştirildiğini bildirmişlerdir.^[24]

Ülkemizde hekimler için eğitim programları mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası olmak üzere uygulanmaktadır. Tıp fakültesi öğrencilere yönelik ortak olarak geliştirilmiş “Mezuniyet öncesi Ulusal Çekirdek Eğitim Program (UÇEP)”, müfredatı düzenlenmektedir. UÇEP-2014 ve UÇEP-2020 incelendiğinde tıp fakülteleri eğitim programlarında bebek sağlığı izlemleri ve periyodik sağlık muayeneleri de yer almaktadır. Müfredatın yenilenmesi kapsamında, temel hekimlik uygulamalarından olan taramalar (görme taraması, işitme taraması, gelişimsel kalça displazisi taraması, yenidoğan metabolik ve endokrin hastalık taraması, evlilik öncesi taramaları) 2020 yılında güncellenen müfredata eklenmiştir.^[25] Aile hekimliği uzmanlığı asistanlarına yönelik olarak Mezuniyet sonrası Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) tarafından, asistanlar için eğitim müfredatı düzenlenmektedir. TUKMOS tarafından hazırlanan müfredat içeriklerinde 2008-2011 arası müfredatında “yenidoğan topuk kanı alma ve sağlıklı çocuk gelişimi ve izlemesi” yer almaktadır. 2016 ve sonrası müfredatında ise bunlara ek olarak “yenidoğan muayenesi ve yenidoğan taraması” yer aldığı görülmüştür.^[26] Yangı ve ark.’nın (2018) yaptığı

bir çalışmada^[27], birinci basamakta periyodik sağlık muayene rehberi hakkında bilgi sahibi olup olmadıkları sorulduğunda ise hekimlerin %51,1'i bu rehber hakkında bilgi sahibi olmadığı belirtmiştir. Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin %20,1'i ise yenidoğan izlemi ve taramaları hakkında herhangi bir eğitim almadıklarını belirtmişlerdir.

SONUÇ

Birinci basamakta hizmet veren aile hekimlerin toplum sağlığının en önemli bileşenlerinden olan yenidoğan sağlığı ve taramaları konusunda programlı bir eğitim almaları gerekmektedir. Bunun için birinci basamak hekimlerinin aile hekimliği uzmanlık eğitimine teşvik edilmeleri önemli olacaktır.

Etik Kurul Onayı: Ankara Şehir Hastanesi 2 Nolu Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan onay alındı (E2-22-1809/11.05.2022).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Ankara City Hospital No. 2 Clinical Research Ethics Committee Presidency (E2-22-1809/11.05.2022).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Burgut E, Anber N, Akpınar E, Bozdemir N. Periyodik sağlık muayenesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2007;16(1):1-15.
2. Çifçi A. Bütüncül Tıp- Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı ve Tedavi. Cilt 2. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi; 2020.
3. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi. Türk Pediatri Arşivi. 2007;42(11):6-10.
4. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP). <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/ntp.html> adresinden 09.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
5. Altunhan H, Yılmaz FH. Yenidoğanın değerlendirilmesi ve yenidoğan taramaları. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics. 2018;9(1):28-32.
6. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=nufus-ve-demografi-109&dil=1> adresinden 24.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
7. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Bebek Çocuk Ergen İzlemleri. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/sagligin-gelistirilmesi-programlari/bebek-cocuk-ergen-izlemleri.html> adresinden 28.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
8. Güneş R. Gaziantep İlinde Çalışan Aile Hekimlerinin Yenidoğan Tarama Programları Hakkında Bilgi Düzeyleri ve Uygulamaları [Uzmanlık Tezi]. Gaziantep Üniversitesi;

- 2021.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Çocuk ve Ergen Sağlığı Dairesi Başkanlığı. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-db/dokumanlar/yayinlar/Kitaplar/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf adresinden 28.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
10. Yılmaz M. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Son Sınıf Öğrencilerinin Sağlam Çocuk İzlemi Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ondokuz Mayıs Üniversitesi; 2019.
11. Karabekiroğlu B. Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk İzlemleri Konusundaki Bilgi Düzey ve Tutumlarının Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi; 2022.
12. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 2004;114(1):297-316.
13. Yılmaz T. Ankara'daki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Sağlam Çocuk Takibinde Bilgi Düzeylerinin ve Uygulamalarının Değerlendirilmesi [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi; 2017.
14. Coşkun S. Sağlam Çocuk İzleminde Rutin Göz Muayenesi Sırasında Kırmızı Refle Testine İlişkin Aile Hekimlerinin Bilgi Düzeyi ve Farkındalığı [Tıpta Uzmanlık Tezi]. Ankara Üniversitesi; 2016.
15. Kemper AR, Clark SJ. Preschool vision screening in pediatric practices. Clin Pediatr (Phila). 2006;45(3):263-6.
16. Özkurt ZG, Balsak S, Çamçı MS, Bilgen K, Katran İH, Aslan A. Approach of family physicians to pediatric eye screening in Diyarbakır. Turk J Ophthalmol. 2019;49(1):25-9.
17. Rahi JS, Dezateux C. National cross sectional study of detection of congenital and infantile cataract in the United Kingdom: role of childhood screening and surveillance. BMJ. 1999;318(7180):362-5.
18. Yılmaz O, Dizdar HT, Eser BN, Taşçı B, Aşkın ÖE, Şerbetçioğlu MB. Aile Sağlığı Merkezi Hekimlerinin Ulusal Yenidoğan İşitme Tarama Programı Hakkındaki Farkındalık Düzeylerinin Araştırılması. Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi. 2021;6(2):281-90.
19. Yerraguntla K, Ravi R, Gore S. Knowledge and attitude of pediatric hearing impairment among general physicians and medical interns in coastal Karnataka, India. Indian Journal of Otolaryngology. 2016;22(3):183-7.
20. López-Vázquez M, Berrueros P, Lopez LE, Cacho J. Attitude and knowledge of hearing loss among medical doctors selected to initiate a residency in Mexico. Int J Audiol. 2009;48(3):101-7.
21. Alqudah O, Alqudah S, Al-Bashaireh AM, Alharbi N, Alqudah AM. Knowledge, attitude and management of hearing screening in children among family physicians in the Kingdom of Saudi Arabia. PLoS One. 2021;16(8):e0256647.
22. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü. Tarama ABR Protokolü Akış Şeması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Programlar/Guncel_Test_Protokolu_.pdf adresinden 12.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
23. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Gelişimsel Kalça Displazisi Taraması Akış Şeması. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Programlar/GKD_akis_semasi.pdf adresinden 18.10.2022 tarihinde erişilmiştir.

24. Alotaibi TN, Jawadi AH, Alghamdi AA, Aldeghaither SA, Alhandi, AA. Knowledge, attitude, and practice of primary care physicians about developmental dysplasia of the hip in a tertiary referral hospital in Riyadh, Saudi Arabia. *Journal of Musculoskeletal Surgery and Research*. 2021;5(4):273-9.
25. Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. 2020. https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/mezuniyet-onesi-tip-egitimi-cekirdek-egitimi-programi.pdf adresinden 04.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
26. Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi (TUKMOS) Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. 2019. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/34104/0/ailehekimligimufredatv24pdf.pdf> adresinden 04.11.2022 tarihinde erişilmiştir.
27. Yangı DT, Görpelioğlu S, Top M. Aile hekimlerinin periyodik muayene rehberine yönelik bilgi tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*. 2018;22(3):104-17.

Türkiye’de Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Araştırma Görevlisi Hekimlerin HPV Aşısı ile İlgili Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi

Evaluation of Knowledge and Attitudes of Research Assistant Physicians Working in a University Hospital in Turkey Regarding HPV Vaccine

Bahar Ürün Ünal¹, Burcu Gök Erdoğan², Betül Tulum³

Atıf/Cite as: Ürün Ünal B, Gök Erdoğan B, Tulum B. Türkiye’de bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin HPV aşısı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):93-99.

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada, araştırma görevlilerinin HPV aşısı hakkındaki bilgi düzeylerinin, tutumlarının ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmaya Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde çalışmakta olan 135 araştırma görevlisi dahil edildi. Yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanan ankette, 22 sorudan oluşan, araştırma görevlilerinin HPV aşısı hakkında bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirileceği bir anket uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların %61,5’i kadın, %38,5’i erkektir. Araştırma görevlilerinin %11,9’u HPV aşısı olduğunu belirtti. Tüm katılımcıların %56,3’ü daha önce en az bir kez hastasına HPV aşısı önerdiğini belirtti. HPV aşısı yaptıran araştırma görevlilerinin ise %68,8’i daha önce en az bir kez hastasına HPV aşısı önerdiğini belirtti. Katılımcıların %15,6’sının HPV aşısının Türkiye’de ulusal aşılama programında olmadığını bilmediği saptandı. Araştırma görevlilerinin %25,9’u HPV aşısının sadece kadınlara yapıldığını düşündüklerini belirtti. Katılımcıların %83’ünün HPV aşısının hangi yaş gruplarına yapıldığını bildiği tespit edildi.

Sonuç: Araştırmamızda elde edilen en önemli sonuçlardan biri araştırma görevlisi hekimlerin HPV aşısı önerme sıklığının önceki çalışmalara kıyasla daha yüksek olmasıdır. Bu durum sevindirici olsa da tüm sağlık çalışanlarına aşı ile ilgili bilgilendirici eğitimlerin verilmesinin aşı kabulünü arttıracaklarını düşünmekteyiz. Bununla birlikte aşının mali yükü nedeniyle de aşılanmanın düşük seviyelerde olabileceği, bu sebeple HPV aşısının hızlı bir şekilde ulusal aşılama programına dahil edilmesi büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: HPV, HPV aşıları, Asistanlık, Tutum

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the knowledge levels, attitudes and behaviors of research assistants regarding the HPV vaccine.

Methods: 135 research assistants working at Selçuk University Faculty of Medicine were included in the study. A 22-question survey was conducted using a face-to-face interview method to assess the research assistants’ knowledge and attitudes about the HPV vaccine.

Results: 61.5% of the participants were female and 38.5% were male. 11.9% of the research assistants stated that they had received the HPV vaccine. 56.3% of all participants stated that they had previously recommended the HPV vaccine to their patients. 68.8% of the research assistants who had received the HPV vaccine stated that they had previously recommended the HPV vaccine to their patients. It was determined that 15.6% of the participants did not know that the HPV vaccine was not included in the national vaccination program in Turkey. 25.9% of the research assistants stated that they thought the HPV vaccine was only administered to women. It was determined that 83% of the participants knew which age groups the HPV vaccine was administered to.

Conclusion: One of the most important results obtained in our study is that the frequency of HPV vaccination recommendation by research assistant physicians is higher compared to previous studies. Although this situation is pleasing, we think that providing informative training about the vaccine to all healthcare professionals will increase vaccine acceptance. However, vaccination may be at low levels due to the financial burden of the vaccine, therefore it is of great importance that the HPV vaccine is quickly included in the national vaccination program.

Keywords: HPV, HPV Vaccines, Residency, Attitude

Received/Geliş: 25.07.2024

Accepted/Kabul: 22.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

B. Ürün Ünal

ORCID: 0000-0001-5433-168X

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Konya, Türkiye

✉ urunbahar@gmail.com

B. Gök Erdoğan

ORCID: 0000-0002-4951-8578

Selçuk Üniversitesi, Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Konya, Türkiye

B. Tulum

ORCID: 0000-0002-4445-9724

Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp

Fakültesi, Tıbbi Biyokimya Anabilim

Dalı, Trabzon, Türkiye

GİRİŞ

İnsan papilloma virüsü (HPV), mukozal tutulum ile deri ve anogenital bölgeyi enfekte eden üreme sisteminin en sık görülen enfeksiyonudur.^[1] HPV 6 ve HPV 11 gibi düşük riskli tipler ile enfekte olma durumunda anogenital siğil ve papillomatozis gibi genital bölge enfeksiyonları görülür. Tüm serviks ve anal kanserlerin %90'ından fazlası, tüm vulvar ve orofaringeal kanserlerin %70'i, tüm penis kanserlerinin %60'ı ve tüm vajinal kanserlerin %75'i yüksek riskli tiplerle enfekte olma durumunda meydana gelir.^[2] Kadınlarda en sık görülen dördüncü kanser olan serviks kanseri, kadınlar arasında kansere bağlı ölümlerin de yaklaşık %7,5'inin sebebidir.^[3,4] 2020 yılında dünya çapında tahminen 604.000 kadına serviks kanseri teşhisi konuldu ve yaklaşık 342.000 kadın bu hastalıktan öldü; bu ülkelerin çoğu az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerdir.^[5] Serviks kanseri, birincil (aşılama) ve ikincil (tarama) korunma ile önlenabilir bir hastalıktır. Ayrıca erken evrede tanı konulduğunda 5 yıllık sağkalım oranları %92'ye kadar çıkmaktadır. Rahim ağzı kanseri sonuçlarındaki bu olumlu gelişmenin temel nedeni, kanser öncesi hücrelerin erken tespitini sağlayan Pap smear testi ve rahim ağzı kanserinden sorumlu insan papilloma virüsüne (HPV) karşı geliştirilen aşıdır.^[6] Şu anda 4 valanlı (HPV 6, 11, 16 ve 18), 2 valanlı (HPV 16 ve 18) ve 9 valanlı (HPV 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 ve 58) olmak üzere üç aşı bulunmaktadır. HPV aşılarının cinsel aktivite başlamadan önce uygulanması ideal yaklaşım olarak kabul görmektedir. DSÖ, 9-13 yaş arası kız çocuklarına 2 doz HPV aşısının önleyici ve maliyet etkin olduğunu belirtmektedir. HPV aşısının yaygınlaşması ve etkili rahim ağzı taramasıyla birlikte gelişmiş ülkelerde rahim ağzı kanserinin görülme sıklığı ve ölüm oranları azalmıştır.^[7,8]

2023'te yayınlanan kanser istatistik raporunda, HPV aşısı yapılan 20'li yaşların başındaki kadınlar arasında serviks kanseri görülme sıklığının 2012'den 2019'a kadar %65 oranında azaldığı rapor edilmiştir.^[9] Ancak ülkeler arasında gelir düzeyi ve aşılama oranları açısından ciddi farklar vardır. Küresel olarak bakıldığında aşılama oranları yıllar geçtikçe artmasına rağmen Temmuz 2023 itibarıyla düşük ve orta gelirli ülkelerde aşılama oranları hala %40'ın altındadır. Bu oran yüksek gelirli ülkelerde yaklaşık %90 civarındadır.^[10] HPV aşısı birçok ülkenin ulusal bağışıklama programında yer almasına rağmen, henüz Türkiye'de ulusal bağışıklama programında yer almamaktadır.

Sağlık çalışanlarının HPV enfeksiyonu ve aşıları hakkında yeterli bilgiye sahip olması ve bu konudaki son gelişmeleri

ve yeni onaylanan aşıları takip etmeleri, aşığı önerme ve aşılamanın yaygınlaştırılması konusunda önemlidir. Bu çalışmanın amacı, bir üniversite hastanesinde çalışan araştırma görevlisi doktorların HPV aşısı ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışma tasarımı ve etik onay

Bu tanımlayıcı kesitsel çalışma, Ağustos-Kasım 2023 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde gerçekleştirildi.

Araştırmaya 2023 yılında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde görev yapan dahili branşlardan, HPV ve aşısı ile en fazla ilgili olmaları nedeniyle kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları ve aile hekimliği araştırma görevlisi hekimleri dahil edilmiştir. Projeye katılmadan önce tüm katılımcılardan yazılı bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Verilerin toplanması sırasında tıp fakültesinde kayıtlı, gönüllü olan ve bilgilendirilmiş onam imzalayan tüm araştırma görevlisi hekimlerin dahil edilmesi planlanmış, bu nedenle hedeflenen bir örneklem büyüklüğü veya grubu oluşturulamamıştır. Araştırmaya katılmayı reddeden ve izinli olan araştırma görevlisi hekimler çalışmaya dahil edilmemiş ve ilgili veriler toplanmamıştır.

Araştırmanın yapıldığı tarihte Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Aile Hekimliği, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Pediatri ve Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dallarında kayıtlı toplam 147 araştırma görevlisi bulunmaktadır. Bunlardan 12 asistan hekim, katılımı onaylamadıkları veya izinli oldukları için analizlere dahil edilmedi. Analizler toplam 135 katılımcı (tüm araştırma görevlisi hekimlerin %91,8'i) üzerinde tamamlandı. Bunlardan 65'i aile hekimliği araştırma görevlisi (tüm aile hekimliği araştırma görevlilerinin %92,8'i), 38'i pediatri araştırma görevlisi (tüm pediatri araştırma görevlilerinin %92,6'sı), 20'si kadın hastalıkları ve doğum araştırma görevlisi (tüm kadın hastalıkları ve doğum araştırma görevlilerinin %90,9'u) ve 12'si enfeksiyon hastalıkları araştırma görevlisi (tüm enfeksiyon hastalıkları araştırma görevlilerinin %85,7'si) idi.

Çalışmanın amaç ve prosedürleri, ilgili analizler yapılmadan önce Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından 26.04.2022 tarihinde uygunluk onayı alındı (01/08/2023; Karar No: 2023/367). Çalışmanın tüm amaç ve araçlarının, kurumsal araştırma komitesinin

etik standartlarına, Helsinki deklarasyonuna ve daha sonraki değişikliklerine uygun olarak tasarlandığı doğrulandı.

Veri toplama

Literatür taranarak katılımcılardan yaş, cinsiyet, meslekteki yılı, evlilik durumu, alkol kullanım durumu, sigara kullanım durumu ile ilgili verileri içeren 12 soruluk ve literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulan HPV ve aşısı hakkında bilgi düzeyi ve tutum belirlemeye yönelik 10 soru olmak üzere toplamda 22 soruluk, anonim, kendi kendine uygulanan anketi doldurmaları istendi.^[11] Bu proje kapsamında toplanan veriler bu çalışma için kullanıldı. Anket sonrası araştırma görevlisi hekimlere HPV ve aşısı konusunda danışmanlık verildi.

İstatistiksel analiz

İstatistiksel analizler, IBM SPSS 22 paket programı kullanılarak yapıldı. Tanımlayıcı ölçütler; sayı ve yüzde, ortalama, standart sapma olarak sunuldu. İkili gruplar arasındaki dağılımın incelenmesine ki-kare analizi uygulandı ve anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ olarak alındı.

BULGULAR

Araştırmaya 83’ü (%61,5) kadın 52’si (%35,6) erkek olmak üzere toplam 135 araştırma görevlisi doktor dahil

edildi. Katılımcıların yaş ortalaması $30,43 \pm 5,44$ ’tür. Hekimlerin %62,2’si (=84) evli, %37,8’i (n=51) bekar. %14,8’i (n=20) kadın hastalıkları ve doğum, %28,2’i (n=38) çocuk sağlığı ve hastalıkları, %48,1’i (n=65) aile hekimliği ve %8,9’u (n=12) enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji araştırma görevlisi doktorudur. Katılımcıların %62,2’si (n=84) meslekte ilk 5 yıl içinde, %24,4’ü (n=33) 6-10 yıl arasında ve %13,3’ü (n=18) 11 yıl ve üzerinde çalışmakta olduğunu belirtti. Katılımcıların %11,9’u (n=16) HPV aşısı uygulandığını, %88,1’i (n=119) HPV aşısı uygulanmadığını belirtti. Katılımcıların %7,4’ü (n=10) partnerine aşı uygulandığını, %92,6’sı (n=125) uygulanmadığını belirtti. Araştırma görevlisi doktorların %56,3’ü (n=76) bir yakınına ya da hastasına HPV aşısı önerdiğini, %43,7’si (n=59) önermediğini belirtti. Katılımcıların %84,4’ü (n=114) HPV aşının ulusal aşı takviminde yer almadığını, %74,1’i (n=100) aşının her iki cinsiyete de uygulandığını, %83’ü (n=112) aşının hangi yaş grubuna yapıldığını bildiğini ve %50,4’ü (n=68) piyasadaki HPV aşılarının isimlerini bildiğini belirtti (Tablo 1).

Katılımcıların çalıştıkları bölüme göre HPV aşısı önerme durumları incelendi. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü araştırma görevlilerinin %85’i (n=17), çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümü araştırma görevlilerinin %50’si (n=19), aile hekimliği bölümü araştırma görevlilerinin %49,2’si ve enfeksiyon hastalıkları

Tablo 1. Katılımcıların özellikleri ve aşı ile ilgili bazı sorulara verdikleri yanıtlar (n=135)

Özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	83	61,5
	Erkek	52	38,5
Medeni durum	Evli	84	62,2
	Bekar	51	37,8
Çalıştığı birim	Kadın Hastalıkları ve Doğum	20	14,8
	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	38	28,2
	Aile Hekimliği	65	48,1
	Enfeksiyon Hastalıkları	12	8,9
Meslekte kaçınıcı yıl	İlk 5 yıl içinde	84	62,2
	6 yıl ve üzeri	51	37,8
Hpv aşısı yaptırdınız mı?	Evet	16	11,9
	Hayır	119	88,1
Varsa partneriniz HPV aşısı yaptırdı mı?	Evet	10	7,4
	Hayır	125	92,6
Hastanıza veya bir yakınınıza HPV aşısı önerdiniz mi?	Evet	76	56,3
	Hayır	59	43,7
Hpv aşısı ulusal takvimde yer alıyor mu?	Evet	21	15,6
	Hayır (Doğru cevap)	114	84,4
HPV aşısı hangi cinsiyetlere uygulanabilir?	Sadece kadın	35	25,9
	Her 2 cinsiyete	100	74,1
HPV aşısının hangi yaş grubuna yapıldığını biliyor musunuz?	Evet	112	83,0
	Hayır	23	17,0
Piyasadaki HPV aşılarının isimlerini biliyor musunuz?	Evet	68	50,4
	Hayır	67	49,6

bölümü araştırma görevlilerinin %66,7'si (n=8) daha önce HPV aşısı önermişti. Kadın hastalıkları ve doğum bölümü araştırma görevlileri ile diğer hekimler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı (p=0,027) (Tablo 2).

Daha önce HPV aşısı öneren araştırma görevlisi hekimlerin, piyasadaki HPV aşılarının isimlerini bilme durumlarının ve aşının hangi yaş grubuna yapıldığını bilme durumlarının daha yüksek olduğu tespit edildi. HPV aşısı öneren ve önermeyen hekimler arasında, piyasadaki HPV aşılarını bilme durumları (p<0,001) ve aşının hangi yaş grubuna yapıldığını bilme durumları (p<0,001) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Daha önce HPV aşısı önermeyen araştırma görevlilerinin aşığı önermeme nedenleri sorgulandı. Katılımcıların %19,3'ü 'Aşı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığımı hissediyorum', %2,2'si 'Meslektaşlarım tarafından genel kabul görmediğini düşünüyorum', %12,6'sı

'Endikasyon dahilindeki hasta grubu ile karşılaşmadım', %11,9'u 'Sağlık bakanlığı ulusal aşı programında yer almadığı için', %10,4'ü 'Aşının fiyatını pahalı buluyorum' seçeneklerini işaretledi (Tablo 3).

Katılımcılara HPV enfeksiyonunun neden olabileceği hastalıklar sorulduğunda, %97'si kadın genital siğillere, %83,7'si erkek genital siğillere, %81,5'i servikal intraepitelyal neoplaziye ve %97'si serviks kanserine neden olduğunu biliyordu. Daha az oranda ise katılımcıların %5,9'u over kanserinin, %18,5'i rahim kanserinin, %49,6'sı penil kanserlerin, %28,1'i baş boyun kanserlerinin HPV ile ilişkili olduğunu biliyordu.

Katılımcıların çalıştıkları bölüme göre penil kanserler ve baş boyun kanserleri ile HPV ilişkisini bilme durumları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ve bu ilişkiyi en fazla bilenler enfeksiyon hastalıkları bölümü araştırma görevlileri idi (sırasıyla p=0,025 ve p=0,002) (Tablo 4).

Tablo 2. Katılımcıların çalıştıkları bölüme göre HPV aşısı önerme durumları (n=135)

HPV aşısı önerdiniz mi?	Evet		Hayır		p	
	n	%	n	%		
Çalıştığınız birim	Kadın hastalıkları ve doğum	17	85,0	3	15,0	0,027
	Çocuk sağlığı ve hastalıkları	19	50,0	19	50,0	
	Aile hekimliği	32	49,2	33	50,8	
	Enfeksiyon hastalıkları	8	66,7	4	33,3	

Tablo 3. Daha önce HPV aşısı önermeyen hekimlerin aşığı önermeme nedenleri (n=135)

Aşığı önermeme nedenleri	n	%
Aşı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığımı hissediyorum	26	19,3
Meslektaşlarım tarafından genel kabul görmediğini düşünüyorum	3	2,2
Endikasyon dahilindeki hasta grubu ile karşılaşmadım	17	12,6
Sağlık bakanlığı ulusal aşı programında yer almadığı için	16	11,9
Aşının fiyatını pahalı buluyorum	14	10,4
Sosyal etiketlenmeye sebep olabileceğini düşünüyorum	3	2,2
Korunmasız ve erken yaşta cinsel ilişkiye teşvik edebileceğinden endişeleniyorum	7	5,2
Aşılama çok eşliliği özendirir	4	3,0
Aşının yan etkileri olabilir	4	3,0

Tablo 4. Katılımcıların çalıştıkları bölüme göre HPV'nin neden olduğu hastalıklar ile ilgili önermelere verdiği doğru yanıtlar

	Kadın hastalıkları ve doğum		Çocuk sağlığı ve hastalıkları		Aile hekimliği		Enfeksiyon hastalıkları ve klinik mikrobiyoloji		p	
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sizce HPV hangi hastalıklara sebep olmaktadır?	Kadın genital siğilleri	19	95,0	35	92,1	65	100,0	12	100,0	0,119
	Erkek genital siğilleri	17	85,0	30	78,9	55	84,6	11	91,7	0,740
	Servikal intraepitelyal neoplazi	16	80,0	27	71,1	55	84,6	12	100,0	0,116
	Serviks kanseri	20	100,0	36	94,7	63	96,9	12	100,0	0,642
	Over kanseri	0	0,0	3	7,9	5	7,7	0	0,0	0,450
	Rahim kanseri	1	5,0	9	23,7	15	23,4	0	0,0	0,078
	Anal ve vulva vaginal kanserler	12	60,0	24	63,2	39	60,0	9	75,0	0,795
	Penil kanserler	9	45,0	17	44,7	30	46,2	11	91,7	0,025
	Baş boyun kanserleri	8	40,0	5	13,2	17	26,2	8	66,7	0,002

TARTIŞMA

Birçok kansere sebep olan HPV enfeksiyonu aşı ile önlenmesi nedeni ile çok önemlidir. Epidemiyolojik çalışmalar, HPV’nin invaziv serviks kanseri ve öncül lezyonlardan sorumlu birincil faktör olduğunu tespit etmiştir.^[12,13] Ancak, ülkemizde ulusal bağışıklama programında yer almadığı için hekimlerin önerileri doğrultusunda uygulanmaktadır. Yapılan çalışmalarda bireylerin aşılama kararını etkileyen en önemli etkenin hekim önerisi olduğu belirtilmiştir.^[14]

Türkiye’de toplumda HPV aşılama oranları %0,9-3,9 arasındadır.^[15-18] Bu oranlar uluslararası yapılan çalışmalarda HPV aşılama oranlarına göre (%40,5-92,4) çok düşüktür.^[18-22] ABD’de, üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada aşılama oranının %55,8 olarak saptandığı belirtilmektedir.^[22] Çalışmaya katılan hekimlerin aşılama oranı Türkiye ortalamasından yüksek olmasına rağmen (%11,9), uluslararası çalışmalarda oranlardan (%40,5-92,4) maalesef çok düşüktür.^[18,19]

Çalışmamızda HPV aşısını en az öneren hekim grubu aile hekimleri olarak saptandı. Aşılama konusunda her zaman öncü olması gereken birinci basamakta görev alan aile hekimleri arasındaki bu oranın düşük olmasının nedeni HPV enfeksiyonu veya HPV aşısı hakkında bilgi düzeyi ve farkındalığın yetersiz olması olabilir. Bu durumun, kadın hastalıkları ve doğum ve enfeksiyon hastalıkları bölümlerinde HPV enfeksiyonuna bağlı hastalıklarla daha fazla karşılaşılması nedeniyle olabileceğini düşünüyoruz.

Çalışmada, 4 bölümün hekimleri de HPV’nin serviks kanserine ve kadın genital siğillerine neden olduğu konusunda oldukça bilgi sahibiyken (%97), HPV ile ilişkili diğer hastalıklar konusunda farkındalıkları oldukça düşüktü. Literatürde sağlık çalışanları ve HPV aşısı ile ilgili birçok çalışma mevcuttur. Yapılan bir çalışmada katılımcıların büyük çoğunluğunun HPV aşısının koruyuculuk sağladığı en önemli malignitenin serviks kanseri olduğunu bilmeleri dikkati çekmiştir.^[11]

Hekimlerin %74,1’i aşının hem kadınlara hem erkeklere uygulanabildiğini biliyordu. Enfeksiyon hastalıkları bölümü araştırma görevlisi hekimleri, HPV aşısının her iki cinsiyete de yapıldığını diğer bölüm araştırma görevlisi hekimlerine göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda bilmektedir (p=0,015). Aile hekimliği bölümü araştırma görevlisi hekimleri ise %80’i aşının her iki cinsiyete yapıldığını biliyordu.

Özbakır Acar ve ark. 2019 yılında aile sağlığı merkezlerinde yaptığı bir çalışmada hem kadınlara hem erkeklere HPV aşısı yapılabildiğini bilen hekimlerin oranı %18 olarak saptanmıştır.^[23] Yıllar içinde artmış görünen bu aşı farkındalığı durumu, özellikle birinci basamakta yer alan koruyucu hekimlik adına sevindirici olsa da araştırma görevlisi hekimlerin HPV enfeksiyonu ve aşısı ile ilgili daha detaylı ve kapsamlı bilgilendirmeye gereksinimlerinin olduğu açıktır.

Hekimlerin %56,3’ü daha önce HPV aşısı önermişti. Bu oran Tolunay ve ark.’nın Türkiye’de yaptığı bir çalışmadaki hekimlerin önerme oranlarından daha düşüktür.^[11] Kadın hastalıkları ve doğum bölümü araştırma görevlisi doktorların aşı önerme oranı diğer bölüm araştırma görevlisi hekimlere göre daha yüksektir. Aynı zamanda kadın hastalıkları ve doğum bölümü araştırma görevlisi hekimleri, piyasadaki HPV aşılarının isimlerini diğer bölüm araştırma görevlisi hekimlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek oranda bilmektedir (p<0,001). Hekimler arasında, kadın hastalar ve HPV için yüksek riskli gruplarla çalışan branşların, HPV enfeksiyonu ve bunun yol açtığı morbiditeleri daha iyi gözlemlenmesi nedeniyle, HPV aşısının potansiyel sağlık yararlarına ilişkin farkındalıklarının daha yüksek olduğunu düşünmekteyiz.^[24,25]

Türkiye’de HPV aşısının halen ulusal bağışıklama programında yer almaması nedeniyle aşılama oranları oldukça düşüktür. Ülkemizde ilk kez bu sene İstanbul Büyükşehir Belediyesi tarafından ücretsiz HPV aşı uygulaması başlamıştır. Aşı ilk olarak İstanbul’da ikamet eden 9-26 yaş aralığındaki sosyoekonomik yoksunluk çeken bireylere uygulanmaktadır. Bu uygulama her ne kadar önemli bir adım olsa da ülkemiz genelinde uygun aşılama seviyesine ulaşmak için yeterli değildir.

Çalışmada, hekimlerin %49,6’sının piyasadaki HPV aşılarının isimlerini bilmedikleri tespit edildi. Literatürde, hekimlerin HPV aşısını önermeme durumlarının HPV ve aşı hakkında bilgi yetersizliği ile ilişkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır.^[26-29] Benzer şekilde bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğu aşı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadığını düşündüğü için aşırı önermediğini belirtti (%19,3). Katılımcılar yine yüksek oranda, aşının ulusal bağışıklama programında olmaması ve pahalı olması nedenleriyle aşırı önermediklerini belirtti (%11,9 ve %10,4). Benzer şekilde literatür taramalarında, hekimlerin hem kendilerine hem de hastalarına aşı önerme tutumları konusunda aşının mali yükünün ciddi bir öneme sahip olduğu tespit edilmiştir.^[24,30] Türkiye’de sosyoekonomik durum göz önüne

alındığında, aşının ulusal bağışıklama programında yer almaması nedeniyle bu yüksek maliyet, hekimlerde ve hastalarda çekinceye sebep olmaktadır.

Sağlık çalışanlarını HPV aşısı hakkında tam olarak bilgilendirmek ve farkındalığı artırmak, toplumun HPV aşısını kabul etmesi, böylece aşıyla ilgili önyargıların ve yanlış inançların ortadan kaldırılması açısından son derece önemlidir.

HPV aşısı ve enfeksiyonları konusunda ön saflarda görev yapan aile hekimliği, pediatri, kadın hastalıkları ve doğum ve enfeksiyon hastalıkları hekimleri başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına yönelik, HPV konusunda bilgi ve farkındalık düzeyini artıracak tedbirlerin alınması gerekmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmanın bazı sınırlılıkları şu şekildedir.

Tek merkezli bir çalışma olması ve HPV hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeyinin bölgesel olarak önemli ölçüde farklılık gösterebilmesi nedeniyle, sonuçlarının ülke genelinde veya küresel olarak araştırma görevlisi hekimlere genellenabilirliği sınırlıdır.

Araştırmaya sadece araştırma görevlisi hekimler dahil edildiğinden genel nüfusla veya diğer mesleklerle bir karşılaştırma yapılamadı.

Katılımcıların yaş ortalaması 30,43±5,44'tür. Nispeten genç katılımcıların daha fazla olması toplumu temsil etme yeteneğini azaltmaktadır.

Çalışmaya yalnızca HPV enfeksiyonu ve aşısı ile en çok ilgilenen bölümlerden araştırma görevlisi hekimler dahil edildi. HPV ve aşısı ile ilgili benzer çalışmaların diğer bölümlerde çalışan hekimler de dahil olmak üzere yapılması gerekmektedir. Bu konuyla ilgili çalışmaların gelecekte planlanması gerekmektedir.

SONUÇ

Çalışmada elde ettiğimiz en önemli sonuç; önceki çalışmalara göre hekimlerin HPV aşısı önerme sıklığının daha yüksek olmasıdır. Bu durum her ne kadar sevindirici olsa da yeterli değildir.

Aşının koruyuculuğu yüksek olmasına rağmen, hekimlerin aşı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması, yüksek maliyet, ulusal bağışıklama takviminde yer almaması gibi nedenlerle aşının yeterli düzeyde

önerilmediği görülmüştür. Bu sonuçlar, tüm hekimlerin ve hekim adaylarının HPV aşısı konusunda daha fazla eğitim almalarının gerekliliğini göstermektedir. Hekimlerinin HPV aşısıyla ilgili bilgi ve önermelerini artırmak için sağlık politikalarında ve programlarında gerekli düzenlemelerin yapılması önemli bir adımdır.

Etik Kurul Onayı: Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alındı (01/08/2023; No: 2023/367).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Selcuk University Faculty of Medicine Ethics Committee (01/08/2023; No: 2023/367).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. World Health Organization (WHO). Human papillomavirus and cancer. <https://who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer> adresinden 06/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
2. National Cancer Institute. Human papillomavirus (HPV) vaccines. <https://www.cancer.gov/aboutcancer/causes-prevention/risk/infectious-agents/hpvpvaccine-fact-sheet> adresinden 06/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
3. World Health Organization (WHO). Cervical cancer. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/cervical-cancer> adresinden 06/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
4. Vu M, Yu J, Awolude OA, Chuang L. Cervical cancer worldwide. *Curr Probl Cancer*. 2018;42(5):457-65.
5. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin*. 2021;71(3):209-49.
6. Altınok P, Ergen ŞA, Güzelöz Çapar Z, et al. Awareness Level of Cervical Cancer Patients Referred to Radiation Oncology Outpatient Clinics-A Multicenter Study. *J Low Genit Tract Dis*. 2024;28(2):143-8.
7. World Health Organization (WHO). WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. 2nd ed. Geneva: WHO; 2021.
8. Haesebaert J, Lutringer-Magnin D, Kalecinski J, et al. French women's knowledge of and attitudes towards cervical cancer prevention and the acceptability of HPV vaccination among those with 14 - 18 year old daughters: a quantitative-qualitative study. *BMC Public Health*. 2012;12:1034.
9. Siegel RL, Miller KD, Wagle NS, Jemal A. Cancer statistics, 2023. *CA Cancer J Clin*. 2023;73(1):17-48.
10. PATH. Global HPV Vaccine Introduction Overview: projected and current national introductions, demonstration/pilot projects, gender-neutral vaccination programs, and global HPV vaccine introduction maps (2006-2023). https://media.path.org/documents/Global_Vaccine_Intro_Overview_Slides_Final_PATHwebsite_MAR_2022_qT92Wwh.pdf adresinden 06/06/2024 tarihinde erişilmiştir.

11. Tolunay O, Celik U, Karaman SS, et al. Awareness and attitude relating to the human papilloma virus and its vaccines among pediatrics, obstetrics and gynecology specialists in Turkey. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2014;15(24):10723-8.
12. Walboomers JM, Jacobs MV, Manos MM, et al. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. *J Pathol.* 1999;189(1):12-9.
13. Clifford GM, Smith JS, Aguado T, Franceschi S. Comparison of HPV type distribution in high-grade cervical lesions and cervical cancer: a meta-analysis. *Br J Cancer.* 2003;89(1):101-5.
14. Davis K, Dickman ED, Ferris D, Dias JK. Human papillomavirus vaccine acceptability among parents of 10- to 15-year-old adolescents. *J Low Genit Tract Dis.* 2004;8(3):188-94.
15. Dönmez S, Öztürk R, Kısa S, Karaoz Weller B, Zeyneloğlu S. Knowledge and perception of female nursing students about human papillomavirus (HPV), cervical cancer, and attitudes toward HPV vaccination. *J Am Coll Health.* 2019;67(5):410-7.
16. Guvenc G, Seven M, Akyuz A. Health Belief Model Scale for Human Papilloma Virus and its Vaccination: Adaptation and Psychometric Testing. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016;29(3):252-8.
17. Yörük S, Açıkgoz A, Ergör G. Determination of knowledge levels, attitude and behaviors of female university students concerning cervical cancer, human papiloma virus and its vaccine. *BMC Womens Health.* 2016;16:51.
18. Akalın A. Human Papillomavirus (HPV) Enfeksiyonu ve HPV aşısında güncel yaklaşımlar. *Androl Bul.* 2022;24:133-9.
19. Shapiro GK. HPV Vaccination: An Underused Strategy for the Prevention of Cancer. *Curr Oncol.* 2022;29(5):3780-92.
20. Falik RB, Albrecht SA, Cassidy BL. Policy support for expanding the adolescent vaccine school mandate in Pennsylvania to include the human papillomavirus (HPV) vaccine. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2019;31(4):263-8.
21. Mascaro V, Pileggi C, Currà A, Bianco A, Pavia M. HPV vaccination coverage and willingness to be vaccinated among 18-30 year-old students in Italy. *Vaccine.* 2019;37(25):3310-6.
22. Natipagon-Shah B, Lee E, Lee SY. Knowledge, Beliefs, and Practices Among U. S. College Students Concerning Papillomavirus Vaccination. *J Community Health.* 2021;46(2):380-8.
23. Acar Özbakır N, Özşahin A, Edirne T. Family doctors and nurses’ knowledge levels and awareness of cervical cancer and Hpv Vaccine in an urban area in Turkey. *Pam Med J.* 2019;12(3):457-66.
24. Riedesel JM, Rosenthal SL, Zimet GD, et al. Attitudes about human papillomavirus vaccine among family physicians. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2005;18(6):391-8.
25. Genc RE, Sarıcan ES, Turgay AS, Icke S, Sari D, Saydam BK. Determination of knowledge of Turkish midwifery students about human papilloma virus infection and its vaccines. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14(11):6775-8.
26. Kahn JA, Zimet GD, Bernstein DI, et al. Pediatricians’ intention to administer human papillomavirus vaccine: the role of practice characteristics, knowledge, and attitudes. *J Adolesc Health.* 2005;37(6):502-10.
27. Daley MF, Liddon N, Crane LA, et al. A national survey of pediatrician knowledge and attitudes regarding human papillomavirus vaccination. *Pediatrics.* 2006;118(6):2280-9.
28. Esposito S, Bosis S, Pelucchi C, et al. Pediatrician knowledge and attitudes regarding human papillomavirus disease and its prevention. *Vaccine.* 2007;25(35):6437-46.
29. Tissot AM, Zimet GD, Rosenthal SL, Bernstein DI, Wetzel C, Kahn JA. Effective strategies for HPV vaccine delivery: the views of pediatricians. *J Adolesc Health.* 2007;41(2):119-25.
30. Hershey JH, Velez LF. Public health issues related to HPV vaccination. *J Public Health Manag Pract.* 2009;15(5):384-92.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı ve Astımlı Bireyler Hastalığının Farkında Mı? Kesitsel Bir Çalışma

Awareness Among Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma: A Cross-Sectional Study

Handan Duman[®], Songül Özyurt[®]

Atf/Cite as: Duman H, Özyurt S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve astımlı bireyler hastalığının farkında mı? Kesitsel bir çalışma. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3): 100-105.

ÖZ

Amaç: Kronik hava yolu hastalıkları, önemli mortalite ve morbidite nedenleri olmasına rağmen, hem hastalar hem de genel toplum yeterli bilgiye sahip değildir. Bu durum, hastalıkların teşhis ve tedavisinde yetersizliklere ve koruyucu önlemlerin alınamamasına neden olmaktadır. Çalışmamızın amacı toplumumuzda astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir.

Yöntem: Rize ili 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine Kasım 2023 - Şubat 2024 tarihleri arasında başvuran 18 yaş üstü astım veya KOAH tanısı olan toplam 108 hasta çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, astım ve KOAH hastalıkları ile ilgili sorular içeren T.C. Sağlık Bakanlığı KHH (Kronik Havayolu Hastalıkları) Önleme Kontrol Programı Astım-KOAH Farkındalık Anketi Formu uygulandı. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS v16 paket programı kullanıldı ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya anketi cevaplayan 56'si kadın, 52'si erkek toplam 108 kişi dahil edildi. Katılımcıların %26,9'unun tanısı KOAH, %70,4'ünün tanısı ise astımdı. KOAH'ın akciğerleri etkileyen bir hastalık olduğunu katılımcıların %88,9'u, gelişiminde en önemli etkenin sigara olduğunu %88,9'u, korunma ve tedavide ilk adımın sigarayı bırakmak olduğunu %85,2'si biliyordu. Ancak, KOAH'ın tedavisinin mümkün olduğu katılımcıların %52,8'i tarafından bilinmekteydi. Astımın tüm yaş gruplarında görülebileceği katılımcıların neredeyse tamamı tarafından (%94,4) bilinmekle birlikte, kalıtsal olabileceğini %40,7'si ve bulaşıcı olmadığını ise %79,6'sı bilmekteydi.

Sonuç: Astım ve KOAH hastaları tarafından hastalıkları yeterince bilinmemektedir. Bu hastalıklar önemli mortalite ve morbiditeye yol açmakta, iş hayatında, sosyal hayatta ve ekonomik olarak ciddi yük oluşturmaktadır. Toplumda KOAH ve astım ile ilgili bilincin artırılması ve bilgi düzeyinin yükseltilmesi, tedavi başarısının artması için büyük önem taşımaktadır.

Anahtar kelimeler: KOAH, Astım, Farkındalık

ABSTRACT

Objective: Chronic airway diseases, despite being significant causes of mortality and morbidity, are not adequately understood by both patients and the general population. This lack of awareness results in deficiencies in the diagnosis and treatment of these diseases, as well as the failure to implement preventive measures. The aim of our study is to evaluate the level of knowledge about asthma and chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in our community.

Methods: Between November 2023 and February 2024, a total of 108 patients aged 18 years and older diagnosed with asthma or COPD presented to the Chest Diseases Outpatient Clinic of Rize and Recep Tayyip Erdoğan University Hospital. Province Primary Health Care Center No 1. Participants were administered a sociodemographic data form and the Turkish Ministry of Health Chronic Respiratory Diseases Prevention and Control Program Asthma-COPD Awareness Survey Form, which included questions related to asthma and COPD. Statistical analysis of the data was conducted using SPSS v16 software, and $p < 0.05$ was accepted as statistical significance.

Results: In the study, 108 participants were included, of whom 56 were female and 52 were male. Of these, 26.9% were diagnosed with COPD and 70.4% with asthma. Among the participants, 88.9% recognized COPD as a lung-affecting disease, and the same percentage identified smoking as its most significant factor in development. Additionally, 85.2% knew that quitting smoking is the first step in prevention and treatment. However, only 52.8% of participants were aware that COPD is treatable. Regarding asthma, nearly all participants (94.4%) knew it can occur in all age groups, but only 40.7% recognized it could be hereditary, and 79.6% understood it is not contagious.

Conclusion: Asthma and COPD are not sufficiently understood by patients suffering from these diseases. They lead to significant mortality and morbidity, imposing substantial burdens on work,

Telif hakkı © 2024 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.

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

Copyright © 2024 Turkish Association of Family Physicians.

Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 04.07.2024

Accepted/Kabul: 27.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

H. Duman

ORCID: 0000-0002-9519-8739

Rize Recep Tayyip Erdoğan

Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile

Hekimliği Anabilim Dalı,

Rize, Türkiye

✉ handan.duman@erdogan.edu.tr

S. Özyurt

ORCID: 0000-0002-9768-1425

Rize Recep Tayyip Erdoğan

Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Göğüs

Hastalıkları Anabilim Dalı,

Rize, Türkiye

social life, and economics. Increasing awareness and improving knowledge about COPD and asthma within the community are crucial for enhancing treatment success.

Keywords: COPD, Asthma, Awareness

GİRİŞ

Kronik akciğer hastalıkları denildiğinde ilk olarak akla gelen hastalıklar kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) ve astımdır. Kronik akciğer hastalıkları dünya genelinde yüksek morbiditeye ve mortaliteye sahip, çok ciddi toplumsal ve ekonomik yük oluşturan sağlık sorunlarından. Nefes darlığı, öksürük, iskelet kası bozukluğu ve egzersiz kısıtlaması gibi kalıcı semptomlar, kronik solunum yolu hastalıklarının önemli belirtileridir ve hastaların günlük hayatlarını ciddi şekilde etkileyebilir.^[1] Ne yazık ki, bu hastalıklar ve risk faktörleri hakkında sağlık çalışanları, hastalar, hasta yakınları ve medya gerekli bilgiye sahip değildir.^[2] Kronik akciğer hastalıklarının teşhisinin, tedavisinin ve koruyucu önlemlerinin gerektiği gibi uygulanabilmesi için hastaların ilk başvurdukları sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezleri ve koruyucu hekimlik uygulamaları oldukça önem taşımaktadır.

KOAH, karakteristik olarak geri dönüşsüz hava akımı kısıtlaması gelişen; önlenmesi, tedavisi mümkün olan bir hastalık olarak tanımlanabilir. KOAH'ta karakterisitik olarak görülen geri dönüşsüz ve ilerleyici hava akımı kısıtlanması; zararlı partiküllere, gazlara, sigara dumanına karşı akciğerlerde gelişen anormal inflamatuvar cevabın sonucudur.^[3] KOAH, kronik bir akciğer hastalığı olarak tanımlanmakla birlikte ciddi sistemik etkilere ve sonuçta ciddi toplumsal, ekonomik yüke neden olan sağlık sorunlarına neden olmaktadır.^[4]

Astım patogenezi ve tedaviye verdiği cevap ile KOAH'dan farklıdır. Astımda da geri dönüşsüz hava akımı kısıtlanması gelişebildiği için KOAH'dan ayırt etmek güçtür. Astım görülme sıklığı değişik ülkelerde %1-20 arasındadır ve Dünya genelinde yaklaşık 300 milyon kişiyi etkilemektedir. Ülkemizde ise astım sıklığı erkeklerde %7,1 kadınlarda %9 olarak saptanmıştır.^[5]

Çalışmamızın amacı, hem hastalar hem de toplum tarafından yeterince bilinmeyen, teşhis ve tedavi edilemeyen ve önleyici koşullar uygulanmadığı için mortalitesi ve morbiditesi yüksek olan KOAH ve astım ile ilgili bilgi düzeylerinin değerlendirilmesidir. Hastaların farkındalıkları değerlendirilerek takip ve tedavi sürecinin daha verimli geçmesini sağlayacak olan adımların belirlenebilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Rize ili 1 Nolu Aile Sağlığı Merkezi ve Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Hastanesi Göğüs Hastalıkları Polikliniğine 3 ay süre ile başvuran 18 yaş üstü astım veya KOAH tanısı olan toplam 108 hasta çalışmaya dahil edildi. Katılımcılara sosyodemografik veri formu, astım ve KOAH hastalıkları ile ilgili sorular içeren T.C. Sağlık Bakanlığı KHH Önleme Kontrol Programı Astım-KOAH Farkındalık Anketi Formu uygulandı.^[6] Katılımcılar cinsiyet ve yaş gruplarına göre değerlendirildi ve yaşlarına göre dört gruba ayrıldı: 18-24, 25-44, 45-64 ve 65 yaş ve üzeri. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için G*Power 3.1.9.4 programı kullanılmıştır. χ^2 uyum iyiliği testinin parametrelerine dayanarak, etki büyüklüğü 0.35, Tip 1 hata 0,05, güç 0,8 ve serbestlik derecesi 4 olarak belirlenmiş, bu bağlamda toplam hesaplanan örneklem büyüklüğü 98 olarak bulunmuştur. Verilerin istatistiksel analizi için SPSS 16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) paket programı kullanıldı ve tanımlayıcı istatistikler yapıldı. Anket sorularına verilen yanıtların cinsiyete göre karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı. Yapılan istatistiklerde anlamlı p değeri 0,05'in altında olması olarak kabul edildi.

BULGULAR

Çalışmaya, anketi cevaplayan %51,9'u (n=56) kadın, %48,1'i (n=52) erkek olmak üzere toplam 108 kişi dahil edildi. Çalışmamızı gerçekleştirdiğimiz aile sağlığı merkezi sekiz birimden oluşmaktaydı. 108 hastanın %81,4'ü (n=88) aile sağlığı merkezine, %18,6'sı (n=20) ise göğüs hastalıkları polikliniğine başvuran hastalardan oluşmaktadır. Katılımcıların %66,7'si (n=72) tanısını göğüs hastalıkları uzmanının, %25,9'u (n=28) tanısının dahiliye uzmanı, %7,4'ü (n=8) ise tanısı ile aile hekimi tarafından konulduğunu belirtti. Katılımcıların %26,9'unun (n=32) tanısı KOAH, %70,4'ünün (n=76) tanısı ise astımdı. Katılımcıların %72,2'sinin (n=78) hastalık süresi 1-5 yıldır ve %61,1'i kent merkezinde ikamet ettiğini belirtti. Katılımcıların %61,1'i lise mezunu iken; %1,9'u ise okur-yazar değildi. Katılımcıların %40,7'si sigara içtiğini belirtirken %24,1'i ise sigarayı bıraktığını ifade etti. Katılımcıların %25,9'u ek hastalıkları olduğunu belirtti. KOAH ve astım tanısı olan katılımcılar kullandıkları ilaçlar ve düzenli ilaç kullanımları sorgulandığında %70,4'ü

bronkodilatatör kullandığını ve %63'ü ise ilaçlarını düzenli kullanmadığını belirtti (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan KOAH hastalarının KOAH farkındalığını ölçmek için; "KOAH akciğerlerle ilgili bir hastalıktır" sorusunu popülasyonunun %98'i (n=105) doğru olarak yanıt verirken, %1,9'u fikrinin olmadığını belirtti. "KOAH'ın gelişimine en önemli etken sigaradır" ifadesine katılımcıların %88,9'u doğru cevap verirken; %11,1'i ise bu konuda fikirlerinin olmadığını belirtti. Ayrıca, mesleki nedenlerle toz, duman ve kimyasallara maruz kalmanın KOAH gelişimindeki etkisi sorgulandığında, katılımcıların %75,9'u bu konuda doğru cevap verirken, %22,2'si konu hakkında fikir sahibi olmadığını ve %1,9'u ise bu bilginin yanlış olduğunu belirtti. KOAH'ın tedavi edilebilirliği sorgulandığında katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından tedavi edilebildiği doğrultusunda fikir beyan etti. "KOAH'tan korunmada ilk adım sigaranın bırakılmasıdır" sorusuna katılımcıların %85,2'si doğru olarak yanıt verdi. KOAH'ın en sık hangi yaş grubunda görüldüğü sorulduğunda %81,5'i 40 yaş üzeri olarak fikir beyan etti. Katılımcıların ankete verdiği cevaplarda cinsiyet açısından istatistiksel olarak farklılıklar vardı (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri

Sosyodemografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	56	51,9
Erkek	52	48,1
Yaş		
18-24	18	16,7
25-44	29	26,9
45—64	49	45,4
≥ 65	12	11,1
Yerleşim Yeri		
Kent	66	61,1
Kırsal	42	38,9
Eğitim Durumu		
Okuryazar Değil	2	1,9
İlkokul	4	3,7
Ortaokul-Lise	66	61,1
Üniversite	36	33,3
Meslek		
İşçi	36	33,3
Memur	38	35,2
Serbest Meslek	4	3,7
Çalışmıyor	20	18,5
Emekli	4	3,7
Ek Hastalık		
Evet	28	25,9
Hayır	80	74,1

Tablo 2. KOAH İle İlgili Bilgi Düzeyinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın (%)	Erkek (%)	p
KOAH akciğerlerle ilgili bir hastalıktır			
Evet	96,4	100	
Hayır	0	0	0,169
Bilmiyorum	3,6	0	
KOAH'ın gelişimine neden olan en önemli etken sigaradır			
Evet	85,7	92,3	
Hayır	0	0	0,276
Bilmiyorum	14,3	7,7	
Mesleki nedenlerle toz, duman ve kimyasallara maruz kalanlarda KOAH gelişir			
Evet	75	76,9	
Hayır	0	3,8	0,277
Bilmiyorum	25	19,2	
KOAH en sık hangi yaş grubunda görülür?			
Çocukluk dönemi	0	0	
Genç erişkinler	89,3	73,1	0,064
40 yaş üzeri	0	3,8	
Tüm yaş grupları	10,7	23,1	
KOAH tedavi edilebilir bir hastalık mıdır?			
Evet	80,7	44,2	
Hayır	25	42,3	0,148
Bilmiyorum	14,3	13,5	
KOAH'tan korunma ve tedavide ilk adım sigarayı bırakmak ya da içilen ortamdan uzak durmaktır			
Evet	82,1	88,5	
Hayır	0	7,7	0,010
Bilmiyorum	17,9	3,8	
KOAH'lı bir hastanın şikayetleri nelerdir?			
Öksürük	7,1	7,7	
Balgam çıkarma	3,6	0	0,439
Giderek artan nefes darlığı	21,4	15,4	
Hepsi	67,9	76,3	

Tablo 3. Astım İle İlgili Bilgi Düzeyinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kadın (%)	Erkek (%)	P
Astım bulaşır mı, mikrobik mi?			
Evet	0	0	
Hayır	85,7	73,1	0,134
Bilmiyorum	14,3	26,9	
Astım kalıtsal olabilir mi?			
Evet	46,4	34,6	
Hayır	32,1	46,2	0,245
Bilmiyorum	17,3	19,2	
Astım hangi yaş grubunda görülebilir?			
Çocuklar	3,6	3,8	
Erişkinler	3,6	0	0,381
	92,9	96,2	
Astım ilaçları bağımlılık yapar mı?			
Evet	17,9	15,4	
Hayır	32,1	26,9	0,736
Bilmiyorum	50	57,7	
Astım hastalığı tamamen iyileşebilir mi?			
Evet	17,9	23,1	
Hayır	46,4	19,2	0,162
Bilmiyorum	35,7	57,7	
Astım hastasının şikayetleri nelerdir?			
Öksürük	0	3,8	
Nefes darlığı	10,7	11,5	
Hırıltı-huşiltı	14,3	11,5	0,514
Hepsi	75	73,1	
Astım ilaçları genellikle hangi yolla kullanılır?			
İğne	0	0	
Hap	3,6	11,5	0,141
Nefes Yolu	96,4	88,5	

Astım farkındalık anketi sonuçlarına göre, katılımcıların %79,6'sı astımın bulaşıcı olmadığını, %20,4'ü ise bu konuda bilgi sahibi olmadığını ifade ederken katılımcıların yarısı ise astımın kalıtsal bir hastalık olabileceğini, %94,4'ü de astımın tüm yaş gruplarını etkileyebileceğini belirtti. Katılımcıların %29,6'sı astım ilaçların bağımlılık yapmadığını, %53,7'si ise bu konuda fikir sahibi olmadığını belirtti. "Astım tamamen iyileşebilir mi?" sorusunu katılımcıların %20,4'ü evet, %33,3'ü hayır, %46,3'ü fikrim yok şeklinde yanıtladı. Katılımcıların ankete verdiği cevaplar da cinsiyet açısından farklılıklar vardı (Tablo 3). Katılımcıların eğitim durumları ile farkındalıkları arasındaki ilişki değerlendirildiğinde ilkökul mezunu olanların %50'si KOAH için sigara ile ilgili bir hastalık derken üniversite mezunlarının tamamı sigara ile ilişkili olduğunu beyan etti ($p=0,08$).

TARTIŞMA

Çalışmamız, KOAH ve astım hakkındaki farkındalık düzeyini belirlemek amacıyla yapılmış kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmada KOAH ve astımın toplumda

yeterince bilinmediği ve bu durumun teşhis, tedavi ve korunma süreçlerini olumsuz etkilediği yönünde dikkat çekici bilgilere ulaşılmıştır.

Katılımcıların tanılarının yüksek oranda göğüs hastalıkları uzmanları tarafından konulduğu, katılımcıların ciddi bir oranının sigaranın bu hastalıkların gelişiminde en önemli faktör olduğunu bildikleri ve sigaranın bırakılmasının korunma ve tedavide temel adım olduğunu kabul ettikleri çalışmamızda gösterilmesine rağmen KOAH'ın tedavi edilebilir bir hastalık olduğu konusunda katılımcılar arasında bir belirsizlik bulunmaktadır. Anketimizin sonucunda astımın bulaşıcı olmadığına dair bilginin oldukça yaygın olduğu görülse de astım ilaçlarının bağımlılık yapma potansiyeli hakkında belirsizlikler olduğu görülmüştür.

Solunum sistemi ile ilgili hastalıklar ülkemizde ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada gelmektedir ve bu ölümlerin yarısından daha fazlasının nedeninin KOAH olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir.^[7,8] KOAH oldukça yüksek oranda görülmesine karşın, KOAH bilgi düzeyinin ve farkındalığının yeterli düzeyde olmadığını

gösteren çalışmalar mevcuttur.^[9-12] Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ankete katılanların bilgi ve farkındalık düzeylerinin yeterli olmadığı saptanmıştır.

KOAH bilgi düzeyini değerlendirmek için yapılan bir çalışmada katılımcıların %24'ünün solunum sistemi ile ilgili semptomları olmasına karşın sadece %8,6'sının KOAH hastalığı hakkında bilgi sahibi olduğu gösterilmiştir.^[13] Ülkemizde yapılan bir KOAH farkındalık çalışmasında, "KOAH akciğerlerle ilgili bir hastalıktır" sorusuna katılanların %49,6'sının doğru yanıt verdiği tespit edilmiştir.^[6] Bizim çalışmamızda da bu soruya katılımcıların neredeyse tamamının doğru olarak yanıt vermiş olduğu görülmüştür, bu farkındalık oranı önceki çalışmalara göre oldukça yüksektir. Çalışmamızda bu soruya verilen yanıtın bu kadar yüksek olması hastaların tanısının olması ve çalışmanın il merkezinde yapılmış olması ile açıklanabilir. Sigaranın KOAH gelişiminde en önemli etken olduğu ve sigaranın bırakılmasının hastalık riskini azalttığı, ilerlemesini önlediği çalışmalarda belirtilmiştir.^[14,15] Yapılan bir çalışmada "KOAH gelişimine neden olan en önemli etken sigaradır" sorusu katılımcıların %51,1'i tarafından doğru olarak cevaplanmış ve %45,2'si ise fikrinin olmadığını belirtmiştir.^[13] Kanada'da yürütülen bir araştırmada ise sigaranın KOAH'ın en önemli risk faktörünün olduğu katılımcıların %69'u tarafından doğru olarak cevaplanmıştı.^[6] Bizim çalışmamızda ise "KOAH gelişimine neden olan en önemli etken sigaradır" sorusuna katılımcıların %88,9'u doğru olarak cevaplarırken %11,1'i ise fikrinin olmadığını belirtti. Bu oran önceki çalışmalara göre oldukça yüksekti. KOAH'ın oluşumunda sigara etkisini ve akciğerlerle ilgili bir hastalık olduğu her iki cinsiyet grubunda da benzer oranlarda doğru olarak yanıtlandı.

Kimyasallara maruziyetin, mesleki etkilerin, toz ve dumanın KOAH gelişimi konusundaki etkisi ile ilgili soruya katılan katılımcıların %75,9'u "doğru" cevap vermiş ve cevaplar arasında cinsiyetler arasında bir fark bulunmamıştır. Aynı soruya daha önce yapılmış bir çalışmada katılımcıların %49,3'ü tarafından 'doğru' cevap verildiği ve bu çalışmada da her iki cinsiyetin cevaplarının benzer olduğu görülmüştür.^[15] Kanada'da yapılan bir araştırmada, katılımcıların çevresel maruziyetin KOAH'a neden olabileceğini sigaradan daha az bilgilendikleri belirlenmiştir.^[16] Bizim çalışmamızda doğru cevap verenlerin oranı önemli ölçüde daha yüksekti ve fikrinin olmadığını belirtenlerin oranı ise önemli ölçüde düşüktü.

KOAH'ın tedavi ile düzeliş düzelemeyeceği sorgulandığında katılımcıların yaklaşık yarısı tarafından tedavi edilebileceği yönünde fikir beyan etti ve cevaplar arasında cinsiyet farkı olduğu görüldü. Yıldız ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise çalışma popülasyonunun %25,2'si tarafından KOAH'ın tedavi edilebileceği belirtilirken; %48'i tedavide ilk adımın sigarayı bırakmak olduğunu belirtmişlerdir.^[6] Kanada'da yapılan bir çalışmada, KOAH'ın ana risk faktörünün sigara olduğu bilgisi %69 oranında katılımcı tarafından bilinmektedir.^[16] Bizim çalışmamızda verilen doğru cevap oranının daha yüksek olması katılımcıların hastalığın tanısına sahip olmasının hastalık hakkında farkındalıklarının arttırmış olabileceği şeklinde açıklanabilir. Yıldız ve ark. tarafından KOAH ve astım farkındalığı üzerine yapılan çalışmada da verilen cevaplarda cinsiyet açısından anlamlı bir farklılık yoktu.^[6]

Astımın kronik inflamatuvar bir hastalık olduğu bilinmektedir.^[17] Astım hastalığı ve tedavisi hakkında eğitim programlarının astım bilgi düzeyini ve hastaların tedaviye uyumlarını arttırmaktadır.^[18] Hastalığın farkındalığını ölçmek ve farkındalık ile hastalığın kontrolü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacı ile farklı anketler geliştirilmiştir.^[19,20]

Çalışmamızda, astımın bulaşıcı bir hastalık olup olmadığı sorusuna katılımcıların %79,6'sı hayır cevabı verirken %20,4'ü ise fikrinin olmadığını belirtmiştir. Yıldız ve ark. çalışmalarında ise bu soruya katılımcıların %58'i bulaşıcı değil, %15,2'si bulaşıcı, %26,8'i ise fikrinin olmadığını ifade etmiştir.^[6] Bizim çalışmamızda oldukça yüksek oranda doğru cevap verilmiştir ve katılımcılar astımın bulaşıcı olmadığı konusunda bilgi sahibi oldukları görülmüştür.

Bizim çalışmamızda katılımcıların %40,7'si astımın kalıtsal olduğunu belirtirken Yıldız ve ark. çalışmalarında ise katılımcıların yaklaşık yarısı astımın kalıtsal bir hastalık olabileceği yönünde fikir beyan etmişlerdir.^[6] Her iki çalışmada da toplumun yaklaşık yarısı astımın kalıtsal olduğunu düşündüklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda katılımcıların %53,7'si astım ilaçlarının bağımlılık yapıp yapmadığı konusunda fikrinin olmadığını belirtirken %16,7'si ise bağımlılık yaptığı yönünde fikir beyan etmiştir. Bu oranlar daha önce Türkiye'de yapılan benzer çalışmalar ile tutarlıdır.^[21]

Brezilya'da yürütülen bir araştırmada, katılımcıların %70'i astım ilaçlarının bağımlılık yaptığını düşündüklerini belirtmişlerdir.^[20] Bu oran bizim çalışmamız ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek ve farklıdır. Bizim çalışmamıza katılanların astım ilaçlarının bağımlılık yaptığı ile ilgili bir fikri olmamasına karşın aksini düşünenlerin oranı oldukça düşüktür.

Çalışmamızın, tek bir aile sağlığı merkezi ve göğüs hastalıkları polikliniğinde ve sadece il merkezinde yapılması, hastaların büyük bir oranı sigara kullanmasına rağmen bunun nedenleri ve tedavi önerilerinin sorgulanmamış olması gibi bazı kısıtlılıkları mevcuttur.

SONUÇ

Araştırmamız, katılımcıların bazı konularda bilgi ve farkındalık eksikliklerine sahip olmakla birlikte genel olarak KOAH ve astım hakkında farkındalıklarının olduğunu göstermektedir. Ciddi mortalite ve morbidite oranlarına sahip, iş hayatında, sosyal hayatta ve ekonomik olarak yük oluşturan bu kronik hastalıklarla ilgili bilinç ve bilgi düzeyinin artırılması halk sağlığı ve sağlık yükü açısından önemlidir. Bu amaçla kontrol programları geliştirilmesi ve eğitimlerle desteklenmesi gerekmektedir.

Etik Kurul Onayı: Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alındı (2019/86-20.06.2019).

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Ethics Committee Approval: The study was approved by the Recep Tayyip Erdoğan University Faculty of Medicine Non-Interventional Clinical Research Ethics Committee (2019/86-20.06.2019).

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

1. Jha S, Chandi D. Recent Advances in the Devices for the Treatment of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: A Review. *Cureus*. 2023;15(11):e49371.
2. Yasin A, Özlü T. Türkiye'de KOAH epidemiyolojisi. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*. 2013;1(1):7-12.
3. Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet*. 2022;399(10342):2227-42.
4. Iheanacho I, Zhang S, King D, Rizzo M, Ismaila AS. Economic Burden of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD): A Systematic Literature Review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2020;15:439-60.

5. Çelik G, Soyer Ö, Aydın Ö. Astım Tanı ve Tedavi Rehberi 2020 Güncellemesi. *Türk Toraks Derneği*; 2020: 187-232.
6. Yıldız F, Bingöl Karakoç G, Ersu Hamutçu R, Yardım N, Ekinci B, Yorgancıoğlu A. Türkiye'de astım ve KOAH farkındalığının değerlendirilmesi (GARD Türkiye Projesi-Kronik Hava Yolları Hastalıkları Ulusal Kontrol Programı). *Tuberk Toraks*. 2013;61(3):175-82.
7. Korkmaz T, Tel H. KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2010;13(2):38-45.
8. Türk Toraks Derneği'nin Gold 2017 Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) Raporuna Bakışı. <https://toraks.org.tr> adresinden 01.07.2024 tarihinde erişilmiştir.
9. Kocabaş A. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Epidemiyolojisi ve Risk Faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*. 2010;1(2):105-13.
10. Annandale J, Hurlin C, Lewis K. Reducing COPD admissions with a specialist chronic disease management team. *Nurs Times*. 2009;105(38):25.
11. Zwerink M, Brusse-Keizer M, van der Valk PD, et al. Self management for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(3):CD002990.
12. Bilgehan T, Koç A, İnkaya B. KOAH tanısı ile izlenen bireyin Orem'in Öz Bakım Yetersizlik Kuramı'na göre bakımı (olgu sunumu). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*. 2020;7(3):231-8.
13. Mousing CA, Lomborg K. Self-Care 3 Months After Attending Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patient Education: A Qualitative Descriptive Analysis. *Patient Prefer Adherence*. 2012;6:19-25.
14. Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax*. 2006;61(11):935-9.
15. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176(6):532-55.
16. Walker SL, Saltman DL, Colucci R, Martin L; Canadian Lung Association Advisory Committee. Awareness of risk factors among persons at risk for lung cancer, chronic obstructive pulmonary disease and sleep apnea: a Canadian population-based study. *Can Respir J*. 2010;17(6):287-94.
17. Global Initiative For Asthma. Global Strategy For Asthma Management and Prevention. Bethesda: National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute; 2007.
18. Guevara JP, Wolf FM, Grum CM, Clark NM. Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2003;326(7402):1308-9.
19. Allen RM, Jones MP. The validity and reliability of an asthma knowledge questionnaire used in the evaluation of a group asthma education self-management program for adults with asthma. *J Asthma*. 1998;35(7):537-45.
20. Borges MC, Ferraz E, Pontes SM, et al. Development and validation of an asthma knowledge questionnaire for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2010;36(1):8-13.
21. Katayıfçı N, Hüzmele İ, Dikmen N, Yucekaya B. Assessment of asthma and chronic obstructive pulmonary disease awareness in university students. *The Medical Journal of Mustafa Kemal University*. 2022;13(46):196-202.

Evlilik Öncesi Sağlık Raporlarının Tanziminde Yaşanan Sorunlar

Problems Experienced in The Preparation of Reports of Medical Examination for Marriage

Kemal Murat Ünalmiş[®]

Atf/Cite as: Ünalmiş KM. Evlilik öncesi sağlık raporlarının tanziminde yaşanan sorunlar. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):106-109.

ÖZ

Evlilik öncesi sağlık raporu tanzimleri, kimisi oldukça eski farklı kanun ile kimi zaman birbirleri ve güncel uygulamalar ile çelişebilen, güncel gereksinimlere bazı hususlarda tam cevap veremeyen ilgili mevzuatlar doğrultusunda yapılmaktadır. Ancak mevzuatı, bürokratik ve tıbbi tam bir standardizasyonu olmadığı için tanzim edecek hekimler, evlendirme işlemini yapacak belediyeler hatta il ve ilçe sağlık müdürlüklerinin yönlendirmeleri arasında farklılıklar görülebilmektedir.

Mevzuatta hem özel hem de kamu hekimleri ve özellikle hükümet tabilerinin isimlerinin geçmesine rağmen uygulamada evlilik öncesi sağlık raporları hemen daima aile hekimlerinin yükümlülüğüne verilmiştir.

Yine amir kanun ve yönetmelikler doğrultusunda muayene ve belirli hastalık gruplarının taranması ile rapor verilmesi öngörülmüş, daha sonra çıkartılan ek mevzuatlar ve rehberlerle evliliğe engel olmayan hastalık ve taramalar ile de kapsam genişletilmiştir. Ancak uygulamada hem raporu verecek hekim tarafından E-Nabız üzerinden yapılacak özgeçmiş incelemesinde engeller hem tahlil ve tetkiklerin standardizasyonunda eksiklikler hem de kadın ile erkek adaylar arasında öngörülen tahlillerin farklılıkları dolayısı ile sorunlar yaşanmaktadır.

Sonuç olarak, evlilik öncesi sağlık raporların tanziminde, normlar hiyerarşisine uygun mevzuat doğrultusunda görevlendirme yapılması ya da mevzuatın uygun hale getirilmesi; rapor verme yeterliliği olan tüm kurumların bu raporların tanziminde yetkilerinin tanınması; rapor tanziminde yetkili hekimlerin hastanın E-Nabız sayfasındaki bütün bilgileri görebilmesinin sağlanması; tıbbi ve bürokratik sürecin ve kullanılacak matbu formların güncel standardizasyonu ile muayene ve tetkik ile tahlillerde cinsiyetler arasındaki farklılığın ortadan kaldırılması uygun olacaktır.

Anahtar kelimeler: Evlilik, Evlilik öncesi muayeneler, Belgeleme

ABSTRACT

Preparation of reports of medical examination for marriage are made according to different laws, some of which are quite old, and relevant legislation, which may sometimes conflict with each other and with current practices, and cannot fully respond to current needs in some respects. However, since there is no full legislative, bureaucratic and medical standardization, there may be differences between the guidance of the physicians who will maintain the examinations, the municipalities that will perform the marriage, and even the provincial and district health directorates.

Although the names of both freelance and public physicians, and especially "government physicians", are mentioned in the legislation, reports of medical examination for marriage are almost always within the responsibility of family physicians in current practice.

Again, according to the governing laws and regulations, it was envisioned to issue a report by examination and screening of certain disease groups, and with the additional legislation and guidelines issued later, the scope was expanded with diseases and screenings that do not prevent marriage. However, in practice, there are problems in the medical resume review to be carried out via E-Pulse** by the physician who will issue the report, due to obstacles, deficiencies in the standardization of analyzes and examinations, and differences in the prescribed tests between male and female candidates.

In conclusion, in the preparation of reports of medical examination for marriage, assigning or harmonizing the legislation in line with the hierarchy of norms; Recognizing the authority of all institutions qualified to report in the preparation of these reports; Ensuring that authorized physicians can see all the information on the patient's E-Pulse page when preparing the report; up to date standardization of both medical and bureaucratic processes and the structure of printed forms used in the process and eliminating the differences genders in tests and analyses would be more appropriate.

Keywords: Marriage, Premarital examinations, Documentation

Received/Geliş: 19.08.2024

Accepted/Kabul: 05.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

K. M. Ünalmiş

ORCID: 0009-0007-4367-7213

Kadıköy Kozyatağı Aile Sağlığı

Merkezi, İstanbul, Türkiye

✉ unamurat@yahoo.com

GİRİŞ

1597 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 122-124. Maddeleri ile evlenecek kişilerin öncelikle tıbbi bir muayeneden geçmesi gerektiğini ve hangi hastalıkların ve hangi durumlarda evlenmeye engel olduğunu; 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu ise 125. Maddesi ile evlenecek kişilerin ayırt etme gücüne sahip olması gerektiğini, Madde 133 ile de akıl hastalarının evlenmelerinde tıbbi sakınca bulunmadığını belirten resmî sağlık kurulu ile evlenebileceklerini söylemektedir.^[1,2]

Bunun yanında 7/11/1985 Tarih ve 18921 Numaralı Resmî Gazete’de yayınlanmış olan “Evlendirme Yönetmeliği” ilgili maddesinde;

Evlenme Dosyalarında Bulunacak Belgeler

Madde 20

Evlenme dosyasına aşağıdaki belgeler konulur:

c) Resmî veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınacak sağlık raporu/resmî sağlık kurulu raporu.

ibaresi mevcut olup, ancak muayenenin icrası hakkında güncel bir yönetmelik bulunmamakta, en son 1931 yılında 1904 Numaralı Resmî Gazetede yayınlanmış olan “Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname” ise günümüz koşullarındaki muayene gereksinimleri için yetersiz kalmaktadır.^[3,4]

Zira anılan Nizamname ilgili maddelerinde:

Madde 3 – Evlenme muayenesi aşağıdaki tarzda icra olunur. Tabip her şeyden evvel evlenme namzedinin ahvali umumiyesine, görünüşüne bakacak ve Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 123 ve 124 üncü maddelerinde zikrolunan hastalıklardan biriyle malûl olduğu şüphesini verecek asar ve emare görmediği takdirde erkeklerde ve kadınlarda başka başka tarzda olmak üzere muayeneleri icra edilecektir.

Madde 4 – Erkeklerde yapılacak muayenede:

- 1 - Ağızda: yanak ve dudakların gışayı muhatileri dil ve dilin altı, damak ve bel’um;
- 2 - Sadır batın ve zahirde cilt (bunlar gözle muayene olunacaktır);
- 3 - Koltukaltı, kasık ve dirsek ukdeleri;
- 4 - Kadipte: İhlilin tazyikile ifrazın çıkıp çıkmadığı;
- 5 - Dizlerin aksülamelleri dikkatle muayene olunacaktır.

Madde 5 – Kadınlarda ağız muayenesi erkeklerde olduğu gibidir. Bakirelerde bu muayeneden başka yalnız dirsek ukdelerinin muayenesile iktifa olunur.

şeklinde açıklanan muayene süreçleri, zamanının tetkik ve tahlil şartları oldukça kısıtlı olması nedeni ile anlaşılır olmakla beraber;

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından 2013 yılında çıkartılan “Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi”^[5], mevzuata göre evlenme engeli teşkil eden ve etmeyen bulaşıcı

hastalık gruplarını saymış, adaylar tarafından “Evlilik Öncesi Risk Değerlendirme Formu”nun doldurulmasını işaret etmiş; kan uyuşmazlığı ve psikiyatrik hastalıklar yanında Talasemi, Orak Hücreli Anemi gibi bazı kalıtsal hastalıkların önemine dikkat çekmiş ancak yine

Evlenmek üzere başvuran **her kişiden tetkik istenmez**. Sadece genel bilgileri, risk sorgulaması, anamnez bilgileri ve/veya muayene bulguları bir hastalığa işaret ediyorsa **gerekli görülen tetkikler istenir**.

şeklinde ibareye yer vermiştir.

Yine Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Tüberküloz Dairesi Başkanlığı 31/10/2017 tarih ve 149-E.591 sayılı yazısında, “Evlenecek çiftler de tüberküloz açısından risk grubuna dahil olmadıkları için evlilik öncesi tüberküloz için rutin taramaya gerek yoktur.” şeklinde görüş bildirmiş olmasına rağmen;

Umumi Hıfzıssıhha Kanunu^[6] ilgili maddeleri:

Madde 123 – Frengi, bel soğukluğu ve yumuşak şankr ve cüzzama ve bir marazı akliye müptela olanların evlenmesi memnudur. Bu hastalıklar usulü dairesinde tedavi edilip sirayet tehlikesi geçtiğine veya şifa bulduğuna dair tabip raporu ibraz olunmadıkça musapların nikahları aktolunmaz.

Madde 124 – İlerlemiş sari vereme musap olanların nikahı altı ay tehir olunur. Bu müddet zarfında salah eseri görülmezse bu müddet altı ay daha temdit edilir. Bu müddet hitamında alakadar tabipler her iki tarafa bu hastalığın tehlikesini ve evlenmenin mazarratını bildirmeğe mecburdur.

şeklinde ve şüphe bulunmaması ifadesi ile değil net olarak anılan hastalıklardan mustarip olunmaması gerektiğini ifade ettiği, hekimler tarafından tanzim edilen raporlarda da açık olarak evlenmeye engel hastalıkların bulunmadığı yazılmak durumunda olduğu ve günümüz koşullarında tahlil tetkik imkanları artık sağlık hizmetinin verildiği hemen her yerde mevcut olduğu için hemen tüm hekimler hem evlilik adaylarının uygun şekilde değerlendirilmiş olması hem de malpraktis riskinden korunmak için anlaşılır olarak anılan tüm kan tetkiklerini yaparak ve akciğer graflerini çektirerek raporlarını tanzim etmektedirler.

Bunların yanında, Sağlık Bakanlığı tarafından “Evlilik Öncesi Hemoglobino-pati Tarama Programı”^[7] 1 Kasım 2018 tarihinden, “Evlilik Öncesi SMA Taşıyıcı Tarama Programı”^[8] ise 27 Aralık 2021 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır. Bu programlar ile adaylarda talasemi ve Spinal Musküler Atrofi (SMA) taşıyıcılıkları taranmakta ve sonuçları üzerinden yeni doğanlardaki risklerin ortadan kaldırılması amaçlanmaktadır. Ancak her iki programda da eş adaylarından sadece erkekten kan örneği alınması öngörülmekte, ancak

taşıyıcılık lehine sonuç çıktığı takdirde kadın adaydan da kan alınması istenmektedir. Hatta SMA Taşıyıcı Tarama Programı dahilinde kadın adaydan kan alınarak laboratuvara gönderilmesi sistem tarafından engellenmektedir. Bekar bir kadın SMA taraması yaptıramamakta, program başlangıcından önce evlenmiş bir kadın ise ancak hamile kaldığında ve ilk üç ay içerisinde talep ettiği takdirde SMA taşıyıcılığı taramasından geçebilmektedir.

Son olarak mevzuat dahilinde, Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe konulan 30.09.2019 tarihli "Sağlık Raporları Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge"^[9] ise

Evlilik öncesi sağlık raporları

Madde 32 – (1) Evlilik Öncesi Sağlık Raporu için başvuran kişilerin muayene ve değerlendirme usul ve esasları, verilecek danışmanlık hizmetlerinin kapsamı ve şekli ile rapor formatı Bakanlıkça çıkarılacak genelge ile belirlenir.

ibaresine yer vermiş olmasına rağmen henüz ilgili bir genelge çıkartılmamıştır.

Dolayısı ile evlilik öncesi sağlık raporlarına ait süreçler, tanzim edecek hekimin, raporla evlendirme işlemini yapacak belediyenin veya ilgili il ya da ilçe sağlık müdürlüklerinin yaklaşımına bağlı olarak değişiklikler gösterebilmekte, standart bir tıbbi ve veya mevzuati içerik ve formata haiz olmamaktadır.

Bütün bu cümlelerden sonra, sahada aile hekimlerinin yaşadığı sorunların anlatımında önce bürokratik uygulama farklılıklarına değinmek yerinde olur;

1985 tarihli Evlendirme Yönetmeliği ilgili maddesine göre^[3] "Resmî veya özel sağlık kurum ve kuruluşlarından alınacak sağlık raporu/resmî sağlık kurulu raporu." ile müracaat edileceği ifade edilmesine rağmen, Normlar Hiyerarşisine göre daha yukarıda olan 1931 tarihli Evlenme Muayenesi Hakkında Nizamname

Madde 2 – Hususi tabiplerin ve hükümet tabibinden gayri etibbayı resmîyenin verdiği sıhhat raporları mahalli hükümet tabipliği veya vekili tarafından tasdik edilmedikçe muteber olmaz. Hükümet tabipleri bu raporları tasdik etmezden evvel mevcut kuyudattan hakkında sıhhat raporu verilen evlenme namzedinin Umumi Hıfzıssıhha Kanununun 123 ve 124 üncü maddelerinde mezkûr evlenmeğe mani hastalıklardan biriyle malûl olup olmadığını araştırırlardır. Hükümet tabipliğinin resmî mühürünü ve tabibin imzasını havi olmayan sıhhat raporları muteber değildir.

ibareleri ile raporun sadece hükümet tabipliklerinden alınması gerektiğini, bunun dışındaki raporların ise ancak hükümet tabiplikleri tarafından resmi mühür ve imza ile onaylanarak resmîyet kazanacağını söylemektedir.

Aile hekimliği uygulamasından sonra ise sahada hükümet tabipliği kadro ve görevi mevcut olmayıp, resmi mührü sahip hükümet tabibi kavramına en yakın kamu görevlileri Toplum Sağlığı Merkezleri ya da İlçe Sağlık Müdürlükleri'nde çalışan hekimlerdir. Ancak pratikte evlilik öncesi sağlık raporları tanzim yükümlülüğü anılan mevzuatın aksine büyük ölçüde aile hekimlerine verilmektedir.

Yine anılan Yönetmelik ve Nizamname arasında çelişkili olan hususlar doğrultusunda, kimi evlendirme dairelerinin bağlı olduğu belediyeler, özel sağlık kuruluşlarının hatta kamuya ait bile olsa hastanelerin verdiği raporları kabul etmemekte, sadece aile hekimliklerinden alınması gerektiğini söylemekte, nadiren kimi belediyeler ise kamu hastanelerinin hatta özel sağlık kuruluşlarının raporlarını kabul etmektedirler.

Ancak uygulamada hemen her zaman adaylar rapor tanzimi için doğrudan aile hekimliklerine başvurumaktadırlar. Fakat sistem üzerinden sporcu lisansı, askerlik raporu, sürücü sağlık raporu gibi raporlardan önce prosedürel olarak doldurmaları gereken formlara benzer şekilde ve Evlilik Öncesi Muayene Ve Danışmanlık Rehberi'nde yer alan "Evlilik Öncesi Risk Değerlendirme Formu" doldurulması için sistemsel bir ön prosedür uygulaması bulunmamakta, dolayısı ile ve sıkça adaylar beraber müracaat ettikleri ve formları beraberce doldurabildikleri için bu formların büyük ölçüde kişinin gerçek değerlendirmesini yansıtmamasına olanak yaratılmamış olmaktadır.

Bu durumda hekim özgeçmiş sorgulamasını büyük ölçüde E-Nabız kayıtlarına bakarak yapmakta olup, bu değerlendirme esnasında karşılaşılan en önemli zorluklardan biri ise, adayların E-Nabız bilgilerindeki müdavi hekimlerce konulmuş olan psikiyatrik muayene tanılarının aile hekimlerinden gizlenmesi olmaktadır. Raporu tanzim edecek olan aile hekimi, E-Nabız üzerinden özgeçmiş araştırmasında sadece "Psikiyatrik Muayene Tanısı" ibaresi görmekte ancak bu tanının ne olduğunu görememektedir. Bunun üzerine hekim kimi zaman mevzuattaki akıl hastalığı ibaresi doğrultusunda değerlendirme yapılmak üzere adayı psikiyatri konsültasyonu için sevk etmek zorunda kalmakta, bu işlem sıkça hem hasta ile hekim arasında anlaşmazlık hem de hastanın müracaat ettiği ikinci basamak sağlık kuruluşları arasında işlem farklılıkları nedeni ile adaya maddi manevi zorluk yaratmaktadır. Kimi sağlık kuruluşu tek hekim sağlık raporu düzenlemekte, kimisi sadece aile hekiminin gönderdiği sevk kağıdına kanaat

belirtmekte, kimi ise adayları sağlık kuruluna sokmaya çalışmaktadır. Hastaların tıbbi bilgilerini üçüncü şahıslardan gizlemesi gereken KVKK^[10] (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu) uygulaması, bu şekilde hastaların bilgilerini rapora esas olmak üzere asıl değerlendirecek hekimlerden saklamakta ve süreçlerin hem hekim hem de aday tarafından ciddi ölçüde zorlaşmasına sebep olabilmektedir. Bu husustaki diğer bir çelişkili durum ise, E-Nabız'da yapılan bu KVKK uygulamasının sadece psikiyatrik tanılara uygulanmasıdır. Ancak ne KVKK ne de ilgili mevzuat psikiyatrik tanılarını hastaların diğer tanılarından ayırmamaktadır. Dolayısı ile örneğin bir diyabet hastalığının KVKK karşısında bir anksiyete bozukluğundan farkı olmamakta, eğer gizlenmesi gerekiyorsa, bütün tanılarının gizlenmesi zorunluluğu bulunmaktadır. Hekimin imzası doğrultusunda sorumluluk altına alınacak evlilik ve benzer durum bildirir raporların tanziminde, bu hususun düzeltilmesi gerekmektedir.

Bunların yanında genetik geçişli hastalıkların taramasında öncelikle ve genelde sadece erkekten kan alınması, hem Talasemi – Minima - Sessiz Taşıyıcılar^[11] hem de SMA Taşıyıcı Tarama Saha Rehberi'nde^[8] de %5 sıklıkla görüldüğü ifade edilen “SMA Sessiz Taşıyıcılar” için risk tespit etme olasılığını ciddi ölçüde azaltmaktadır. Öyle ki eğer erkek sessiz taşıyıcı ise ve tarama testi yapılmayan kadın taramada belirlenebilecek şekilde taşıyıcı ise, doğacak çocuklar için risk saptanamamış olacaktır. Aynı zamanda özellikle SMA testinin sonuçlanması haftalar, hatta aylar alabildiği için, eğer erkek adayda taşıyıcılık veya şüphesi varsa, kadın adayın teste gelmesi, hatta bir hamilelik meydana gelmişse testin sonuçlanmasının beklenmesi belirgin bir yük doğuracak, hatta nispeten uzun bir süre zarfında adayların ailelerinin de karşılıklı olarak süreçlere katılabilecek olması istenmeyen spekülasyonlara neden olabilecektir. Her iki adayda bu testlerin aynı anda yapılması ise hem sessiz taşıyıcılık riskini hem de süreç çok daha kısa sürede çözüme kavuşabileceği için, taşıyıcılık lehine bir sonuç akabinde doğabilecek maddi ve manevi yükleri büyük ölçüde azaltabilecektir.

Sonuç olarak, evlilik öncesi sağlık raporlarının tanziminde, normlar hiyerarşisine uygun mevzuat doğrultusunda görevlendirmeyapılması yadamevzuatın uygun hale getirilmesi; rapor verme yeterliliği olan tüm kurumların bu raporların tanziminde yetkilerinin tanınması; rapor tanziminde yetkili hekimlerin hastanın E-Nabız sayfasındaki bütün bilgileri görebilmesinin sağlanması; tıbbi ve bürokratik sürecin ve kullanılacak matbu formların güncel standardizasyonu ile muayene

ve tetkik ile tahlillerde cinsiyetler arasındaki farklılığın ortadan kaldırılması uygun olacaktır.

Çıkar Çatışması: Yoktur.

Finansal Destek: Yoktur.

Conflict of Interest: None.

Funding: None.

KAYNAKÇA

- 1597 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 122, 123 ve 124. Maddeler. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf> adresinden 18/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- 4721 Sayılı Türk Medeni Kanunu, 125 ve 133. Maddeler. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf> adresinden 22/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Evlendirme Yönetmeliği, 20. Madde. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/3.5.859747.pdf> adresinden 23/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Evlendirme Muayenesi Hakkında Nizamname, 3, 4 ve 5. Maddeler. <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.3.11682.pdf> adresinden 29/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Evlilik Öncesi Muayene ve Danışmanlık Rehberi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Ankara; 2013. <https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/10503/0/evlilik-oncesi-muayene-ve-danismanlik-rehberipdf.pdf> adresinden 29/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 123 ve 124. Maddeler. <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1593.pdf> adresinden 29/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Evlilik Öncesi Hemoglobinopati Tarama Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara; 2018. https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/cocuk-ergen-sagligi-db/Programlar/EVLILIK_ONCESI_HEMOGLOBINOPATI_TARAMA_PROGRAMI_SAHA_REHBERI.pdf adresinden 11/08/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Evlilik Öncesi SMA Taşıyıcı Tarama Programı, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ankara; 2021. <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/evlilik-oncesi-sma-tasiyici-tarama-programi.html> adresinden 11/08/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Sağlık Raporları Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara; 2019. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/41694/0/saglik-raporlari-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge-10102020-ve-09092021-degisiklikleri-islenmis.pdf> adresinden 29/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- 6698 Numaralı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. <https://www.mevzuat.gov.tr> adresinden 29/07/2024 tarihinde erişilmiştir.
- Türk Hematoloji Derneği. Beta Talasemi Ulusal Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2011. <https://www.thd.org.tr/thdData/Books/94/bolum-viii-beta-talasemi-tani-ve-tedavi-kilavuzu.pdf> adresinden 11/08/2024 tarihinde erişilmiştir.

Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Yenilikçi Yaklaşımlar: Öğrenen Sağlık Sistemleri

Innovative Approaches in Primary Health Care: Learning Health Systems

Erhan Şimşek¹, Ebru Uğraş²

Atf/Cite as: Şimşek E, Uğraş E. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde yenilikçi yaklaşımlar: Öğrenen sağlık sistemleri. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):110-111.

Sayın Editör,

Öğrenen sağlık sistemlerinin sağlık hizmetlerinde nasıl değer yaratabileceği konusundaki çalışmalarla dikkatinizi çekmek isteriz. Bu mektupta, öğrenen sağlık sistemlerinin tanımını ve birinci basamak sağlık hizmetleri açısından önemini ele alacağız.

Öğrenen sağlık sistemleri, sağlık hizmetlerinin sürekli olarak veri toplama, analiz etme ve bu verilerden öğrenme süreçlerine dayalı olarak iyileştirilmesini amaçlayan sistemlerdir. Bu sistemler, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak, maliyetleri düşürmek ve hasta sonuçlarını iyileştirmek için tasarlanmıştır. Öğrenen sağlık sistemlerinin değer yaratma çerçevesi dört ana bileşenden oluşmaktadır: temel değerler, sütunlar ve hızlandırıcılar, süreçler ve sonuçlar. Bu bileşenler, sağlık sistemlerinin performansını optimize etmeyi ve daha büyük değer sunmayı amaçlamaktadır.^[1]

Öğrenen sağlık sistemlerinin araştırma ve sağlık sistemleri entegrasyonunu nasıl eyleme geçirebileceğini inceleyen bir çalışmada araştırmanın sağlık sistemlerine entegrasyonunu sağlayan uygulamalı bir çerçeve sunulmuştur. Bu çerçeve, sağlık sistemlerinin daha etkili ve verimli hale gelmesine yardımcı olmaktadır.^[2]

Birinci basamak sağlık hizmetleri açısından, öğrenen sağlık sistemlerinin uygulanması büyük önem taşımaktadır. Fisher ve arkadaşlarının çalışması, birinci basamak sağlık hizmetlerinde öğrenen sağlık sistemlerinin uygulanmasında karşılaşılan engelleri ve kolaylaştırıcıları analiz etmektedir. Bu çalışma, genel pratikte öğrenen sağlık sistemlerinin benimsenmesini hızlandırmak için pratik öneriler sunmaktadır.^[3] Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, öğrenen sağlık sistemlerinin uygulanması, hastaların sağlık hizmetlerine erişimini ve hizmet kalitesini artırabilir. Ayrıca, bu sistemler, sağlık profesyonellerinin sürekli eğitim ve gelişim süreçlerine katkıda bulunarak, daha iyi hasta sonuçları elde edilmesini sağlayabilir.

Öğrenen sağlık sistemlerinin faydalarını değerlendiren ve doğrulayan bir çerçeve geliştirilmiş olup bu çerçeve, sağlık sistemlerinin daha kaliteli, güvenli ve yenilikçi olmasını sağlamaktadır.^[4] Öğrenen sağlık sistemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde uygulanması, sağlık hizmetlerinin daha güvenli ve etkili olmasını sağlayarak, hasta memnuniyetini artırabilir.

Telif hakkı © 2024 Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği.
Bu dergide yayımlanan bütün makaleler Creative Commons 4.0 Uluslararası Lisansı (CC-BY) ile lisanslanmıştır.
Copyright © 2024 Turkish Association of Family Physicians.
Licensed by Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY)

Received/Geliş: 23.08.2024

Accepted/Kabul: 16.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

E. Şimşek

ORCID: 0000-0002-0473-7910

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,

Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

✉ md.erhansmsk@gmail.com

E. Uğraş

ORCID: 0000-0002-5618-5265

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi,

Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği

Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde öğrenen sağlık sistemlerinin mevcut durumunu ve gelecekteki potansiyelini inceleyen sistematik bir derlemede öğrenen sağlık sistemlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerinde nasıl uygulanabileceğine dair kapsamlı bir bakış sunulmaktadır.^[5] Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, öğrenen sağlık sistemlerinin uygulanması, sağlık hizmetlerinin daha erişilebilir ve sürdürülebilir olmasını sağlayabilir.

Son olarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde öğrenen sağlık sistemlerine geçiş sürecini inceleyen niteliksel bir vaka çalışması, sağlık sistemlerinin öğrenme ve gelişim süreçlerini nasıl daha etkili bir şekilde yönetebileceğini göstermektedir.^[6] Birinci basamak sağlık hizmetlerinde, öğrenen sağlık sistemlerinin uygulanması, sağlık profesyonellerinin iş yükünü azaltarak, daha verimli ve etkili bir sağlık hizmeti sunulmasını sağlayabilir.

Sonuç olarak, öğrenen sağlık sistemleri, birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesini ve verimliliğini artırma potansiyeline sahiptir. Ancak, bu sistemlerin uygulanmasında çeşitli zorluklar ve engeller

bulunmaktadır. Bu zorlukların üstesinden gelmek için, sağlık sistemlerinin sürekli öğrenme ve gelişim süreçlerine dayalı olarak yapılandırılması gerektiği kanaatindeyiz.

KAYNAKÇA

1. Menear M, Blanchette MA, Demers-Payette O, Roy D. A framework for value-creating learning health systems. *Health Res Policy Syst.* 2019;17(1):79.
2. Reid RJ, Wodchis WP, Kulski K, et al. Actioning the learning health system: An applied framework for integrating research into health systems. *SSM - Health Systems.* 2024;2:100010.
3. Fisher G, Saba M, Dammery G, et al. Barriers and facilitators to learning health systems in primary care: a framework analysis. *BMJ Health Care Inform.* 2024;31(1):e100946.
4. Welch LC, Brewer SK, Schleyer T, et al. Learning health system benefits: Development and initial validation of a framework. *Learn Health Syst.* 2024;8(1):e10380.
5. Nash DM, Bhimani Z, Rayner J, Zwarenstein M. Learning health systems in primary care: A systematic scoping review. *BMC Fam Pract.* 2021;22(1):126.
6. Dammery G, Ellis LA, Churruca K, et al. The journey to a learning health system in primary care: a qualitative case study utilising an embedded research approach. *BMC Primary Care.* 2023;24(1):22.

Ülkemizde Gebelikte Uygulanan Td Aşı Şemasının Dünya ile Karşılaştırılması

Comparison of Td Vaccination Scheme Applied During Pregnancy in Our Country with the World

Osman Nalçacı[®], Ali Ramazan Benli[®]

Atf/Cite as: Nalçacı O, Benli AR. Ülkemizde gebelikte uygulanan Td aşı şemasının dünya ile karşılaştırılması. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):112-114.

Aşılama, hastalıkların önlenmesinde temiz sudan sonra ikinci sırada yer alan, mevcut en etkili halk sağlığı müdahalesidir.^[1] Aşıların hastalıkları önlemedeki önemine binaen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) çeşitli aşı programlarının yapılmasını önermiştir. Bunun üzerine her ülke bağışıklamanın oluşacağı yaşlara uygun bir aşılama programı hazırlamıştır. Ülkemizde ilk sistemik aşılama 1930 yılında çiçek hastalığına karşı başlatılmıştır. Difteri-Boğmaca aşısı 1937 yılında ve Difteri-Boğmaca-Tetanoz (DBT) aşısı ise 1968 yılında aşı programına eklenmiştir. Genişletilmiş bağışıklama programı (GBP) 1981 yılında başlamış ve ilk olarak 1985 yılında Türkiye aşı kampanyası ilan edilmiştir. Erişkinlere yönelik Tetanoz-Difteri (Td) aşısına 2004 yılında geçilmiştir. Anne ve Yenidoğan Tetanoz Eliminasyon Programı ile 2007 yılında yüksek riskli bölgelerde 15-49 yaş arası kadınlara aşılama destek programı uygulanmıştır. Bu sayede anne ve yenidoğan tetanozu 2009 yılında elimine edilmiştir.^[2]

Ülkemiz aşı programına, aşılama ile ilgili program önerilerine ve sağlık çalışanlarının bu konudaki gayretlerine rağmen zaman zaman aşılamada gecikmeler veya aşı retleri olabilmektedir. Bu durumda kişileri takip eden aile hekimlerinin nasıl karar vereceği önem arz etmektedir. Bu konuda DSÖ ve Sağlık Bakanlığı (SB) önerilerini sunmuştur. Ancak bu öneriler arasında bazı farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklardan bir tanesi Td bağışıklaması konusundadır; Dünya ülkelerinin ve Sağlık Bakanlığı'nın gebelik aşı takvimi Tablo 1'de gösterilmiştir.^[3,4]

DSÖ'nün ve SB'nin çocukluk dönemi aşılama sonrası gebelikte aşılama önerileri ise Tablo 2'de gösterilmiştir.^[5,6] SB görüş yazısında belirtilen vaka senaryolarında SB ve DSÖ önerileri arasındaki farklar Tablo 3'te özetlenmiştir.^[7]

Bellek B hücrelerinin, aşı antikorları kaybolduktan çok sonra bile vücut antijeni ile karşılaştığında hızla yeniden etkinleştiği gösterilmiştir. Bu durum, bağışıklama programları için önemli sonuçlar doğurur. İmmünolojik hafıza sayesinde, primer bağışıklama dozları arasında normalde önerilenden daha uzun süre geçse bile aşılar karşı bağışıklık yanıtını etkilemez. Aynı şekilde, rapel dozların geç yapılması da antikor yanıtını olumsuz etkilemez. Sonuç olarak, bir bağışıklama programı kesintiye uğradığında, kesintinin süresi önemli olmaksızın, programa kaldığı yerden devam edilebilir ve tüm serinin yeniden başlatılmasına gerek yoktur.^[8]

Received/Geliş: 27.06.2024

Accepted/Kabul: 05.09.2024

Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:

O. Nalçacı

ORCID: 0009-0006-5707-7449

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim
Dalı, Kayseri, Türkiye

✉ osmannalcaci@gmail.com

A. R. Benli

ORCID: 0000-0003-0039-1497

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim
Dalı, Kayseri, Türkiye

Tablo 1. Gebelikte Tetanoz aşısının önerilen dozları

Td dozu	Ne zaman verilmeli - Dünya Ülkeleri	Ne zaman verilmeli - Türkiye
1	İlk temasta veya hamileliğin mümkün olan en kısa sürede	İlk temasta veya hamileliğin mümkün olan en kısa sürede
2	Td 1; den en az 4 hafta sonra	Td 1; den en az 4 hafta sonra
3	Td 2; den en az 6 ay sonra veya bir sonraki gebelikte	Td 2; den en az 6 ay sonra
4	Td 3; den en az 6 ay sonra veya bir sonraki gebelikte	Td 3; den en az 6 ay sonra veya bir sonraki gebelikte
5	Td 4; den en az 6 ay sonra veya bir sonraki gebelikte	Td 4; den en az 6 ay sonra veya bir sonraki gebelikte

Tablo 2. Çocukluk dönemi aşılama sonrası gebelikte Tetanoz aşısı önerisi

DSÖ	Aşılama kayıtları	Önceki aşılar yazılı kayıtlara dayanarak	Şu anki temas veya hamilelik	Daha sonra (en az 1 yıllık aralık)
	Bebeklik	3 DBT	2 doz Td (min. 4 hafta) dozlar arası	1 doz Td
	Çocukluk	4 DBT	1 doz Td	1 doz Td
	Okul çağı	3 DBT + 1Td	1 doz Td	1 doz Td
	Okul çağı	4 DBT + 1Td	1 doz Td	Yok
	Gençlik	4 DBT + 1DT (4-6 yaş) + 1 Td (14-16 yaş)	yok	yok
Türkiye GBP	1980'den sonra doğan kadınların aşı kayıtlarının bulunması durumunda, uygun aralıklarla yapılmış en az 3 doz DBT/Td/TT, doğurganlık çağında yapılmış 2 doz Td dozu yerine sayılır ve aşı takvimine kalındığı yerden devam edilir.			

Tablo 3. SB görüş yazısı önerileri ve DSÖ önerilerinin karşılaştırılması

Senaryolar	DSÖ	SB
Primer aşılama tamamlanmamış gebe (1 veya 2 doz aşısı var)	Aşılmasına kaldığı yerden devam eder ve gebelikte tek doz aşı olur. Aşı sayısını 5'te sonlandırır.	<i>Gebeliğinde 2 doz aşı olmalıdır</i>
Primer aşılama tamamlanmış gebe son dozun üzerinden 5 seneden az zaman geçmişse	Aşılmasına kaldığı yerden devam eder ve gebelikte tek doz aşı olur. Aşı sayısını 5'te sonlandırır.	Aşılmasına kaldığı yerden devam eder ve gebelikte tek doz aşı olur.
Primer aşılama tamamlanmış gebelerde son dozun üzerinden 5-10 sene arasında geçmiş ve aşı dozu 5'ten az	Aşılmasına kaldığı yerden devam eder ve gebelikte tek doz aşı olur. Aşı sayısını 5'te sonlandırır.	<i>Gebeliğinde 2 doz aşı olmalıdır</i>
Primer aşısını tamamlanmış gebelerde son dozun üzerinden 5-10 sene arasında geçmiş ve aşı dozu 5 ten çok	Doğurganlık çağı boyunca aşı yaptırmasına gerek yoktur. Aşı sayısını 5'te sonlandırır.	<i>Gebeliğinde tek doz aşı olmalıdır</i>
Primer aşılama tamamlanmış gebe son dozunun üzerinden 10 yıldan fazla zaman geçmişse	Aşılmasına kaldığı yerden devam eder ve gebelikte tek doz aşı olur. Aşı sayısını 5'te sonlandırır.	<i>Primer aşısı tamamlanmış gebe son dozdan 10 yıldan fazla zaman geçmiş ise gebelikte 2 doz aşı alır.</i>

Dünya uygulamaları DSÖ^[9-11], İngiltere^[12], Amerika^[13,14], Yeni Zelanda^[15], Kenya^[16], Etiyopya^[17] SB Aşı uygulama rehberi 1994 baskısı^[18] ile uyumlu iken daha sonra yayınlanan SB Td aşı yapılmasındaki önerileri^[7] arasında farklılık göstermektedir.

Tablo 1'deki farklılık; Td3; Td2'den en az 6 ay sonra yapılabildiği gibi bir sonraki gebelikte de yapılabileceğini göstermektedir. Bu durum kişinin sonraki gebeliklerinde tek doz aşı olabileceğini göstermektedir. Tablo 2'deki farklılık; GBP önerilerinin çocukluk, okul çağı ve gençlik döneminde yapılan aşılar göre kişinin bundan sonraki hayatında kaç doz aşı ihtiyacı olduğunu belirtmemesidir. Tablo 3'te; SB diğer ülkelerin aksine primer aşılama tamamlanmış kişilere, uzun zaman geçtiği gerekçesiyle 9 aylık gebelik sürecinde iki doz aşı önermesi Td3, Td4 arasında ve Td4, Td5 arasında en az 1 yıl süre bulunmalıdır kuralına uymamaktadır. Ayrıca bu öneri kişinin 5 dozdan fazla aşılanmasına da neden olmaktadır.

Özetle, ülkemizde uygulanan GBP ve görüş yazısında belirtilen öneriler diğer ülkelerin programlarında görülmemektedir. Bu durum, gereksiz aşılama, ek maliyetlere, aşı yan etkilerinin artmasına ve aşı kararsız vatandaşların güveninin azalmasına yol açabilir. Sahadaki aile hekimlerine yol gösterecek yeni önerilerin, dünyadaki örneklerle uyumlu olması kafa karışıklığını giderecektir.

KAYNAKÇA

1. Thomas T. The Global Value of Vaccination 2019. <https://www.ovg.ox.ac.uk/news/the-global-value-ofvaccination> adresinden 03/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı. Türkiye'de Bağışıklama Programı Tarihi. <https://covid19asi.saglik.gov.tr/TR77802/turkiyede-bagisiklama-programi.html> adresinden 03/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
3. World Health Organization (WHO). Protecting All Against Tetanus. Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB). WHO; 2019: 140-5.

4. U.S. Agency for International Development. Immunization Essentials: A Practical Field Guide. 2003.
5. Galazka A. The Immunological Basis for Immunization Series -Module 3: Tetanus. Geneva: World Health Organization; 1993: 17.
6. Akdağ R. Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi. Sayı:B100TSH0110005 Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; 2008.
7. Çömçe M. Tetanoz Aşısı Görüş Talebi. Sayı : 21001706-131.02: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Aşı ile Önlenebilir Daire Başkanlığı; 2020.
8. Plotkin S. Plotkin's Vaccines Textbook. 7th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
9. Tetanus vaccine. Weekly Epidemiological Record. 2006;81:197-208.
10. Agenda PSA, Immunization, Vaccines and Biologicals (IVB). Recommendations for Interrupted or Delayed Routine Immunization Table 3. WHO.
11. Maternal Immunization Against Tetanus: Department of Making Pregnancy Safer. WHO. https://web.archive.org/web/20210625095244/https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf adresinden 03/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
12. Vaccination of Individuals with Uncertain or Incomplete Immunisation Status. United Kingdom Health Security Agency Public Health England-The Green Book Chapter 11. 2013.
13. Miller E, Wodi Ap. Chapter 2: General Best Practice Guidance for Immunization. CDC-Pinkbook. 2021.
14. DTP Catch up Vaccination Recommendations by Prior Vaccine History and Age Saint Paul, Minnesota: National Network of Immunization Action Coalitions. 2024. <https://www.immunize.org/wp-content/uploads/catg.d/p2055.pdf> adresinden 03/06/2024 tarihinde erişilmiştir.
15. Immunisation Handbook. Ministry of Health of New Zealand Manatu Hauora; 2020: 650-78.
16. Kenya National Immunization Policy Guidelines. Nairobi: Ministry of Health; 2023.
17. Routine Immunization Catch-up Vaccination Guideline: Ministry of Health Ethiopia; 2022.
18. T.C. Sağlık Bakanlığı. Aşı Uygulama Rehberi. 1994.

European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Türkiye Ekibinin Perspektifinden 8. EYFDM Forum Viyana Gözlemleri

8th European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Forum Vienna Observations from the Perspective of the EYFDM Türkiye Team

Şeyma Handan Akyön[®], İkbal Hümay Arman[®], Gülşah Onur[®], Ekin Dikmen[®]

Atıf/Cite as: Akyön ŞH, Arman İH, Onur G, Dikmen E. European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Türkiye ekibinin perspektifinden 8. EYFDM Forum Viyana gözlemleri. Türk Aile Hek Derg. 2024;28(3):115-119.

Dünya Aile Hekimliği Birliği (WONCA)'nin, Avrupa bölgesi ağlarından biri olan Avrupa Genç Aile Hekimleri Hareketi yani European Young Family Doctors' Movement (EYFDM) Türkiye ekibi olarak, 12-13 Nisan 2024 tarihlerinde Viyana, Avusturya'da gerçekleşen 8. EYFDM Forumu'na katılım sağladık. "Together we grow - building a healthy future" temasıyla gerçekleşen bu etkinlikte Avrupa'nın dört bir yanından genç aile hekimleri bir araya gelerek aile hekimliğinin güncel konularını ele aldı, deneyimlerini paylaştı ve geleceğe yönelik vizyonlarını tartıştı.

Received/Geliş: 20.05.2024
Accepted/Kabul: 07.07.2024
Publication date: 30.09.2024

Corresponding Author:
Ş. H. Akyön

ORCID: 0000-0002-2288-8915
Gölpazarı Aile Sağlığı Merkezi,
Bilecik, Türkiye
✉ seymahandan@hotmail.com

İ. H. Arman

ORCID: 0000-0003-1492-6763
İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp
Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim
Dalı, İstanbul, Türkiye

G. Onur

ORCID: 0000-0003-1024-5258
Hacettepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Ankara, Türkiye

E. Dikmen

ORCID: 0000-0002-0563-6265
Trakya Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Edirne, Türkiye



Resim 1. EYFDM Türkiye Ekibi ve WONCA Avrupa Başkanı Dr. Shlomo Vinker

EYFDM Türkiye Kampanya ve Politika Koordinatörümüz Uzm. Dr. İkbal Hümay ARMAN'ın aynı zamanda EYFDM Merkez yönetim kurulunda ülkemizi temsil etmesi ve 2022 yılından bu yana Etkinlikler Sorumlusu olması sayesinde, deneyimleme imkanı bulduğumuz bu bilimsel etkinliğin arka planı hakkında da bilgi edinme fırsatımız oldu.

Forum 2021 yılında aday olan, Avrupa konseyinden oy çokluğu ile 2022 yılında onay aldıktan sonra, hızla çalışmalara başlayan ev sahibi Avusturya'lı ekibin istikrarlı, özverili ve hevesli çabaları ve EYFDM yönetim kurulunun desteği sayesinde 36 ülkeden 260 genç aile hekiminin katıldığı hem sosyal hem bilimsel açıdan doyurucu ve unutulmaz bir program hazırlanmıştır. Temsilcimiz, EYFDM Etkinlikler sorumlusu olarak, sadece genç aile hekimleri tarafından genç aile hekimleri için düzenlenen bu etkinlikte tüm süreci aynı profesyonellik ve sevecenlikle yönetmeyi başaran kongre başkanları Dr. Anna Hansemann ve Dr. Jonas Rech ile yakın temas halinde çalışmış ve Avusturya'nın başkenti Viyana'da düzenlenen bu bilimsel etkinliğin başarılı geçmesi için her bir ayrıntının planlanmasında aktif görev almıştır.

Her bir EYFDM Forumu'nda olduğu gibi yine, 43 ülkenin üye organizasyonlarının genç temsilcilerinden oluşan EYFDM Avrupa Konsey toplantısı da sosyal program ile eş zamanlı olarak gerçekleştirilmiştir. Ülkemizi EYFDM'de temsil eden Dr. Ekin Dikmen'in de katıldığı bu toplantıya, WONCA Avrupa Başkanı Prof. DR Shlomo Vinker ve Dünya Aile Hekimliği Birliği Genç Aile Hekimleri Hareketi Başkanı (WONCA YDM) Dr. Cheryl Chan de katılmıştır.



Resim 2. EYFDM Avrupa Başkanı Dr. Stuart Holmes ile Türk Katılımcılar

BİLİMSEL PROGRAM

Forum, dolu dolu sosyal programının yanı sıra, zengin ve kapsamlı bilimsel programıyla aile hekimliğinin farklı alanlarına ışık tutmayı başardı. Açılış seremonisi ve kapanış seremonisinde genç aile hekimlerinin motivasyonunu artıran etkileyici ve ufuk açıcı konuşmalar yapıldı. Andrée Rochfort, aile hekimlerinin refahı ve tükenmişlikten korunma üzerine önemli bir açılış konuşması gerçekleştirdi. Susanne Rabyd ise aile hekimliğinin geleceği üzerine düşündürücü bir kapanış konuşması yaptı. "Aile Hekimliğinde Sahte Haberler" başlıklı panel tartışması, dijital çağın getirdiği bilgi

kirliliği sorununu ele aldı ve aile hekimlerinin bu sorunla nasıl başa çıkabilecekleri tartışıldı. Ana konuşmacıların yanı sıra, çeşitli atölye çalışmaları, dersler ve sözlü sunumlar, aile hekimliği pratiğinde karşılaşılan zorluklara ve güncel yaklaşımlara odaklandı. Özellikle dikkat çeken konular arasında obezite tedavisinde Glukagon benzeri peptid-1 (GLP-1) agonistlerinin kullanımı, sağlık okuryazarlığı, aile hekimliği pratiğinde ultrason kullanımı, iklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri ve yapay zekânın sağlık hizmetlerindeki yeri sayılabilir.

Etkinliğin önemini vurgulayan bir diğer önemli gelişme ise WONCA Avrupa Başkanı Prof. Dr. Shlomo Vinker'in ve WONCA YDM Başkanı Dr. Cheryl Chan'in foruma katılımlarıydı. Dr. Vinker ve Dr. Chan, tüm oturumlara katılarak genç aile hekimlerinin çalışmalarını yakından takip etti ve değerli katkılarıyla forumu zenginleştirdi.

Forumda profesyonel anlamda bakış açımızı genişleten ve aile hekimliğinin geleceğine ışık tutan konularda oturumlara katılım sağladık. Ayrıca EYFDM Türkiye ekibi olarak forumda gerçekleşen kapanış oturumunun liderliğini yapmanın ve başarıyla sunmanın gururunu yaşadık. Bu oturumların içeriklerini kısaca sizlerle paylaşmak istiyoruz:

- Günümüzde birinci basamak sağlık hizmetlerinde karşılaştığımız en büyük sorunlardan biri olan obezitenin tedavisinde devrim niteliğindeki GLP-1 agonistlerinin etkinliği ve güvenliği üzerine güncel bilgiler edindiğimiz oturum, aynı zamanda bu ilaçların reçetelenmesinde dikkat edilmesi gereken önemli hususlar hakkında da detaylı bilgi edindiğimiz bir ders oldu. Bu değerli bilgiler, obezite yönetiminde daha etkili ve güvenli yaklaşımlar geliştirmemize yardımcı olacak nitelikteydi.
- İrlanda'dan aile hekimi Dr. Andree Rochefort ile birinci basamakta liderlik deneyimleri ve tavsiyeleri üzerine yapılan röportaj tadındaki keyifli oturum, kişisel liderlik becerilerimizi ve tarzımızı keşfetmemizde yol gösterici oldu. Bu oturum, liderlik konusundaki bilgi ve anlayışımızı derinleştirmemize ve kendi liderlik potansiyelimizi daha iyi anlamamıza yardımcı oldu.
- Otizm ve nöro-çeşitliliğe sahip olan bireylerin birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimini kolaylaştırmaya yönelik stratejiler sunan, aile hekimlerinin bu hastalıkları tarama, tanı koyma ve yönetme konusundaki bilgi düzeyini ve farkındalığını artıran oturumda, aynı zamanda bu hastalıklara sahip bireylerin toplum tarafından damgalanmasını azaltmak ve anlaşılmasını artırmak için aile hekimlerinin rolü hakkında içgörüler kazandık.

- Dinleyicileri EYFDM Değişim programları hakkında bilgilendiren ve motive eden sunumda, bu programların genç aile hekimlerinin farklı ülkelerin sağlık sistemini ve aile hekimliği pratiğini deneyimlemelerine olanak sağlamanın yanı sıra yeni kültürler tanıyarak kendi perspektiflerini genişletebilirken, aynı zamanda uluslararası düzeyde meslektaşlarıyla iletişim kurma ve iş birliği yapma şansı yakalayabileceğini öğrendik.
- EYFDM Türkiye ekibi olarak Portekiz ve İspanya'dan da meslektaşlarımızla birlikte hazırladığımız ve forum kapanışında yer bulan yapay zekânın sağlık hizmetlerindeki rolü üzerine ders sunumumuzda, yapay zekânın doktorların yerini alamayacağını, aksine onları destekleyeceğini ve hasta bakımı kalitesini artıracaklarını vurguladık. Yapay zekânın hastalıkların tanısı, takibi ve tedavisinde, bilimsel araştırma süreçlerinde yardımcı olabileceğini meslektaşlarımızla paylaştık. Ayrıca, yapay zeka destekli araçların demosu ve vaka örnekleriyle desteklenen bu oturum, ilgi çekici ve interaktif bir deneyim sunarak katılımcıları etkilemeyi başardı.



Resim 3. Aile Hekimliğinde Yapay Zeka Kullanımına İlişkin Ders Oturumu

EYFDM Forum'daki sözlü sunumlar ile de bilimsel çalışmaları, kıymetli meslektaşlarımızdan dinleme ve tartışma fırsatı bulduk. EYFDM Türkiye ekibi olarak sözlü bildiriler ile de aktif rol almanın gururunu yaşadık. EYFDM Türkiye ekibi olarak;

- Geriatri polikliniğine başvuran hastalarda uygunsuz ilaç kullanımını araştırdığımız sözlü sunumda, farklı PIM (Potansiyel olarak kullanımı uygun olmayan ilaçlar) kriterlerine göre değerlendirme yaptık ve PRISCUS listesinin klinik pratikte kolaylıkla kullanılabilir bir araç olduğunu gösterdik.

- Türkiye'de yapılan aile hekimliği tezlerinin bibliyometrik olarak incelendiği bir araştırmayı da sözlü sunum olarak katılımcılar ile paylaşma imkanı bulduk. Müdahale araştırmalarını inceleyen bu çalışmada, tezlerin karakteristik özellikleri ve tez yürütücülerin özellikleri ile bir ilişkisi olup olmadığını tartıştık.
- Ayrıca forumdaki diğer sözlü sunumlarda hasta güvenliği, klinik pratik, aile hekimliği eğitimi ve araştırmaları ile toplumsal sağlık ve eşitlik gibi aile hekimliğinin önemli alanlarında yapılan çalışmaları kapsamlı bir şekilde ele alındı. Sunumlarda, hasta kimliği doğrulama protokolleri, proton pompa inhibitörlerinin uygunsuz kullanımı ve Kronik Obstrüktif Akciğer Hastaları'nda pnömokok aşısı gibi hasta güvenliği ve kalite iyileştirme konularına dikkat çekildi. Wernicke ensefalopatisi, Miyastenia Gravis ve aort anevrizması gibi hastalıkların erken tanısının önemi vurgulanırken, obezite ve işitme kaybı arasındaki ilişki ve kronik yara bakımındaki zorluklar ele alındı. Yaşam tarzı tıbbi eğitimi ve bariyatrik cerrahi sonrası gebelik takibi gibi konular, aile hekimliği pratiğinde karşılaşılan güncel sorunlara ışık tuttu. Son olarak, göçmenlerin ruh sağlığı hizmetlerine erişimi, aile hekimlerinin eleştirel düşünme becerileri, sosyal sorumlulukları ve toplum sağlığını iyileştirmedeki rolleri vurgulandı.



Resim 4. Sözlü Bildiri Sonrası Kurulan Etkileşimler

Forumun bilimsel programı içerisinde en interaktif geçen kısımlar şüphesiz atölye çalışmalarıydı. Bu atölye çalışmalarında EYFDM içerisindeki özel ilgi grupları tarafından üzerine yoğun çalışmalar yapılarak seçilmiş belirli konular üstüne hem bilgi ve farkındalık düzeylerinin artırılması hem de özellikle Avrupa içerisindeki genç aile hekimlerinin birbirleriyle mesleki pratiklerini paylaşması, mevcut sorunların üstesinden gelinmesi için neler yapılabileceği, aile hekimliğinin geleceğini etkileyecek konular gibi birçok yönden katılımcılar arasında etkileşimin en üst düzeyde

tutulduğu oturumlar gerçekleşti. EYFDM Türkiye ekibi ve Türkiye'den foruma katılan hekimler olarak hem oturum sahipliğinde hem de oturum katılımcısı olarak aktif rol üstlendik. Bu hem kendi ülkemizden hem de uluslararası alandan gelen katılımcılar için zengin ve etkileşimli bir deneyim sağladı. EYFDM Türkiye ekibi olarak forumda gerçekleşen 20 atölye çalışmasının 6'sında oturum sahipliği yapmanın gururunu yaşadık.

Oturum sahipliğini yaptığımız atölye çalışmaları:

- Aile Hekimlerinin Ultrason Eğitimlerinin Avrupa Çapında Karşılaştırılması: Avrupa ülkeleri arasında aile hekimliğinde ultrason kullanımı, ultrason eğitim programları ve geleceğe yönelik ülkelerin bakış açılarına değinilen bu interaktif atölye çalışmasında her ülkeden katılımcılar kendi ülkelerinde ultrason kullanımının birinci basamakta geliştirilmesi için yol haritası oluşturdu. Bizler de burada oturum sahiplerinden bazıları olarak kendi ülkemizdeki mevcut durumdan bahsettik. Avrupa'nın farklı yerlerinden gelen meslektaşlarımızın kendi ülkelerindeki ultrason eğitimleri ve birinci basamaktaki deneyimlerinden yola çıkarak kendi ülkemizde bu alanda yapılabilecek müdahaleler konusunda fikir sahibi olduk ve motivasyon kazandık.
- Aile Hekimi Açığı: Aile hekimlerinin sağlık sisteminde sayıca yetersizliğinin üzerine yapılan bir başka atölye çalışmasında da Türkiye'den bizler 4 farklı ülkeden meslektaşlarımızla birlikte birinci basamaktaki aile hekimlerinin sorunlarından ve mevcut durumdan bahsettik. Yüksek sosyoekonomik düzeye sahip ülkelerin ortak hedefi aile hekimliğinin cazibesini arttırmak iken düşük ve orta düzey ülkeler için hekim göçü ve sağlık sistemlerinde aile hekimliği uzmanlarına olan ihtiyaç ortak sorundu ve ülkeler arasındaki bu benzerlik oldukça dikkat çekiciydi. Oturumun sonunda ortak sorunlarımızı nasıl çözebileceğimiz konusunda meslektaşlarımızla beyin fırtınası yaptık.
- Sağlık Okuryazarlığı: İçinde bulunduğumuz toplumun sağlık alanında en doğru bilgiye erişimi için farklı ülkelerden biz aile hekimlerinin yapabileceği uygulamalara odaklanan bu oturumda, kendi popülasyonumuza uygun etkili stratejiler geliştirirken lisan farklılıklarını, dijital sağlık okuryazarlığını ve hassas nüfusların özel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmamız gerektiğini konusunda farkındalık kazandık.
- Fiziksel Aktivite ve Masa Başlı Çalışma: Sedanter yaşam ve yüksek ekran maruziyeti potansiyeli olan meslek gruplarına koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında

verebileceğimiz öneriler ve geliştirebileceğimiz stratejiler üzerine olan bu oturumda işyerlerini fiziksel aktiviteye elverişli hale getirmek için uygulanabilecek yaklaşımları tartıştık. Aynı zamanda bu ortamlarda yapılabilecek basit egzersizleri meslektaşlarımızla paylaştık.

- Tütün Kullanımı ve Yaşam Tarzı Hekimliği: Grup tartışmaları, olgu örnekleri ve rol play ile oldukça keyifli geçen bu atölye çalışmasında tütün kullanımı ve aile hekimlerinin sigara bıraktırma yaklaşımları tartışıldı.
- Aile Hekimi İletişimi: Avrupa'da birinci basamakta doktor-hasta iletişimindeki benzerlik ve farklılıkların tartışıldığı bu oturumda katılımcıların farklı kültürlerden gelen hastalarla etkili iletişim kurma becerilerini geliştirmeye yönelik önerilerde bulunuldu.



Resim 5. Ultrasonun Aile Hekimliği Pratiğindeki Yerine Dair Atölye Çalışmamız

SOSYAL PROGRAM

Forumun sosyal programı için özellikle Avusturya tarihine ve başkent Viyana'ya özgü olan önemli tarihi ve kültürel noktalar dikkate alınarak hazırlanmış zengin bir program oluşturulmuştu. Forumun ilk günü için öğlen başlayacak olan bilimsel programın hemen öncesi sabah saatleri için katılımcılara toplamda 4 adet sosyal program seçeneği sunulmuştu. Sırasıyla 4 seçeneği incelersek ilk sırada Avusturya İmparatorluğunun yönetici hanedanlığı Habsburg ailesinin evi olan 17. yüzyıla ait Schönbrunn Sarayı gezisi planlanmıştı. Viyana ekibi tarafından özellikle sarayın göz alıcı büyük bahçesinde yürüyüş turu planlanarak hem fiziksel aktivitenin önemi hem de kültürel ve tarihsel bilgi alışverişi için uygun bir ortam olmasıyla dikkat çekmekteydi. Diğer bir seçenek olarak "Kokain ve Akraba Evliliği" adlı 13. yüzyıldan itibaren 600 yıldır Avusturya İmparatorluğunun evi olan Hofburg Sarayı merkezli bir gezi seçeneği sunulmuş. Habsburg Ailesinin

akraba evlilikleri nedeniyle tıp literatürüne geçmiş "Habsburg Çenesi" yani prognatizmden Sigmund Freud'un kokain ile yaptığı deneylere kadar hem tıbbi hem de tarihsel bir program oluşturulmuştu. Hofburg Sarayı ziyareti katılımcıların geri dönüşlerine göre de en çok ilgi toplayan seçenek olmayı başardı. Başka bir seçenek olarak "Narrenturm" yani türkçe olarak "Deliler Kulesi" adıyla anılan 17. yüzyıl sonları silindirik yapısıyla dikkat çeken Viyana Şehir Hastanesi'nin ruh ve sinir hastalıkları bölümü olarak görev yapan tarihi hastane merkezli bir gezi hazırlanmıştı. Son bir seçenek olarak da Wurstelprater adlı şehrin simgelerinden olan dönme dolabıyla birlikte birçok başka eğlence noktasıyla bir lunapark gezi programı hazırlanmıştı. Sabah saatlerinin bu dolu dolu programı sonrasında ilk günün sonunda forumun gerçekleştiği Techgate binasının 19. katında şehir manzarası ve müzik eşliğinde bir teras partisi organize edilmiş olup oldukça keyifli ve katılımcıların birbiriyle daha iyi kaynaşmasını sağlamak amacıyla bir bingo anketi hazırlanmıştı. Bu ankette Alp dağlarında kayak yapmış birini bulmaktan tutup bugün bilimsel bir sunum yapmış katılımcılardan biriyle tanışmaya kadar birçok madde konularak iletişimin güçlendirilmesi ve katılımcıların birbiriyle tanışması oldukça keyifli bir yolla sağlanmıştı. Forumun ikinci gününün bitiminde gala yemeği ve veda partisi için Viyana Belediye Binası'nın mahzeninde yer alan Wiener Rathauskeller restoranında buluşuldu. Bu tarihi mahzenlerde katılımcılar için geleneksel bir Viyana akşam yemeği fırsatı sunulmuş olup oturma planı katılımcıların iletişimlerinin ve etkileşimlerinin artırılması amacıyla girişte çekilen isimlendirilmiş masa kurası ile katılımcıların rastgele dağılımı sağlanarak sağlanmıştı. Her bir masada birçok kültürel ve akademik bağlantılar başarıyla sağlanmış oldu. Akşam yemeği sonrasında yine müzik ve dans eşliğinde veda partisi gerçekleştirilerek EYFDM için son derece beğenilen bir forum noktalanmış oldu.

SONUÇ

Sonuç olarak, 8. EYFDM Forum Viyana, genç aile hekimleri için oldukça verimli ve motive edici bir etkinlik oldu. Forum öncesi Avusturya'nın farklı şehirlerinde gerçekleştirilen EYFDM Konferans öncesi değişim programına Avrupa genelinden 60'dan fazla başvuru içerisinde ülkemizden katılmaya hak kazanan Dr. Şeyma Handan Akyön'ün Linz şehrindeki ve Dr. Banu Çağlar'ın Salzburg şehrindeki klinik ziyaretleri ile Forum deneyimi daha da zenginleşti.

Bunun yanı sıra, EYFDM tarafından foruma katılım için verilen 3 burstan birini, Avrupa genelinde 40'dan fazla başvuru içerisinde Dr. Şeyma Handan Akyön'ün kazanması büyük bir başarıydı. Ayrıca EYFDM Türkiye tarafından verilen kayıt bursuna, başvuranlar arasından Dr. Gülşah Onur layık görülmüştür.

Dolu dolu 1,5 gün süren bilimsel toplantıların gerçekleştiği foruma toplam 87 bildiri başvurusu yapılmış olup, seçilen toplam 5 ders, 20 atölye çalışması ve 25 sözlü bildirinin 7'sinde EYFDM Türkiye ekibi olarak aktif rol almak bizler için çok gurur verici bir deneyimdi.

Neticede 8. EYFDM Forum, aile hekimliğinin geleceğine dair önemli ipuçları içeriyordu ve genç aile hekimlerini bu geleceği şekillendirmeye çağıran bir yapısı ile hepimizi motive etti. Biz de ekip olarak edindiğimiz bilgi ve deneyimleri ülkemizdeki genç aile hekimleriyle paylaşarak, aile hekimliğinin gelişimine katkı sağlamaya devam edeceğiz.

Birlikte uzak ufuklara açılmak dileğiyle...



Resim 6. EYFDM Forum Viyana 2024 Hatırası