

Editörler | Editors

Prof. Dr. Okay Başak
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Prof. Dr. Dilek Güldal
Doç. Dr. Pınar Topsever
Uz. Dr. Halük Çağlayaner
Doç. Dr. Mehmet Akman

Teknik Yönetim Kurulu | Technical Management Board

Doç. Dr. Mehmet Akman
Uz. Dr. Işık Gönenç
Uz. Dr. Birgül Coşkun

Sahibi | Owner

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) adına
Yönetim Kurulu Başkanı
Dr. Okay Başak

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Dr. Mehmet Akman

Yönetim Yeri | Administration Office

TAHUD Ankara Şubesi
79. Sok. (Yeni 7. Sok.) 4/5 Emek Ankara

Yazışma Adresi | Business Correspondence

e-posta: medya@deomed.com

Teknik Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator

Ilknur Demirel, ilknurd@deomed.com

Grafik Tasarım | Graphic Design

Kaan Kurt, kaankurt@deomed.com

Sayfa Düzeni | Application

Nurgül Özcan, nurgulozcan@deomed.com

Abone Koşulları | Subscription

Tek Sayı Fiyatı: (KDV içinde) 15.00 TL,
Yıllık (4 sayı) Bireysel Abonelik: (KDV içinde) 40.00 TL'dir.
Yıllık (4 sayı) Kurumsal Abonelik: (KDV içinde) 60.00 TL'dir.
TAHUD üyeleri dergiyi TAHUD kanalıyla edinebilirler.
Abonelik için iletişim: tahud@tahud.org.tr

Yayınevi | Publisher

Deomed Yayıncılık
Acıbadem Cad. İsmail Hakkı Bey Sok. Pehlivan İş Merkezi No: 7 Kat: 1
Kadıköy 34718 İstanbul
Tel: (0216) 414 83 43 (pbx), Faks: (0216) 414 83 42
www.deomed.com

Baskı ve Cilt | Printing and Binding

Birmat Matbaacılık, Tel: (0212) 629 05 59-60

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Yayın Organıdır. Copyright © 2012. Üç Ayda Bir Yayımlanır. Yerel Süreli Yayın. ISSN 1303 - 6637.
Çevrimiçi (online) sürüm: www.turkailehekderg.org (e-ISSN: 1308 - 531X) TÜBİTAK Türk Tıp Dizini tarafından dizinlenmektedir.
Baskı Tarihi: Mayıs 2012



Kapak Resmi: Meltem Söylemez "Soyut resim" (2012) 130x120 cm, tuval üzerine yağlıboya
Ressam, eğitimci. 14. Turgut Pura Resim-Heykel Yarışması (1995) Resim İkincilik Ödülü,
1. Talens Resim Yarışması (2002) İkincilik ve yine Samsun İlkadım Rotary Kulübü (2004)
İkincilik Ödülleri olan ve pek çok yarışmalı sergilere katılan ve kişisel sergileri olan sanatçı,
aynı zamanda Adnan Menderes Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi'nde yardımcı doçent
olarak görev yapmaktadır.

Yayın Kuralları | Instructions to Authors

- **Türkiye Aile Hekimliği Dergisi / Turkish Journal of Family Practice** Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHÜD) resmi yayın organıdır. Dergi üç ayda bir çıkar ve dört sayıda bir cilt tamamlanır. Derginin yayın dili Türkçe'dir. Yabancı yazarlardan gelen yazılar İngilizce yayınlanabilir.
- Derginin içeriğini Aile Hekimliği ve birinci basamak sağlık hizmetlerini ilgilendiren tüm konular oluşturmaktadır. Dergi, araştırma makalelerini, olgu sunumlarını, derlemeleri, sürekli tıp eğitimine katkıda bulunacak yazıları, kısa raporları, başmakaleleri, editöre mektupları, önemli uluslararası belgelerin çevirilerini, yayın tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.
- Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.
- Dergimiz ve derneğimiz yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntıda, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.
- Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İncelenme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.
- Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıtta göre karar verilir.
- Yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak hazırlanmış 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.

Yazı Çeşitleri

Özgin araştırmalar: Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur (Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları). *Giriş* ve *Amaç* bölümünde çalışma konusu, ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunarak konunun bilinen ve bilinmeyen, bilgi birikimi olmayan ya da çelişkili olan yönleri, araştırmanın bir eksiklerden hangisini ve neden tamamlamayı amaçladığı belirtilmelidir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın aile hekimliğine beklenen katkısı ve uygulamada ne tür değişikliklere yol açmasının öngörüldüğü yer almalıdır. *Gereç* ve *Yöntem* bölümünde çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği ve örneklemin nasıl yapıldığı belirtilmeli, kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb) ayrıntılı olarak tanıtılmalı ve ölçeklerin geçerlik güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin nasıl analiz edildiği ve istatistiksel değerlendirme konusunda bilgi verilmelidir. *Bulgular* bölümünde, araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, her ikisinde birden yinelenmemelidir. *Tartışma* bölümünde araştırmada elde edilen bulguların önemli vurgulanmalı, bunlar başka yazarların bulguları ile karşılaştırılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği eklenmelidir. *Sonuç* bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara dayanılarak varılan ana sonuçlar vurgulanmalı, aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrardan kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

Olgu sunumları: Literatüre katkısı olabileceği düşünülen ilginç olgu deneyimlerinin aktarıldığı yazılardır. Giriş, Olgu sunumu ve Tartışma bölümlerinden oluşur. Yapılandırılmış özet içermeli, yazı uzunluğu özet, kaynaklar ve tablolar dışında 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Yorum yazıları ve editöre mektuplar: Dergide yayınlanmış makalelerle ilgili yorumda bulunmak, araştırmalar hakkında bilgi vermek, aile hekimlerini geliştiren haberler etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli ko-

nulara dikkat çekmek gibi amaçlarla editöre mektup ya da yorum yazıları gönderilebilir. Yorum ve mektuplarda isteğe bağlı olarak başlık, tablo ya da kaynak bulunabilir. Bu yazılar 1000 sözcüğü geçmemelidir.

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

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında uluslararası kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildiğe ve rehberlerin çevirilerine dergide yer verilebilir. Bu konuda çalışmaya başlanmadan önce Dergi Editörler Kurulu ile bağlantı kurulması önerilir. Çevirinin yayınlanabilmesi için orijinal yazının sahibinden izin alınması çeviri yapıpının sorumluluğundadır.

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

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

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

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

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

Başlık: Yazının başlığı, yazarların akademik unvanları, adları soyadları, uzmanlık alanları ve bağlı oldukları kurumlar belirtilir. Ardından, yazışma yapılacak yazar belirtilerek, posta adresi, telefon ve faks numaraları ile e-posta adresi yazılır. Varsa makalenin daha önce sunulduğu kongre v.d. bilimsel etkinlikler belirtilir. Makale başlığı yazının içeriğini açıklamalı, anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli en çok 10 sözcükten oluşmalıdır.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri derginin çevirisi olan en az 100 en çok 350 sözcükten oluşmalı; özgün araştırma yazılarının özetleri şu alt başlıklar altında yapılandırılmalıdır: Amaç (*Objectives*), Yöntem (*Methods*), Bulgular (*Results*) ve Sonuç (*Conclusion*). Özetlere Türkçe ve İngilizce en çok 3'er anahtar sözcük eklenmelidir.

Metin: Yazının devamını içerir. Her bir yazı türü (özgün araştırma, derleme vb) için farklı yapılandırılır. Örneğin özgün makaleler için Giriş ve amaç, Gereç ve yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur.

Kaynaklar: Kaynak numaraları, metin içinde geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise et al.) eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adının Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUVER Reference Style Guide'ya uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için bkz.http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler:

Makaleler için:

– Örnek: Akış S, Yılmaz C, Arkan CA. Aile hekimliğinde araştırma alanlarının tanımlanması: kalitatif çalışma. *Türk Aile Hek Derg* 2002;19:17-8.

– Joyce SD, Wilkins PA, Luyten AL, et al. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. *N Engl J Med* 2003;347:284-7.

Kitap bölümü için:

– Raket RE. The family physician. In: Raket RE, editor. Textbook of family practice. 5th ed. Philadelphia: W.B. Saunders; 1995. p. 3-19.

İnternet sayfası için:

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

Şekil, tablo ve resimler: Resimler, şekil ve tablolar Arap rakamlarıyla numaralandırılır (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise alta 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.

Yazıların Gönderilmesi

Değerlendirilmek üzere dergiye gönderilecek yazıların gönderim ve eş değerlendirme süreci (*peer review*) izlemi sadece derginin www.turkailhekkderg.org adresinde yer alan çevrimiçi (*online*) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.

Başmakale | Editorial

Yeni döneme girerken | 1
At the beginning of a new era
Okay Başak

Araştırma | Research Article

**Kronik Hepatit C hastalarında Hepatit B enfeksiyonu ile karşılaşma sıklığı:
Geriyeye dönük bir çalışma | 3**
The frequency of hepatitis B virus infection in patients chronically infected with hepatitis C virus:
a retrospective study
Fatih Akca, Ayşe Semra Demir Akca, Selim Aydemir, Erol Aktunç

Kısa Araştırma Raporu | Short Research Report

Bir aile sağlığı biriminde aile planlaması yöntem kullanımındaki değişim özellikleri | 8
Features of changes in contraceptive method use in a family health unit
Levent Özseven

Derleme | Review

Polisomnografi tanımı ve endikasyonları | 11
Polysomnography diagnosis and indications
Hacer Kuzu Okur

Olgu Sunumu | Case Report

Olgu sunumu: PFAPA sendromu. "Periyodik yüksek ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit" | 15
Case report: PFAPA syndrome. "Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis"
Gaye Çelikcan, Rabia Kahveci, Adem Özkara

Durum Raporları | Position Papers

"Yarı zamanlı uzaktan eğitim" ve tıp eğitimindeki yeri | 18
"Part-time distance training" and its place in medical education
Okay Başak

Family medicine training in Turkey: some thoughts | 23
Türkiye'de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşüncüler
Job FM Metsemakers

Özetler | Abstracts

Aile Hekimliği Akademisi (AHAD) Aile Hekimliği Araştırma Günleri 2011 Bildiri Özetleri | 35
Abstracts presented at the Family Medicine Research Days, 18-20 November 2012, Izmir, Turkey

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | 50

DEVA
İLÂN

Yeni döneme girerken

At the beginning of a new era

Okay Başak¹

Değerli Okuyucular,

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi 2012 yılında 16. Ciltten itibaren yeni bir yapılanma ve anlayış ile yayımlanmaya başlamıştır. Dergimiz ülkemizin ilk ve uzun süredir yayınlanan tek bilimsel ve akademik aile hekimliği dergisidir. 15 yıldır Dergimizi yöneten ve başarıyla bugüne taşıyan önceki Yayın Kurulu ekibine ve yayıncı kuruluşumuz DEOMED Yayıncılık çalışanlarına sonsuz teşekkürlerimizi sunuyoruz. Onlar çok zor koşullarda ve büyük bir özveriyle bunu başarmışlardır.

Değişen koşullara uyum sağlama, büyüme ve gelişme yaşayan varlıkların en büyük özelliklerindedir. Bu, insanların işlev gördükleri toplumsal örgütlenme ve yapılanmalar için de geçerlidir. Uzun yılları geride bırakan tüm kuruluşlar gibi bilimsel dergiler de değişimlere uyum sağlamak, büyümek ve gelişmek durumundadırlar. Dahası, dergiler için yeni ufuklar açabilen bu süreç sürekli olmalıdır.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) bir yılı aşan bir değerlendirme sürecinin ardından Dergi ile ilgili bir takım yeniliklere karar vermiştir. Dergi'nin bilimsel yönetiminin yenilenmesi ve altı editörden oluşan yeni bir kurul tarafından yönetilmesi, ayrıca bir Teknik Yönetim Kurulu'nun oluşturulması, elektronik dergi sürümünün yeniden yapılandırılması ve geliştirilmesi, çevrimiçi (*online*) makale kabul ve hakem değerlendirme sistemi Dergi için düşünülen ve başlatılan başlıca yeniliklerdir.

Dergi kimler tarafından ve ne kadar okunmaktadır? Okuyucular ve yazarlar Dergi'den ne beklemektedir? Dergi'nin amacı, ilgi alanları ve editöryal politikaları nedir? Bugüne kadar neler yapılmıştır? Daha iyi neler yapılabilir? Tüm bunlar yeni Editörler Kurulu tarafından mercek altına alınmıştır.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi uygulamadaki aile hekimlerinden akademik birimlerdeki eğitici ve araştırmacı aile hekimlerine kadar çok geniş yelpazede bir oku-

yucu grubuna sahiptir. Dolayısıyla beklentiler çoktur ve çeşitlidir. Yazarlar da düzenli ve hızlı bir makale değerlendirme süreci yaşamak istemektedirler. Öte yandan Dergi bilimsel yönetiminin beklentisi ise Aile Hekimliği ile daha ilgili ve daha nitelikli yazıların gönderilmesidir.

Halkın sağlık ve iyilik durumunu geliştirmek, Aile Hekimliği ideallerini yükseltmek ve sahada çalışan hekimleri desteklemek Dergimizin başlıca amacıdır. Bu amaç doğrultusunda hedeflerimiz iyi hekimlik ve iyi sağlık hizmeti sunmaya katkı vermek; Aile Hekimliği alanında bilimsel bilgiyi çoğaltmak ve beslemek; Derginin okur sayısını artırmak ve ülke dışına taşımak; araştırma, makale yazma ve hakem değerlendirmesinde niteliği geliştirmektir.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin en temel ilgi alanı Aile Hekimliği uygulaması, disiplinin öğrenilmesi ve öğretilmesi süreçlerinde üretilen bilginin yaygınlaştırılmasına katkı sağlamaktır. Dergide yer verdiğimiz makaleler aile hekimliği uygulamasının günlük sorunlarının yanı sıra, birinci basamak hekim işgücü politikaları gibi ülkemiz sağlık sisteminin karşı karşıya kaldığı uzun vadeli konularla da ilgili olmak durumundadır. Öte yandan disiplinler arası klinik uygulama üzerine yazılar yayımlanmaya devam edeceğiz.

Aile Hekimliği kişi merkezli tıp uygulamasına dayalı yeni bir birinci basamak uygulama modelidir. Yeni klinik model yeni bir klinisyen tipi gerektirir. Bu klinisyen Aile Hekimliği Uzmanıdır. Dolayısıyla Aile Hekimliği Uzmanının yetiştirilmesi süreçleriyle de ilgilenmek durumunda olan Dergimiz Aile Hekimliğini öğrenme ve öğretme süreçlerinde gereksinim duyulan eğitimcilerin yetiştirilmesi ve geliştirilmesi üzerine yazılar yayımlayacak ve klinik uygulama, eğitim ve araştırma alanları arası etkileşim süreçlerindeki yenilikleri teşvik edecektir.

Önümüzdeki dönem birinci editöryal öncelik Dergi'de yer alan makalelerin içeriği ve kalitesi üzerine olacaktır. Aile Hekimliği araştırmasının yaşam kalitemizi etkileme ve sağlıkta eşitliği sağlamaya katkı verme potansi-

¹ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörü; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

yeli yüksektir. Aile Hekimliği bilimin ve toplumun bulunduğu yerdir. Bilimin toplumsal etkilerinin önemine dikkat çekme ve değer vermenin yollarını bulmak zorundayız. Bunun için epidemiyolojik yöntemlerde ve araştırmalarda kapasiteyi artırmalıyız ve niteliksel (kalitatif) araştırmalara yönelmeliyiz. Hasta görüşleri ve deneyimleri aile hekimliği uygulaması için çok önemlidir ve özellikle ülkemizde aile hekimleri tarafından araştırılmayı bekleyen oldukça bakir bir alandır. Önümüzdeki dönem niteliksel yöntemlerle yapılmış araştırma yazılarına giderek daha çok yer vereceğiz.

Bu anlayışla yeni yayın döneminde sürekli mesleksel gelişime yönelik yazıları çeşitlendirmeye çalışacağız. Tanınız nedir, siz olsaydınız ne yapardınız yazı türleriyle okurlarımız arasında deneyim paylaşımını hedeflemekteyiz. Özgün araştırma yazılarının Aile Hekimliği araştırma alanıyla ilgisine daha çok dikkat göstereceğiz. Ayrıca bundan böyle kısa araştırma raporlarına da yer vereceğiz. Dergi yayın politikalarını önceleyen ve okurları bilgilendirmeyi amaçlayan başmakalelerimiz düzenli olarak yayımlanacaktır. Güncel Aile Hekimliği konuları üzerine durum ve görüş bildiren raporlar da Dergimizde daha sık yer bulacaktır. Derleme yazılar konusunda yeni bir uygulama başlatıyoruz. Dergimiz 16. Ciltten itibaren yalnızca özel olarak ısmarlanmış derleme yazılara açık olacaktır. Bunların dışında yazarlardan derleme yazı kabul edilmeyecektir.

Derginin içeriğinin yanı sıra yayın süreçlerinde de önemli yenilikler getirdik. Dergimiz yeni web sitesinde eş zamanlı elektronik olarak da yayımlanacaktır. Asıl önemlisi Dergiye makale kabulünün ve hakem değerlendirmesinin çevrimiçi yapılmaya başlamış olmasıdır. Hakemlik uygulamasının geliştirilmesi ve niteliğinin artırılması da önümüzdeki dönemin temel hedefleri arasındadır. Bununla ilgili ayrıntılar önümüzdeki sayılarda sizlere iletilecektir.

Daha iyi neler yapabiliriz?

Evet, Dergi okurları, Dergiye makale gönderen araştırmacı ve yazarlar, Dergi bilimsel ve teknik yönetimi olarak daha iyi neler yapabiliriz?

Sahadaki uygulayıcısından akademik birimlerdeki eğitici ve araştırmacılara kadar ülkemizdeki tüm aile he-

kimleri, büyük bir enerji ve heyecana sahipler. Tüm sorunlarımıza karşın sağlık hizmet sunumunda birinci basamağa talebin artması bunu hızlandıracaktır.

Ancak enerji ve çaba harcama aile hekimliğini geleceğe taşımak için yeterli değildir. Bu enerjiyi ve çabaları yönlendirebilmeli, Aile Hekimliği araştırmalarına kolaylaştırıcılık yapabilmeliyiz. Genç araştırmacılara ve eğitimcilere kılavuzluk ve özel eğitmenlik yapma önümüzdeki dönem Dergi'nin başlıca işlevlerinden biri olacaktır.

Araştırmalarımızın ve makalelerimizin Aile Hekimliği araştırma alanı ile ilgisini artırmalıyız. Aile Hekimliği araştırmasına özgün araştırma yöntemlerini öğrenmeli ve daha çok kullanmalıyız. Aile hekimliği uygulama merkezlerimiz bizim için birer klinik laboratuvarıdır. Aile hekimliği uygulaması ve eğitiminde geliştirilmiş ve kullanılan yenilikleri yayına dönüştürmeliyiz. Zaten bilinen ve uluslararası düzeyde araştırılmış çalışma konularında küçük ölçekli, yerel düzeyde yapılmış araştırmalar yerine ulusal düzeyde, büyük ölçekli saha araştırmalarını teşvik edeceğiz.

Sayılar yerine ya da sayılardan çok mükemmeliyet üzerine odaklanmalıyız. Uzmanlığımızın bakış açısını, düşünce tarzını ve klinik yaklaşımını geliştirmeyi hedefleyen araştırmalar planlamalıyız.

Uluslararası indekslere girmeyi önceleyeceğiz. Dergi bilimsel yönetiminin önümüzdeki dönem başlıca hedeflerinden biri de budur.

Dergi'nin okunurluğunu ve okur sayısını artırmak istiyoruz. Bu kapsamda Dergi'ye ulaşılabilirliği artırma amacıyla Dergi'de yayımlanan makaleleri ücretsiz serbest erişime açıyoruz.

Aile Hekimliği alanında diğer dergilerle, özellikle uluslararası dergilerle işbirliği yapma ve ortak yazılar yayımlama girişimlerimiz başlamıştır. Bu konudaki gelişmeleri önümüzdeki sayılarda sizlerle paylaşacağız.

Yeni dönemde hep birlikte Dergi'mizi daha üst basamaklara çıkarmak istiyoruz. Tüm bunları başarmada Editoryal ekibin yanı sıra tüm yazarlarımızın, hakemlerimizin, okurlarımızın ve tüm aile hekimlerinin katkısı da büyük olacaktır.

Hep birlikte başarmak dileğiyle...

Kronik Hepatit C hastalarında Hepatit B enfeksiyonu ile karşılaşma sıklığı: Geriye dönük bir çalışma*

The frequency of hepatitis B virus infection in patients chronically infected with hepatitis C virus: a retrospective study

Fatih Akca¹, Ayşe Semra Demir Akca², Selim Aydemir³, Erol Aktunç⁴

Özet

Amaç: Kronik hepatit C hastalarının hepatit B enfeksiyonu ile karşılaşmış ve aşılanmış olma oranlarının belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem: Ocak 2001-30 Haziran 2008 tarihleri arasında başvuran ve anti-HCV (Hepatit C virüs antikor) pozitif 223 hastanın HBsAg (Hepatit B yüzey antijeni), anti-HBs (Hepatit B yüzey antikor), anti-HBcIgG (Hepatit B kor IgG antikor), anti-HBcIgM (Hepatit B kor IgM antikor), HBV-DNA (Hepatit B virüs DNA) ve HCV-RNA (Hepatit C virüs RNA) serolojik belirteçleri bilgisayar veri tabanından saptandı.

Bulgular: HBsAg, anti-HBs ile birlikte anti-HBc IgG ve izole anti-HBcIgG pozitiflikleri sırası ile %4, %14.9, %17 idi. Hepatit B enfeksiyonu ile karşılaşmış olma ve aşılanmış olma oranları sırası ile %31.9, %26.2 idi. Bölgemizdeki kronik hepatit C hastalarının hepatit B ile karşılaşma ihtimali yüksek, ancak aktif bağışıklanmış olma oranı düşük bulundu.

Sonuç: Kronik hepatit C hastalarında; kronik karaciğer hastalığının ilerleyişini olumsuz yönde etkileyen ve aynı bulaş yollarını kullanan hepatit B virüsünün varlığı serolojik yöntemle mutlaka araştırılmalıdır. Bu hastalar ve aile hekimleri hepatit B aşısı ile aşılanmaları konusunda uyarılmalı ve yönlendirilmelidir.

Anahtar sözcükler: Hepatit B virüsü, hepatit C virüsü, aktif bağışıklama.

Summary

Objectives: To determine the immunization status against and the encounter rate with hepatitis B virus in patients with chronic hepatitis C infection.

Methods: A total of 223 patients positive for anti-HCV were screened retrospectively using the computer based patient records between January 1, 2001 and June 30, 2008 in terms of hepatitis B surface antigen (HBs Ag), hepatitis B virus surface antibody (anti-HBs), hepatitis B virus core IgG antibody (anti-HBcIgG), hepatitis B virus core IgM antibody (anti-HBcIgM), hepatitis B virus DNA (HBV-DNA), hepatitis C virus RNA (HCV-RNA).

Results: The rates of HBsAg, anti-HBs and anti-HBc IgG, and isolated anti-HBc IgG seropositivity were 4.0%, 14.9% and 17.0% respectively. The rates of infection with and the active immunization against hepatitis B virus were 31.9% and 26.2%, respectively. Consequently, patients with chronic hepatitis C infection in our region were found to be highly prone to co-infection with hepatitis B virus, and less likely to have active immunization against it.

Conclusions: Active immunization of sero-negative patients should be regarded as a healthcare priority because hepatitis B co-infection has significant adverse effects on disease progression in patients with chronic hepatitis C infection. These patients should be warned about it and directed to be vaccinated with hepatitis B vaccine by family physicians.

Key words: Hepatitis B virus, hepatitis C virus, active immunization.

Kronik hepatit B ve C enfeksiyonları, kronik karaciğer hastalığının dünyadaki en yaygın nedenlerindendir.^[1,2] Kronik hepatit C (HCV) enfeksiyonunun ortalama prevalansı %3 (0.5-5) civarındadır.^[3]

Dünyada 170 milyon kişi bu virüsle enfektedir.^[4] Türkiye’de anti-HCV pozitiflik oranı %1-2.4’tür.^[5] Hepatit C enfeksiyonunun en önemli özelliği %85 oranında kronikleşmesi ve genellikle belirti vermemesidir. Kronik he-

*10. Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde poster sunum olarak sunulmuştur (Fethiye, 2011)

¹⁾ T.C. Sağlık Bakanlığı, Gökçebey İlçe Hastanesi, Aile Hekimi Uzmanı, Dr., Zonguldak

²⁾ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Zonguldak

³⁾ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Doç. Dr., Zonguldak

⁴⁾ Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Zonguldak

patitlerin %70'inde, siroz olgularının %25'inde neden HCV enfeksiyonudur.^[6] Hepatit C enfeksiyonuna bağı kronik karaciğer hastalığında karaciğer kanseri gelişme riski her yıl %1-5 oranında artmaktadır.^[7]

Hepatit B enfeksiyonu; akut ve kronik hepatit, siroz, hepatosellüler kanser (HSK) gibi ciddi komplikasyon riski taşır.^[8] Tüm dünyada yaklaşık 350-400 milyon kişi HBV ile enfektedir. ABD'de tüm kronik karaciğer hastalığı ve siroz olgularının %5-10'u HBV enfeksiyonu sonucudur.^[9] Hepatit B enfeksiyonunun dünyadaki dağılımı coğrafi farklılık gösterir; dünyadaki HBsAg pozitifliği %0.1-20 arasında değişir.^[10] Hepatit B enfeksiyonuna bağı akut hepatitlerin %5'i kronikleşir, bunların önemli bir bölümü siroza dönüşür; sirozda ise HSK gelişme riski oldukça yüksektir.^[11] Türkiye'deki toplum taramalarındaki HBsAg pozitifliği %2-13.6 arasındadır. Bölgesel farklar görülmekle birlikte HBsAg pozitifliği doğudan batıya doğru gidildikçe azalmaktadır.^[12]

Hepatit B ve C açıdan farklı yaşam döngüleri ve gen dizilimleri ile biyolojik açıdan farklı iki virüs olmalarına karşın, hastalığın ilerlemesinde aynı ortak yolu paylaşırlar. HBsAg pozitif hastalarda anti HCV pozitifliği %3-20, anti HCV pozitiflerde ise HBsAg pozitifliği %2-10'dur.^[13] Hepatit B ve C enfeksiyonlarının birlikte bulunması, siroz ve denetlenemeyen karaciğer hastalığına gidişi hızlandırır ve nisbi HSK riskini de artırır.^[14]

Bu çalışmada; bölgemizdeki kronik hepatit C hastalarında HBV enfeksiyonu sıklığını ve HBV'ne karşı aşılama oranlarını araştırdık.

Gereç ve Yöntem

Ocak 2001–Haziran 2008 tarihleri arasında Karaelmas Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde herhangi bir tanı ile ayaktan ya da yatarak tedavi gören, 188.106 hasta dosyası veri tabanından geriye dönük olarak incelendi, anti-HCV pozitif 989 hasta saptandı. Bunların arasından HBV serolojik belirteçlerine bakılan 223 hasta ile çalışma grubu oluşturulmuştur. 16 yaşından

küçük, daha önce anti-HCV pozitif olup tedavi alan ve HBV serolojik belirteçlerine bakılmamış 766 hasta çalışma grubuna alınmamıştır.

Access 2 Immunoassay System cihazında Access® (Beckman Coulter, Inc.) kitleri ve makro ELISA yöntemiyle HBsAg, Anti-HCV, Anti-HBs, Anti-HBcIgG, Anti-HBcIgM, Cobas Amplicor Monitor System cihazında Cobas® Amplicor HCV Monitor® Test, V 2.0 kiti ve PCR yöntemiyle HCV-RNA, HBV-DNA aranan hastalar kaydedildi. Anti-HBs pozitif, anti-HBcIgG negatif olanlar aşılı kabul edildi.

İstatistik Analiz

İstatistiksel değerlendirme SPSS (Versiyon 13.0) programı kullanılarak yapıldı. Yaş gibi sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler ortalama±standart sapma ve ortanca, kategorik yapıdaki veriler sayı ve yüzde olarak ifade edildi. Kategorik yapıdaki değişkenler (cinsiyet ve serolojik belirteçler) arasındaki ilişkiler Ki-kare ve Fisher Kesin Ki-kare testi ile incelendi. Normal dağılım gösteren sayısal değişkenler bakımından iki grubun karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı. $p < 0.05$ değeri anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışma grubundaki hastaların 127'si (%57) kadın, 96'sı (%43) erkekti. Yaş ortalaması 54.2 ± 15.7 (17-74) idi. Kadınların yaş ortalaması 53.9 ± 16 (17-82), erkeklerin ise 54.6 ± 14.5 (19-84) idi. İki cinsiyet arasında yaş açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$).

Çalışma geriye dönük olduğundan bazı serolojik belirteçler eksiktir. Mevcut belirteçler açısından rastlanılan bulgular Tablo 1'de verilmiştir.

Çalışma grubumuzdaki HBsAg ve anti-HBs pozitifliğinin cinsiyete göre dağılımı Tablo 2'te verilmiş olup, her iki serolojik belirtecin pozitifliği açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p > 0.05$).

Tablo 1. Çalışma grubunda saptanan serolojik belirteçlerin sayı ve yüzdeleri

Serolojik belirteç	Pozitif		Negatif		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
HCV-RNA	175	78.5	48	21.5	223	100
HBsAg	9	4	214	96	223	100
Anti-HBs	58	26	165	74	223	100
Anti-HBcIgG	45	31.9	96	68.1	141	100
Anti-HBcIgM	0	0	135	100	135	100
HBV-DNA	2	22.2	7	77.8	9	100

Tablo 2. HBsAg ve anti-HBs pozitifliğinin cinsiyete göre dağılımı

Serolojik belirteç	Cinsiyet				Toplam		p
	Erkek		Kadın		n	%	
	n	%	n	%			
HBsAg	6	66.7	3	33.3	9	100	0.178
Anti-HBs	34	58.6	24	41.4	58	100	0.765

*Fisher kesin ki kare **Ki kare

Çalışma grubumuzda anti-HBcIgG aranan 141 hastadan 45'inin (%31.9) hepatit B enfeksiyonuyla karşılaştığı saptandı. Bu hastalardan 21'inde anti-HBs ve anti-HBcIgG (%14.9), 24'ünde (%17) ise yalnızca anti-HBcIgG pozitif. Çalışma grubumuzdaki 37 hastada (%26.2) anti-HBs pozitifliği aktif bağışıklamaya bağlı idi (Tablo 3).

Tartışma

HCV enfeksiyonu olanlarda HBV taşıyıcılığı genel popülasyon ile benzerlik gösterir. Dünyada HBV, HCV koenfeksiyonu ile ilgili geniş popülasyonlu çalışmalar olmadığından birlikte görülme prevalansı tam olarak bilinmemektedir. Anti-HCV pozitif olanlarda HBsAg pozitifliği yaklaşık %2-10 arasındadır. Hastalığın yüksek derecede endemik olduğu Hindistan'da hemodiyaliz almayan hastalarda bu oran %3-56 arasında bildirilmiştir.^[15]

HCV-HBV koenfeksiyon sıklığı kronik karaciğer hastalarında %7.7, sağlıklı insanlarda ise %1.2'dir.^[16] Farklı bir çalışma kronik karaciğer hastalarında koenfeksiyon prevalansını %7, yaş gruplarına göre dağılımı 0-30 yaş aralığında %4.5, 30-50 yaş aralığında %4.4, 50 yaş üzerinde %14 bildirmiştir.^[17] HCV-HBV koenfeksiyon prevalansı, bu açıdan yüksek risk taşıyan damar içi ilaç kullanıcılarında %42.5, hemodiyaliz hastalarında %3.7, organ transplantasyonu yapılanlarda %8, HIV pozitif kişilerde %66, beta talasemi taşıyıcılarında %10'dur.^[18-21] Bizim çalışmamızda yüksek risk grubundan hasta bulunmamaktadır. Kronik hepatit C tanısı alanları kapsayan çalışmalarda hepatit A ve B ile koenfeksiyon sıklığı %1.9-4.4 olarak bildirmiştir.^[22,23] Hastalarımızdaki koenfeksi-

yon sıklığı %4 idi.

Son deneysel çalışmalar; son alınan virüs hangisi ise önceden kronik enfeksiyona neden olan virüsü baskıladığı görüşünü desteklemektedir.^[24] Kronik hepatit C hastalarında yapılan bir çalışmada, HBV-DNA pozitifliği olanlarda HCV-RNA düzeyinin, HBV-DNA'sı negatif olanlardan daha düşük olduğu bildirilmiştir.^[25] Kronik hepatit B olanlarda yapılan bir çalışmada farklı olarak 26 hastada anti-HCV pozitifliği saptamıştır. Anti-HCV pozitif olanların hiçbirinde HBV-DNA pozitifliği saptanmamıştır ve bu hasta grubunda 3 hastada HCV-RNA negatif bulunmuştur.^[26] Bizim çalışmamızda koenfeksiyonlu 9 hastadan sadece 2'sinde HBV-DNA pozitifliği. Literatürdeki genel görüş HBV'nin HCV tarafından baskılanmasıdır. Ancak çalışmamızda HBV-DNA pozitif 2 hasta vardı. HBV-DNA pozitif olanlarda HCV-RNA negatif bulunmuştur. Bu bulgumuzu destekleyen bir çalışma bulunmaktadır.^[25]

Ülkemizde sağlıklı bireylerde yapılan prevalans çalışmalarında hepatit B virüsü ile karşılaşma oranı %34.7-47.4 arasında değişmektedir.^[27,28] Hepatit B virüsü ile karşılaşma oranı, Marmara Bölgesi'nde %32.5, Ege Bölgesi'nde %28.4, Akdeniz Bölgesi'nde %31.5, Karadeniz Bölgesi'nde %31.3, Orta Anadolu'da %33.7, Doğu Anadolu'da %36.5, Güneydoğu Anadolu'da %48'dir.^[28] Ülkemizde yapılan başka bir çalışma, kronik C hepatitinde, hepatit B virüsü ile karşılaşma oranını %45 olarak bildirmiştir.^[29]

Çalışmamızdaki hepatit B virüsü ile karşılaşma oranı; Marmara, Akdeniz, Karadeniz ve Orta Anadolu oranları ile benzerlik göstermektedir; Ege Bölgesi'nden yüksek,

Tablo 3. Anti-HBs ve anti-HBc IgG pozitifliğinin sayı ve yüzdeleri

		Anti-HBcIgG				Toplam	%
		Negatif	%	Pozitif	%		
Anti-HBs	Negatif	59	71.1	24	28.9	83	100
	Pozitif	37	63.8	21	36.2	58	100
		96	68.1	45	31.9	141	100

Doğu Anadolu, ve Güneydoğu Anadolu'dan daha düşüktür. Ülkemizin batısından doğusuna gidildikçe hepatit B virüsü ile karşılaşma oranı artmaktadır.

Ülkemizde aşıli grupları belirleyen yeterli çalışma yoktur. Çalışmaların çoğu hastaları sadece anti-HBs pozitifliğine göre değerlendirmiştir.^[30,31] Erişkinlerdeki prevalans çalışmalarına göre, hepatit B aşısı olanların oranı %3.2-4.5'tir.^[28,31] Bizim çalışmamızda hepatit B aşısı ile aşılama oranı %26.2 idi. Bu oran diğer çalışmalardaki oranlardan yüksek, fakat yetersizdir. Bulaş açısından aynı yolları kullanan bu virüslerden HVC ile enfekte olanlar için süperenfeksiyon riskini önlemek için HVB aşısı mutlaka yapılmalıdır. Hepatit B ülkemizde 1998'de rutin aşı programına alınmıştır.^[32] İlerleyen yıllarda HBsAg taşıyıcılık ve karşılaşma oranlarında bir azalma olacağı muhakkaktır. Bu aşılama grup bizim çalışmamızda yer almamıştır.

Üstünde durulması gereken diğer bir konu da izole anti-HBc pozitifliğindeki bulaştırıcılık riskidir. HBsAg ve anti-HBs negatif olgularda izole anti-HBcIgG pozitifliği sıktır. Bu serolojik profilin prevalansı toplumlara göre değişmekle birlikte %0.1-20 arasındadır ve dünyadaki dağılımı kronik HBsAg taşıyıcılığına paraleldir.^[33] Farklı toplumlarda izole anti-HBcIgG prevalansı %0.51-19.2 arasındadır.^[34-36] Ülkemizdeki seroprevalans çalışmalarında bu oran %3-12.1 arasındadır.^[37-41] Bizim grubumuzda izole anti-HBcIgG pozitifliği %17 idi. Bu oran ülkemizde bildirilen oranlardan yüksektir. Grubumuzda izole anti-HBcIgG pozitifliğinin toplum genelinden yüksek olması; hastalarımızın HCV gibi parenteral yolla bulaşan HBV ile aynı yüksek risk ortamında karşılaşmış olabileceğini düşündürmektedir.

İzole anti-HBc pozitifliği özel hasta gruplarında daha dikkatli değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmalarda inflamatuvar hepatitliler, hemodiyalize girenler, organ transplantasyonu yapılanlar, homoseksüeller ve intravenöz uyuşturucu kullanan ve izole anti-HBcIgG pozitifliği saptananların ortalama %40'ında HBV-DNA pozitifdir.^[42] Çalışmamız geriye dönük olduğundan, izole anti-HBcIgG pozitifliği olanlarda HBV-DNA araştırılmamıştır. Bu durum, daha sonra yapılacak çalışmalarda göz önünde bulundurulmalıdır.

Bizim sonuçlarımıza göre, kronik HCV'lilerde HBV enfeksiyon etkeni ile karşılaşma sık ve enfeksiyon kalıcılığı genel popülasyondan daha yüksektir. HBV ile aşılama oranlarımızın yüksek saptanması bize eğitim ve bağışıklama çalışmalarının öneminin gözardı edilmemesi gerektiği kanısını oluşturmuştur. Seronegatif hastaların HBV enfeksiyonuna karşı bağışıklama için aşılama mutlaka sağlanmalıdır.

Kaynaklar

1. Lok AS, Mc Mahon BJ. Chronic hepatitis B. *Hepatology* 2001;34:1225-41.
2. Lauer GM, Walker BD. Hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2001; 345: 41-52.
3. Shepard CW, Finelli L, Alter M. Global epidemiology of hepatitis C virus infection. *Lancet Infect Dis* 2005;5: 558-67.
4. Thomas DL, Ray SC, Lemon SM. Hepatitis C. Principles and Practice of Infectious Diseases'de. Ed. Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. 6. baskı. Philadelphia, Elsevier Churchill Livingstone, 2005;1950-81.
5. Sünbül M. HCV enfeksiyonunun epidemiyolojisi ve korunma. *Viral Hepatit 2007'de*. Ed. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. 1. Baskı. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2007;208-19.
6. Ökten A. Hepatit C girişi. *Viral hepatit 2001'de*. Ed. Kılıçturgay K, Badur S. 1. baskı. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2001;180-1.
7. Seeff LB. Natural history of hepatitis C. *Hepatology Rev* 2005;2:88-96.
8. Taşyaran MA. Hepatit B virüs enfeksiyonunda klinik. *Viral Hepatit 2007'de*. Ed. Tabak F, Tekeli E, Balık İ. 1. Baskı. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2007;118-22.
9. Betts R. İnfeksiyon Hastalıklarına Pratik Yaklaşımlar Çev. Ed. Tabak F. İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2005;460-65.
10. Özdemir D, Kurt H. Hepatit B virüsü enfeksiyonlarının epidemiyolojisi. *Viral Hepatit 2007'de*. Ed. Tabak F, Balık İ. 1. baskı. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2007;108-7.
11. Taşyaran MA. HBV enfeksiyonu epidemiyolojisi. *Viral Hepatit 2003'de*. Ed. Tekeli E, Balık İ. 1. baskı. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2003;121-8.
12. Mıstık R. Türkiye'de viral hepatit epidemiyolojisi yayınlarının irdelenmesi. *Viral Hepatit 2007'de*. Ed. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. 1. baskı. İstanbul, Viral Hepatitle Savaşım Derneği Yayını, 2007;10-50.
13. Liu Z, Hou J. Hepatitis B virus and hepatitis C virus dual infection. *Int Med Sci* 2006;3:57-62.
14. Akhan S. İkili (HBV ve HCV) ve üçlü (+HDV) enfeksiyonda klinik sonuçlar ve tedavi. *Hepatit C Güncelleme Toplantısı Kongre Kitabı*, İstanbul, 11-13 Ocak 2008;155-6.
15. Saravanan S, Velu V, Nandakumar S ve ark. Hepatitis B virus and hepatitis C virus dual infection among patients with chronic liver disease. *J Microbiol Immunol Infect* 2009;42:122-8.
16. Tsatsralt-Od B, Takahashi M, Nishizawa T, Endo K, Inoue J, Okamoto H. High prevalence of hepatitis B, C and delta virus infections among blood donors in Mongolia. *J Med Vir* 2005;77:491-9.
17. Gaeta GB, Stornaiuolo G, Precone DF ve ark. Epidemiological and clinical burden of chronic hepatitis B virus/hepatitis C virus infection. A multicenter Italian study. *J Hepatol* 2003;39:1036-41.
18. Pallas JR, Farinas-Alvarez C, Prieto D, Delgado-Rodriguez M. Coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C in imprisoned injecting drug users. *Eur J Epidemiol* 1999;15:699-704.
19. Reddy GA, Dakshinamurthy KV, Neelaprasad P, Gangadhar T, Lakshmi V. Prevalence of HBV and HCV dual infection in patients on haemodialysis. *Indian J Med Microbiol* 2005;23:41-3.
20. Aroldi A, Lampertico P, Montagnino G ve ark. Natural history of hepatitis B and C in renal allograft recipients. *Transplantation* 2005;79:1132-6.
21. Irshad M, Peter S. Spectrum of viral hepatitis in thalassaemic children receiving multiple blood transfusions. *Indian J Gastroenterol* 2002;21:183-4.
22. Demirtürk N, Demirdal T, Altındış M, Aşçı Z. Hepatit C virüsü ile enfekte hastalarda hepatit A ve hepatit B virüs serolojileri. *Ege Tıp Dergisi* 2007; 46:97-100.
23. Karaca Ç, Çakaloğlu Y, Demir K ve ark. Hepatit C virüs enfeksiyonlu hastalarda hepatit B virüs sıklığı. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2004;3: 76-8.
24. Mitre HP, Mendonça JS. Co-infection with hepatitis B virus and hepatitis C virus. *Braz J Infect Dis* 2007;1:33-5.
25. Zarski JP, Bohn B, Bastie A ve ark. Characteristic of patients with dual infection by hepatitis B and C viruses. *J Hepatol* 1998;28:27-33.

26. Liaw YF, Tsai SL, Chang JJ ve ark. Displacement of hepatitis B virus by hepatitis C virus as the cause of continuing chronic hepatitis. *Gastroenterology* 1994;106:1048-53.
27. Mehmet D, Melikşah E, Şerif Y, Günay S, Tuncer O, Zeynep S. Prevalance of hepatitis B infection in the Southeastern region of Turkey: Comparison of risk factors for HBV infection in rural and urban areas. *Jpp J Infect Dis* 2005;58:15-9.
28. Erden S, Büyüköztürk S, Çalangu S ve ark. A study of serological markers of hepatitis B and C viruses in Istanbul, Turkey. *Med Princ Pract* 2003;12: 184-8.
29. Demirtürk N, Demirdal T, Altındış M, Aşçı Z. Hepatit C virüsü ile enfekte hastalarda hepatit A ve hepatit B virüs serolojileri. *Ege Tıp Dergisi* 2007;46:97-100.
30. Kaygusuz S, Kılıç D, Ayaşhoğlu E, Özlük Ö, Cerit L, Yıldırım A. Kırıkkale'de yaşa ve cinsiyete göre HAV, HBV ve HCV seropozitiflik sonuçları. *Viral Hepatit Dergisi* 2003;8:160-5.
31. Çelik M, Ekerbiçer HÇ, Çetinkaya A, Büyükbeşe MA, Aral M. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Hastanesi Check-Up polikliniğine başvuran kişilerde hepatit B seroprevalansı. *Gaziantep Üniversitesi Tıp Dergisi* 2007;1:26-7.
32. TC. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Hepatit B Hk. 04.06.1998tarihve6856sayılıgenelge.Sayı:B100TSH0110005. http://www.istanbulsağlik.gov.tr/w/sb/bh/belge/HepB_genelgesi.pdf Erişim tarihi: 30.09.2011
33. Mert A, Şentürk H, Aktuğlu Y. Sağlıklı kişilerde HBsAg (-), anti-HBs (-) ve anti-HBc (+)'liği ne anlama gelmektedir? *Klinik Gelişim* 1999;12:974-8.
34. Ben Ayed M, Triki H, Cointe D ve ark. The isolated presence of anti-HBc antibodies: Prevalence and interpretation based on the results of viral DNA research and anti-HBs antibodies measurement after vaccination. *Ann Biol Clin* 2001;59:53-60.
35. O'Connell T, Thornton L, O'Flanagan D ve ark. Prevalence of hepatitis B anti-core antibody in the Republic of Ireland. *Epidemiol Infect* 2000;125: 701-4.
36. Neifer S, Molz B, Sucker U, Kreuzpaintner E, Weinberger K, Jilg W. High percentage of isolated anti-HBc positive persons among prisoners. *Gesundheitswesen* 1997;59:409-2.
37. Altunay H, Kenar S, Koçak N, Çavuşoğlu Ş. İzole anti-HBc pozitifliğinde hepatit B virüs infeksiyözitesinin araştırılması. *Viral Hepatit Dergisi* 2003; 8:10-5.
38. Özacar T, Zeytinlioğlu A, Erensoy S, Yapar N, Hoşgör M, Bilgiç A. Hepatit B virüs serolojisinde salt anti-HBc olumluluğu ve HBV aşısına yanıt. *Viral Hepatit Dergisi* 1995;2:69-71.
39. Zülfiyar B, Öztürk R, Kınık K. İstanbul'da değişik yaş grubundan sağlıklı kişiler, hamileler, diş hekimleri ve berberlerde hepatit B taraması sonuçları. III.Ulusal Viral Hepatit Sempozyumu, Ankara, 1996;20.
40. Özdemir D, Yılmaz Z, Şencan İ, Yıldırım M, Küçükbayrak A. İzole anti-HBc pozitifliği saptanan hastaların hepatit B aşısına karşı immün yanıtlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;1:28-31.
41. Yıldırım B, Barut Ş, Bulut Y, Yenişehirli G, Özdemir M, Çetin İ, Etikan İ, Akbaş A, Atuş Ö, Özyurt H, Şahin Ş. Seroprevalence of hepatitis B and C viruses in the province of Tokat in the Black Sea region of Turkey: A population-based study. *Türk J Gastroenterol* 2009;20:27-30.
42. Altındış M, Aktepe O.C, Çetinkaya Z, Kıyıldı N, Kalaycı R. Kantitatif anti HBc ölçümü ile HBV-DNA varlığının karşılaştırılması. *Viral Hepatit Dergisi* 2006;11:138-41.

Geliş tarihi: 07.07.2011

Kabul tarihi: 03.10.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Ayşe Semra Demir Akca
Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi
Uygulama ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Kozlu 67100 Zonguldak
Tel: 0372 261 20 01
e-posta: aysesemra@hotmail.com

Bir aile sağlığı biriminde aile planlaması yöntemi kullanımındaki değişim özellikleri

Features of changes in contraceptive method use in a family health unit

Levent Özseven¹

Özet

Bu çalışmanın amacı Isparta il merkezinde bulunan bir Aile Sağlığı Birimi'ne aile hekimliği uygulamasının başladığı 2007 yılında kayıtlı olup kaydı 2011 yılı sonuna kadar devam eden 15-49 yaş, cinsel açıdan aktif 522 kadının aile planlaması yöntemi kullanımındaki değişim özelliklerini araştırmaktır. Bu kadınların izlem kartları retrospektif olarak incelenmiş, 2007 yılında 251'inin (%48), 2011 yılında ise 332'sinin (%64) etkili aile planlaması yöntemlerinden birini kullandığı tespit edilmiştir. Etkisiz yöntemleri tercih edenlerin sayısı 2007 yılında 195 (%37) iken, 2011 yılında 125'e (%24) düşmüştür. Birimimizde aile hekimliği uygulaması kapsamında beş yıldır yapılan üreme sağlığı çalışmaları yöntem seçimini olumlu yönde etkilemiştir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, aile planlaması, üreme sağlığı.

Summary

The purpose of this study was to investigate the features of changes in contraceptive method choice in a family health unit in Isparta city. The follow-up file cards of 522 sexually active women aged 15-49 years were examined retrospectively. While only 251(48%) of these women were using modern contraceptive methods within the year 2007, this number increased to 332(64%) until 2011. Although the number of women using a traditional method in the year 2007 was 195 out of 522(37%), it dropped down to 125(24%) until 2011. Reproductive health promotion strategies had favorable effects on contraceptive method choice in our unit.

Key words: Family medicine, family planning, reproductive health.

Ülkemiz dünyada nüfusu en hızlı artan ülkeler arasındadır. Sağlık Bakanlığı'nun uyguladığı aile planlaması çalışmaları nedeniyle nüfus artış hızı son 30 yılda, yıllık %2.5'ten %1.3'e gerilemiştir. Ülkemizin bu nüfus artış hızı 2010 yılında dünya ortalaması olan %1.14'ün üzerindedir. 2010-2025 dönemi için yapılan projeksiyonlar nüfus artış hızımızın %1.1'e ineceğini, ancak ülkemizin Avrupa'da İrlanda ile birlikte nüfusu en hızlı artan ülke konumunda olacağını öngörmektedir.^[1]

Aile planlaması, "bütün çiftlerin ve bireylerin istedikleri sayıda çocuğa sahip olmaya ve doğumların arasını açmaya serbestçe ve sorumlucu karar vermeleri, bu amaçla bilgi, eğitim ve araçlara sahip olmaları" şeklinde tanımlanmaktadır.^[2] Ülkemizde aile planlaması programının uygulanmasına 1965 yılında başlanmış, sterilizasyon ameliyatı ve sosyal nedenlerle uterusun boşaltılması ise 1983 yılında serbest bırakılmıştır.^[3]

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre, 15-49 yaş evli kadınların etkili aile planlaması yöntemlerinden en az birini bilmesine ve %67'sinin sahip olduklarından başka çocuk istememesine rağmen herhangi bir yöntemle korunanların oranı %73'tür.^[4] Önceki beş yıl içerisindeki her on doğumdan yedisinin gebe kalındığı sırada istenmiş olduğu, birinin gebelik sürecinde istenir hale geldiği ve ikisinin de hiç istenmemiş gebelikler olduğu bildirilmiştir. Eğer tüm istenmeyen doğumlar önlenebilmiş olsaydı, toplam doğurganlık hızı kadın başına %2.2 yerine 1.6 çocuk olacaktı. Kadınların beşte dördünün ya doğumları sonlandırmak (%59.1) ya da doğumların arasını açmak (%20.2) için aile planlaması hizmeti talebi vardır. Aile planlamasında toplam hizmet-talep açığı, TNSA-2003'teki oranla aynı seviyededir (%6). Yine TNSA 2008 verilerine göre önceki beş yıllık dönem içinde, gebeliklerin beşte birinden biraz fazlası (%21) canlı doğum dışında sonuçlanmıştır.^[4]

¹⁾ Sağlık Bakanlığı, Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi, Isparta

Düşük hızlarının ve geleneksel yöntem kullanımının yüksek olması ve çocuk istemediği halde yöntem kullanmayanların oranındaki fazlalık sebebiyle doğum aralıkları sıklaşmakta, doğum sayısı artmakta, anne ve çocuk sağlığı olumsuz yönde etkilenmektedir.^[4]

Aile hekimliği uygulaması belirsiz ve anonim olan sağlık merkezi-birey ilişkisini düzeltmeyi, doktorla hasta arasındaki hizmet alıcısı-hizmet sunucusu ilişkisini kalıcı, düzenli ve uyumlu bir ilişki haline getirmeyi amaçlamaktadır.^[5] Bu özellikleriyle aile hekimliği hizmet sunumunun alıcı ile sunucu arasında güvene dayalı sürekli bir ilişkinin temel önemde olduğu aile planlaması uygulamalarını geliştirmesi beklenir.

Bu çalışmanın amacı bir Aile Sağlığı Biriminin sunduğu sağlık bakımı kapsamında üreme çağındaki kadınların aile planlaması yöntemlerini kullanma tercihlerindeki değişimi belirlemek ve bunun olası nedenlerini tartışmaktır.

Gereç ve Yöntem

Isparta Merkez 35 No'lu Aile Sağlığı Birimi'nde 2007 yılı Ocak ayında aile hekimliği uygulaması başlarken kayıtlı olan ve kaydı 2011 yılı sonuna kadar devam eden 15-49 yaş arası cinsel açıdan aktif toplam 522 kadının 15-49 yaş izlem kartları retrospektif olarak incelenmiş, 2007 yılında kullandıkları ve 2011 yılında halen kullanmakta oldukları aile planlaması yöntemlerinin dağılımları araştırılmıştır. Gebe ve virgolar çalışma dışında bırakılmıştır. Çalışmamız geriye dönük tanımlayıcı bir çalışmadır. Yöntem kullanım oranları ile ilgili veriler Mc Nemar kare testi ile istatistiksel olarak irdelenmiş, $p<0.05$ değeri anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya alınan kadınların yaş ortalaması 36.2 ± 5.42 'dir. Aile hekimliği uygulamasının başladığı 2007 yılı başında yöntem kullanmayan kadın sayısı 76 (%15) iken 2011 yılı sonunda bu sayı 65'e (%12) gerilemiştir. Bir yöntem kullanma ve kullanmama oranları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$).

Çalışmamızda 2007 yılı başında 522 kadının 251'inin (%48), 2011 yılı sonunda aynı kadınların 332'sinin (%64) etkili aile planlaması yöntemlerinden birini kullandığı saptanmıştır. Etkisiz yöntemleri tercih eden kadın sayısı ise 2007 yılı başında 195 (%37) iken, 2011 yılı sonunda 125 (%24) olmuştur. Etkili ve etkisiz yöntem kullanma oranları arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.001$). Aile hekimliği uygulamasının başladığı 2007 yılında etkisiz yöntem kullanan 94 kadın, 2011 yılı sonunda etkili aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmaktadır. Yine 2007 yılı başında etkili aile

planlaması yöntemi kullanan 18 kadın, 2011 yılı sonunda etkisiz yöntem kullanmaktadır. **Tablo 1**'de 2007 ve 2011 yılına göre etkili ve etkisiz aile planlaması yöntemlerinin kullanım oranları gösterilmektedir.

Tartışma

Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmeti olan aile planlaması, aile hekiminin başlıca görevlerinden biridir. Aile hekimliği uygulamasında hastalarla kurulan sürekli ilişki bağlamında, aile planlaması hizmet sunumunda kişilerle temas sağladığı her fırsatı değerlendirme şansına sahip olması, aile hekimine önemli bir üstünlük sağlamaktadır. Bu çalışmada bir aile hekiminin beş yıllık uygulama deneyiminde aile planlaması yöntem kullanımındaki değişim eğilimini saptamayı ve tartışmayı amaçladık.

Türkiye'de gebeliği önleyici yöntem kullanımı üzerine yapılmış birçok çalışma olmakla birlikte aynı bireylerde zaman içerisinde yöntem kullanımındaki değişimleri irdeleyen çalışmalar mevcut değildir. Ancak konu ile ilgili olarak Türkiye'de yapılmış en büyük araştırma 15-49 yaş evli kadınlarda yapılan Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmasıdır. Son iki TNSA araştırması kendi verilerimizi irdelediğimiz döneme en yakın verileri sunmaktadır. Türkiye genelinde 2003-2008 yılları arasında evli kadınlarda yöntem kullanım oranı %71'den %73'e çıkarken ilimizin de içinde bulunduğu Akdeniz bölgesinde bu oran %71'den %70'e gerilemiştir. Bu dönemde bölgemiz, yöntem kullanım oranında düşüş gözlenen tek bölgedir. Aynı çalışmada Akdeniz bölgesinde geleneksel yöntem kullanım düzeyi %26'dan %25'e düşerken, modern yöntem kullanımının %45'den %46'ya yükseldiği bildiril-

Tablo 1. Beş yıldır aynı hekime kayıtlı bireylerin kullandıkları aile planlaması yöntemlerinin dağılımı

	2007 yılında sayı (%)	2011 yılında sayı (%)
Etkili yöntemler*	251 (48)	332 (64)
Kondom	156 (30)	175 (34)
Rahim içi araç	57 (11)	89 (17)
Tüp ligasyonu	20 (4)	37 (7)
Oral kontraseptif	18 (3)	24 (5)
Enjeksiyon	0	7 (1)
Etkisiz yöntemler*	195 (37)	125 (24)
Geri çekme	163 (31)	113 (22)
Takvim	30 (6)	12 (2)
Vajinal yıkama	2 (0,3)	-
Yöntem Kullanmayan	76 (15)	65 (12)
Genel toplam	522 (100)	522 (100)

* $p<0.001$

miştir.^[4] TNSA verilerinden farklı olarak, 2007 ve 2011 yılları arasındaki 5 yıllık dönemde, birimimizde kayıtları süreklilik gösteren 522 kadının etkili bir yöntem kullanım oranında önemli ve istatistiksel olarak anlamlı bir artış tespit edilirken, etkisiz yöntem kullanım oranında da anlamlı bir düşüş gözlenmiştir. Çalışmamızda aynı kadınlara ait verilerin karşılaştırılmış olmasının hizmet sunumu-sonuç ilişkisinin doğrudan değerlendirilebilmesi, etkili ve etkisiz yöntemler arasında geçiş yapan kadınların belirlenmesi, bu geçişlerde etkili olan faktörlerin saptanması ve gelecek uygulamalara yönelik yeni stratejilerin geliştirilmesi açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

TNSA verilerine göre Akdeniz Bölgesinde 15-49 yaş evli kadınlar arasında en yaygın kullanılan yöntem hem 2003 hem de 2008 yılı için %24 ile geri çekme yöntemidir. Kondom kullanım oranı ise %11'den %13'e çıkmıştır. Çalışmamıza dahil edilen kadınlarda birimimize ilk kayıt oldukları 2007 yılında en yaygın kullanılan yöntem %31 ile geri çekmedir. Bu oranı %30 ile kondom kullanımını takip etmektedir. 2011 yılında ise geri çekme yöntemi kullanım oranı %22'ye gerilerken kondom kullanım oranı %34'e yükselmiştir.

Türkiye Üreme Sağlığı 2007 Programına göre 1996-2003 yılları arasında yapılan çeşitli araştırmalar, o dönem için mevcut olan hizmet sunum kapasitesinin beklenen düzeylerin altında kaldığını ortaya koymaktadır.^[6] Birimimizde 2007 yılından itibaren uygulanmaya başlanan aile hekimliği modeli kapsamında, prensip olarak hasta hekim iletişiminde gücü paylaşan, ilişkide ortaklık sağlayan görüşmeciler model temel yaklaşımımız olmuştur. Aile planlaması uygulaması ve eğitimi için 15-49 yaş grubundaki kadınlar-

la yapılan her görüşme bir fırsat olarak değerlendirilmiştir. Yapılan eğitimlerde bireyleri basitçe bilgilendirmek yerine davranış değişikliği sağlamak hedeflenmiştir. Bireylerle kurulan sürekli ve güvene dayalı bir ilişki, fırsatların değerlendirilmesi ve düzenli bir izlem yaklaşımının yöntem kullanımındaki olumlu değişimde etkili olduğunu düşünmekteyiz.

Sonuç

Aile hekiminin düzenli kayıt tutması ve kendi verilerini analiz etmesi uygulama performansını geliştirmesi açısından oldukça önemlidir.

Kaynaklar

1. International Programs. U.S. Census Bureau. International Data Base - Turkey. <http://www.census.gov/population/international/data/idb/country.php> adresinden 10.01.2012 tarihinde erişilmiştir.
2. Mexico City Declaration. The International Conference on Population. http://www.apda.jp/en/pdf/declarations/1984_MexicoCity.pdf adresinden 10.01.2012 tarihinde erişilmiştir.
3. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-II. Ana-Çocuk Sağlığı, Nüfus Sorunları ve Aile Planlaması http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/16.html adresinden 10.01.2012 tarihinde erişilmiştir.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etüdüleri Enstitüsü. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf> adresinden 10.01.2012 tarihinde erişilmiştir.
5. Saran U. Sağlıkta Aile Hekimliğinin Getirdikleri. *Aile Hekimliği Dergisi* 2007;1:10-5.
6. Türkiye Üreme Sağlığı Programı. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Çerçevesi. http://sbu.saglik.gov.tr/tusp/turkce/yayinlar/pdf_dokumanlar/03_CSUSHizmetCerçevesi_t.pdf adresinden 10.01.2012 tarihinde erişilmiştir.

Geliş tarihi: 01.02.2012

Kabul tarihi: 16.03.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Levent Özseven

Eski Sümerbank Cad.

Isparta

Tel: 0246 232 29 56

e-posta: lvozseven@hotmail.com

Polisomnografi tanımı ve endikasyonları

Polysomnography diagnosis and indications

Hacer Kuzu Okur¹

Özet

Polisomnografi (PSG), başta uykuda solunum bozuklukları olmak üzere pek çok uyku hastalıklarının tanısında kullanılan altın standart testtir. Bu derlemede PSG tanımı ve endikasyonları, American Academy of Sleep Medicine (AASM) önerileri göz önüne alınarak sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Polisomnografi, uyku hastalıkları, uyku laboratuvarı.

Summary

Polysomnography (PSG), is the gold standard test used in a lot of sleep disorders mainly in sleep-related breathing disorders. In this review, the diagnosis and the indications of the PSG is presented considering the American Academy of Sleep Medicine (AASM) suggestions.

Key words: Polysomnography, sleep disorders, sleep laboratory.

Polisomnografi (PSG), başta uykuda solunum bozuklukları olmak üzere pek çok uyku bozukluğunu saptamak için kullanılan kayıt ve metot tekniklerinin genel ismidir. PSG ile uyku sırasında çok sayıda fizyolojik parametre, genellikle bütün gece boyunca, devamlı olarak belli bir periyotta ve eşzamanlı olarak kayıt edilir. Günümüzde PSG obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS) ve diğer uyku bozukluklarının tanısında altın standart testtir.^[1] PSG bu iş için düzenlenmiş uyku laboratuvarında, deneyimli teknisyen gözetiminde gerçekleştirildiğinden kolay ulaşılabilir bir yöntem değildir. Uyku hastalıklarının tanınması ve hasta başvurularının artması ülkemizde PSG randevularının daha ileri tarihlere verilmesine neden olmaktadır. Standart PSG için hastanın bir gece uyku laboratuvarında kalarak uyku kayıtlarının alınması gereklidir. Çoğu zaman tedavi içinde ikinci kez uyku çalışmasına ihtiyaç duyulur. Bu derlemede uyku hastalıklarının aile hekimliği alanında tanınabilmesi ve uyku laboratuvarına yönlendirmeyi gerektiren PSG endikasyonlarının sunulması hedeflenmiştir.

Genel Değerlendirme

Hastanın uyku öyküsü alınmalı ve fiziksel muayenesi yapılmalıdır. Fizik muayenede solunum, kalp-damar ve sinir sistemleri değerlendirilmelidir. Horlama, uykuda solunum durması, yorgunluk, gündüz uyku hali, bacaklarda huzursuzluk sorgulanmalıdır. Uykuda solunum bozukluğu ile ilişkili olabilen hipotiroidi, obezite, hipertansiyon, inme, konjestif kalp yetersizliği ve koroner arter hastalığı gibi tıbbi durumlar belirlenmelidir.

Uykuda solunum bozukluğu düşünülen hastalara burun geçişi muayenesi yapılmalıdır. Hastalara PSG ve ortam hakkında bilgi verilmesi çekim gecesi olan anksiyete ve uyumsuzluğu azaltabilir.^[2]

PSG Öncesi Hazırlık

Hastanın PSG öncesi alkol ve kafein almaması tavsiye edilir.

Kafein uykusuzluğa ve uykunun bölünmesine neden olabilir. Alkol uyku yapısını değiştirdiği gibi OSAS tab-

¹ Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Uyku Bozuklukları Ünitesi, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, İstanbul

losunu olduğundan daha ağır gösterebilir. Tedavi için sürekli kullandığı ilaçları, uyumaya yardımcı ilaçlar dahil, PSG gecesi de alması önerilir. Uyku yapısında ve hastalık şiddetinde yanılmalara neden olabildiğinden muayene sırasında ilaç öyküsü dikkatli alınmalıdır. PSG çekiminin yapılacağı gece ilaç öyküsü ve günlük uyku ve duygulanım durumu not edilmelidir.^[2]

Protokol

PSG genellikle tüm gece boyunca, 6-8 saat süreyle yapılmalıdır. Uyku odaları kızılötesi kamera ve ses kayıt sistemi içermelidir. Teknisyen uyku odasındaki hastayı görebilmeli, duyabilmeli ve iletişim kurabilmelidir. Uyanıklık ve uyku sırasındaki fizyolojik değişiklikler günümüzde bilgisayara kaydedilmektedir. Günümüzde, veriler bilgisayara kaydedilir. Uyku evreleri, uyanıklık ve fizyolojik olayların tanımlanması ise elde skorlanır.^[3]

OSAS uyku sırasında tekrarlayan tam ya da kısmî üst solunum yolu tıkanmasına bağlı gelişen, anormal solunum olayları ile karakterize bir sendromdur. Oronazal hava akımının en az 10 saniye süreli tam olarak durması (apne) yada kısmî olarak durması (hipopne) olarak tanımlanır. Apne ve hipopneler kısa süreli uyku bölünmeleri (arousal) ve oksijen desatürasyonlarına neden olur. Horlama, uykuda nefes durması, gündüz uyku hali OSAS şüphesi uyandırır, ancak kesin tanı PSG ile konur. PSG’de tüm gecede oluşan toplam apne-hipopnenin uyku saati başına bölünmesi ile elde edilen apne-hipopne indeksi (AHI) 5 ise OSAS tanısı konur. OSAS 30-60 yaş arası erkeklerin %4’ünü kadınların da %2’sini etkileyen bir hastalıktır.^[4-5]

Tanısal gecenin ardından tedavi endikasyonu olan OSAS hastalarına pozitif hava yolu basıncı tedavisi (PAP) önerilmektedir. Sürekli hava yolu basıncı (CPAP) genellikle tedavide yeterli olmaktadır. CPAP basıncı, hastanın ikinci bir gece uyku laboratuvarında kalarak PSG eşliğinde belirlenir.

Yarı gece (Split-night) modeli

Tanısal gecede OSAS düşünülen hastaya aynı gecede CPAP titrasyonu ile devam edilmesidir. Uyku laboratuvarında rutin PSG ile uygulanır. Yarı gece çalışmalarında tanı ve tedavi için gerekli olan CPAP basıncının aynı gecede elde edilmesi uyku laboratuvarlarındaki randevu süresini kısaltmıştır.^[6]

American Academy of Sleep Medicine (AASM) yarı gece PSG tanı ve tedavi değerlendirmesi için bazı ölçütler koymuştur.^[6]

- Tanısal uyku çalışmasının iki saatlik bölümünde AHI>40/h olması,
- Uyku çalışmasının iki saatlik bölümünde AHI >20-40/h arasında olan klinik olarak CPAP kullanımını gerektirecek risk faktörü; uykululuk, kalp hastalığı, hipertansiyon ve akciğer hastalığı olması,
- CPAP titrasyonu üç saatten fazla sürmesi,
- CPAP’ın REM ve non-REM uyku döneminde solunumsal olayları önlediği PSG’de görülmesi,
- Eğer uykuda solunum bozukluğu tanısı onaylanmış fakat ikinci ve üçüncü ölçütler yoksa, CPAP titrasyonu için ikinci kez tüm gece PSG yapılır.

Yarı-gece modeli randevu sürelerini kısaltmış ve tedaviye hemen başlanmasını sağlamış olmakla birlikte halen tartışılan yönleri bulunmaktadır. Gecenin ilk yarısı ile ikinci yarısındaki uyku mimarisindeki farklılıklar tanı ve tedavide yanlış ya da yetersiz sonuçlara neden olabilmektedir. Yeterli klinik araştırmalara ihtiyaç vardır.^[7-8]

Gün Boyu PSG

Gece vardiyalı çalışanlar için kullanılır. Çünkü gece vardiyasında çalışanlar gece uyanık kalır, gündüz uyurlar. PSG’nin süresi ve protokolü gece uyku çalışması ile aynıdır.

PSG Kaydı

Amerikan Uyku Tıbbı Akademisi (American Academy of Sleep Medicine – AASM) 2007 yılında, uyku ve ilişkili olayların skorlanmasında yeni kuralları bir kılavuz ile yayınlamıştır. Günümüzde bu uzlaşma raporu kuralları esas alınmaktadır.^[2-3]

PSG Montajı

- **Uyku evreleri:** Nöral elektroensefalografik aktivite (EEG), göz hareketleri elektrookülogram (EOG) ve submental aktivite elektromyografi (EMG) ile kaydedilir ve uyku ve uyanıklık ayırımında kullanılır.
- **Solunum eforu:** Solunum eforu için altın standart yöntem özefagus balonu ile intratorasik basınç ölçümüdür. Bu teknik invaziv olduğu için rutin kullanılmaz. Piezoelektrik bantlar göğüs ve karına yerleştirilir. Ancak pozisyon değişiklikleri ile etkinlikleri değişebilir santral ve obstrüktif apne ayırımında yetersiz kalabilir. İndüktif pletismografi kaliteli ve hassas solunum eforu ölçümü sağladığı için AASM tarafından önerilmiştir.
- **Hava akımı:** AASM apne tanımı için ise termistör; (burun önünde hava akımını kaydeden sensör), hipopne tanımı için de burun basınç ölçeri önermiştir.

- Horlama mikrofonu
- CO2 düzeyi izlenmesi
- Pulse oksimetre
- Elektrokardiyogram
- Vücut pozisyonu
- Ekstremitte hareketleri

PSG 'nin Kullanım Endikasyonları

AASM, 1997'da yayınlamış, en son 2005'te yeniden düzenlemiştir.^[2]

- Uyku ile ilişkili solunum bozukluklarının tanısında
 - Obstrüktif uyku apne sendromu (OSAS)
 - Santral uyku apne sendromu (CSA)
 - Cheyne-Stokes solunumu (CSR)
 - Alveoler hipoventilasyon sendromu
 - Üst hava yolu rezistans sendromu (UARS)
- Pozitif hava yolu basıncı (PAP) titrasyonunda
- OSAS tedavisinde yapılacak cerrahi öncesi ve sonrasında

İzlemede PSG Endikasyonları

- OSAS tedavisinde kullanılan ağız içi araçlara alınan cevabı değerlendirmede
- PAP tedavisi sırasında kilo kaybı (vücut ağırlığının %10 azalması)
- PAP tedavisi sırasında kilo alma (vücut ağırlığının %10 artması) ve semptomların tekrarı.
- PAP tedavisine başlangıçta cevabın iyi olmasına rağmen semptomların yeniden ortaya çıkması. (OSAS ve narkolepsinin bir arada olması)

PSG'nin Önerildiği Diğer Endikasyonlar

- Kalp yetersizliği (sistolik ve diyastolik)
- Koroner arter hastalığı
- İnme ya da geçici iskemik atak öyküsü olanlar
- Taşiaritmi ya da bradikaritmisi olanlarda uykuda solunum bozukluğu şüphesi varsa PSG önerilmelidir.

Diğer Solunum Bozukluklarında PSG Endikasyonları

Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları (KOAH), bronş astımı, nöromüsküler hastalıklarda uyku bozuklukları ile ilgili semptomu olanlarda, uyku anamnezi, uyku günlükleri ile yeterli bilgi alınmadığında PSG planlanabilir.^[9]

Narkolepsi Tanısı İçin

Parasomni ve Uyku ile İlişkili Epilepsilerde Huzursuz Bacak Sendromu (RLS) ve Periyodik Bacak Hareketi Hastalığı (PLMD). RLS tanısı için rutin PSG gerekmez ancak PLMD ile birliktelik olabileceği düşünüldüğünde gereklidir.

İnsomni ile Birlikte Olan Depresyon

Sirkadiyen Ritm Bozukluğunda: Tanıda PSG rutin değildir.

Taşınabilir Kayıt Teknikleri

Uyku laboratuvarı dışında da uyku kaydı alınması son yıllarda kullanıma girmiştir. Tanı koyma süresini kısaltmak ve maliyeti düşürmek amacıyla PSG kaydının tamamının ya da bir kısmının taşınabilir ve ideal olarak teknisyen yardımına ihtiyaç duymaksızın yapabildiği sistemlerdir. Kanal sayılarındaki azlık ve veri kaybı olasılığı nedeniyle kullanımda kısıtlılık vardır. Hasta seçiminde yüksek pretest olasılığı göz önüne alınarak; vücut kitle indeksi, horlama, cinsiyet, boyun çevresi gibi kanıtlanmış ölçütlerin kullanılması önerilmektedir. Negatif ya da tanısız olmayan ev çalışması durumunda PSG yapılabilir.^[6-10]

PSG Kontrendikasyonları

PSG'nin kontrendikasyonu yoktur. Hastaya PSG kararı verilirken kar ve zarar oranları iyi hesaplanmalıdır. Pacemaker ve defibrilatörler PSG kontrendikasyonu oluşturmamaktadır ancak uyku laboratuvarında kontrol edilmesi önerilmektedir.

PSG Komplikasyonu

PSG'nin komplikasyonu nadirdir. En sık komplikasyon elektrotları yapıştırmak için kullanılan maddeye karşı deri irritasyonudur. Laboratuvar şartlarında uyumak ve ortamı yadırgamak ilk gece etkisi yapabilir. Yatak ve monitorizasyona bağlı rahatsızlık olabilir.

PSG Sonucunda Değişkenlik

Gecedan geceye olan değişiklikler tek gecelik PSG çalışmalarında OSAS ciddiyetinde yanımlara neden olabilir. OSAS şüphesi olan; obez, hipertansiyon ve uykuda apne gözlenen öyküsü olan /olmayan PSG negatif hastalarda test tekrarlanabilir.^[11]

Sonuç ve Öneriler

PSG uyku hastalıklarının tanı ve tedavisinde kullanılan bir tetkiktir. Hasta sayısına oranla PSG yapılan yer-

lerin azlığı nedeniyle hasta seçimi önemlidir. Uyku sorunları olan hastalar ile karşılaşıldığında ayırıcı tanılar açısından uyku hekimine yönlendirilmeli ve gereken hastalara PSG yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. AARC-APT (American Association of Respiratory Care-Association of Polysomnography Technologists) clinical practice guideline. *Polysomnography Respir Care* 1995;40:1336.
2. Kushida CA, Littner MR, Morgenthaler T, et al. Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: An update for 2005. *Sleep* 2005;28:499-521.
3. American Academy of Sleep Medicine. The AASM Manuel for the scoring of sleep and associated events. American Academy of Sleep Medicine, Westchester IL 2007.
4. Lee-Chiong T. Sleep a Comprehensive Handbook, John Wiley and Sons Inc. New Jersey 2006.
5. Young T, Palta M, Dempsey J, et al. The occurrence of sleep-disordered breathing among middle-aged adults. *N Engl J Med* 1993;328:1230-5.
6. Deustch PA, Simons MS, Wallace JM. Cost-effectiveness of split-night polysomnography and home studies in the evaluation of obstructive sleep apnea syndrome. *Clin Sleep Med* 2006;2:145-53.
7. Patel NP, Ahmed M, Rosen I. Split-night polysomnography. *Chest* 2007; 131:1664-71.
8. Fanfulla F, Patruno V, Bruschi C, et al. Obstructive sleep apnea syndrome: is the "half-night polysomnography" an adequate method for evaluating sleep profile and respiratory events? *Eur Respir J* 1997;10:1725-9.
9. Bednarek M, Plywaczewski R, Jonczak L, Zielinski J. There is no relationship between chronic obstructive pulmonary disease and obstructive sleep apnea syndrome: a population study. *Respiration* 2005;72:142-49.
10. Chesson AL Jr, Berry RB, Pack A. Practice parameters for the use of portable monitoring devices in the investigation of suspected obstructive sleep apnea in adults. *Sleep* 2003;26:907.
11. Meyer TJ, Eveloff SE, Kline LR, et al. One negative polysomnogram does not exclude obstructive sleep apnea. *Chest* 1993;103:756.

Geliş tarihi: 11.08.2011

Kabul tarihi: 31.12.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Hacer Kuzu Okur

Mehmet Şengün Sok.

Çeliker Apt. No: 6/19

Fenerbahçe İstanbul

e-posta: hacerkuzu@hotmail.com

Olgu sunumu: PFAPA sendromu. "Periyodik yüksek ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit"

Case report: PFAPA syndrome. "Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis"

Gaye Çelikcan¹, Rabia Kahveci², Adem Özkara³

Özet

PFAPA sendromu; periyodik yüksek ateş dönemleri, aftöz stomatit, farenjit, servikal adenit ile karakterize, kalıtsal olmayan bir sendromdur. Klinik pratikte çocuklarda yüksek ateş ve tonsillit tablosuyla sıklıkla karşılaşılmaktadır. Bu makalede aile hekimliği polikliniğine tekrarlayan ateş yüksekliği, tonsillit, aftöz stomatit nedeniyle başvuran 20 aylık bir erkek hasta sunulmaktadır. Yakınmalarının yineleyici niteliği ve bir sonraki atağın steroid tedavisine yanıt vermesi ile olgumuz PFAPA sendromu tanısı almıştır. Bu makalede PFAPA sendromu ile ilgili bilgiler gözden geçirilmiş ve birinci basamakta tanı koymanın önemi vurgulanmıştır.

Anahtar sözcükler: Periyodik ateş, farenjit, aftöz stomatit, PFAPA sendromu.

Summary

PFAPA is a non-hereditary syndrome, characterized by periodic fever episodes, aphthous stomatitis, pharyngitis and cervical adenitis. In clinical practice high fever and tonsillitis are frequently encountered in children. Here we report a 20-month old boy who was admitted to a family medicine office for recurrent high fever, tonsillitis and aphthous stomatitis. Diagnosis of PFAPA syndrome was established by the recurrent nature of complaints and clinical response to steroid treatment in the next episode. In this article, we reviewed PFAPA syndrome and emphasized the importance of its diagnosis in the primary care.

Key words: Periodic fever, pharyngitis, aphthous stomatitis, PFAPA Syndrome.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin en büyük özelliği her yaş grubunda hastaya hizmet verilmesidir. Çocuklar bu kapsamda önemli bir yer tutar. Çocukluk çağında yüksek ateş sık görülen ve aileyi telaşlandıran bir hekime başvuru nedenidir.

PFAPA; periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenitten oluşan, ani başlangıçlı, febril atakların olduğu bir sendromdur.^[1] Hastalık çoğunlukla 5 yaşın altında ortaya çıkar. Hastalığıdaki ateş atakları, düzensiz aralıklarla yineler ve ortalama 3-4 gün sürüp, kendiliğinden düzeldir.^[2] Aftöz stomatit, farenjit ve servikal lenfadenopati eşliğinde ortalama 5 gün (3-6 gün) süren ve 3-6 haftada bir tekrarlayan yüksek ateş (38-41 °C) ataklarıyla karakterizedir.^[3,4]

Bu yazıda ateş şikayeti ile aile hekimliği polikliniğine getirilen, ayrıntılı anamnez ile bu şikayetin tekrarlama

gösterdiği öğrenilen ve steroid tedavisine yanıt veren 20 aylık bir PFAPA olgusu sunulmaktadır.

Olgu Sunumu

20 aylık erkek hasta 72 saattir ateş düşürücüye cevap vermeyen ateşle aile hekimliği polikliniğine getirildi. Ateş ilk yükseldiğinde farklı bir merkeze götürülen ve tonsillit tanısıyla oral amoksisilin klavulanat (60 mg/kg/gün) başlanan hasta, 72. saatin sonunda ateşinin düşmesi üzerine polikliniğimize ailesi tarafından getirildi.

Fizik muayenesinde genel durumu iyi, ancak ateşi 39.6 °C idi. Nabız 148/dk, kan basıncı 100/60 mm Hg, vücut ağırlığı 11,400 kg (25-50 p), boyu: 82 cm (25-50 p) idi. Tonsiller bilateral hiperemik ve hipertrofikti. Sol ar-

¹⁾ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Asistan Dr., Ankara

²⁾ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

³⁾ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

ka servikal zincirde en büyüğü 1x1 cm olan mobil lenfadenopati mevcuttu. Ağız içinde, dilin üstünde, orta hatta 0.5x1 cm boyutunda kenarları hiperemik, ortası soluk, beyaz renkli ve zimba deliği görünümünde aftöz stomatiti mevcuttu. Hepatosplenomegalisi olmayan hastanın diğer sistem muayeneleri doğaldı.

Hastanın öyküsü derinleştirildiğinde aynı klinik tablonun son 5 ay içerisinde her ay tekrarladığı, ateşin antipiretiklere yanıt vermediği ve 5 günden önce düşmediği öğrenildi. Her ateşlenmesinde farklı bir sağlık kuruluşuna götürülen hastaya her defasında antibiyotik tedavisi başlandığı, hatta 3 ay öncesinde lomber ponksiyon yapılmasının önerildiği ancak aile tarafından kabul edilmediği öğrenildi. Dikkat çekici olarak olgumuzun ateşli olduğu dönemlerinde bile genel durumunun hep iyi olduğu ifade edildi.

Hastanın laboratuvar incelemesinde; beyaz küre 13,300/mm³, hemoglobin: 12.7 g/dl, hematokrit: %39, trombosit: 263,000/mm³, sedimantasyon hızı: 14 mm/saat, C reaktif protein: 0,5 mg/L bulundu. Periferik yaymasında %59 PNL ve %41 lenfosit görüldü. Sola kayma ve toksik granülasyon yoktu. Serum biyokimyasal değerleri ve tam idrar incelemesi normal sınırlarda idi. Arka-ön akciğer grafisinde anormal bir bulguya rastlanmadı.

Hastanın 72 saattir almakta olduğu antibiyotik tedavisi sonlandırıldı. Ailevi Akdeniz Ateşi ya da diğer periyodik ateş sendromları araştırılmak üzere izlendi. İdrar, kan ve boğaz kültürlerinde üreme olmadı, ateş 5. günde düştü. Aftöz stomatit bir hafta sonra tamamen kayboldu. Atak esnasında alınan kan örneklerinde EBV, CMV, HSV ve toksoplazma IgG ve IgM negatif bulundu.

Hasta 25 gün sonra 40.2 °C ateş, aftöz stomatit ve tonsillit nedeni ile ikinci kez başvurdu. Öykü yeniden derinlemesine alındı, hastanın hiçbir ateşli döneminde karın ağrısı şikayetinin olmadığı anlaşıldı. PFAPA sendromu öntanısıyla tek doz 1 mg/kg oral prednizolon verildi. 3 gün sonraki kontrol muayenesinde annesi, steroidi izleyen sekiz saat içinde ateşinin düştüğünü ve bir daha yükselmediğini ifade etti. Muayenede hastanın ateşi yoktu; aftöz stomatiti ve tonsilliti gerilemişti.

Tartışma

İlk olarak 1987'de Marshall'ın tanımladığı FAPA tablosu, 1989'da PFAPA olarak adlandırıldı.^[5] Genellikle 6 ay – 5 yaş arasındaki çocuklarda görülür, 39 °C'den yüksek ateş ve boğaz ağrısı ile seyreder. Hastalarda bu duru-

mu açıklayacak bir üst solunum yolu enfeksiyonunun klinik ve laboratuvar bulguları gösterilemez. Yüksek ateş 3-8 hafta aralıklarla tekrarlar. Klasik antipiretik, antibiyotik sağaltımına cevap vermez ve 3-7 gün içinde kendiliğinden geçer. Ataklar arasında olgular tamamen normaldir.^[4,6]

PFAPA Sendromunda semptomlar 5 yaşından önce başlar. 40-41 °C'yi bulan yüksek ateş yaklaşık 5 gün devam eder. Ateşle beraber vakaların %75'inde farenjit ve stomatit, %67'sinde reaktif servikal lenfadenopati ve diğer minör semptomlar (baş ağrısı, bulantı, kusma, titreme ve halsizlik) görülebilir.^[7] PFAPA sendromuna ait en önemli bulgulardan birisi ateşin yüksek olmasına karşın genel durumun çoğunlukla bozulmamasıdır. Bu bulgu hastalığın ayırıcı tanısından oldukça yararlıdır. Ateş ortalama 3-5 günde kendiliğinden düşer.^[8]

PFAPA atağı tanısı konulduğunda uygulanan 1-2 mg/kg/doz prednizolon tedavisinin ardından çok yüksek olan ateş düzeyi normale döner. Prednizolon tedavisi kas içi ya da ağız yolu ile hastanın klinik durumuna göre, hekimin karar vereceği şekilde uygulanabilir. Ara dönemlerde kortikosteroid kullanımına genellikle gereksinim duyulmaz. Kortikosteroid tedavisi ile bulguların hızla kaybolmasına karşın atak sıklığı etkilenmez. Hastalık çoğunlukla 3-4 hafta aralarla düzenli olarak yineler. Bu durumda her atakta tek doz oral prednizolon uygulaması klinik bulguların kaybolmasına yardımcı olur.^[5,9]

Peridis ve arkadaşları bir meta analizle PFAPA Sendromunda medikal ve cerrahi yaklaşımları değerlendirdiler. Bu çalışma, antibiyotik ve simetidin kullanımının etkili olmadığını, ancak steroid kullanımının etkili olduğunu göstermiştir. Adenoidektomi ile birlikte olsun veya olmasın, tonsillektomi etkili bulunmuştur. Steroidler ile cerrahi girişim arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak steroid tedavisi ile sıklığının azalmadığı göz önünde tutularak PFAPA'nın uzun süreli yönetiminde cerrahi yaklaşımın en etkili müdahale olduğu ileri sürülmüştür.^[10]

Sonuç olarak PFAPA Sendromunun belirti ve bulguları birinci basamak polikliniklerinde sık rastlanan belirti ve bulgularla örtüşme gösterir. Yüksek ateş aileleri çok kaygılandırıcı bir belirtidir. Tanı koymak amacıyla yapılan çok sayıda tetkik, hasta ve aileleri açısından yıpratıcı olduğu gibi sağlık giderlerinin de boş yere artmasına yol açmaktadır. Bu nedenle 5 yaş altındaki çocuklarda ateş, farenjit, aftöz stomatit ve lenfadenopati saptandığında öyküde tekrarlayan ataklar varsa, PFAPA Sendromu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Licameli G, Jeffrey J, Luz J, Jones D, Kenna M. Effect of adenotonsillectomy in PFAPA syndrome. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2008;134:136-40.
2. Kasapçopur Ö, Arısoy N. PFAPA Sendromu. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2009;44:80-3.
3. Frenkel J, Kuis W. Overt and occult rheumatic diseases: the child with chronic fever. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2002;16:443-69.
4. Thomas KT, Feder HM Jr, Lawton AR, Edwards KM. Periodic fever syndrome in children. *J Pediatr* 1999;135:15-21.
5. Feder H. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, adenitis: a clinical review of a new syndrome. *Curr Opin Pediatr* 2000;12:253-6.
6. Long SS. Syndrome of periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis (PFAPA):What it isn't? What is it? *J Pediatr* 1999;135:1-5.
7. Marshall GS, Edwards KM, Butler J, Lawton AR. Syndrome of periodic fever, pharyngitis, and aphthous stomatitis. *J Pediatr* 1987;110:43-6.
8. Padeh S, Brezniak N, Zemer D, ve ark. Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenopathy syndrome: clinical characteristics and outcome. *J Pediatr* 1999;135:98-101.
9. Lierl M. Periodic fever syndromes: a diagnostic challenge for the allergist. *Allergy* 2007;62:1349-58.
10. Peridis S, Pilgrim G, Koudounnakis E, Athanasopoulos I, Houlakis M, Parpounas K. PFAPA Syndrome in children: A meta-analysis on surgical versus medical treatment. *Curr Opin Rheumatol* 2010;22:579-84.

Geliş tarihi: 11.04.2011

Kabul tarihi: 03.11.2011

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Gaye Çelikan

MSB Oran Lojmanları 585. Sokak,

Ertuğrul Platin Apt, No: 3/7

Çankaya, Ankara

Tel: 0530 346 19 29

e-posta: gayegorgulu81@mynet.com

“Yarı zamanlı uzaktan eğitim” ve tıp eğitimindeki yeri

“Part-time distance training” and its place in medical education

Okay Başak¹

Özet

Ülkemizde başka hiçbir tıp disiplini ve uzmanlık alanı için düşünülmeyen ve dünyanın hiçbir ülkesinde tıpta uzmanlık eğitimi için uygulanmayan bir “model”, mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimine alternatif ikinci bir yol olarak kullanılmak istenmektedir. Üstelik bunu gerektirecek “ülkemize özgü koşullar” da bulunmamaktadır. Bu yazıda tıpta yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulamaları ve Sağlık Bakanlığının tanımladığı “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” modeli ele alınmakta ve ülkemizde aile hekimliği uzmanlık eğitiminin geliştirilmesi için güncel görevler ışığında tartışılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, uzmanlık eğitimi, yarı zamanlı eğitim, uzaktan eğitim.

Summary

A model which has not been considered for any other medical discipline and has not been implemented for specialty training in medicine in any other country has been proposed as an alternative route to current family medicine specialty training in our country. Furthermore, there are no prerequisites specific to our country for this claim. In this position paper the applications of part-time specialty training in medicine, and the model of “part-time distance specialty training” described by Ministry of Health are reviewed and discussed in line with current tasks of developing family medicine specialty training in our country.

Key words: Family medicine, specialty training, part-time training, distance learning.

Ülkemizde başka hiçbir tıp disiplini ve uzmanlık alanı için düşünülmeyen ve dünyanın hiçbir ülkesinde tıpta uzmanlık eğitimi için uygulanmayan bir “model”, mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimine alternatif ikinci bir yol olarak kullanılmak istenmektedir. Üstelik bunu gerektirecek “ülkemize özgü koşullar” da bulunmamaktadır. Bu girişimin dünya literatürüne bilimsel, kavramsal ve kuramsal bir katkı temeli var mıdır yoksa ülkemiz sağlık politikaları açısından pratik ve pragmatik yararlar mı öngörmektedir?

Bu sorunun yanıtını verebilmek için öncelikle dünyada bazı ülkelerde uygulanan “tıpta yarı zamanlı (part-time) uzmanlık eğitimi” ve ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi” ile neyin tanımlandığına bir göz atmak gerekir. Yoksa oluşacak kavram karışıklığı, aslında dünya uygulamalarının çok açık ve tanımlanmış olduğu bir konuda ilgili taraflarda kafa karışıklığına yol açabilir ve işi içinden çıkılmaz duruma getirebilir.

Tıpta Yarı Zamanlı Uzmanlık Eğitimi Uygulamaları

“Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi” yalnızca aile hekimliği için önerilmediği ve uygulanmadığı gibi, bazı ülkelerin sağlık sistemlerinin aile hekimliği uygulaması temelinde geliştirilmesi sürecinde kullanılan “geçiş dönemi” stratejisiyle de ilişkili değildir. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması mevcut tıpta uzmanlık eğitimi programlarına alternatif bir model olarak da düşünülmemiştir. Uygulamayı gerektiren koşullar genel sağlık politikaları, tıbbi, eğitsel ya da uzmanlık eğitimi programının kendisiyle ilgili nedenler değil, tümüyle uzmanlık eğitimi almakta olan uzmanlık öğrencisi (asistan) ile ilgili kişisel/ailesel nedenlerdir.^[1-4]

Dünyada çeşitli örnekleri bulunan yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulamalarının başlıca iki toplumsal arka planı vardır: Hekimlik mesleğine kadınların ilgisinin ve katılımının artması ve buna koşut olarak esnek çalışma

saatlerine ilişkin taleplerin oluşması.^[5-8] Yarı zamanlı uzmanlık eğitiminin özellikleri (kullanılan eğitim yöntemleri, müfredat, amaç, öğrenim çıktıları, eğitim alt yapısı ve öğrenme ortamı, ölçme-değerlendirme yöntemleri) tam zamanlı (geleneksel) uzmanlık eğitimi programları ile aynıdır.^[8] Ancak yarı zamanlı eğitim daha farklı bir takvim ile daha uzun bir zaman diliminde yürütülmektedir. Bundan dolayı da her iki eğitim sonunda kazanılan niteliklendirme (uzmanlık belgesi) aynıdır.

Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi programlarının uygulanabilmesi için çeşitli ilkeler ve koşullar söz konusudur:

1. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi tercih edebilmek için kişisel/ailesel nedenler ya da hekimlikte araştırma becerilerini geliştirmeye yönelik kariyer eğitimi talebi olmalıdır. Gebelik, çocuk doğurma, çocukların bakımı, baba olma, hastalık ya da başka özel nedenlerle herhangi bir tıp uzmanlık alanındaki mevcut uzmanlık eğitimi programını tam zamanlı olarak tamamlayamayacak olan uzmanlık öğrencileri için öngörülmüştür. Uzmanlık öğrencisi zamanının tamamını eğitim ile geçirmemek ve “evde çocuğuyla daha çok ilgilenmek” gibi özel işlerine daha çok zaman ayırmak istemektedir.^[2,4,5]
2. Yarı zamanlı programlar içerikte değil yalnızca takvimde tam zamanlı program ile farklılaşır. Yarı zamanlı eğitim alan uzmanlık öğrencisi diğer asistanlarla aynı işi yapmakta ve toplam eğitim yükünü daha uzun bir zaman diliminde tamamlamaktadır. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması tam zamanlı (geleneksel) uzmanlık eğitiminin en erken birinci yılı tamamlandıktan sonra başlamalı, eğitimin süresi tam zamanlı uzmanlık eğitimi süresinin yüzde 50 ve daha fazlası kadar olmalı, ancak tam zamanlı uzmanlık eğitim süresinin iki katını geçmemelidir.^[2,4-7] Yarı zamanlı uygulamadan yararlanabilmesi için uzmanlık öğrencisi önce tam zamanlı uzmanlık eğitimi programına başlamak zorundadır ve ancak belli bir süre tam zamanlı eğitim aldıktan sonra yarı zamanlı eğitim için başvurabilmektedir.
3. Uzmanlık öğrencisi yarı zamanlı uzmanlık eğitimi yapma hakkını kullandığı bu dönem içinde, eğitim almadığı yarı zamanını mesleğini başka bir yerde icra ederek geçiremez. Yani sağlık sisteminin herhangi bir basamağında tek başına hekimlik hizmeti üretemez. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulamasının en temel ve can alıcı özelliği budur.^[2,4]
4. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması tıpta uzmanlık eğitimi için belirlenmiş ulusal standartlara uygun olmalı ve eğitim veren akademik birimler tarafından hazırlanan programlar o disiplinin yeterlilik ku-

rule (board) tarafından onaylanmalıdır. Uzmanların daha sonraki mesleki yetkilendirme (sertifikasyon) işlemleri için bu onaylar zorunludur.^[2,4,6]

5. Yarı zamanlı uzmanlık eğitimi uygulaması adil olmalı, eşitlik ilkesini çiğnememelidir.^[6]
6. Uzaktan öğrenme yöntemleri yarı veya tam zamanlı uzmanlık eğitimi programlarında diğer eğitim yöntemlerini destekleyici ve tamamlayıcı yöntem olarak kullanılmaktadır.^[9]

Avrupa Birliği Konseyi direktiflerinin aile hekimliği / genel pratisyenlik uzmanlık eğitimi bölümlerinde yarı-zamanlı uzmanlık eğitimi koşulları ve ilgili düzenlemeler de yer almıştır. 93/16/EEC Konsey Direktifinin 34. Maddesi yarı zamanlı uzmanlık eğitime ayrılmıştır. Bu direktif ile Avrupa Birliği 1 Ocak 1995 tarihinden itibaren yarı-zamanlı eğitimin haftalık süresinin tam-zamanlı uzmanlık eğitiminin haftalık süresinin %60'ından daha az olmaması ve yarı-zamanlı eğitimin hem hastane rotasyonları hem de aile hekimliği uygulama eğitimi için belli sayıda tam-zamanlı eğitim dönemlerini içermesi koşulunu getirmiştir. Direktif'e göre bu tam-zamanlı eğitim dönemleri, etkili bir aile hekimliği uygulamasına hazırlık sağlayacak sayıda olmalıdır.^[10,11]

Sağlık Bakanlığı ve “Yarı Zamanlı Uzaktan Uzmanlık Eğitimi”

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından formüle edilen “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitiminin” ise, yukarıda kısaca açıklamaya çalıştığımız uygulama ile hiçbir benzerliği, yakınlığı ve ilişkisi yoktur. Bu “modelin”;

1. ‘Sözleşmeli aile hekimi olarak çalışmakta olanlara’ özel
2. Tıpta Uzmanlık Sınavında ‘merkezi yerleştirmeye tabi olmaksızın’,
3. ‘Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenen esaslar çerçevesinde’ (bu modelle ‘yapılacak aile hekimliği uzmanlık eğitiminde çekirdek eğitim müfredatının ve rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile sair hususlar Tıpta Uzmanlık Kurulunca belirlenir’),
4. ‘Uzaktan ve/veya yarı zamanlı eğitim metotları da uygulanmak suretiyle’,
5. En az altı yıllık sürede,
6. Çalışmakta olduğu Aile Sağlığı Merkezinde aile hekimliği pratiğine devam ederken uygulanması öngörülmüştür.^[12]

Görüldüğü gibi mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimi dışında “yeni bir aile hekimliği uzmanlık eğitimi” tanımlanmıştır. Bu “uzmanlık yolunu” tüm hekimler değil, yalnızca belli bir hekim grubu kullanabilecektir. Mevcut

aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tüm gereklerinin yerine getirilmesi de söz konusu değildir. Müfredatın ve rotasyonların uygulanması ve eğitimin şekli ile ilgili çerçeve çıkarılacak yönetmeliklerle ayrıca belirlenecektir. Tıp eğitimi gibi hasta temasının, yüz yüze öğrenme süreçlerinin ve gerçek deneyimin ön planda olması gereken bir eğitimde, uzaktan öğrenme gibi ancak sınırlı destek işlevi görebilecek bir eğitim tekniği “ikinci uzmanlık yolu” için başlıca eğitim yöntemi olarak belirlenmiştir. Hepsinden önemlisi bu yolla uzmanlık eğitime başlayan hekimin bir yandan “aile hekimliği uzmanlık eğitimi yaparken” diğer yandan mevcut aile sağlığı merkezinde “sözleşmeli aile hekimi” olarak çalışmaya devam edecek olmasıdır. Buna “yerinde uzmanlık eğitimi” de denebilir. Böylece aile hekimliği için iki farklı standartta iki farklı uzmanlık eğitimi oluşmaktadır.

Çeşitli eğitim yöntemlerinin kullanıldığı bir eğitim programının uygulanmasında temel eğitim yöntemlerine destek olmak üzere kullanılabilir yardımcı bir yöntem olması gereken uzaktan öğrenme teknikleri, tıpta uzmanlık eğitiminin temel eğitim yöntemi olarak kullanılamaz. Keza tam zamanlı bir uzmanlık eğitimi programının tüm gereklerini daha uzun bir zaman dilimine yayan “part-time uzmanlık eğitimi”, tam zamanlı uzmanlık eğitiminin gereklerini “by-pass” etmek amacıyla da kullanılamaz.

Sağlık Bakanlığının yeni düzenlemeyle oluşturmaya çalıştığı “yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitiminin” kuramsal temelleri yoktur. Dünyada bazı ülkelerde uygulanan ve uygulanmakta olan “yarı zamanlı uzmanlık eğitimi” ile benzerlik göstermemektedir. Dolayısıyla pratik bir geçmiş ve alt yapısı da bulunmamaktadır. Geriye bir tek “ülkemize özgü olma” iddiası kalmaktadır. Bu noktada geçiş dönemi stratejisinin bir gereği olarak uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin aile hekimliği uygulamasında çalışabilmesi için öngörülen “iyileştirme eğitimleri” tartışmaya girebilir. Çünkü Bakanlıkça “ülkemize özgü” olarak öngörülen “model” olsa olsa geçiş dönemi “iyileştirme eğitimleri” için geçerli olabilir.

Geçiş Dönemi “İyileştirme Eğitimleri”

Aile hekimliği uygulamasına geçiş ile ne anlaşılmalıdır? Avrupa’da aile hekimliğine geçişle iki durum tanımlanmaktadır. Birincisi daha önce sağlık sistemlerini basamaklandırmamış ve tüm sağlık hizmetlerini sistem uzmanları aracılığı ile sunan ülkelerde aile hekimliği uygulaması temelinde birinci basamağın oluşturulmasıdır. Yani yalnızca hastane uzmanlarından oluşan eski sistemden birinci ve ikinci basamak uzmanlarından oluşan ikili sisteme geçiş. İkincisi ise daha öncesinde sağlık sistemini basamaklandırılmış bir anlayışla örgütlemiş ve birinci basamağın yapı-

landırılmış olduğu ülkelerde birinci basamaktaki hizmetlerin uzman aile hekimleri tarafından sağlanmasıdır. Yani birinci basamak hekimlerinin mezuniyet sonrası ek bir resmi eğitim almadıkları sistemden uzmanlık eğitimi almış aile hekimlerinden oluşan sisteme geçiş.^[13]

“Geçiş dönemi” uygulaması ise, aile hekimliği uzmanlarının sayısının yetersiz olduğu ve aile hekimliği uygulaması için gereksinim duyulan sayıda uzman hekimin yetiştirilmesinin zaman alacağı ülkeler için önerilen ve aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin bu dönem içinde aile hekimliği uygulamasına alınmasını öngören bir stratejidir. Bu stratejinin temel özelliği önceden belirlenmiş bir süre için uygulanması ve bu süre içinde aile hekimliği uygulamasına alınan aile hekimliği uzmanı olmayan hekimlerin tanımlanmış bir iyileştirme eğitimi almalarının zorunlu olmasıdır. İyileştirme eğitimleri sürekli mesleki gelişim ya da hizmet içi eğitim kapsamında olup uzmanlık eğitiminin yerini tutmaz ve onun alternatifi değildir.^[14]

Geçiş dönemi bittiğinde aile hekimliği uygulamasına yeni başlayacak hekimlerin aile hekimliği uzmanlık eğitimi almış olmaları gerekmektedir. O zamana kadar uygulamaya girmiş ancak aile hekimliği uzmanı olmayan hekimler ise belirli yeniden yetkilendirme (re-sertifikasyon) gereklerini yerine getirmek koşuluyla istedikleri sürece bu haklarını kullanabilecek ve aile hekimliği yapmaya devam edeceklerdir. Geçiş dönemi sonunda birinci basamakta her yıl gereksinim duyulacak sayıda yeni aile hekimliği uzmanının yetişiyor olması bu stratejinin başarısı için kilit önemdedir.

Bazılarında sorun çıkmakla birlikte birçok Doğu Avrupa ülkesi geçiş dönemi stratejisini başarıyla uygulamıştır. Birinci duruma örnek olan Çek Cumhuriyeti, Polonya, Litvanya, Estonya gibi ülkeler 1990’lı yıllarda beş yıl aşmayan kısa sürelerde aile hekimliğine geçişi tamamlamışlardır. Tüm bu ülkelerde geçiş döneminde aile hekimi olarak çalışmaya başlayan hekimler bu haklarını kullanmayı sürdürürken, uygulamaya yeni girişler artık yalnızca aile hekimliği uzmanları için olasıdır. Bu ülkelerde uygulamadaki aile hekimlerine uzman olma zorunluluğu getirilmemiş, bunların bir an önce uzmanlaşmaları için alternatif yol arayışlarına gidilmemiştir.^[14]

Bazı ülkeler herhangi bir “geçiş dönemi” yaşamaksızın aile hekimliği uygulamasına geçmişlerdir. İkinci duruma örnek olan Portekiz’de, birinci basamakta çalışmakta olan pratisyen hekimler bir günde aile hekimi olarak atanmış ve sonrasında aile hekimliği uygulamasına giriş için aile hekimliği uzmanı olma koşulu getirilmiştir.

Bir diğer ülke ise Hollanda’dır. Hollanda 1974 yılında birinci basamakta aile hekimliği uygulamasına geçmeye karar vermiş ve o zamana kadar birinci basamakta ça-

lısmakta olan pratisyen (tıp fakültesi mezunu) hekimleri aile hekimi olarak görevlendirmiştir. O tarihten sonra tıp fakültelerinden mezun olan hekimler “basic doctor” olarak tanımlanmış ve herhangi bir uzmanlık eğitimi almadan tek başlarına (bir uzman hekimin gözetiminde olmaksızın) hekimlik uygulaması yapamamışlardır. Birinci basamakta aile hekimliği uygulaması yapabilmeleri için ise yedi yıldan altı yıla indirilen tıp eğitimi sonrasında bir yıl süreli aile hekimliği uzmanlık eğitimi yapmaları koşulu getirilmiştir. 1975 yılına gelindiğinde ülkede iki tıp aile hekimi görev yapmaya başlamıştır: Aile hekimliği uzmanı olan ve olmayan aile hekimleri. O tarihten itibaren aile hekimliği uzmanlık eğitimi geliştirilerek süresi 3 yıla çıkarılmıştır. 1974 yılında aile hekimliği uygulamasına başlayan ve aile hekimliği uzmanı olmayan aile hekimleri ise her beş yılda bir 300 saatlik yeniden yetkilendirme (re-sertifikasyon) eğitimlerini tamamlamak koşuluyla aile hekimliği yapmayı sürdürmüşlerdir. Bugün bile sayıları çok azalmış olmakla birlikte uzmanlık eğitimi almamış aile hekimleri bulunmaktadır. Hollanda örneğinde uzman olan ve olmayan tüm birinci basamak hekimlerine aile hekimi / genel pratisyen adı verilmiştir. Uzman olmayan aile hekimlerine uzman olma zorunluluğu getirilmemiş ve mevcut uzmanlık eğitimi dışında farklı uzmanlaşma yolları tanımlanmamıştır.^[13]

Geçiş döneminde aile hekimi olarak görevlendirilen ve uzmanlık eğitimi bulunmayan hekimlerin uzmanlaşma zorunluluğunun olmaması bu süreçlerin dikkat çeken bir özelliğidir.

Sağlık Bakanlığının yapması gereken aile hekimliği uzmanlık eğitimi konusunda alternatifler üretmek değil, aile hekimi olarak görevlendirdiği hekimlerin “iyileştirme eğitimlerini” tamamlamalarını sağlamak ve belirli aralıklarla yeniden yetkilendirilmeleri için gerekli eğitimlerin çerçevesini çizmektir.

Ülkemizde Aile Hekimliğine Geçiş Dönemi ve Bugünkü Görevler

Ülkemizde aile hekimliğine geçiş süreci özgün özellikler taşımaktadır. Birincisi, sağlık hizmeti sunumunda basamaklandırılmış örgütlenme modeli 1960’lı yılların başlarında uygulamaya konarak 1980’li yıllara kadar tamamlanmış ve sağlık sistemimizin birinci basamağı yapılandırılmıştır. Birinci basamakta nüfusa dayalı sağlık ocağı örgütlenmesini tanımlayan sosyalleştirme reformunun öngördüğü birinci basamak hekim tipi tıp fakültesi mezunu pratisyen hekimdir.

İkincisi, ülkemizde aile hekimliği uygulaması başlamadan önce neredeyse 20 yılı bulan aile hekimliği tartış-

maları ve bir anlamda uzun bir hazırlık süreci yaşanmıştır. Üçüncü özellik ise aile hekimliği adının sürekli genel sağlık reformlarıyla birlikte anılması ve sağlıkta dönüşüm programı olarak modellenen bu reformların özünü sağlık finansmanındaki kökten değişikliklerin oluşturmasıdır.

Bu özellikler açısından baktığımızda ülkemiz, aile hekimliği uygulamasına geçiş yapan ikinci kategorideki ülkeler arasında yer almaktadır. Yani birinci basamak hekimlerinin mezuniyet sonrası ek bir meslek eğitimi almamış sistemden uzmanlık eğitimi almış aile hekimlerinden oluşan sisteme geçiş söz konusudur. Sonuçta “geçiş dönemi stratejisi” benimsenerek 2005-2010 yılları arasında aile hekimliği uygulamasına geçilmiştir.

Ülkemizde birinci basamakta çalışan uzman olmayan aile hekimlerinin alternatif yollar kullanılarak aile hekimliği uzmanı yapılması çabalarının öncelenmesi yerine başka öncelikli sorunlar vardır. Mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitimi için yıllardır gereksinim duyulan ve çözümü konusunda hemen hiçbir şey yapılmayan aile hekimliği uygulama eğitimi koşullarının yaratılması dururken, 20 bin hekim alternatif modellerle kısa sürede uzman yapmaya girişmek akılcı da değildir.

Geçiş dönemi ikinci aşama eğitimlerinin tamamlanması öncelenmelidir. Bunlar uzaktan öğrenme yöntemleri temelinde gerçekleştirilebilir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimine alternatif olarak getirilen model aslında geçiş dönemi iyileştirme eğitimleri için kullanılabilir.^[14]

Aile hekimliği akademik birimlerinin üniversite ortamlarındaki polikliniklerden birinci basamak uygulama ortamına, yani sahaya açılmalarının alt yapısının oluşturulması öncelenmelidir. Uygulama eğitimi için akademik ve afileye aile sağlığı merkezlerinin tanımlanması ve aile hekimliği asistanlarının buralarda eğitim almalarının sağlanması en ivedi gereksinimdir.

Alan eğiticilerinin yetiştirilmesi öncelenmelidir. Aslında bu alanda da ülkemizde oldukça uzun bir yol alınmıştır. Özellikle son 10 yılda yapılan EURACT kökenli Aile Hekimliğinde Eğitici Eğitimi kurslarına yaklaşık 300 aile hekimliği eğitici katılmış ve alan eğitimi konusunda temel adımları atmış bulunmaktadır.

Aile hekimliği akademik birimleri tüm bu öncelikli görevler için hazırlıktır. Aile hekimliği uygulama eğitimi için eğitim aile sağlığı merkezlerinin hazırlanması ve buralarda eğitim verecek alan eğiticilerinin yetiştirilmesi için kuramsal çerçeve hazırdır. Alan eğiticilerinin yetiştirilmesi ve alan eğitiminin başlatılması için projemiz de hazırdır. Sağlık Bakanlığı ve Yükseköğretim Kurulu’nun bu konuda aile hekimliği anabilim dallarının önünü açması yeterli olacaktır.

Kaynaklar

1. Warren VJ, Wakeford RE. 'We'd like to have a family' –young women doctors' opinions of maternity leave and part-time training. *J R Soc Med* 1989;82:528-31.
2. Morrel J, Roberts A. Make an application for flexible (part time) training. *BMJ* 1995;311:242-5.
3. Holmes AV, Cull WL, Socolar RR. Part-time residency in pediatrics: description of current practice. *Pediatrics* 2005;116:32-7.
4. Varnam M. Part-time training: is it viable? *BMJ* 1982;285:1016-7.
5. <http://medicine.ucsf.edu/education/residency/program/flexpath.html>
6. <https://www.theabfm.org/cert/shared.aspx>
7. http://www.cfpc.ca/PT_or_Shared_Residency_Training/
8. http://www.rcgp-curriculum.org.uk/mrcgp/less_than_full_time_trainees/msf_psq.aspx
9. <http://e-lfh.org.uk/projects/egp/index.html>
10. Gray DP. Part-time training in general practice. *Br J Gen Pract* 1994;536.
11. Council directive 93/16/EEC. Official Journal of the European Communities 1993; L165/18.
12. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx>
13. TAHUD. 2. Ulusal Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Sempozyumu Sonuç Raporu. İstanbul: TAHUD Yayınları; 2011.
14. Improving Health Systems: The Contribution of Family Medicine. WHO and WONCA. Singapore, Wonca 2002, s. 111-3.

Geliş tarihi: 15.02.2012

Kabul tarihi: 28.02.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Prof. Dr. Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

Aydın

e-posta: okaybasak@yahoo.com

Family medicine training in Turkey: some thoughts

Türkiye’de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşüncüler

Job FM Metsemakers¹

Good health is very important to people regardless of which country the question is asked. So delivery of good health care is seen by all governments as an important task. There are however many systems to deliver health care. An increasing body of evidence demonstrates that primary care oriented health systems consistently show greater effectiveness, greater efficiency and greater equity. Professor Barbara Starfield has demonstrated that for industrialised countries but also for middle and lower income countries. Furthermore the World Health Assembly 2009 adopted a resolution urging countries “to train and retain adequate numbers of health workers with appropriate skill mix including primary health care nurses, midwives, allied health professions and **family physicians** (bold by JFM) able to work in a multidisciplinary context in cooperation with non-professional community health workers in order to respond effectively to people’s health needs.” Together they set a clear direction for any government and it is the task of Wonca, as organisation representing family doctors, to support that development.

Based on my experience as a Dutch family doctor, as Professor and chair of a department of Family Medicine, a consultant to PHARE which guided the transition of Eastern European health care systems, as member of Euract, the European Academy of Teachers in Family Medicine, and as Honorary Secretary of Wonca Europe I can describe several different health care systems and also different approaches to train future Family Physicians. After a short overview of the Dutch health care system, the Dutch Family Medicine Residency program will be described, followed by a comparison of key issues in Europe and Turkey. At the end several suggestions for the developments in Turkey are made.

One issue however has to be clarified before: the different terms used to describe the primary care doctor. When using the term Family Physician/Family Doctor I mean a physician who had additional post graduate training in Family Medicine (according to European legislation at least three years). He is a specialist in Family Medicine.

The Netherlands and Its Health Care System

The Netherlands is a small country which has 16.5 million inhabitants. It has an aging population, with already 23% of population above 65 years. We have an increasing cultural diversity. The Netherlands always had immigrants from all countries and we had in the last century immigrants coming from Turkey and from Morocco. In the last few years, due to all the conflicts all around the world, we have seen many people with other nationalities coming in and seeking refuge in our country. That brings in other cultural habits to which we all have to adjust, which is not always easy. Life expectancy in the Netherlands is 78.8 years and still slowly increasing. Our country is at some places very near to Belgium and Germany. The population of Turkey 4.5 times larger (70.6-16 million) but your country is 23 times larger (783.562 km²-34.000 km²). The whole of the Netherlands could fit in this small part around Istanbul. Going from the south (Maastricht) to the central part of the country (Utrecht/Amsterdam) takes a train ride of 2-2.5 hours. Or from the south (Maastricht) to the far north (Groningen) it will be 4 hours by train. It also means that in the health care situation, from any family physician’s office to any hospital will be not more than 15 to 20 minutes by ambulance. Only in a very small part of the country the trans-

¹Honorary Secretary, WONCA Europe; Head of the Department of Family Medicine, Maastricht University, Professor, Maastricht, The Netherlands

port might need half an hour. So our challenges are different from the challenges faced in your country with some very populated areas and some very vast rural areas.

The position of family physicians in our health care system is very strong. Patients have to choose an obligatory private insurance, meaning we do not have a national health insurance system. Patients have to have a private company and they pay their premium to the private company. The law says everybody needs to be insured so for people with a very low income there will be some kind of government support in paying the insurance premium. Family physicians have a patient list, so they know exactly their patients. Patients have a free choice of a family physician but of course they very often choose the family physician which is near their home. A full time family physician has around 2,250 patients. With that number of patients the family physicians can do a good job. He and more often she can work properly. The payment system is mixed, meaning there is a capitation fee for every patient on the patient list and a fee for service for every service delivered (consolation but also an EKG). This will allow for housing of the practice, an assistant and nurses, leaving the family physician with a good income. Family physicians are responsible of the care for 24 hours/7 days. It is not a personal responsibility, but as family physicians we have to organise the out of hours service. First and direct access to the health care system is through the family physician as family physicians also have a gate-keeping role. This means that in order to see a specialist in the hospital, being an internist, a surgeon, a dermatologist, a cardiologist you have to see your family physician first. He will refer necessary. Of course if the patient breaks a leg on the street the ambulance will take the patient directly to the hospital. But if there is a small accident the family physician will be called first and he will go out to the street to see the patient then decides whether or not the patient can be treated in his practice or has to be referred to hospital.

The Netherlands spends 9 percent of the gross national product on health care, not on family physicians but on health care in general. And of this 9 percent health care, family medicine gets 4 percent. And with these 4 percent family physicians deal with 96% of all the health problems of the persons in their practice. So for the government family physicians in a gate keeping system are very important. They keep costs of the health care low. Without a referral system our health care system would be much more expensive as demonstrated by Barbara Starfield. So our government is really focusing on increasing all the activities which can be done in primary care, which can be done by family physicians. The government is more or less punishing the secondary care such as hospital based specialists. If they keep on seeing patients which are in a stable condition they will not be

reimbursed anymore. If a patient had a myocardial infarction and he is after two years in stable condition, the specialist will not get paid for further consultations. Because in that case it is within the task of the family physician to take control of the patient.

Only 25% of the family physicians work in a solo or in handed practice. Most family physicians work in group practices with two or three and sometimes in the bigger cities six to seven family physicians. One of the things which is changing is that family physicians work part time. Many are also participating in education and in research. Furthermore as the number of female family physicians is increasing, the number of part-time working family physicians is increasing. However we also see an increase of young male family physicians that start part time.

In the current situation in the Netherlands only 20% of the family physicians is female, but of our trainees only 20-35% is male. And some 60-65% is female, so within next 10-15 years, the majority of family physicians will be female.

Medical and Postgraduate Training

The Netherlands has a six year medical undergraduate curriculum which is competency based and described in a national framework. In total eight Universities have a medical school and a department of Family Medicine including the post graduate program for Family Medicine. This specialty training for Family Medicine requires three years of training.

The core characteristics of that specialty training are: (1) competency based, (2) dual, (3) partly self-steering, and (4) built on educational principles.

The term “competence” has become popular in the last six-seven years to describe what people should be able to do. In earlier times we differentiated knowledge, skills, and attitude as compromising what the learning should result in. Students should acquire knowledge and skills, and have a certain attitude. That was a good concept but it lacked the transition to the real life situation. So the competence is defined as the ability to perform a professional activity in a specific, authentic context. Such a competence can be demonstrated in a learning situation but at the end the family physician should perform in the real life situation, in his office. In the post graduate training we differentiate seven domains. Medical expertise is of course the building stone for each family physician. But you can have a lot of expertise but if you are not able to communicate it still is a difficult job to be a family physician. So doctor-patient communication is our second domain. Some times doctor-patient communication is seen as belonging only to the family physician

and not for instance to the competence of the surgeon. They think that they do not have to communicate with their patients as much as family physicians. Personally, I think that's not really true. I think they should be able to communicate as good as family physician because they also have a doctor-patient relationship. Family physicians also need to work together with other physicians, to collaborate with nurses in the practice. It is not something you just are able to do because you are becoming a family doctor. Collaboration is a domain to learn, as is Management. At a certain time family physicians have their own practice and should be able to manage that, manage their relation to the community, manage their preventive activities. More difficult is the domain of Accountability. Family physicians need to be aware that they serve people; they serve the patients, and in effect serve the society. Family physicians should look at the picture of the country also and realise that they are accountable for the fact that whole economic system, health care system remains sustainable. That also is something we should learn during the training. There is no future of a profession without developing science and education. So that is also a domain of our competence family physicians should learn. How to understand the literature and translate science into practice, and to become engaged in training students and future colleagues? The last domain is Professionalism which guides family physicians along certain ethical rules, such as how to deal for instance with the influence of the pharmaceutical companies which can be very demanding and very persuasive. These domains are the core of the medical curriculum and come back in a more focused form in three year specialty programme.

The programme is dual in the way that the trainees learn in two places. First they learn in the practice while seeing patients and learning from that. Secondly they learn in small group learning sessions at the department of Family Medicine. It is called partly self-steering meaning that the trainees get a very large responsibility of their own. They have to learn to find out what they should need to learn. It is not the task of a teacher to tell them things they already know. It is their own job to find out what they need to study. One of the other educational principles is that assessment guides learning.

The basic structure of the three year program is that the trainees will be working in a selected training family practice in year one and three. A practice can become a training site after accreditation of the practice, meaning the practice needs to fulfil a number of requirements such as office space, record keeping, enough assistance and nurses, access to internet books. Furthermore the practice should provide facilities to videotape consultations of the trainee. In order to become a trainer in the

specialty program the family physician has to follow educational courses. Otherwise the family practice will not be selected as a training site.

In the first year trainees spend four days in practice on a one to one basis with one family physician who acts as direct supervisor giving them feedback on a daily basis. The trainees come to the department one day a week in which they have small group sessions and talk about issues they have encountered in their practice. So this is the dual system of practice and department as described before. In that first year it is of course introduction and refreshing many topics they already learned. They focus on the ten most common complaints patients present, so that they get the feeling how to handle these. They have to learn how to use time as a diagnostic tool, how to communicate in several situations. And of course chronic diseases are already becoming part of their work. Very important are also the unexplained complaints. Family physicians very often see patients with complaints we cannot directly explain, or link to a certain disease. They need to learn how to deal with these and not to jump directly to laboratory work, or referral. They should learn a dual path to handle these complaints looking at a somatic origin but also at the psychosocial aspect. In that first year the trainees start learning about management of their own time schedule. Furthermore they are trained to look for evidence for diagnostic or therapeutic options. Science is not going to Google and take the first hit you see, what they wrote about a certain disease. Learning about science is how to use literature to find answer to the question: What is the best treatment for a Bell's palsy at this moment.

In their second year the trainees go to other settings. They spend six months at the emergency department in a hospital where they have to see surgical, internal and trauma patients. They will be on duty call there and are part of the team. But they also come back to the department on a number of days for what we still call "the vocational training days". Because they have to reflect on what they have seen in their training situation, they have to reflect and set their learning goals. Again they work in small group sessions.

The trainees also have to spend three months in a mental health institution looking at more psychological and psychiatric disorders and their treatment. They take part of what they learn back to their family practices because mental health problems such as depression, anxiety and phobias are part of the normal work of a family physician. Again the trainees come back weekly for vocational training sessions. If trainees have worked in the field of mental health for a long time they can also choose another elective during these three months.

In the third period of the second year the trainees spend three months in a nursing home. That is a facility especially for elderly people that need long term complex chronic care, which cannot be provided at their own home by the family physician. It concerns patients with dementia, patients that need palliative care, patients with ALS. These problems start at the level of the family physician and therefore trainees should learn the complexity of these problems. Again weekly training days at the department and if trainees already have worked in a nursing home they can do an elective in another specialty.

Then in year three they go to a family physician's practice, not the same one as in the first year. Basically the setting looks the same: supervision on a one to one basis and a small group work at the department, but there are differences. The trainee should start working much more as a family physician already. The trainees should also be involved in practice management, getting tasks in the practice. They also have much more responsibility for their own program, their own needs then in the first year. In the first year it is problem based learning which is strongly guided and the last year, it is problem based learning which they have to guide and set up themselves. In that last year more emphasis is placed on disease management for chronic and complex diseases. Some trainees also engage in research activities. Furthermore trainees have to work on their professional development, and have to start planning for the future. Questions like: where do I want to work, how do I find a practice, how do I select a practice, how do I learn enough about practice management.

There are a number of other topics which are part of the structure of such a training program: formative and summative assessment; training the trainers; combining to write a PhD thesis with the formal training scheme, the arrangements of part-time training, and of course the payment to trainees and the family physicians who act as trainers.

Comparison of Key Issues Europe and Turkey

To compare key issues of the family medicine specialty training in European countries and Turkey the database of EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) was used. Council members of EURACT gather the data of their own country and fed that into the database giving an overview of many aspects of such a training program.

The length of post graduate family medicine specialty training in 26 countries:

- 3 years: 13 countries
- 4 years: 7 countries
- 5 years: 6 countries

Turkey has a 3 year program and is among good company of many countries.

Another important issue is the time spent in the family practice setting versus the time spent in a hospital setting.

Duration Family Practice setting > duration Hospital setting: 11 countries

Duration Family Practice setting = duration Hospital setting: 7 countries

Duration Family Practice setting < duration Hospital setting: 8 countries

Trainees in Turkey spend more time in the Hospital setting than in a family practice setting, seeing other kinds of patients than they will see in the family practice setting. Six countries do not have a required minimum time trainees have to spend in a family practice setting, meaning a trainee can spend time in a family medicine setting, but they are not required by the legislation or the programme. They can spend all the time in a hospital setting. These six countries are: Austria, Greece, Moldavia, Romania, Switzerland and Turkey. So Turkey is not alone on this key issue, but it still feels very strange to spend 36 months in a hospital setting to learn the family medicine specialty training.

One of the other issues is who is responsible for the family medicine specialty training in Europe. In many countries four different organisations can be distinguished: universities, the national government, a regional organisation, a professional or academic body. In many countries two organisations are involved while in seven countries three organisations are involved: mostly the universities, the national government and a professional body. Universities are involved in 30 countries out of the 36, meaning that not all countries involve the universities in the training program. In Turkey three organizations are responsible: the professional body (TAHUD), the universities and the government.

So summing up this short comparison of key issues: Turkey has a three year training programme comparable to other countries; the training site duration in family practice is lower than most countries and there is no required minimum; that is a danger. It is like training a car mechanic in the factory of airplanes. A car and an airplane are both machines but they have some great differences. So that is strange. On the good side Turkey has three responsible organisations, including universities.

Some Thoughts on the Future of Family Medicine in Turkey

My thoughts are based on the experience of WONCA in many countries which have made changes in the health care system and the position of family physicians.

Important issues are:

- the date of change or transition,
- the training sites for family medicine training,
- the position and the role of the departments of family medicine,
- the conflicting situations in the primary health care system.

The Date of Change or Transition

Common in many countries is that at a certain time a decision is made that family medicine should become a specialty requiring post graduate specialty training. Normally that means that from a certain date new medical graduates cannot work as a family physician unless they followed the then compulsory family medicine specialty training. Before that date there are different routes to become a family physician, after that date there is only one way to become one. Turkey has officially not set such a date which means that is still possible to go different routes to become a physician working in primary care. The question is whether that is helping in the development of primary care or family medicine. It is certainly not a clear signal to medical students.

Deciding that for new medical graduates postgraduate family medicine training is required to become a family physician, means that one has to take into account the group of practitioners which already are working in primary care. Transition can be done in two ways: direct or retraining. In 1974 the Netherlands changed the basic medical education which was seven years and set it to six years. At the same time it was decided that everybody wanting to work as a family physician had to follow the post graduate family medicine training. So all new students coming out basic medical education in and after 1974 who were thinking of becoming a family physician, had to enrol in the family medicine specialty training. No questions, no exceptions. At the same time it was decided that all the physicians working already in primary care as family physicians would have the same title and position as the ones coming out of the post graduate family medicine specialty training. But all had to re-certify every five years meaning that they had participated in continuous medical education. It was a one time offer to all the physicians working in family medicine. This direct transition was possible because the duration of the basic medical training was decreased and obligatory re-certification could be enforced.

The other option is re-training and is much more common. Lithuania has done that after the independence and the changing of their health care structure. Earlier on the health care was very much secondary care oriented. They had specialists in what was called primary care. To the internists in the community they said: we want family physicians in primary care. They offered retraining, actu-

ally made it obligatory. If the internists did not follow the training they had to go to work in the hospital. The re-training consisted of several modules with a final examination. Following the training was facilitated by providing study leave and payment. It took Lithuania 2 years to complete this for all the physicians. In Indonesia they also have this kind of a problem. After completion of their medical school the doctors go and work in hospitals where they sometimes stay for several years. A part of these so called practitioners will go to specialty training in internal medicine or cardiology. A number of them will continue working as practitioner in the hospital. But a number of them set up a private office or a health clinic, where as practitioner deal with all kind of health problems. The government recognised that the competencies of these practitioners were not sufficient to see them as the strong force, as the leading force in the primary care setting. So some voluntary courses were set up lasting one day each week during one year. That was the plan but there was no financial compensation and the drop-out rate was very high. These practitioners had to pay to get in the course, they were losing money because they could not work during that day in their own practice. So this was not very popular. At a certain moment one of the health insurance companies said they would provide a course of six hours and after following that course we will consider you as a family physician. Now they are in a situation they have practitioners without any special training, practitioners with some special training. In fact there is no clear direction and Indonesia is caught in between in not making a clear decision on how to handle the training of practitioners working in the primary care setting.

Turkey has also made some decisions in relation to the development of the Family Health centres. Practitioners need to become a family physician in order to work in such a health centre. Therefore they had to re-train to become a family physician following a six day course. For the second phase of re-training there are plans to do so with e learning and in their own practice while working part-time. It will be clear that a six day course will have limited impact on the competency level of the practitioner. And for the second phase it looks like a complicated set up. To guarantee the fundamentals for such training in practice one needs a program and trained trainers who will supervise the trainees, and give them feedback. That has to be done on a regular almost daily basis and it is not clear of e learning will support such a program and provide a good learning environment. Furthermore will he really be able to see only half of his patients so the trainee will have enough time for this educational program? And in the end he will be a family physician and not a family medicine specialist. Turkey will also have this complicated dual system of two different family physicians working.

The Training Sites for Family Medicine Specialty Training

For the family medicine specialty training it is possible to place a trainee 18 months in primary care setting and 18 months in hospital setting. But it is not easy and not a regular pattern as many research and training hospitals only provide hospital settings for their trainees. As said before one should train a person in his future working environment. If the family medicine specialist should work in the primary health care, he should be trained in the primary health care setting. That is not to say that he should not receive training in the hospital setting but the majority of the time should be in primary care. So there is an urgent need for training sites for all the trainees.

The Position and the Role of the Departments of Family Medicine

In many countries the family medicine specialty training is linked to a university department. The academic environment is very necessary to gain more knowledge on a scientific basis. In this way trainees also learn about research which is part of the profession. Medicine is an academic discipline and trainees should be aware of that. Working physicians should be aware of the fact that they should, invited by university departments, contribute to the development of that science. Furthermore they should also be able to understand what comes out of that science. They should be able to read and understand an article and distinguish a good article from a bad article. University departments of family medicine play a crucial role in this field which should be a part of the training. It seems the scientific environment is already developed but the link to the family medicine specialty training can be strengthened.

The Conflicting Situations in the Primary Health Care System

It seems that a number of regulations hinder the link between the departments and the primary care setting. Family medicine department teachers cannot see patients in the primary care setting, they cannot teach in the primary care setting. Residents cannot learn in the primary care setting as they stay in hospital settings. Remember the example of the car mechanic learning in a factory of airplanes. Not the best opportunity for learning. There are also differences between the physicians working in the same setting: specialists and practitioners have different regulations and different benefits. It is of course very sympathetic for the government to pay physicians differently if they have been trained differently but if they have to do the same work it becomes a little bit awkward. It might be that all these issues keep the

interest for family medicine specialty training lower than would be expected in a country like Turkey.

Conclusion

From the point of Wonca Europe the responsibility for the development of the health care system and Family Medicine within that system lies with the Turkish government in collaboration with TAHUD. WONCA Europe as an organisation supports its member organizations, observes the developments, questions them, and encourages certain developments. Our comments are based on what we have learned from the experiences in many other countries. Looking at Turkey it seems that the government has set a course for the development of the family medicine and FM specialty training. The government has made regulations and is planning to adapt regulations. We recognize the huge efforts which are needed to change healthcare systems. It is not something you do overnight. Furthermore one has to be aware of the fact that sometimes a change in one direction can mean a loss in another part of the organisational system.

The following advices can be formulated. It is advisable to set an official date of change. Clear for everyone that after that date there is only one direction for entering the primary care system as a family medicine specialist. Furthermore make sure of that at least half of the training time is obligatory in a primary setting. Invest in primary care training sites and train the primary care trainers. Reconsider the current re-training as phase 1 of six days is not sufficient and for phase 2 it is absolutely not clear if it will result in the competencies needed. Furthermore the feasibility remains uncertain. Organise or allow closer links between university departments and primary care settings. Primary care is the learning ground for the family medicine specialty training so see that universities and primary care can work better together. It might need the change of some of the regulations. Additionally pay attention to the conflicting situations in health care system, such as the different regulations for the physicians working at the same workplace.

WONCA Europe invites government officials and other parties to meet with us. We are always happy to assist. It is also an invitation to attend our conferences as they provide a good view on what is going on in the different countries around Europe. It may be comforting that Turkey is not an exception in the way that you are struggling with a number of issues. Many countries, even countries with a very well established family medicine system, struggle with changes, struggle with economic changes and struggle with the restructuring health care system. WONCA Europe is always willing to assist and sees it as her task to warn for certain developments.

Türkiye’de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşünceler

Family medicine training in Turkey: some thoughts

Job FM Metsemakers¹

Sağlığın iyi olması tüm ülkelerdeki insanlar için çok önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin iyi sunulmasını tüm hükümetler önemli bir görev olarak görür. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumu için pek çok değişik sistem vardır. Kanıtlar birinci basamak yönelimli sağlık sisteminin daha etkili, daha verimli ve daha eşit olduğunu güçlü bir şekilde göstermektedir. Profesör Barbara Starfield bu gerçeğin sanayileşmiş ülkeler için olduğu gibi, orta ve düşük gelirli ülkeler için de geçerli olduğunu göstermiştir. Ayrıca Dünya Sağlık Asamblesi 2009 yılında ülkelerin “birinci basamak sağlık hizmetinde çalışmak ve insanların sağlık gereksinimlerine etkin yanıt verebilmek üzere yeterli sayıda hemşire, ebe, yardımcı sağlık meslek çalışanları ve aile hekimlerini, multidisipliner bir çalışma ortamında profesyonel olmayan toplum sağlığı çalışanları ile işbirliği içinde çalışabilmeleri için eğitmeleri ve istihdam etmeleri gerektiği” kararını vermiştir. Bu bağlamda hükümetler için açık bir yön de belirlenmiştir ve aile hekimlerini temsil eden bir organizasyon olarak bu gelişimi desteklemek WONCA’nın görevidir.

Hollandalı bir aile doktoru, Profesör ve Aile Hekimliği bölüm başkanı, Doğu Avrupa sağlık sistemlerinin geçiş sürecini yönlendirilen PHARE danışmanı, EURACT (Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi) üyesi ve WONCA Avrupa Genel Sekreteri olarak yaşadığım deneyimlerime dayanarak, geleceğin Aile Hekimlerini eğitmek için birkaç farklı sağlık sistemi ve farklı yaklaşımdan bahsedeceğim. Hollanda sağlık sistemini kısaca özetledikten sonra, Hollanda Aile Hekimliği Uzmanlığı Eğitim programını, Avrupa ve Türkiye için önemli konuları karşılaştırarak açıklayacağım. Yazının sonunda Türkiye’deki gelişmeler için çeşitli öneriler yer alacaktır.

Öncelikle bir konuya açıklık getirmek gerekir: Birinci basamak hekimi için değişik terimler kullanılmaktadır. Aile Hekimi/Aile Doktoru terimini kullanırken Aile Hekimliği konusunda ek uzmanlık eğitimi almış bir hekimden söz ediyorum (Avrupa mevzuatına göre en az üç yıl). Bu hekim aile hekimliği uzmanıdır.

Hollanda ve Sağlık Sistemi

Hollanda 16.5 milyon nüfusu olan küçük bir ülkedir. Yüzde 23’ü 65 yaşın üstünde olan yaşlanan bir nüfusa sahiptir. Giderek artan kültürel bir çeşitliliğe sahibiz. Hollanda’da her zaman tüm ülkelerden gelen göçmenler vardı; son yüzyılda Türkiye’den ve Fas’tan da göçmenler gelmiştir. Son birkaç yıldır, tüm dünyadaki çatışmalar nedeniyle, diğer milletlerden gelen ve ülkemize sığınan birçok insan vardır. Bu durum beraberinde alışmamız gereken başka kültürel alışkanlıkları getirmekte olup kolay bir durum değildir. Hollanda’da yaşam beklentisi 78.8 yıldır ve bu hala yavaş yavaş artmaktadır. Ülkemizin bazı bölgeleri Belçika ve Almanya’ya çok yakındır. Türkiye’nin nüfusu 4.5 kat daha fazladır (70.6-16 milyon), ancak ülkenizin yüzölçümü 23 kat daha büyüktür (783,562 km² / 34,000 km²). Tüm Hollanda İstanbul çevresinde küçük bir bölüme sığabilir. Güneyden (Maastricht) ülkenin orta kesimine (Utrecht / Amsterdam) trenle gitmek 2-2.5 saat sürmektedir. Ya da güneyden (Maastricht) en kuzeye (Groningen) gitmek trenle 4 saattir. Sağlık durumu açısından bu herhangi bir aile hekiminin sağlık merkezinden herhangi bir hastaneye ambulansla ulaşması en fazla 15 ila 20 dakika demektir. Sadece ülkenin çok küçük bir kısmında ulaşım için yarım saat gerekebilir. Yani bizim yaşadığımız zorluklar, bazı çok kalabalık bölgeleri ve çok geniş kırsal alanları olan ülkenizde yaşanan zorluklara nazaran çok farklıdır.

Bizim sağlık sistemimizde aile hekimlerinin pozisyonu çok güçlüdür. Hastalar zorunlu bir özel sigorta seçmek zorundadır; yani ulusal sağlık sigortası sistemimiz yoktur. Hastalar özel bir şirkete bağlı olmak ve bu özel şirkete kendi primini ödemek zorundadır. Yasalara göre herkes sigortalı olmak zorunda olup, çok düşük gelirli insanlar için sigorta priminin bir kısmına devlet desteği olasıdır. Hasta listeleri olduğu için aile hekimleri tam olarak tüm hastalarını bilirler. Hastalar aile hekimlerini serbestçe seçebilmekle birlikte genellikle evlerine yakın aile hekimini seçmektedirler. Tam gün çalışan bir aile hekiminin ortalama 2,250 hastası bulunur. Bu sayı ile aile hekimleri iyi bir iş çıkarabilir. İşini düzgün yapabilir.

¹) Honorary Secretary, WONCA Europe; Head of the Department of Family Medicine, Maastricht University, Professor, Maastricht, The Netherlands

Kadın hekimler çoğunluktadır. Ödeme sistemine göre hem hekimin listesinde bulunan hasta başına, hem de yapılan iş başına (örneğin EKG) ücret ödenir. Böylece aile hekimi iyi bir gelir sahibi olarak kirasını, asistan ve hemşirelerinin ücretini karşılayabilir. Aile hekimleri 24 saat / 7 gün süreyle hastalarının bakımından sorumludur. Bu kişisel bir sorumluluk olmamakla birlikte, aile hekimleri olarak çalışmadığımız saatlerde de hastanın bakımını organize etmekle yükümlüüz. Aile hekimi zorunlu giriş kapısını oluşturma görevi (sevk zinciri) sayesinde hastanın sağlık sistemine ilk ve doğrudan erişimini sağlar. Bunun anlamı şudur; hasta bir iç hastalıkları uzmanı, cerrah, dermatolog ya da kardiyologu görmeden önce aile hekimini görmek zorundadır. Aile hekimi gerekli gördüğünde sevk edecektir. Hasta sokakta bacağı kırarsa elbette ambulans onu doğrudan hastaneye götürecektir. Ancak küçük bir kaza olduğunda, önce aile hekimi çağrılacak ve o da hastayı görerek, hastasının ayakta tedavi edilmesine veya hastaneye sevk edilmesine karar verecektir.

Hollanda gayri safi milli hasılasının %9'unu sağlık hizmetlerine (yalnızca aile hekimleri değil, genel sağlık hizmetlerine) harcamaktadır. Bu %9'un %4'ü aile hekimlerine gitmektedir. Bu %4 ile aile hekimleri kendi sorumluluğundaki kişilerin tüm sağlık sorunlarının %96'sı ile başa çıkmak zorundadır. Yani hükümet için aile hekimlerinin giriş kapısını oluşturma görevi çok önemlidir. Aile hekimleri sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürmektedir. Barbara Starfield'in de gösterdiği gibi sevk sistemi olmadan sağlık sistemimiz çok daha pahalı olacaktır. Bu nedenle hükümetimiz birinci basamakta aile hekimleri tarafından sunulabilecek hizmetleri artırmaya odaklanmaktadır. Hükümet, hastanede çalışan uzmanlar gibi ikinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanları cezalandırma eğilimindedir. Stabil durumdaki hastaları takip ettiklerinde ödeme yapmamaktadır. Miyokard infarktüsü geçiren bir hasta iki yıl sonra stabil durumda ise, uzmana yaptığı konsültasyonlar için artık para ödenmemektedir. Bu durumda bu hastanın kontrolleri aile hekiminin görevidir.

Aile hekimlerinin yalnızca %25'i tek başına veya desteklenen sağlık merkezlerinde çalışmaktadır. Aile hekimlerinin çoğu ise iki veya üç ve bazen büyük şehirlerde altı-yedi aile hekiminden oluşan gruplar şeklinde büyük merkezlerde çalışır. Değişen şeylerden biri de aile hekimlerinin artık yarı zamanlı (part-time) çalışabilmesidir. Birçoğu da eğitim ve araştırmalara katılmaktadır. Kadın aile hekimlerinin ve yarı zamanlı çalışan aile hekimlerinin sayısı artmaktadır. Yarı zamanlı olarak başlayan genç erkek aile hekim sayısında da artış görülmektedir.

Hollanda'da mevcut durumda aile hekimlerinin yalnızca %20'si kadın olmakla birlikte asistanların yalnızca %20-35'i erkek, %60-65'i kadındır. Bu nedenle önümüzdeki 10-15 yıl içinde aile hekimlerinin çoğunluğunu kadınlar oluşturacaktır.

Tıp Eğitimi ve Uzmanlık Eğitimi

Hollanda'da ulusal düzeyde tanımlanmış ve yeterliğe dayalı altı yıllık bir tıp eğitimi vardır. Toplam sekiz üniversitede tıp fakültesi bulunmakta ve bunların hepsinde uzmanlık eğitimi de veren aile hekimliği bölümleri yer almaktadır. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi üç yılda tamamlanmaktadır.

Uzmanlık eğitiminin temel özellikleri şöyle sıralanabilir: (1) Yeterliğe dayalı, (2) ikili, (3) kısmen öğrencinin yönetiminde ve (4) eğitim ilkeleri üzerine kurulmuş olması.

İnsanların bir şeyi yapabilme becerisi anlamındaki "yeterlik" sözcüğü son altı-yedi yıldır bir hayli popüler olmuştur. Daha önceleri öğrenmenin bilgi, beceri ve tutum olarak farklı sonuçları olduğu hakkında ortak bir görüş bulunmaktaydı. Öğrencilerin bilgi, beceri ve belli tutumları kazanmaları gerekiyordu. Bu kavramsal düzeyde iyi bir tanımlama olmakla birlikte pratiğe dönüşmesi olası değildi. Böylece profesyonel etkinliklerin özgün ve gerçek bağlamında gerçekleştirilebilmesi anlamında yeterlik tanımlanmıştır. Sözü edilen yeterlik öğrenme sürecinde gösterilebildiği gibi, sonunda aile hekimi tarafından gerçek hayatta da uygulanabilecektir. Mezuniyet sonrası eğitimde biz ayrılaşmış yedi alan tarif ediyoruz. Tıbbi alanda uzmanlaşma elbette tüm aile hekimleri için temel yapı taşıdır. Ancak uzmanlığınız ne kadar gelişmiş olursa olsun iletişim kuramıyorsanız bir aile hekimi olarak işiniz bir hayli zor olacaktır. Yani hasta hekim iletişimi ikinci önemli alandır. Bazen bu iletişim yalnızca aile hekimleri için önemliymiş gibi görülmektedir. Diğer dal hekimlerinin bir aile hekimi kadar hasta ile iletişim kurmasının gerekmediği düşünülmektedir. Benim düşünceme göre bu doğru değildir. Bence her hekim bir aile hekimi kadar hastaları ile iyi bir iletişim kurmalıdır, çünkü onların da hasta hekim ilişkisi vardır. Aile hekimleri ayrıca diğer hekimler, hemşireler ile işbirliği içerisinde çalışmak zorundadırlar. Bu aile hekimi olduğunuz için kendiliğinden başarabileceğiniz bir şey değildir. İşbirliği, tıpkı yönetim gibi öğrenilmesi gereken bir alandır. Aile hekimleri tıpkı sahibi oldukları birimler gibi toplumla ilişkilerini, sağlığı koruyucu etkinliklerini yönetebilmelidirler. En zor alan mali sorumluluktur. Aile hekimleri insanlara, hastalarına, sonuç olarak topluma hizmet ettiklerinin farkında olmalıdırlar. Ülkenin genel resmine bakarak tüm ekonomik sistemin, sağlık sisteminin sürdürülebilir olmasından sorumlu olduklarının bilincinde olmalıdırlar. Bu da eğitim sırasında öğrenilmesi gereken bir alandır. Hiç bir mesleğin bilim ve eğitimde kendi gelişimini sağlamadan bir geleceği olamaz. Bu da aile hekiminin yeterli olması gereken alanlardan birisidir. Gelecekte meslektaşımız olacak öğrencilerimizin, bilimsel çalışmaları anlayıp, bilimi uygulamaya dönüştürmelerini nasıl sağlayacağız? Son alan ise aile hekiminin belli etik kurallar çerçevesinde hareket et-

mesine rehberlik eden mesleki yeterlidir; örneğin bazen çok ikna edici ve talepkar olan ilaç firmalarının etkileri ile nasıl başa çıkılacağı gibi. Bu alanlar tıp müfredatının çekirdek alanları olup üç yıllık uzmanlık eğitimi sırasında derinlemesine işlenmektedir.

Program, asistanların iki farklı eğitim ortamında öğrenmeleri anlamında ikili bir eğitimidir. Birincisi uygulama ortamında hastaları görerek öğrenirler. İkincisi aile hekimliği bölümünde (aile hekimliği anabilim dalı / kliniği, Ed.) küçük grup çalışmaları ile öğrenirler. Bu ikili eğitime kısmen öğrencinin yönetiminde denir, çünkü öğrenci kendi eğitiminde çok geniş sorumluluk almaktadır. Ne öğrenmeleri gerektiğini kendileri bulmak zorundadırlar. Eğiticinin öğrencileri zaten bildikleri konularda eğitmek gibi bir görevi yoktur. Ne çalışmaları gerektiğine karar vermek kendi görevleridir. Değerlendirmenin öğrenmeye rehberlik etmesi de diğer bir eğitim ilkesidir.

Uzmanlık öğrencisinin eğitiminin ilk ve son yılı süresince bir aile hekimliği eğitim biriminde çalışması, üç yıllık uzmanlık eğitimi programının temelini oluşturmaktadır. Aile hekimliği birimi ancak yeterli çalışma alanı, uygun kayıt tutma, yeterli yardımcı personel ve hemşire, internet kaynaklarına erişim gibi temel koşulları sağlayıp akredite olduktan sonra eğitim birimi haline gelebilir. Ayrıca birim, uzmanlık öğrencisinin hasta görüşmelerinin görsel-ışitsel olarak kaydedilebileceği donanıma da sahip olmalıdır. Uzmanlık eğitiminde eğitici olarak görev almak isteyen aile hekimi gerekli eğitim programlarına da katılmalıdır. Bu koşulları sağlamayan aile hekimliği birimleri eğitim merkezi olamazlar.

Uzmanlık öğrencileri ilk yıllarında haftada dört gün, eğitimlerinden doğrudan sorumlu olan ve kendilerine günlük olarak geribildirim veren aile hekimi ile bire bir çalışırlar. Haftanın geri kalan bir gününü ise aile hekimliği bölümünde geçiren öğrenciler küçük grup çalışmaları ile hafta boyunca eğitim biriminde karşılaştıkları konu ve sorunları tartışırlar. Dolayısıyla bu daha önce tanımlandığı gibi, birinci basamak eğitim merkezinin ve (aile hekimliği) bölümün oluşturduğu ikili sistemdir. Elbette bu ilk yıl içinde öğrenciler daha önceden öğrenmiş oldukları pek çok konuyu hem uygulama hem de tazeleme fırsatı bulurlar. En sık karşılaşılan on yakınma üzerine odaklanılması ile bunları nasıl yönetecekleri hakkında fikir sahibi olurlar. Zamanı bir tanı aracı olarak nasıl kullanacaklarını ve çeşitli durumlarda nasıl iletişim kuracaklarını öğrenmelidirler. Kronik hastalıklar da, elbette, işlerinin bir parçası haline gelmektedir. Açıklanamayan yakınmalar da çok önemlidir. Aile hekimleri doğrudan açıklayamadığımız veya belli bir hastalığa bağlayamadığımız yakınmalar ile oldukça sık karşılaşırlar. Bu durumları nasıl yöneteceklerini ve hemen laboratuvar testlerine veya sevk yoluna başvurmamayı öğrenmeleri gerekir. Bu tür yakınmalara, bir yandan somatik nedenlerini araştırırken öte yandan da psikososyal yönünü göz önüne alacakları ikili bir yaklaşım göstermeyi öğrenmelidirler. İlk yıl içinde uzmanlık öğrencileri kendi zaman planlarını yapmayı da öğrenmeye başlarlar. Buna ek olarak tanı ve tedavi seçenekleri hakkında kanıt aramayı da öğrenirler. Bilim, belli bir hastalığı Google'a yazıp en baştaki arama sonucunu dikkate almak değildir. Bilimsel öğrenme, sorularımıza yanıt bulmak için literatürü nasıl kullanacağımızı öğrenmektir: Şu anda Bell paralizisi için en iyi tedavi seçeneği nedir?

Uzmanlık öğrencileri ikinci yıllarında diğer klinik ortamlarda çalışırlar. Bir hastanenin acil servisinde yaptıkları altı aylık rotasyon süresince cerrahi, dahili ve travma hastalarını görmelidirler. Burada nöbet tutarlar ve o ekibin bir parçası olurlar. Ancak bu süre içinde de, bizim "uzmanlık eğitimi günleri" olarak adlandırdığımız günlerde bölüme gelirler. Çünkü buldukları eğitim ortamında gördükleri ile ilgili olarak yansıtma yapmaları ve öğrenme hedefleri belirlemeleri gerekmektedir. Burada da küçük grup çalışmaları kullanılır.

Öğrenciler, psikolojik ve psikiyatrik hastalıklar ve tedavileri hakkında deneyim kazandıkları üç aylık bir ruh sağlığı birimi rotasyonu da yapmak zorundadırlar. Öğrendiklerinin bir kısmını depresyon, anksiyete ve fobi gibi ruh sağlığı sorunlarının günlük klinik pratiğin önemli bir parçası olduğu aile hekimliği ortamında kullanırlar. Burada da öğrenciler haftalık eğitim günleri için aile hekimliği bölümüne geri dönerler. Eğer öğrenciler daha önce ruh sağlığı alanında uzunca bir süre çalışmışlar ise bu üç ay için farklı bir seçmeli rotasyon yapabilirler.

İkinci yılın üçüncü döneminde üç aylık bir yaşlı bakımevi rotasyonu yer alır. Bu kurumlar özellikle uzun süreli karmaşık kronik bakım gereksinimi duyan ve bu bakımın evlerinde, aile hekimleri tarafından verilemeyeceği yaşlı hastalar içindir. Bunlar arasında demans hastaları, palyatif bakıma gereksinimi olan hastalar ve ALS hastaları yer alır. Bu sorunlar aile hekimliği düzeyinde başladığı için uzmanlık öğrencileri bu sorunların karmaşıklığını öğrenmelidirler. Yine bölümdeki haftalık eğitimlere katılan uzmanlık öğrencileri, ruh sağlığı örneğinde olduğu gibi, uzun süreli bir bakımevi deneyimine sahiplerse bu üç aylarını farklı bir uzmanlık dalında seçmeli rotasyon yaparak değerlendirebilirler.

Uzmanlık öğrencisi, eğitiminin üçüncü yılında yine aile hekimliği eğitim biriminde çalışır. Ancak bu birim ilk yıl çalıştığı birim olmaz. Çalışma sistemi temelde aynı (eğitim sorumlusu ile bire bir çalışma temelinde geribildirim ve bölümde küçük grup çalışmaları) gibi görünmekle birlikte bazı farklar bulunmaktadır. Öğrenci artık daha çok bir aile hekimi gibi çalışmaya başlamalıdır. Birim yönetimine ve birimdeki görevlerin yerine getirilmesine daha çok katılmalıdır. Ayrıca ilk yıllarına göre öğrenciler kendi programları ve gereksinimleri konusunda

daha fazla sorumluluk üstlenmelidirler. İlk yıllarında güçlü bir yönlendiriciliğin sağlandığı probleme dayalı öğrenme süreci son yılda öğrencilerinin kendilerinin yönlendirdiği ve tasarladığı bir probleme dayalı öğrenme şekline dönüşür. Son yıl kronik ve karmaşık hastalıkların yönetimine daha fazla ağırlık verilir. Bazı öğrenciler araştırma etkinliklerinde görev alırlar. Bu yıldan başlayarak mesleki gelişimleri üzerinde çalışmak ve gelecekle ilgili planlamaya başlamak durumundadırlar. Bu dönem, “Nerede çalışmak istiyorum?”, “Çalışacağım birimi nasıl bulacağım?”, “Çalışacağım birimi nasıl seçeceğim?” ve “Aile hekimliği biriminin yönetimini yeterince nasıl öğreneceğim?” gibi sorulara yanıt aradıkları bir dönemdir.

Bu tür bir eğitim programının yapısında yer alan başka yapıtaşları da bulunmaktadır: Şekillendirici (gelişimi hedefleyen) ve düzey belirleyici değerlendirme; eğitici eğitimi; resmi eğitim programı ile uzmanlık tezi yazımının birleştirilmesi, yarı-zamanlı eğitimin düzenlenmesi ve elbette öğrencilerin ve eğitici aile hekimlerinin ücretlendirilmesi.

Avrupa ve Türkiye’de Önemli Noktaların Karşılaştırılması

Avrupa ülkeleri ve Türkiye’deki aile hekimliği uzmanlık eğitimine ait önemli noktaları karşılaştırmak için, EURACT (Avrupa Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik Eğiticileri Akademisi) veri tabanı kullanılmıştır. EURACT konsey üyeleri kendi ülkelerinin verilerini toplayarak veri tabanına aktarmışlardır ve böylece bu tip bir eğitim programını birçok açıdan değerlendirmek mümkün olmuştur.

Yirmi altı ülkede mezuniyet sonrası aile hekimliği uzmanlık eğitiminin süresi:

- 3 yıl: 13 ülke
- 4 yıl: 7 ülke
- 5 yıl: 6 ülke

Türkiye’de birçok ülkede olduğu gibi 3 yıllık bir program vardır.

Bir başka önemli nokta; hastane ortamında harcanan zamana karşılık aile hekimliği uygulama ortamında harcanan zamandır:

- Süre – Saha > Süre - Hastane Ortamı: 11 Ülke
- Süre – Saha = Süre - Hastane Ortamı: 7 Ülke
- Süre – Saha < Süre - Hastane Ortamı: 8 Ülke

Türkiye’deki uzmanlık öğrencileri hastane ortamında aile hekimliği ortamından daha fazla zaman harcıyorlar ve birinci basamakta görebileceklerinden daha farklı hasta gruplarını görüyorlar. Altı ülkede, uzmanlık öğrencileri-

nin aile hekimliğinde geçireceği en az süre tanımlanmamış durumdadır. Başka bir deyişle, uzmanlık öğrencisi aile hekimliği uygulamasında zaman geçirebilir, fakat bu mevzuat ya da program tarafından gerekli görülmez*. Uzmanlık öğrencisi bütün uzmanlık eğitimi süresini hastane ortamında harcayabilir. Bu altı ülke Avusturya, Yunanistan, Moldova, Romanya, İsviçre ve Türkiye’dir. Dolayısıyla Türkiye bu önemli noktada yalnız değildir, fakat aile hekimliği uzmanlık eğitimi amacı ile 36 ay hastane ortamında eğitim alınması pek uygun görünmemektedir.

Diğer bir konu da Avrupa’da aile hekimliği uzmanlık eğitimi için sorumluluğun kimler tarafından üstlenildiğidir. Bu konuda birçok ülkede dört farklı organizasyon görev almaktadır: Üniversiteler, hükümet, bölgesel kuruluşlar, profesyonel veya akademik kuruluşlar. Ülkelerdeki durum incelendiğinde, birçok ülkede iki organizasyon uzmanlık eğitiminin sorumluluğunu yürütürken, yedi ülkede bu göreve üç organizasyonun katıldığı gözlenmiştir: Genellikle bunlar üniversiteler, ulusal hükümet ve meslek kuruluşundan oluşmaktadır. Otuz altı ülkenin 30’unda üniversiteler uzmanlık eğitiminde sorumluluk almaktadır; bu da her ülkenin mezuniyet sonrası eğitim programına üniversiteleri dahil etmediğini göstermektedir. Türkiye’de üç organizasyon sorumludur: Meslek kuruluşu (TAHUD), üniversiteler ve hükümet.

Önemli noktaların kısa karşılaştırmalarını özetleyecek olursak: Türkiye’de birçok ülkeye benzer olarak 3 yıllık bir uzmanlık eğitim programı uygulanmaktadır, birçok ülkeye göre aile hekimliğinde harcanan süre kısa ve asgari süresi belirlenmemiştir; bu bir tehlikedir**. Bu araba tamircisini uçak fabrikasında eğitime benzer. Araba da uçak da birer makinedir, ama oldukça büyük farklılıklar gösterirler. Dolayısıyla bu tuhaf bir durumdur. İyi yanından bakarsak Türkiye’de, üniversiteler de olmak üzere uzmanlık eğitiminden üç kuruluş sorumludur.

Türkiye’de Aile Hekimliği’nin Geleceğiyle İlgili Bazı Görüşler

Görüşlerim WONCA’nın sağlık sisteminde ve aile hekimlerinin pozisyonlarında değişiklikler yapan birçok ülkedeki deneyimlerine dayanmaktadır.

Önemli noktalar:

- Değişim ya da geçiş tarihi
- Aile hekimliği eğitimi için eğitim merkezleri
- Aile hekimliği bölümlerinin yeri ve rolü
- Birinci basamak sağlık sistemindeki çelişkili durumlar

*Bu konuda yasal düzenleme yapılmış olmakla birlikte uygulamadaki durum henüz bu şekildedir (Editör).

**Uzmanlık eğitiminin 18 ayının Aile Hekimliğinde geçirilmesi gerektiğine ilişkin yasal düzenleme yapılmış olmasına karşın uygulamaya yönelik alt yapının henüz hazır olmaması nedeniyle zorunlu uygulama söz konusu değildir (Editör).

Değişimin ya da Geçiş Döneminin Sonlanım Tarihi

Birçok ülkede, aile hekimliğinin lisansüstü uzmanlık eğitimi gerektiren bir uzmanlık olduğu kararına varılmış ve bunun için bir tarih belirlenmiştir. Normalde bu, belli bir tarihten sonra tıp fakültesi mezunlarının, o tarihte geçerli olan şekli ile aile hekimliği uzmanlık eğitimi almadıkları takdirde aile hekimi olarak çalışamayacakları anlamına gelir. O tarihten önce aile hekimi olmak için farklı yollar vardır; o tarihten sonra aile hekimi olmak için ise yalnızca bir yol söz konusudur. Türkiye’de geçiş dönemi için bitiş tarihi resmi olarak ilan edilmemiştir, ki bu hala birinci basamak hekimi olmak için farklı yollar olduğu anlamına gelir. Bu durumun birinci basamak sağlık hizmetlerine ya da aile hekimliğinin gelişmesine katkısı tartışmalıdır. Bu, kesinlikle, tıp öğrencileri için net olmayan bir mesaj anlamına gelmektedir.

Yeni tıp fakültesi mezunlarının aile hekimi olmaları için aile hekimliği uzmanlık eğitimi almalarının gerekliliğine karar verirken, birinci basamakta çalışan pratisyen hekim grubunu da dikkate almak gerekir. Geçiş iki şekilde olabilir: Eğitim vermeksizin ya da meslek içi yeniden eğitim yolu ile. 1974’te, Hollanda, 7 yıl olan temel tıp eğitimini 6 yıl olarak değiştirdi. Aynı zamanda, aile hekimi olarak çalışmak isteyen herkesin aile hekimliği uzmanlık eğitimi alması gerektiğine karar verildi. Böylece, 1974 yılında ve sonrasında aile hekimi olmak isteyen bütün tıp fakültesi mezunları, istisnasız olarak aile hekimliği uzmanlık eğitimi almak zorunda kaldılar. Aynı zamanda, aile hekimi olarak birinci basamakta çalışan tüm pratisyen hekimlerin, lisansüstü aile hekimliği uzmanlık eğitimi alan hekimlerle aynı pozisyon ve unvanı almalarına karar verildi. Fakat hepsi her beş yılda bir yeniden yetkilendirileceklerdi (sertifikasyon), yani sürekli mesleki gelişimlerini belgeleyeceklerdi. Bu, aile hekimi olarak çalışan tüm hekimleri kapsayan yalnızca bir defaya özgü bir uygulama idi. Temel tıp eğitimi süresinin kısaltılması ve yeniden yetkilendirme (resertifikasyon) zorunluğunun yürürlüğe girmesi bu şekilde bir düz geçişi olası kılmıştı.

Diğer bir seçenek yeniden eğitimdir ve çok daha yaygındır. Litvanya bağımsızlığını aldıktan ve sağlık sistemlerinin yapısını değiştirdikten sonra bunu yapmıştır. Bu değişimden önce sağlık hizmeti daha fazla ikincil bakıma odaklıydı. Birinci basamak adıyla anılan uzmanlar vardı. Toplum içinde çalışan dâhiliyecilere bundan böyle birinci basamakta aile hekimlerinin çalışmaları amaçlandığı söylendi. Bu konuda hizmet içi aile hekimliği eğitimleri düzenlendi ve hatta zorunlu kılındı. Dâhiliyeciler eğitimlere katılmadıkları takdirde hastanede çalışmak zorunda kalacaklardı. Hizmet içi aile hekimliği eğitimi bir final sınavıyla birlikte yedi modül içeriyordu. Eğitime devam, idari izin sağlanarak kolaylaştırıldı. Bunu tüm hekimler için tamamlamak Litvanya’nın iki yılını aldı. Endonezya’da da buna benzer bir problem yaşandı. Doktorlar tıp fakültesinden mezun olduktan sonra bazen senelerce ça-

lıştıkları hastanede kalmak durumdaydılar. Pratisyen olarak adlandırılan bu hekimlerin bir bölümü dahiliye ya da kardiyoloji uzmanlık eğitimine gidiyordu. Bir kısmı hastanede pratisyen olarak çalışmaya devam ediyordu. Fakat bazıları da grup olarak her türlü sağlık problemiyle uğraştıkları özel muayenehane ya da klinik açıyorlardı. Hükümet bu pratisyenlerin mesleki yeterliklerinin birinci basamakta öncü güç olmak adına yeterli olmadığını gördü. Böylece bir yıl boyunca haftada bir gün sürecek kurslar başlatıldı. Kurslara katılım gönüllülük esasına dayanıyordu. Ancak, katılım gelir kaybına yol açtığı için kursu bırakma oranı çok yüksekti. Katılımcılar kursa ücret ödüyorlardı ve o gün boyunca kendi işlerinde çalışmadıkları için kazançları azalıyordu. Bu nedenle bu sistem çok gözde değildi. Bu sırada bir sağlık sigortası şirketi, 6 saatlik bir kurs sağlayabileceklerini ve bu kursu tamamlayan hekimleri aile hekimi olarak kabul edeceklerini ilan etti. Şu anda Endonezya’da biraz özgül eğitim almış pratisyenlerle hiç özgül eğitim almamış pratisyenler bulunmaktadır. Aslında Endonezya’da net bir yönelim yoktur, çünkü bu ülkede birinci basamak sisteminde çalışan pratisyenlerin eğitimlerinin nasıl ele alınacağına dair kesin bir karar verilmiş değildir.

Türkiye Aile Sağlığı Merkezleri’nin gelişmesiyle bağlantılı olarak bazı kararlar aldı. Pratisyen hekimlere bu tip bir sağlık merkezinde çalışmak için aile hekimi olma zorunluğu getirildi. Dolayısıyla aile hekimi olmak için altı günlük bir kursa katılarak eğitim almak zorundaydılar. Yeniden eğitimin ikinci aşamasının, kendi sağlık merkezlerinde yarı zamanlı çalışırken e-öğrenme ile gerçekleşmesi planlanmaktadır. Bu altı günlük kursun pratisyen hekimin yetkinlik düzeyi üzerinde sınırlı bir etkisi olacağı açıktır. İkinci aşama ise oldukça karmaşık görünmektedir. Hizmet içi bu tür bir mesleki eğitimin etkinliğini sağlamak için iyi bir eğitim programına ve eğitim alan hekimlere geribildirim verecek deneyimli saha eğiticilerine gereksinim vardır. Eğitim uygulaması sırasında geribildirim düzenli aralıklarla, hatta günlük verilmelidir ve e-öğrenmenin bir eğitim yöntemi olarak mesleki eğitim amaçlı bir program için yeterli bir öğrenme ortamı sağlayacağı bilinmemektedir. Ayrıca eğitime katılan hekimler aynı zamanda aile hekimi olarak görev yaptıkları için hizmet sunumundan eğitime gerçekten yeterli zaman ayarabilecekler midir? Bütün bunların sonunda bu hekim aile hekimi olacak, bir aile hekimliği uzmanı olmayacaktır. Böylece, Türkiye birinci basamakta çalışan iki tip “aile hekimi” ile karmaşık bir sisteme sahip olacaktır.

Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi İçin Eğitim Merkezleri

Aile hekimliği uzmanlık eğitimi boyunca bir uzmanlık öğrencisinin 18 ayını birinci basamakta, 18 ayını ise hastane rotasyonlarında geçirmesi olasıdır. Ancak çoğu eğitim hastanesinde yalnızca hastane ortamında eğitim

sağlandığından bu yol sık başvurulan ve kolay bir yol değildir. Daha önce de belirttiğimiz gibi kişi ileride çalışacağı ortamda eğitilmelidir. Eğer aile hekimliği uzmanı birinci basamakta çalışacaksa birinci basamak ortamında eğitilmelidir. Bu elbette hiç bir koşulda hastane ortamında eğitim almayacağı anlamına gelmez, ancak eğitiminin büyük kısmının geçeceği yer birinci basamak olmalıdır. Dolayısıyla uzmanlık öğrencileri için acil eğitim merkezi gereksinimi söz konusudur.

Aile Hekimliği Bölümlerinin Rolü ve Konumu

Pek çok ülkede aile hekimliği uzmanlık eğitimi üniversite bölümleri ile ilişkilendirilmiştir. Bilimsel temellerde yeni bilgiler öğrenmek için akademik ortama büyük gereksinim vardır. Bu şekilde uzmanlık öğrencileri, işlerinin bir başka parçası olan araştırma bilgi ve becerilerini de geliştirebilirler. Aile hekimliği akademik bir disiplindir ve uzmanlık öğrencileri bunun farkında olmalıdır. Sahada çalışan hekimler, üniversite anabilim dallarının daveti ile bu bilimin gelişmesine katkıda bulunabilecekleri gerçeğinin farkında olmalıdırlar. Dahası bu bilim aracılığıyla ulaşılabilecekleri çıktılarını anlayabilmelidirler. Bir bilimsel makaleyi okuyup anlayabilmeli, ayrıca iyi makale ile kötüsünü birbirinden ayırabilmelidirler. Üniversite anabilim dalları, eğitimin bir parçası olması gereken bu alanda yaşamsal bir role sahiptirler. Bilimsel ortamın halihazırda yeterli bir gelişim düzeyine sahip olduğu görülmektedir, ancak aile hekimliği uzmanlık eğitimiyle bağlantısı güçlendirilebilir.

Birinci Basamak Sağlık Sisteminde Çelişkili Durumlar

Birinci basamak ortamları ile aile hekimliği anabilim dallarının ilişkilendirilmesine bazı düzenlemelerin engel olduğu görülmektedir. Aile hekimliği anabilim dallarında çalışan eğiticiler birinci basamak ortamında hasta görememekte ve eğitim yapamamaktadır. Asistanlar birinci basamakta eğitim görememekte onun yerine hastanelerde eğitilmektedirler. Uçak fabrikasında eğitilen bir otomobil teknisyeni örneğini hatırlayın. Öğrenme için en uygun ortama sahip olduğu söylenemez. Aynı ortamda çalışan hekimler arasında da farklılıklar vardır: Uzmanlar ve pratisyenler farklı düzenlemelere bağlıdırlar ve farklı çıkarılara sahiptirler. Devletin farklı eğitim almış hekimlere farklı ücret ödemesi elbette makul bir yaklaşımdır, ancak eğer bu hekimler aynı işi yapıyorlarsa durum biraz tuhaflaşmaktadır. Tüm bu hususlar nedeniyle Türkiye gibi bir ülkede aile hekimliği uzmanlık eğitimi beklennin altında bir ilgi görüyor olabilir.

Sonuç

WONCA Avrupa perspektifinden bakıldığında, sağlık sisteminin ve sağlık sistemi içerisinde aile hekimliğinin geliştirilmesi sorumluluğu, TAHUD işbirliğinde

Türk hükümetine aittir. Bir kurumsal yapı olarak WONCA Avrupa üye organizasyonları destekler, gelişmeleri izler, sorgular ve belli bazı gelişmelerin gerçekleşmesi yönünde yöreklendirici olur. Bizim yorumlarımız diğer pek çok ülkede edinilen deneyimlerden öğrendiklerimizin bir yansımasıdır. Türkiye'ye baktığımızda hükümetin aile hekimliği ve aile hekimliği uzmanlık eğitiminin gelişmesi anlamında bir rota belirlediği görülmektedir. Hükümet çeşitli düzenlemeler yapmış ve düzenlemeleri uygulamayı planlamaktadır. Sağlık sistemlerini değiştirmek için ne kadar büyük bir çaba gerektiğinin farkındayız. Bu bir gecede yapılacak bir iş değildir. Dahası bazen bir yöndeki bir değişim organizasyon anlamında sistemin bir başka parçasında kayba neden olabilir.

Şu tavsiyelerde bulunmak olasıdır: Değişim için resmi bir tarih belirlenmesi önerilir. Bu tarihten sonra birinci basamak sistemine girişin yalnızca aile hekimliği uzmanı olarak söz konusu olduğunu kesin ve net olarak herkes anlamalıdır. Ayrıca eğitim süresinin en az yarısının birinci basamak ortamında geçmesi koşulu güvence altına alınmalıdır. Birinci basamak eğitim merkezlerine yatırım yapılmalı ve saha eğiticileri yetiştirilmelidir. Mevcut aile hekimliği eğitimlerini yeniden ele almak uygun olacaktır; çünkü 6 günlük faz 1 eğitim yetersizdir ve faz 2 eğitim sonucunda gerekli yeterliklere ulaşıp ulaşılmayacağı tamamen belirsizdir. Ayrıca uygulanabilirliğe ilişkin soru işaretleri de vardır. Üniversite anabilim dalları ile birinci basamak merkezleri arasında yakın ilişki kurulmasına olanak sağlanmalı veya bu ilişkiler bizzat organize edilmelidir. Birinci basamak aile hekimliği uzmanlık eğitiminin temelini oluşturur, o nedenle üniversitelerin ve birinci basamağın birlikte iyi çalışması desteklenmelidir. Bu anlamda bazı düzenlemelerde değişiklikler yapılması gerekebilir. Ek olarak dikkat edilmesi gereken bir başka nokta da sağlık sistemi içindeki çelişkilerdir. Örneğin aynı yerde çalışan hekimler arasında farklı düzenlemelerin olması gibi.

WONCA Avrupa, hükümet görevlileri ve diğer paydaşlarla görüş alışverişinde bulunmak üzere bir araya gelmeye hazırdır. Eğer yapabileceğimiz bir şey varsa, yardımcı olmaktan her zaman mutluluk duyarız. Bu davet bizim konferanslarımızı da kapsamaktadır, çünkü bu konferanslar Avrupa'nın çeşitli ülkelerinde neler olup bittiğini görmek için iyi birer fırsattır. Mücadele ettiğiniz pek çok konuda Türkiye'nin bir istisna olmadığını görmek bir miktar iç rahatlatıcı olabilir. Pek çok ülke, hatta çok iyi bir aile hekimliği uygulama organizasyonuna sahip olanlar bile, değişimle, ekonomik değişikliklerle ve sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasıyla boğuşmaktadır. WONCA Avrupa yardıma her zaman isteklidir ve belli bazı gelişmeler karşısında uyarılarda bulunmayı görevinin bir parçası olarak görür.

Aile Hekimliği Akademisi (AHAD) Aile Hekimliği Araştırma Günleri 2011 Bildiri Özetleri

Abstracts presented at the Family Medicine Research Days, 18-20 November 2012, İzmir, Turkey

Aşağıda özetleri yer alan bildiriler Aile Hekimliği Araştırma Günleri kapsamında,
18 – 20 Kasım 2011 tarihlerinde, İzmir Artemis Kongre Merkezinde sunulmuştur

Sözlü Bildiriler (SB-01 — SB-23)

SB-01

Diabetes Mellitus tanısında HbA1c'nin tanısal test olarak kullanılması

Oktay Sarı, Ümit Aydoğan, Bayram Koç

Gülhane Askeri Tıp Akademisi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: HbA1c, günümüzde diyabetin kontrol altında olduğunu gösteren en iyi testlerden biridir. Son yıllarda, HbA1c'nin standardizasyonu yönündeki çabalar ve prognostik önemine dair kanıtlar, diyabette tanı testi olarak kullanılabileceğini gündeme getirmiştir. Çalışmamızda DM, BAG (Bozulmuş açlık glukozu) ve BGT (Bozulmuş glukoz toleransı) tanısı almış hastalarda HbA1c'nin tanısal değer açısından karşılaştırmasını yaptık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız randomize kontrollü bir çalışmadır. DM ön tanısıyla takip edilen hastalar, çalışmanın örneklemini oluşturdu. Diyabet öyküsü olanlar, diyabetojenik ilaç kullananlar, kronik böbrek ve karaciğer hastalığı olanlar, kanser hastaları, gebeler, kalp yetmezliği olanlar, lipid metabolizmasını etkileyen ilaç kullananlar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların anamnez ve fiziki muayenesi yapıldıktan sonra boy, kilo, bel ve kalça çevreleri ölçüldü. Olguların vücut kütle indeksi [VKİ: Ağırlık (kg) / Boy (m)²] hesaplandı. HbA1c, açlık kan şekeri (AKŞ) ve tokluk kan şekeri (TKŞ) tetkikleri istendi. Veriler takip formuna kaydedildi. Çalışmanın verileri analiz edilirken tanımlayıcı istatistiksel metodlar için %, ortalama±standart sapma kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki-Kare testi kullanıldı.

Bulgular: Çalışmaya; 38 DM, 30 BAG ve BGT olanlar ve 22 kontrol grubu dahil edildi. HbA1c, %6.5 referans değeri olarak kabul edildiğinde DM tanısı alan hastaların 2'sinin (%5.3), BAG ve BGT olanların 8'inin (%26.7) sinin HbA1c değerleri normal sınırlardayken, normal grupta 3 kişide HbA1c değeri normalin üzerindeydi. Ancak gruplar arası karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (p>0.005).

Tartışma: HbA1c ölçümünde yapısal, kimyasal ve elektriksel yük özelliklerine göre geliştirilmiş 30'dan fazla yöntem kullanılmaktadır. Hem bu yöntemlerin farklı olması, hem de ölçümleri interfere eden durumların fazlalığı nedeniyle standardizasyon henüz sağlanamamıştır. Süre ve maliyet açısından da AKŞ'ye üstünlüğü yoktur. AKŞ, TKŞ ile DM tanısını koymada bir problem yaşanmazken HbA1c'nin birden tanı aracı olarak gündeme gelmesi ve standardizasyon için HPLC ölçümünü temel alınmasının altında ticari kaygıların olabileceği soruları akla gelmektedir. Şimdiki imkânlarla göre gerek maliyet gerekse standardizasyonun tam oluşturulamaması nedeniyle kılavuzlarda henüz yerini almamıştır.

Anahtar sözcükler: Diyabet, tanı, HbA1c.

SB-02

Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların kardiyak risk faktörleri ile ilgili önerilere uyumlarının değerlendirilmesi

Arzu Ayraller¹, Hülya Akan², E. Çiğdem Kapsar³, İlker Murat Çağlar⁴, Selda Handan Karahan Saper⁵, Hande Oktay Türel⁴, Osman Karakaya⁴

¹Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; ²Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; ³Yeditepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstatistik Bölümü, İstanbul; ⁴Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, İstanbul; ⁵İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

Amaç: Bu çalışmada kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların daha önce kardiyovasküler hastalık risklere yönelik yaşam değişikliği önerileri alıp almadığı, aldıysa eğer bu önerilere ne oranda uyduklarını incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışma Ağustos 2011-Eylül 2011 tarihleri arasında Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran hastalar arasından rastgele seçilerek gerçekleştirilmiş prospektif nitelikte kesitsel bir anket çalışmasıdır. Anket; kardiyoloji polikliniğine başvuran hastaların sosyoekonomik özelliklerini, egzersiz, genel beslenme danışmanlığı, diyabet ve hipertansiyon diyeti, sigara bırakma danışmanlığı, kolesterolüzsüz diyet eğitimi, aspirin kullanma gibi koruyucu hekimlikle ilgili danışmanlık alıp almadıklarını ve aldılarsa bu önerilere uyup uymadıklarını değerlendiren sorulardan oluşur. Toplanan veriler SPSS 16.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Analizler sırasında tanımlayıcı istatistikler olarak ortalama ve standart sapma, yüzdelik hesaplamaları ve “t” testi kullanılmıştır. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya alınan 98 kişiye düzenli aspirin kullanması önerilmiş bunların sadece 18 kişisi (%19.6’sı) düzenli aspirin kullandığını belirtmiştir. Kilo vermesi önerilen 103 kişinin 49’u (%24.7’si); kolesterolüzsüz diyet önerilen 49 kişinin 30’u (%61.2) önerilere uyduğunu belirtmiştir. Sekersiz diyet eğitimi verilmiş ve hipertansiyon diyeti eğitimi almış kişilerde, diyet önerilerine uyanlar ile eğitim arasında dağılım bakımından istatistiksel olarak fark vardır. İlkokul mezunları beklenenin üzerinde diyabet ve hipertansiyon diyetini uygulamışlardır. Hipertansiyon eğitimi almış kişilerde hipertansiyon diyeti önerisine uyanlar ile medeni durum dağılımı bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05). Evli ve hipertansiyonu olan hastalar hipertansiyon diyeti tavsiyesine beklenenin üzerinde uymuşlardır.

Sonuç: Bu çalışmanın elbette bazı kısıtlılıkları vardır. Grup homojen değildir ve hastaların ne tarz bir eğitim ve danışmanlık aldığı bu çalışma ile saptamak mümkün değildir.

Hastaların bir kısmı yapılandırılmış bir eğitim almış olabilir bazılarında ise sadece öneri düzeyinde kalmış olabilir ve alınan eğitim ve danışmanlığın niteliği sonuçları etkilemiş olabilir.

Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastalar risk faktörleri ile ilgili yüksek oranda öneri ve danışmanlık alıyor görünmekle beraber, bu önerilere uyum oranları oldukça düşüktür. Hasta uyumunun neden düşük olduğuna yönelik daha ileri çalışmaları ve uyum oranlarını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Kardiyoloji, risk, uyum.

SB-03

Üniversite öğrencilerinin yemek yeme alışkanlığı ve beden algısı ile ilgili düşüncelerinin değerlendirilmesi

Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi, Koray Serkan Akıncı

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Beslenme sağlığı korumak, geliştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek amacı ile vücudun gereksinimi olan besin öğelerini yeterli miktarlarda ve uygun zamanlarda almak için bilinçli yapılması gereken bir eylemdir. Biz bu çalışmamızda üniversitesi öğrencilerinde yemek yeme alışkanlığı ve beden algısı ile ilgili düşüncelerinin değerlendirilmesini ve elde edilen sonuçlar ışığında eğitimler ile sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazandırarak ve uzun vadede daha sağlıklı bir toplum hedeflemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntemler: Bu tanımlayıcı araştırma 10 Şubat 2008–30 Haziran 2008 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Mesleki Eğitim Fakültesine devam eden 262 öğrencide yapılmıştır. Çalışmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri ve yemek yeme alışkanlıkları önceden hazırlanmış olan anket formlarına kaydedilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 21.72±2.38 yaş olup, 154’ü kız (%58.8), 108’i (%41.2) erkek idi. Cinsiyetler arasında kilo ile

ilgili düşünce farklılıkları araştırıldığı zaman, kız ve erkekler arasında önemli bir fark bulunmadı (p=0.145). Kilo ile ilgili düşüncelerde, kız öğrencilerde kilo verme ve aynı kiloda kalma düşüncesi erkeklerden daha fazla iken, kilo alma düşüncesi, erkeklerde kızlardan önemli ölçüde fazla idi (p=0.007). Son üç ayda egzersiz yapma yönünden cinsiyetler arasında önemli bir farklılık bulunmadı (p=1.000). Şişmanlıktan korkma ile ilgili düşünceler sorulduğunda kız öğrenciler erkek öğrencilerden önemli ölçüde şişmanlamaktan korkuyorlardı (p<0.001). Kız öğrencilerde zayıf olma düşüncesi erkek öğrencilerden önemli ölçüde fazla idi (p=0.040). Erkekler kız öğrencilere göre et yemekten önemli ölçüde daha fazla hoşlanıyorlardı (p<0.001).

Sonuçlar: Bu çalışmada her iki cinsiyette de egzersiz yapma yetersiz olup, kilo alma isteği erkek öğrencilerde fazla iken, kilo verme ve şişmanlıktan korkma düşüncesi kız öğrencilerde daha fazla idi. Tüm üniversite öğrencilerine sağlıklı beslenme koşulları sunulmalı, öğrencilere düşük ücretle yeterli ve dengeli menülerden oluşan öğünler verilmeli, belli aralıklarla beslenme eğitimi programları uygulanmalı ve gençlerin spor yapmaları teşvik edilmeli ve uygun alanlar oluşturulmalıdır.

Anahtar sözcükler: Yemek yeme alışkanlığı, üniversite öğrencisi, beden algısı.

SB-04

Birinci basamakta sık görülen yakınmaların tanınasal öngörü değerinin saptanması

Okay Başak¹, Dilek Güldal², Tolga Gunvar², Güzel Dişçigil¹, Ayfer Gemalmaz¹, Serpil Demirağ¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın; ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tanı testleri, bir klinik durumu doğru tanı kategorisi içine yerleştirmemizde bize yol gösterirler. Geniş anlamı ile, laboratuvar veya görüntüleme yöntemlerine ek olarak tüm başvuru yakınmaları ile öykü ve fizik baki sonucu elde edilen ipuçları ve bunların çeşitli kombinasyonları da “tanı testi” olarak algılanmalıdır. Bir tanı testinin sonucuna ne kadar güvenebileceğinin en önemli göstergelerinden biri sınanan tanının test öncesi olasılığıdır. Aile hekimleri klinik uygulamada “olasılığı saptama” stratejisi uygularlar. Düşük olasılıkta yalancı pozitifliğin fazlalığı ve yüksek olasılıkta ise ampirik tedavinin daha doğru bir seçenek olması nedeni ile tanı testi yapmak doğru değildir. Orta olasılık durumlarında ise ön olasılık, sonrasında kullanılacak tanınasal testin olumlu kesitimi değerini yükseltecek düzeyde artmıştır; yani yalancı pozitifler az olacaktır. Bir hastalığın “ön olasılığı”, hizmet verilen ortam ve ülkeye bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde son derece yararlı olabilecek bir test, birinci basamakta aynı derecede yararlı olmayabilir. Yine benzer şekilde farklı ülkelerde aynı semptom veya yakınmalar farklı ön olasılıklara sahip olabileceklerinden başka ülkelerin verilerinin kullanılabilirliği de sınırlıdır. Bu nedenle bir “ulusal ön olasılık veri tabanı”na gereksinim bulunmaktadır. Bu veri tabanının geliştirilmesi ayrıca birinci basamağa özgü bir sınıflandırma sistemi gerektirir. Bir sağlık çalışması ile ilk karşılaşmadan aynı sorunla ilişkili olarak yapılan son karşılaşmanın tamamlanmasına kadar olan süreci tanımlayan bakım epizodu, ICPC sınıflandırmasının temelini oluşturur ve veri toplama birimi olarak kullanılabilir.

Bu çalışma, aile hekimlerine sık sunulan beş semptom/yakınma (öksürük, boğaz semptomları/yakınmaları, karın ağrısı, nefes darlığı, halsizlik/yorgunluk) ile başvuran hastalarda en yaygın tanılar için ön olasılıkları belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Ülkenin değişik bölgelerinden 100 aile hekiminin çalışmaya katılması planlanmaktadır. Bölgeler ve katılımcı aile hekimleri amaca

uygun olarak seçilecektir. Katılımcı aile hekimleri listelerinde kayıtlı ve çalışma için belirlenen 5 başvuru nedeni ile gelen tüm hastalarıyla yaptıkları yüz yüze görüşmelerin epizod bilgilerini kaydedeceklerdir. Bunun için özel bir görüşme formu kullanılacaktır. Her bir görüşme için hastanın başvuru nedenleri, tanılar ve hekimin yaptığı ya da istediği girişimler ICPC kodlama sistemine göre özel forma işlenecektir. Veri toplama en az bir yıl sürecektir. Katılımcı aile hekimleri ICPC kodlama sistemine göre veri girişi için eğitileceklerdir.

Çalışmada şu çıktılardan ölçülmesi hedeflenmektedir:

1. Beş başvuru nedeni için konulan en sık 20 tanı, ön olasılıklar (yüzdeler şeklinde, %95 güven aralığında)
2. Epizod başında ya da izlem sırasında yedi standart yaş grubu için geliş nedeninin tüm kombinasyonları, tanılar ve girişimler

Anahtar sözcükler: ICPC, Öngörü değeri, tanı testi.

SB-05

Birinci basamakta kronik hastalığı olan hastalarda tamamlayıcı-alternatif tedavi (TAT) kullanımı nedenleri Muhammet Ali Kılıç, Vildan Mevsim, Tolga Günvar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Geleneksel tıp mensuplarının önerdikleri tıbbi tedavilerden farklı olarak Tamamlayıcı-Alternatif Tedavi (TAT) yöntemlerinin kullanımı dünya çapında giderek daha fazla kabul görmeye başlamıştır. Özellikle kanser hastalarının birçoğu geleneksel olmayan tedavilere yönelmektedirler. Hastalar bu amaçla sıklıkla çeşitli bitkisel karışımlar, vitaminler, antioksidanlar, yoga, meditasyon, biyoenerji, akupunktur, aromaterapi, dini uygulamalar vb. gibi yöntemler kullanmaktadırlar. Bu yöntemlerin çok azı sınanmış, çoğu kanıtlanmamış olarak kaldığı halde popüler olmayı sürdürmüştür. Tüm dünyada bu konuda gerçekleştirilen çalışmalar kanser hastaları arasında TAT kullanımının %7 ile %84 ile arasında değişen bir prevalansa sahip olduğunu göstermiştir. Ülkemizde yapılan TAT ile ilgili çalışmalar genelde kanser hastaları üzerinde yapılmış olup, bu hastaların TAT kullanma prevalansı %39.2 ile %60.1 arasında değişmiş ve TAT yöntemlerinin umutsuz hastalar ya da şifa bulmaz vakalar tarafından kullanıldığı şeklindeki geleneksel görüşün doğru olmadığı gösterilmiştir. Çoğu vakada TAT, geleneksel tedavilerin yerini almak için değil, tamamlayıcı biçimde kullanılmaktadır. Bu çalışmada birinci basamakta takip edilen kronik hastalığı olan kişilerin tamamlayıcı-alternatif tıp kullanımı ve nedenlerinin saptanması amaçlanmıştır.

Gereçler ve Yöntem: Araştırmanın iki aşamada yapılması planlanmaktadır. Araştırma modeli olarak; birinci aşamada Teori geliştirme, ikinci aşamada kesitsel analitik çalışma yapılacaktır. Araştırma evreni İzmir ilinde birinci basamak kurumlarına başvuran hastalar olarak belirlenmiştir. Birinci aşamada yürütülecek nitel araştırma için maksimum çeşitlilik örneklem yöntemi kullanılacak, ikinci aşamada belli bir zaman diliminde küme örneklem yönetimiyle seçilmiş ASM'lere başvuran hastalara uygulanacaktır. Veri toplama yöntemi olarak nitel çalışmada odak grup görüşmesi, nicel çalışmada da nitel çalışmada sonucunda geliştirilen anket kullanılacaktır. Veri analizinde NVivo 8 ve SPSS 16.0 paket programları kullanılacaktır. İstatistik analiz olarak tanımlayıcı analizler, Khi kare ve logistik regresyon kullanılacaktır.

Tartışma Soruları: Tez çalışması olarak yapılacak olan bu çalışmanın araştırma önerisi hazırlanması aşamasındadır. Bu nedenle konunun ve yönteminin tartışılması ve geliştirilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Alternatif tıp, kronik hastalık, tamamlayıcı tıp.

SB-06

Öğrenciler ilaç firmaları ile ilişkilerinde yol gösterici olarak nasıl bir rol model istiyorlar?

Dilek Güldal¹, Tolga Günvar¹, Ahmet Can Bilgin²

¹Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Etik Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Tıp fakültesi öğrencilerinin klinik stajları ve internlik dönemleri sırasında ilaç firması temsilcileri ile karşılaşma sıklıkları artmaktadır. İlaç endüstrisi ile hekimlerin ilişkileri her açıdan sorgulama altında iken aynı eleştirel ilgi öğrenci – endüstri ilişkilerine gösterilmemektedir. Oysa yapılan çalışmalarda öğrencilerin ilaç firmalarında hediye kabul etmenin doğal olduğunu düşünme eğilimleri klinik yıllarında prelinik yıllarına göre hızlı bir artış göstermektedir. Hekimlik eğitimi, bilgi kazandırmak kadar doğru davranış ve tutumları da kazandırmayı hedefleyen bir eğitim sürecidir. Öğrencilerin eğitimcilerini rol model olarak benimsemeleri, tıp fakültesi eğitiminde davranış ve tutumların edinilmesinde önemli bir yer tutar. Buldukları klinikte çalışan hekimlerin davranışları da öğrencilerin ilaç firmaları ile ilişkileri konusunda tutum geliştirmelerinde belirleyici rol oynar. Öğrenciler ilaç firmaları ile ilişkilerini genellikle bir eğitici ile tartışmamaktadırlar. Öğrencilerin nasıl bir rol model gereksinimi duyduklarının araştırılması ve saptanması doğru tutum ve davranış geliştirmeleri doğrultusunda onlara daha iyi rehberlik edebilmemizi sağlayacaktır.

Yöntem: Araştırma kapsamında İzmir'de bulunan tıp fakültelerinde Dönem V ve VI öğrencileri ile yapılacak odak grup görüşmeleri yapılacaktır. Kalitatif araştırma olarak planlanan araştırmanın ana araştırma sorusu "Öğrenciler ilaç firmaları ile ilişkilerinde yol gösterici olarak nasıl bir rol model istiyorlar?"

Alt araştırma soruları ise:

- Kimler size rol model olabilir?
- Bu kişilerin ilaç firmaları ile ilişkileri nasıl olmalı?
- Sizce gerçekte nasıl bir ilişkileri var?
- Bu durum öğrencileri nasıl etkiliyor?
- Bu durum hastaları nasıl etkiliyor?
- Hasta bakımı nasıl etkileniyor?

olarak belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Öğrenci, ilaç endüstrisi, rol model.

SB-07

Aydın - deri kanserinden korunma bilincini geliştirme projesi

Güzel Dişçigil

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

A. Projenin özeti: Tamamlanmış olan "Toplumda Deri Kanseri Risk Faktörleri Ve Riskli Davranışlar: Aydın İl Taraması" projesinin devamı niteliğinde olan bu çalışma iki farklı eğitim programı ile yürütülecektir. Aydın ilinde tespit edilen risk faktörleri, riskli davranışlar ve korunma davranışlarına yönelik hazırlanacak olan bu eğitim programları aile hekimlerine ve topluma yönelik olarak hazırlanacaktır. Deri kanseri insidansı giderek artmaktadır. Beklenen yaşam süresinin uzaması, toplum kanser farkındalığının artması bu durumla ilişkilendirilmekle birlikte deri kanseri için güneşe maruziyet çok önemli bir yere sahiptir. UVA ve UVB ışınları hem güneş yanıkları, allerjiler gibi akut, hem de erken yaşlanma, kırışıklıklar, deri kanserleri gibi kronik etkilerden sorumlu tutulmaktadır. Deri kanserinden korunma yöntemlerinin bilinmesi, öğretilmesi ve uygulamanın izlenmesi, toplum sağlığı açısından

önemlidir. Deri kanseri risk faktörleri arasında kendinde veya ailede deri kanseri öyküsü, displastik nevüs, aktinik keratoz, uzun süreli ve aşırı güneşe maruziyet, güneş yanığı öyküsü ön sıralarda yer almaktadır. Risk faktörlerine yönelik olarak güneşten korunma ve düzenli deri taraması önerilmektedir. Yüksek risk grubundaki kişilerin hekim tarafından tanınması özellikle vurgulanmaktadır. Ancak hastaların çekincesi, zaman sınırlılığı, deneyim ve eğitim yetersizliği gibi nedenlerle, deri taraması, sıklıkla göz ardı edilen bir uygulamadır. Toplumun özellikle çocukların deri kanserinden korunma bilincinin geliştirilmesi, hem deri sağlığının korunması hem de deri kanserinden korunma açısından önemli katkılar sağlayacaktır.

B. Konu ve Amaç: Dünya Sağlık Örgütü her yıl yaklaşık 3 milyon insanın deri kanseri tanısı aldığını, kanser tanısı alan her 3 kişiden birinin deri kanseri olduğunu bildirmektedir. Deri kanserleri sık karşılaşılan neoplazmlar listesinde en üst sıralarda yer almakla birlikte mortalite hızı nispeten daha düşük ve korunma mümkündür. Bu nedenle deri kanserlerinin tanınması ve korunma yöntemlerinin toplum tarafından bilinmesi çok önemlidir. Bu konuda yöneticilere, sağlık çalışanlarına ve özellikle aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir.

C. Materyal ve Yöntem/Araştırma Teknikleri: Bu proje iki farklı eğitim programı ile yürütülecektir. Aydın ilinde tespit edilen risk faktörleri, riskli davranışlar ve korunma davranışlarına yönelik hazırlanacak olan bu eğitim programları aile hekimlerine ve topluma yönelik olarak hazırlanacaktır. Sonrasında ilgili ve yetkili makamlarla iletişime geçilerek aile hekimlerine ve topluma yönelik eğitim toplantılarının organizasyonu gerçekleştirilecektir. Topluma yönelik eğitimlerde okullara öncelik verilecektir. Eğitim öncesinde ve sonrasında katılımcıların bilgi düzeylerini ölçen anket formları değerlendirilecektir.

Anahtar sözcükler: Deri, deri kanseri, eğitim, güneşe maruziyet.

SB-08

Postmenopozal kadınlarda Frax Skoru kullanılarak on yıllık majör osteoporotik ve kalça kırık riskinin değerlendirilmesi

Ayşe Demir, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi, Gülseren Pamuk

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Osteoporoz (OP), kemik yoğunluğunda azalma ve kemik dokusunun mikro yapısında bozulma nedeniyle kemik kırılabilirliğinin artması ile karakterize milyonlarca postmenopozal kadın ve erkek olguyu etkileyen, sık görülen, kronik, ilerleyici ve sistemik bir hastalıktır. Bu çalışmada postmenopozal kadınlarda osteoporoz sıklığını, osteoporoz risk faktörlerini gözden geçirmeyi ve DSÖ kırık risk değerlendirme skalasını (FRAX) kullanarak 10 yıllık major OP ve kalça kırıklarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipteki bu analitik araştırma Aile Hekimliği polikliniğine başvuran en az bir yıldan beri menopozda olan 340 kadında yapıldı. Hastaların lomber vertebra (L1-L3 ve L2-L4) ve proksimal femur (femur total, femur trokanter ve Wards üçgeni) kemik mineral yoğunluğu (KMY) DEXA yöntemi ile belirlendi. Katılımcıların risk faktörlerini ve KMY'lerini göz önünde bulundurarak ve FRAX risk değerlendirme skalası kullanılarak 10 yıllık majör osteoporotik ve kalça kırığı riskleri hesaplandı. Major OP kırık için < %10.0 ise düşük risk, %10.0-20.0 arası orta risk, > %20.0 ise yüksek risk olarak, kalça kırığı için < %5.0 ise düşük risk, %5.0-10.0 arası orta risk, > %10.0 ise yüksek risk olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmamızda kadınların yaş ortalamaları 57.5±7.8 yaş, femur boyun, L1-L4 ve femur trokanter DEXA sonuçları ortak değer-

lendirildiğinde olguların 47'si (%13.8) osteoporotik, 177'si (%52.1) osteopenik, 116'sı (%34.1) normal olarak bulundu. Yaş ve menopoz süresi arttıkça OP sıklığı artarken (p=0.000), Beden kütle indeksi (BKİ) arttıkça OP sıklığı azalıyordu (p=0.000). KMY'li majör OP kırık için %94.7'si düşük, %5.0'i orta, %0.3'ü yüksek riskli grubu, KMY'siz majör OP kırık için %91.8'i düşük, %7.6'sı orta, %0.6'sı yüksek riskli grubu oluşturuyordu. KMY'li kalça kırığı için %97.9'u düşük, %1.8'i orta, %0.3'ü yüksek riskli grubu, KMY'siz kalça kırığı için %97.1'i düşük, %2.3'ü orta, %0.6'sı yüksek riskli grubu oluşturuyordu.

Sonuç: Postmenopozal kadınlarda osteoporozun erken tanınması, erken tedavisi ve önlenmesi için risk gruplarının belirlenmesi, kırık riskinin önceden tespit edilmesi, osteoporozla bağlı morbidite ve mortalitenin engellenmesinde, sağlık giderlerinin azaltılmasında önemli bir rol oynar. Kırık riskinin hesaplanmasında kolaylık sağlamak için her ülkeye özel hazırlanmış olan veriler kullanılarak ve risk faktörleri dikkate alınarak geliştirilen FRAX risk değerlendirme aracının kullanımıyla yüksek kırık riski olan hastaların erken dönemde belirlenmesi ve uygun osteoporoz tedavilerinin verilmesi maliyet etkin olacaktır.

Anahtar sözcükler: Osteoporoz, postmenopozal kadın, klinik risk faktörleri, kırık riski, FRAX skoru.

SB-09

Van il merkezinde evlenme başvurusunda bulunan çiftlerin kontrasepsiyon bilgi durumları

Ahmet Yılmaz¹, Sebahat Gücük¹, Zafer Akan², Halis Mehmet Tanrıverdi³, M. Gökhan Usman⁴

¹T.C. Sağlık Bakanlığı; ²Yüzüyl Üniversitesi, Tıp. Fakültesi, Biyofizik Anabilim Dalı, Van; ³Dicle Üniversitesi, Tıp. Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Elazığ; ⁴Sivas İl Sağlık Müdürlüğü, Yunus Emre Aile Sağlığı Merkezi

Amaç: Bu çalışma, Van İl merkezinde Aile Planlama Merkezine başvuran çiftlerin kontraseptif yöntemler (aile planlaması-korunma) hakkındaki bilgi düzeyleri ve evlendikten sonra kullanmayı düşündükleri korunma yöntemlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal Metod: Çalışma tanımlayıcı tipte planlanmıştır. Ekim 2010-Ocak 2011 tarihleri arasında Van Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP) resmi nikah işlemleri için başvuran 243 çift çalışmaya alınmıştır. Katılımcılar gönüllülük esasına göre belirlenmiş ve anketler AÇSAP'ta çalışan aile hekimliği uzmanı tarafından yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur.

Bulgular: Kadınların %21.3'ü, erkeklerin %23.5'si ilköğretim mezunuydu. Kadınların %18'i, erkeklerin %93.4'ü çalışmaktaydı. Kadınların %12.8'inin, erkeklerin %7.4'ünün korunma yöntemleri açısından herhangi bilgisi yoktu. Çiftlerin %42.4'ü evlendikten sonra korunmayı düşünmemekteydi. Çiftler kontraseptif yöntem bilgi dağılımı yönünden incelendiğinde çiftlerin kondom, hap, spiral, enjeksiyon ve geri çekme yöntemleri hakkında tüp ligasyon, implant, spermisit, vazektomi ve takvim yöntemlerine göre daha fazla bilgi sahibi olduklarını göstermektedir.

Tartışma ve Sonuç: Van ili düşük sosyo-ekonomik seviyeye sahiptir. Çiftlerin evlenmeden önce aile planlamasına ilişkin bilgilendirilmesi, çiftlere kullanmayı düşündükleri doğum kontrol yöntemlerine birlikte karar vermelerinin avantajlarının anlatılması ve aile planlamasının yararları anlatılarak yanlış inanışları giderilmeye çalışılması önemli görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Van-Türkiye, doğum kontrol metotları, kontrasepsiyon.

SB-010**Aile Hekimliği uygulamasının bireylerin tercih ettiği aile planlaması yöntemleri üzerine etkisi****Levent Özseven**

Sağlık Bakanlığı, Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi, Isparta

Giriş: Ulusal Aile planlaması hizmetleri uzun yıllardır Sağlık Bakanlığı'nın teşvik ve katkılarıyla sağlık ocakları ve AÇSAP'lar kapsamında hekim ve ebelerin yürüttüğü bir sağlık hizmeti iken, aile hekimliği uygulaması ile bireylerin kayıtlı olduğu aile hekimi ve sağlık personelinin yürüttüğü bir hizmet olarak devam etmektedir. Bu çalışmanın amacı Isparta Merkez 35 no'lu Aile Hekimliği Birimi'ne kayıtlı bireylerin aile hekimliği uygulaması ile tek hekim tarafından izlenmesi, tedavi edilmesi ve koruyucu hizmetlerden yararlanması sonucunda, önceden tercih ettiği aile planlaması yöntemlerinin olumlu veya olumsuz yönde bir değişim gösterip göstermediğini araştırmak ve tespit edilen eksikliklerin, bireylerin bu konu ile ilgili eğitimleri gerçekleştirilerek etkin aile planlaması yöntemlerinin yaygınlaştırılmasını sağlamaktır.

Gereçler ve Yöntem: Isparta Merkez 35 no'lu Aile Hekimliği Birimi'nde 2007 yılı Ocak ayında kayıtlı olan ve kaydı 2011 yılı Ekim ayına kadar devam eden 15-49 yaş arası cinsel açıdan aktif toplam 527 birey çalışmaya dahil edilmiştir. Bu bireylerin 15-49 yaş izlem kartları retrospektif olarak incelenerek, 2007 yılında kullandıkları ve 2011 yılında halen kullanmakta oldukları aile planlaması yöntemlerinin dağılımları araştırılmıştır. Ayrıca bu birime halen kayıtlı olan 15-49 yaş cinsel açıdan aktif toplam 672 bireyin aile planlaması yöntemlerini kullandıkları durumlarına göre dağılımları da belirlenmiştir.

Bulgular: Aile Hekimliği uygulamasının başladığı 2007 yılında 527 kadının 253'ünün (%48), 2011 yılında ise aynı kadınların 339'unun (%64) etkili aile planlaması yöntemlerinden birini kullandığı tespit edilmiştir. Etkisiz yöntemleri tercih eden kadın sayısı 2007 yılında 196 (%37) iken, 2011 yılında 126 (%24) olarak bulunmuştur. 2007 yılında yöntem kullanmayan kadın sayısı 78 (%15) iken 2011 yılında bu sayı 62'ye (%12) gerilemiştir (Tablo 1). 2007 yılında etkisiz yöntem kullanan 94 kadın 2011 yılında etkili aile planlaması yöntemlerinden birini kullanmaya başlamıştır. Aile Hekimliği Birimine 2011 yılı Ekim ayı itibarıyla kayıtlı cinsel yönden aktif toplam 672 kadının 409'u (%61) etkili yöntem kullanırken, 162'si (%24) etkisiz yöntem kullanmakta ve 101'i (%15) de hiçbir yöntem kullanmamaktadır (Tablo 2).

Sonuç: Ülkemizde 2005 yılında başlatılan aile hekimliği uygulaması hizmetin alana yayılması ve bireyin hizmete ulaşımını olumlu yönde etkilemiştir. Kontrol altında tutulabilir bir popülasyona hizmet götürülmesi kronik hastalıkların takibi, özürü ve yaşlı hastaların gözetilmesi, bilimsel tanı ve tedavi uygulamaları yanında koruyucu sağlık hizmetleri ve ana çocuk sağlığı ve aile planlaması hizmetlerindeki başarı oranını da artırmıştır. Isparta merkezinde bulunan aile sağlığı birimimizde uygulanan üreme sağlığı eğitimlerinin elde edilen sonuçlara katkısı kaçınılmazdır. Ancak halen yüksek oranlarda bulunan etkisiz yöntem kullanma oranlarının düşürülmesi toplumsal eğitimlerin artırılmasıyla mümkün olacaktır.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, aile planlaması, halk sağlığı.

SB-11**Koroner anjio veya bypass yapılan iskemik kalp hastalarında Hastane Anksiyete ve Depresyon (HAD) ölçeği ile depresyon durumunun değerlendirilmesi****Levent Hekimoğlu, Zeren Öztürk Altun, Mehmet Melek, Şenol Yavuz, Elvan Zeynep Kaya**

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çalışmamızın amacı, iskemik kalp hastalıklarında (akut koroner sendrom) PTCA/Stent veya koroner bypass cerrahisi uygulanan hastalarda Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) uygulayarak bu hastaların depresyon, anksiyete ve stres durumunu değerlendirmektir. Çalışmada duyuşu bozukluğunu değerlendirmek üzere kullanılacak olan Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HAD) isimli ölçek, okuma yazma biliyorsa hastanın kendisi tarafından doldurulmakta, okuma yazma bilmiyorsa, araştırmacının yürütülmesinde sorumlu olan kişiler tarafından okunarak hastanın verdiği cevap ölçekte işaretlenmektedir. Katılımcıların klinik psikiyatrik açıdan değerlendirilmeleri araştırmada görevli psikiyatri uzmanı tarafından yapılmakta ve DSM IV kriterlerine göre tanı konmaktadır. Katılımcılar 18 yaş ve üzeri yetişkinler arasında seçilmekte olup, olgu grubundaki katılımcılar için bilişsel yeteneğe sahip olma, gönüllü olma ve DSM IV kriterlerine göre depresyon veya daha önceden psikiyatrik hastalık tanısı almış olmama kriterleri aranmaktadır. Araştırmanın ilk aşamasında katılımcılar anketleri doldurmada, ikinci aşamada ise PTCA/Stent veya Cerrahi (pompa veya atan kalpte bypass) yapılan hastalar taburcu olduktan 1 hafta, 1 ay ve 6 ay sonra kontrollerinde HAD Ölçeği sorularını yanıtlamaktadırlar. Çalışmaya sağlıklı gönüllü alınmayacak olup hasta gönüllü sayısı 200'e ulaştığında çalışma sonlandırılacaktır. Gönüllülerin çalışmaya dahil edilmeleri için; 18 yaş ve üzerinde olma, Bilişsel yeteneklerinin tam olması, Yazılı onamlarının olması ve klinik olarak iskemik kalp hastalığı tanısı almış olma kriterleri aranmaktadır.

Bu çalışmamızın ön bilgilerini sunmaktayız. Şu ana kadar 40 olgu çalışıldı. Olguların 26'si koroner stent, 14'ü ise koroner bypass olan hasta grubundandır. Olguların yaşları 47-81 arasında olup ortalama 62,30 idi. Olguların 8'ü (%20) kadın 32'si (%80) erkekti, 10'u (%25) ilkokul mezunu idi, 20 hastada (%50) önceden bilinen kalp hastalığı mevcut olup, birisi hariç hiçbir kalp krizi geçirmemişti ve hiçbir hastaya önceden girişimsel işlem yapılmamıştı. Hastaların %30'unda hipertansiyon, %25'inde diyabet mevcut olup, %25 hasta sigara kullanmaktaydı.

Çalışmamıza dahil olan hastaların neredeyse %45-65'inde tanı konulabilir psikiyatrik bozukluk saptandı. Çalışmanın başlangıç safhasında hastaların %45'inin depresyon açısından, %65'inin anksiyete bozukluğu açısından risk altında olduğu görüldü. Koroner bypass cerrahisi uygulanan hasta grubunun işlem sonrası yapılan ölçeklendirilmelerinde depresyon ve anksiyete semptomlarının daha yoğun olduğu görüldü, bunda hastaların yoğunbakımda geçirdikleri sürenin etkili olduğu düşünüldü.

Çalışmamız sonucu tam yorumlayabilmek için sürdürülmekte olup hastaların 6 aylık takiplerinin bitirilmesi beklenmektedir.

Anahtar sözcükler: Akut koroner sendrom, PTCA/Stent, hastane anksiyete ve depresyon ölçeği, depresyon, anksiyete, stress.

SB-12**Dört boyutlu yakınma listesi ölçeği (4DSQ) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması****Pemra C. Ünal, Seda Arslan, Hanife Gülnihal Alpak, Bircan Çörekçi, Fatma Betül Eser, Merve Yöndem**

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Türkiye'de birinci basamakta en sık karşılaşılan ruh sağlığı problemi depresyondur. Depresyon ve diğer sık rastlanan psikiyatrik rahatsızlıkları kısa sürede tarayabilecek ölçekler, birinci basamak hekiminin tanı sürecine destek olacaktır.

Amaç: İngilizce geçerlilik güvenilirliği kanıtlanmış olan 4DSQ'nun (dört boyutlu yakınma listesi ölçeği) Türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışmasını yapmak.

Gereç ve Yöntem: 50 sorudan oluşan ve depresyon, anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve stres durumu ile ilişkili belli başlı

semptomları tarayan 4DSQ ölçeği bilingual 3 araştırmacı tarafından orijinal dili olan Hollandaca'dan Türkçe'ye tercüme edildi. Ortaya çıkan tercüme bir kez de bir bilingual hekim ile tartışılarak son haline getirildi. Türkçe ölçek, psikiyatri polikliniği dışarda tutularak, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesini ziyaret eden 220 kişiye yüz yüze uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 35.3'tür. Katılımcıların %67.3'ü (n=148) kadın, %32.7'i erkektir (n=72), %26.4'ü yüksek okul mezunu ve %64.1'i lise ve daha üstü eğitim sahibidir, %61.8'i (n=136) evlidir. Katılımcıların %32.7'si (n=72) ev hanımıdır, ikinci sırada %25.9 (n=57) ile öğrenciler gelmektedir. Dört Boyutlu Yakınma Ölçeği puanlarına göre katılımcıların %19.5'inde (n=43) depresyon, %20.5'inde (n=45) anksiyete, %67.7'sinde (n=149) somatizasyon, %55.9'unda (n=123) stres durumu puanları orijinal ölçeğin kesme puanlarının üzerindedir. Ölçek sorularına verilen yanıtlar ayrı ayrı değerlendirildiğinde katılımcıların büyük kısmı "geçtiğimiz hafta baş ağrısı, keyifsizlik ve isteksizlik ile çabuk duygusallaşma hissettiğini söylemiştir (sırasıyla %76.8, %75.9, %78.6). Katılımcıların puanları Z skoru>1 olarak değerlendirildiğinde anksiyete sıklığı %14.5, somatizasyon sıklığı %15.9, depresyon sıklığı %13.6 ve stres durumu sıklığı %15.9 olarak bulunmuştur. Ölçek alt grup puanları cinsiyete göre değerlendirildiğinde, depresyon, anksiyete, somatizasyon ve stres durumu için puanları orijinal çalışmanın kesme değerinin üzerinde olanların, sırasıyla, %83.7, %88.9, %75.2, %83.7'si kadındır. (sırasıyla p=0.01, p=0.001, p=0.000, p=0.000).

Sonuç: Türkçe ölçek uygulanan kişilerin ortalama±2SD puanları orijinal ölçek için belirtilen kesme puanlarından daha yüksek çıkmıştır. Bu fark, depresyon, anksiyete, somatizasyon ve stres yakınmalarının Türk hastalar tarafından farklı sözcüklerle ifade edildiğini düşündürmektedir. Bu durumda, Türkçe ölçeğin değerlendirilmesi için farklı kesme değerlerinin ortaya koyulması gerekmektedir. Bu amaçla yeni bir çalışma planlanmış, orijinal çalışmada belirtilen kesme değerlerine göre, taramanın herhangi bir durum için yüksek puan alan katılımcıların psikiyatri polikliniğinde yapılacak standart ruh sağlığı muayenesi için yönlendirilmesine karar verilmiştir. Altın standart olarak kabul edilen psikiyatri görüşmesinin sonuçları Türkçe ölçeğin duyarlılık ve özgüllük değerlendirmelerinde kullanılacaktır.

Anahtar sözcükler: Anksiyete bozukluğu, depresyon, ölçek, somatizasyon bozukluğu, stres.

SB-13

Birinci basamak için rehber uyarılma çalışmaları

Tamer Edirne

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Denizli

Giriş: Klinik rehberlerin aile hekimleri tarafından kullanılmasının beklendiğinden daha az olduğu bilinmektedir. Aile Hekimliği disiplininin klinik uygulamalarının geniş bir alana yayılması, başvuruların çoğu zaman hastalıkların erken dönem ve muğlak belirtileri sırasında olması, sağlığı koruyucu ve geliştirici yaklaşımların önem kazanması ve kronik hastalıkların ön plana çıkması ile hastalıkların tanı ve tedavisinin yerini büyük ölçüde sağlık ile ilgili "durumların" yönetilmesi kavramı almıştır. Klinik rehberler bu yönetim sürecinin nasıl olması gerektiği konusunda kanıt dayalı yol haritaları olarak tanımlanabilir.

Gereç ve Yöntem: Anket yöntemi ile aile hekimliğinde klinik rehber oluşturulması ihtiyacı duyulan alanların saptanması amaçlanmıştır.

Anket: Sayın Katılımcı,

Bildiğiniz gibi klinik rehberler hekime ve hastaya belli klinik durumlar için uygun sağlık bakımı kararları vermede yardımcı olmak üzere geliş-

tirilen kanıt dayalı sistematik yol haritalarıdır. Elinizdeki anket aile hekimliğinde klinik rehber oluşturulması ihtiyacı duyulan alanları saptamak için hazırlanmıştır.

Rehber geliştirme/uyarlama rehberi hazırlanması Aile Hekimliğinin kendisine özgün ortamı ve hasta özellikleri nedeni ile kendisine özgü rehberlerinin olması ya da var olan rehberler aile hekimliği bakış açısı ile gözden geçirilmelidir. Bilimsel kanıtlara dayanan, uygulanabilir, maliyet etkin öneriler sunan rehberlerin oluşturulması ağır ve uzun çalışmalarını gerektirir. Bu amaçla Aile Hekimliği Akademisi Rehber Hazırlama Kılavuzu 2010 hazırlanmıştır.

Rehber TAHAD temsilcileri, epidemiyolog, yetişkin ve çocuk endokrinoloğu ve sahada çalışan aile hekimleri tarafından oluşturulan "Rehber Geliştirme Grubu" tarafından geliştirilecek ve konu ile ilişkili tüm derneklerin temsilcileri tarafından oluşturulan "Rehber Yönetici Grubu" tarafından denetlenecektir.

İletişim amacı ile bir Rehber Geliştirme Grubu elektronik ağı (network) kurulmuştur.

Bulgular: Konu olarak tiroid nodülleri seçilmiştir.

(Nodül şüphesi olan tüm yaş gruplarını kapsayacak ortam yönelimli/birinci basamak hekimlerine yönelik ulusal bir rehber hazırlanması kararlaştırılmıştır).

Sonuç: 29.01.2011 AHAD Rehber Geliştirme Grubu İstanbul Toplantısının ardından gerçekleşenler şunlardır:

1. Rehber konusunun ve kapsamının belirlenmesi
2. Paydaşların saptanması ve onların temsilcilerinin nasıl belirleneceği
3. Yönetim Yapısının Oluşturulması
4. Destek beklediğimiz organizasyonların belirlenmesi ve nasıl dahil edileceği
5. Çalışmalara başladığımızın nasıl duyurulacağı
6. Rehber oluşturma sürecinin planlanması ve zaman planı yapılması
 - a. Paydaşlara yazı hazırlanması
 - b. Destek kuruluşlarına yazının son halinin gönderilmesi
 - c. Paydaşlara yazının gönderilmesi
 - d. Destek kuruluşlarına yazının gönderilmesi

Tartışma soruları

- Özellikleri ölçme yöntemlerinin belirlenmesi
- Ölçme ve Değerlendirme
- Özelliklerin hangi düzeyde kabul göreceğinin belirlenmesi
- Uzlaşma

Anahtar sözcükler: Birinci Basamak, rehber, kılavuz, aile hekimliği

SB-14

Sivas'taki ilk öğretim ve lise öğretmenlerinin sigara kullanım durumu ve 4207 Sayılı Yasa'nın bu okullardaki ilk bir yıllık uygulamasının değerlendirilmesi

Niğmet Açık, Recep Erol Sezer

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas

2009 yılı Mayıs ayı ikinci yarısında yaptığımız çalışmada küme örnekleme tekniği ile seçtiğimiz 24 okuldan toplam 580 öğretmen gönüllüğü esasıyla anket formu doldurdu. Bu okullardaki tüm öğretmenler araştırmaya dahil edildi. Yanıtlama oranı %81 oldu. Anket formunda okul ismi ve öğretmen ismi yer almamıştır. Katılımcıların ortalama yaşı 38.9±8.3 (erkeklerde 40.8±8.6, bayanlarda 35.5±6.4) idi. Sigara içenlerin oranı erkeklerde %44.9, bayanlarda %28.6 idi. Sivas öğretmenle-

ri için sigara içme prevalansı ve %95 güven aralığı: %39.5 (%34.1-%44.9) olarak tahmin edildi. İçmemiş olanların oranı, her yaş grubunda kadınlarda erkeklere göre önemli ölçüde yüksek bulunmuştur. Sigarayı bırakmış olma oranı [Bırakmış olanlar / (Halen içenler + Bırakmış olanlar)], erkeklerde %39.8, kadınlarda %21.9 (p=0.005), toplamda %36'dır. Erkeklerde bırakma oranlarının 40 yaş sonrasında önemli ölçüde yükseldiği gözlenmiştir (p=0.01). Yeni yasa öğretmenler tarafından yüksek oranda desteklenmektedir. Bulgular, 4207 No'lu Yasa'daki değişiklikler gereği 19 Mayıs 2008'de yürürlüğe giren yeniliklerin ve sigara içme yasaklarının, okullarda pasif içiciliği önemli ölçüde bitirdiğini göstermiştir. Yasanın uygulamaya girişinden sonraki birinci yılın sonu itibarıyla okullarda sigara içme odası uygulaması ve öğretmen odalarında sigara içme durumu bitmiş durumdadır. Dersliklerde, okul koridorlarında sigara içilmemektedir. Fakat okul bahçelerinde, okul tuvaletlerinde, okulların gözden irak kapalı alanlarında yaygın sigara içme ihlalleri olduğu anlaşılmaktadır. İçme yaşağı ihlalleri konusunda yaptırım uygulaması yok denecek düzeyde ifade edilmiştir. Yasanın yürürlüğe girmesi sonrasında birinci yıl itibarıyla sigara bırakma oranları artmamıştır. Sigara bırakma çabalarında öğretmenlerin tıbbi destek arama düzeyleri de düşüktür. Yasa okullarda daha etkili uygulanmalıdır. Bunu sağlayacak yeni yaklaşımlara ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Sigara, okullar, öğretmenler, Sivas, Tütün Kontrol Kanunu.

SB-15

Göğüs cerrahisi kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda psikiyatrik belirti dağılımı

Nur Havva Dölekçap, Selma Çivi, Ruhuşen Kutlu, Özlem Ayşe Kılıçaslan

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Giriş: Hastalık hangi sistemde yaşanırsa yaşansın bireyi, biyolojik, duygusal, ruhsal ve sosyal olarak olumsuz etkileyen çok yönlü bir olgudur. Psikiyatrik bozukluklar hastanın uyumunu, bakımını, yaşam kalitesini, tedavi süresini ve masraflarını, düzelmeye ve iyilik halini, hastalığın gidişini, mortalite ve morbiditeyi olumsuz yönde etkilemektedir. Sağlığını yitiren kişi bu kayıp karşısında şaşırır, olanlara inanmaz, öfkeye kapılır, kederlenir. Özellikle cerrahi müdahalelerde karışık duyguların hakim olduğu bu dönem daha sonra yerini uyum çabalarına bırakmaya başlar. Ancak bazen hastalık kişiye bir toparlanma şansı tanımayacak kadar ağır seyrederek. Ya da kişi kendine özgü duyarlılıkları nedeniyle bir türlü toparlanamaz, yas dönemi uzar, sıkıntı ve endişe klinik bir tabloya, depresyona dönüşür.

Amaç: Bu çalışmamızda Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda depresyon ve psikiyatrik belirti dağılımını incelemeyi amaçladık. Bu hastalarda hipotetik olarak depresyon ve psikiyatrik belirti sıklığının artmış olacağını öngördük.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel analitik tipteki bu araştırmanın etik kurul onayı alındıktan sonra Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Göğüs Cerrahisi Kliniğinde 01 Ocak 2012-31 Aralık 2012 tarihleri arasında yatarak tedavi gören hastalarda yapılması planlanmıştır.

Araştırmanın Yürütülmesi: Araştırma veri toplama araçları olan 4 anket formu Aile Hekimliği araştırma görevlisi gözetiminde Göğüs Cerrahisi Kliniğinde yatan hastalara uygulanacaktır. Hastalara bilgilendirilmiş onam formu okutulacak ve sözlü onamları alınacaktır.

Veri toplama aracı olarak hastaların tanıtıcı özelliklerine ilişkin soruların yer aldığı anket formu ile psikolojik belirtileri saptamak için Dero-

gatis ve arkadaşları (1977) tarafından geliştirilmiş olan "Ruhsal Belirti Tarama Listesi SCL-90-R" kullanılacaktır. Depresyon durumu Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilecektir. Ayrıca yaşam kalitesini değerlendirmek için Kısa Form-36 (SF-36) ölçeği kullanılacaktır. Anket doldurmak için yeterli entelektüel düzeyde olmayanlar, çalışmaya katılmayı kabul etmeyenler ve hali hazırda psikiyatrik tedavi görmekte olanlar çalışmaya alınmayacaktır.

İstatistik Analiz: Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programında yapılacak. Verilerin analizinde minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde değerleri ile kullanılacak. Ortalamaların karşılaştırılmasında Students T testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Ki-Kare testi kullanılacak. Önemlilik düzeyi p<0.05 olarak kabul edilecek. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki bağıntının tespiti (korelasyon) Pearson korelasyon analizi ile yapılacak. Korelasyon katsayısı (r) ; 0.00-0.24 arası zayıf, 0.25-0.49 arası orta, 0.50-0.74 arası güçlü, 0.75-1.00 arası çok güçlü ilişki olarak değerlendirilecektir.

Pratik Yarar/Uygulanabilirlik: Mevcut hastalığın, uygulanacak cerrahinin ya da sadece hastanede yatıyor olmanın kişide depresif belirtilere ve anksiyeteye yol açabileceği öngörülmektedir. Saptanan komorbid psikiyatrik bozukluklar sağaltımı etkileyeceğinden bu konuda hekimin duyarlı olması, hastayı bir bütün olarak değerlendirmesi, hastaya gerekli desteği vermesi, gerektiğinde psikiyatri konsültasyonu istemesi önemlidir.

Anahtar sözcükler: Beck depresyon ölçeği, kısa form-36, ruhsal belirti tarama listesi SCL-90-R, yatan hasta.

SB-16

Kısa mesaj servisi (SMS) ile ilaç kullanımını hatırlatmanın OAD kullanan Tip 2 DM hastalarında ilaç uyumu üzerindeki etkisi

Bilge Tuncel, Ferhat Ekinci, Mehmet Akman, Arzu Uzuner

Marmara Üniversitesi, Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Diyabetik hastalarda tedaviye uyumsuzluk önemli bir sorun, sadece %59 hasta 1 yıllık tedavi periyodunda ilaçlarının >%80'lik kısmına uyum sağlamaktadır.

Yöntem: Randomize kontrollü çalışma. Eczane verileri (pharmacy claim) ve modifiye morisky ölçeği kullanılarak <%80 uyumu olan hastalar uyumsuz kabul edilecektir. Uyumsuz hastalar kontrol ve müdahale olarak iki gruba randomize edilecektir. Çalışmaya katılanlara rutin poliklinik muayenesi sırasında aynı materyal üzerinden beslenme ve egzersiz (yaşam tarzı değişiklikleri) anlatılacak ve tip 2 DM hastalarının klinik rehberlere uygun tetkikleri istenecektir. Müdahale grubundaki hastalara günlük sms ile ilaç alımları hatırlatılacaktır. Her bir hasta 1 yıl izlenecektir. 3 ay ara ile eczane verileri ve ölçek ile uyum değerlendirilecektir. Çalışmaya başlama tarihi 1 Aralık 2011, çalışmaya hasta alımı en son 1 Aralık 2012 tarihinde gerçekleşecektir. Olgu sayısı en az 50 müdahale- 50 kontrol olacak şekilde hesaplanmıştır.

Bulgular: Bu araştırma ile SMS ile günlük ilaç alımını hatırlatmanın oral antidiyabetik tedavi alan tip 2 DM hastaları üzerinde uyumu arttıracaklığı umuyoruz.

Tartışma: SMS ile ilaç uyumunda iyileşme tespit edilmesi durumunda birinci basamak hekimlerine diyabetle mücadelede kullanabilecekleri yeni araç önerilebilecektir.

Anahtar sözcükler: Tip 2 DM, ilaç uyumu, SMS.

SB-17

30 yaş ve üzerindeki obez hastalarda insülin direnci ile leptin, interlökin-6, CRP ve fibrinojen ilişkisi

RuHuşen Kutlu, Ahmet Koçak, Selma Çivi

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Obezite başta gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada prevalansı giderek artan bir sağlık sorunudur. Obezitenin henüz hiçbir hastalıkla birlikteliği yokken tanınması ve tedavi edilmesi koruyucu sağlık politikalarının başında yer almaktadır. Obezite düşük derecede sistemik inflamatuvar bir hastalıktır. Obezlerde resistin, adiponektin, ghrelin, leptin ve C-reaktif protein (CRP), İnterlökin-6 (IL-6), TNF- α , fibrinojen gibi inflamasyon belirteçlerinin, insülin direnci ve kardiyovasküler risk faktörleri ile ilişkili olduğu ileri sürülmektedir. Başlıca yağ dokusu tarafından sentezlenen ve salgılanan leptin, hipotalamus'daki spesifik reseptörlerine etki ederek enerji alımı ve enerji harcanması arasındaki dengeyi düzenleyerek bir tür antiobezite faktörü olarak fonksiyon görür. Hem diyabetik, hem de diyabetik olmayan obez kişilerde, obezite ile insülin direnci arasında güçlü bir ilişki vardır. Obez olan her hastaya insülin direnci eşlik etse de, insülin direncinin derecesi değişkendir ve obezite, insülin direnci ve tip-II diyabet arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır. Yağ kitlesi arttıkça insülin direncinin ortaya çıkması ile ilişkin en olası aday faktörler arasında serbest yağ asitleri (SYA), TNF- α , leptin yer almaktadır. Obez kişilerin adipozitlerinde IL-6 sekresyonu artmıştır. ve dolaşımdaki bir hormon veya lokal bir ayarlayıcı gibi insülin üzerinde etkisi olabilir. Bu çalışmada Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine müracaat eden 30 yaş ve üzerindeki obez hastalarda insülin direnci ile interlökin-6, leptin, CRP ve fibrinojen ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Metodoloji: Çalışmanın 01.01.2012 ile 01.12.2012 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Polikliniğine herhangi bir nedenle müracaat eden 20 yaş ve üzerinde, beden kitle indeksi ≥ 30 obez bireylerde yapılması planlanmıştır.

Araştırmanın Örneklemi: Daha önce yapılmış olan çalışmalarda ülkemizde obezite prevalansı %32 bulunmuştur. Araştırmamızda evrendeki birey sayısı bilinmediği için çalışmaya alınması gereken denek sayısı $n=t2.p.q/d2$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır.

$n=$ Çalışmaya alınacak denek sayısı

$t=$ Evrendeki birey sayısı bilinmediği için serbestlik derecesi ∞ olarak alınmıştır. $\alpha = 0.05$ de ∞ serbestlik derecesinde teorik t değeri tablodan bakılarak 1.96 bulunmuştur.

$p=$ Ülkemizde obezite prevalansı %32 kabul edildi. p değeri = 0.32 alındı. $q=$ obezite görülmemesi sıklığı $(1-p) 1-0.32 = 0.68$ 'dir.

$d=$ Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen \pm standart sapma miktarı. (± 5 sapma istediğimizden $d=0.05$ alınmıştır.

$n= (1.96)2 (0.32 \times 0.68) / (0.05)2 = 332$ Çalışmamıza bu hesap doğrultusunda 20 yaş ve üzerinde 350 bireyin alınması planlandı.

Tartışma Soruları: Asistan tez projesi olan bu araştırmanın detaylarının tartışılması, değişik önerilerin alınması için toplantıda sunulması uygun görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Obezite, insülin direnci, leptin, CRP, interlökin-6, fibrinojen.

SB-18

Aile Hekimliği uzmanlık eğitimine farmakoterapi eğitiminin entegrasyonu-pilot uygulama

Çiğdem Apaydın Kaya¹, Zafer Gören², Pemra Ünalın¹, Serap Çifçili¹, Mehmet Akman¹, Arzu Uzuner¹

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul;

²Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul

Ülkemizde Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi içerisinde Klinik Farmakoloji veya Farmakoterapi rotasyonları yer almamaktadır. Son yıllarda aile hekimliği uzmanlık eğitimi içerisinde farmakoterapi programlarının olması ile ilgili öneriler, başka ülkelerde tartışılmakta ve önerilmektedir. Bu proje ile aile hekimliği eğitimi sırasında var olan 18 aylık aile hekimliği rotasyonu içine yapılandırılmış 2 haftalık farmakoterapi eğitimi önerisi sunulmakta ve bu programın başka fakülteler ya da eğitim hastaneleri ile birlikte aile hekimliği uzmanlık eğitiminde pilot olarak uygulanması ve değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Uzun vadede ise ilk uygulamaların sonuçlarının değerlendirilmesi ve gerekli düzenlemelerin yapılması ile eğitimin yaygınlaşması için girişimlerde bulunulması amaçlanmıştır.

Program ve değerlendirme: Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin 6.-12. ayı arasındaki uzmanlık öğrencileri toplam 2 haftalık yapılandırılmış Farmakoterapi eğitimi alacaklardır. Programla temel farmakokinetik ve farmakodinamik kavramların öğrenilmesi, ilaç bilgi kaynaklarının tanınması ve eleştirel olarak değerlendirebilmesi, hastaya özgü tedavi prensiplerinin değerlendirilip bireyselleştirilmiş bir tedavinin seçilebilmesi ve önerilebilmesi, ilaç öyküsünün alınabilmesi, bitkisel ilaç kullanımını ve doğurabileceği sorunların tanınabilmesi, advers ilaç reaksiyonları ve farmakovijilans kavramlarının ve nasıl bildirilebileceğinin bilinmesi, reçete yazma ilkelerinin bilinmesi, terapotik düzeyi dar olan ilaçların tanınması ve monitorizasyonu konusunda bilgi sahibi olunması, ilaç araştırmalarının niteliğinin ve hayata geçirilebilirliğinin değerlendirilebilmesi, zehir danışma ve teratojenite bilgi merkezlerinin bilinmesi, özel yaş gruplarında ilaç kullanım ilkelerinin bilinmesi, hasta ve hasta yakınlarına ilaç uygulama yolları hakkında eğitilebilmesi gibi mevcut aile hekimliği uzmanlık eğitiminde karşılanmayan bilgi ve becerilerin öğretilmesi hedeflenmiştir. Eğitim yöntemi olarak seminerler, vaka başı çalışma, PDÖ oturumları, makale okuma yöntemleri kullanılacak. Tüm hedefler kalp yetmezliği, DM, hipertansiyon, osteoporoz, osteoartroz, ile ilgili hazırlanacak senaryo ya gerçek vakalar ile karşılanacaktır. Eğitim, Tıbbi Farmakoloji AD ve Aile Hekimliği eğitmenleri tarafından Tıp Fakültelerinin Tıbbi Farmakoloji ve/veya İlaç Destek Birimleri ile Aile Hekimliği eğitim birimlerinde gerçekleştirilecektir.

Eğitimin değerlendirilmesinde çoktan seçmeli ve açık uçlu soruları içeren sınav, OSCE, Mini CEX, 360 derece değerlendirme yöntemleri uygulanacaktır. Programı tamamlayan asistanlarla programın etkinliği ile ilgili odak grup görüşmesi yapılarak pilot program projesi tamamlanmış olacaktır.

Tartışma Soruları:

- Program nasıl geliştirilebilir?
- Bu pilot uygulamanın paydaşları kimler olabilir?
- Değerlendirmede başka hangi yöntemler kullanılabilir?
- Bu program uzmanlık eğitimi almamış hekimlerin sürekli eğitiminde de kullanılabilir mi? Diğer branşlar için de bir örnek oluşturabilir mi?

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği uzmanlık eğitimi, farmakoterapi, klinik farmakoloji, akılcı ilaç kullanımı.

SB-19

Evde bakım

Nazlı Şensoy

Afyon Kocatepe Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar

Evde bakım; özürsüz, yaşlı, kronik hastalığı olan veya nekahat dönemindeki bireyleri buldukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama uyumlarını sağlamak, yaşamlarını daha rahat sürdürerek topluma entegrasyonlarını gerçekleştirmek, bakıma gereksinim duyan bireyin aile üyeleri üzerindeki yükünü hafifletmek amacıyla birey ve aileye sunulan psiko-sosyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Evde bakım hizmetleri, birey ve ailesinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve çevresel tüm boyutları ile birlik-

te değerlendirilmesini gerektiren ve bir plan dahilinde ekip çalışmasını içermelidir. Aynı zamanda aile üyelerinin ve bakım sunulan bireyin plana katılması da planın etkinliğini artırır. Ülkemizde yaşlıların bakımı aile üyeleri, özellikle de kadınlar tarafından yürütülmektedir. Dramalı ve arkadaşları'nın (1998) evde bakımı içeren çalışmalarında bakım verenlerin %89'unun kadın ve %56'sının eş olduğu bildirilmektedir. Ülkemizde evde bakım hizmeti sunan kuruluşların sayıca son derece yetersiz olması, genel sağlık sistemine entegre bir evde bakım hizmetinin bulunmaması, evde bakım hizmetlerinin maliyetinin sağlık güvencesi sağlayan kurumlar tarafından karşılanmaması, bakım gerektiren kişiler için evde bakılabileceği halde hastaneye ya da rehabilitasyon merkezlerine başvurulmasına neden olmaktadır. Ayrıca bakım verenlerin bakım verme konusundaki bilgilerinin yetersiz olması, evde bakılan kişilerin yaşam sürelerinde kısalmaya neden olmaktadır. Bugün yürürlükte olan yasalarda evde bakım ile ilgili maddeler bulunmasına rağmen alanda çalışan birinci basamak hekimleri de artan yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini artırmak için ne yapabiliriz düşünmek ve bu konuda gerekli araştırmaları yapmakla yükümlüdür. Bu araştırmalar ülkemizde evde bakım gereksiniminin boyutlarını ve evde bakımla ilgili sorunları ortaya çıkarmak için bir yol haritası olacaktır. Araştırma örneklemini Afyonkarahisar il merkezinde yer alan 3 no'lu Aile Sağlığı birimine kayıtlı hastaların oluşturulması planlandı. Araştırmacı tarafından hazırlanan anket formunda yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, gelir düzeyi, kronik hastalıkları, kullandığı ilaçlar, hastaneye yatış sayısı, tanısı, beslenmesi, bilinç, duyu-motor fonksiyonları, günlük yaşam aktivitesi, psikolojik durumu, ne tür bir bakıma ihtiyacı olduğu, bakmakla yükümlü olduğu kişiler gibi sorular yer almaktadır. Anket hasta ziyaretleri sırasında araştırmacı tarafından yüz yüze uygulanacaktır.

Anahtar sözcükler: birinci basamak, evde bakım, yaşlılık.

SB-20

Süt çocukluğu döneminde değişik beslenme uygulamalarının büyüme hızı üzerine etkileri

Ayşen Kutan Fenercioğlu¹, Güner Karatekin², Günay Can³, Asiye Nuhoğlu⁴

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Hastanesi, İstanbul; ²Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul; ³Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; ⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Giriş: Anne sütü ile beslenme Aile Hekimliği pratiğinde desteklenmesi önerilen, bebeklerde ideal beslenme yöntemidir. Çalışmamızda, sadece anne sütü alan bebeklerle anne sütü ve mama karışık beslenen ve sadece mama ile beslenen bebeklerin büyüme hızlarını karşılaştırmayı amaçladık. Ayrıca, çalışmamızdan elde ettiğimiz bulgularımızı Nisan 1989-Aralık 1992 tarihleri arasında dünyada 7 merkezde sürdürülmüş olan DSÖ Çokuluslu Emzirme ve Laktasyonel Amenore Çalışmasının bulguları ile karşılaştırmayı hedefledik.

Gereçler ve Yöntem: Çalışmamıza, bir ay içerisinde Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ard arda doğmuş olan 180 sağlıklı term bebeği dahil ettik. Bebeklerin ilk muayeneleri doğumu takip eden ilk 24 saat içerisinde yapıldı. Daha sonraki kontrol muayeneleri doğum sonrası 3 ve 6ncı aylarda gerçekleştirildi. Elde edilen verilerin istatistiksel karşılaştırmaları ANOVA test ile yapıldı.

Bulgular: Doğumdan sonra ilk 3 ayda, yüksek sosyoekonomik düzeydeki ailelerden doğan bebekler, düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelerden doğan bebeklere göre 171,07 gram daha fazla kilo aldı. Yine doğumdan postpartum üçüncü aya kadar, yüksek düzeyde eğitim almış annelerin bebekleri hiç eğitim almamış annelerin bebeklerine göre kilo olarak 320 gram ve boy olarak 1.17 cm daha fazla büyüme hızı gösterdi. Doğumdan sonra ilk 3 ayda, mama ile beslenen bebekler, sadece an-

ne sütü ile beslenen bebeklere göre 100,01 gram daha fazla kilo aldı ve 0.41cm daha fazla uzadı. Ancak bu farklar postpartum üçüncü aydan sonra düştü ve anne sütü ile beslenen bebeklerin büyüme hızı mama ile beslenen bebeklerin büyüme hızıyla hemen hemen eşit düzeyde oldu. Anne sütü ve mama ile karışık beslenen bebeklerde ek gıdalarla beslenme daha erken yaşta başlıyordu ve bu bebekler doğumdan sonra ilk 6 ayda, sadece anne sütü ile beslenen bebeklere göre 270,85 gram eksik büyüme gösterdiler. Elde edilen bu verilerin hiçbirisi istatistiksel anlamlılık göstermedi.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda elde ettiğimiz verilerde tam bir istatistiksel anlamlılık bulunamadı ve bulduğumuz sonuçlar DSÖ Çokuluslu Emzirme ve Laktasyonel Amenore Çalışmasının bulguları ile ters düştü. DSÖ'nün raporuna göre anne sütü ile beslenen bebekler mama ile beslenen bebeklere göre doğum sonrası ilk 2-3 ayda daha hızlı büyümekte idi ve büyüme hızlarındaki bu fark postpartum 3-12 ay arası daha az belirgin olmaktadır. Bize göre sonuçlar arasındaki bu fark 21inci yüzyılda yeni geliştirilmekte olan mamaların zengin içeriğinden kaynaklanmış olabilir. Sonuç olarak, birinci basamakta bu konuda, daha fazla merkezde ortaklaşa yürütülen daha geniş kapsamlı bir çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar sözcükler: Anne sütü, beslenme, büyüme, sütçocukluğu.

SB-21

Birinci Basamakta vulvovajinal kandidiyazis tanısına sendromik yaklaşım

Ayşen Erdoğan¹, Vildan Mevsim², Ediz Yıldırım²

¹Buca 10 No'lu Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Vulvovajinal kandidiyazis tanısında birinci basamakta kullanılabilecek, öykü ve jinekolojik muayene bulguları kullanılarak oluşturulacak sendromik tanı bileşenlerinin saptanmasıdır.

Gereçler ve Yöntem: Araştırma Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi jinekoloji, onkoloji ve aile planlaması polikliniklerine vajinal şikayetlerle başvuran 15-49 yaş, dahil edilme kriterlerine uygun 245 kadın hasta ile tamamlanmıştır. Bu çalışma bir tanı testi çalışmasıdır. Tüm hastaların sosyodemografik özelliklerini ve şikayetlerini sorgulayan anket formu yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak doldurulmuş ve ardından hastaların jinekolojik muayeneleri yapılmıştır. Muayene sırasında laboratuvar tetkikleri için gerekli materyaller uygun yöntemlerle alınmıştır. Vulvovajinal kandidiyazis tanısında gold standart tanı yöntemi olarak Sabouraud Dekstrose Agar (SDA) kültür tetkiki kullanılmıştır. Çalışmada elde edilen bulgular SPSS for Windows 16.0 ve Microsoft Office Excel 2003 programları kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde tanımlayıcı analizler (ortalama, medyan ve standart deviasyon) ile khi kare analizi uygulanmıştır. p<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir. Anlamlı bulunan kriterlerin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif olabilirlik oranı (LR) ve test sonrası olasılık değerleri hesaplanmıştır. Bu kriterler +LR değerlerine göre zayıf, orta ve kuvvetli olarak üç gruba ayrılmıştır. Her bir gruptaki değişkenler ve farklı gruptaki değişkenler için zincirleme LR yöntemi kullanılarak test sonrası olasılık değerleri hesaplanmıştır.

Bulgular: Hesaplanan +LR değerlerine göre kriterler 12 zayıf, altı orta ve iki kuvvetli kriter olarak üç gruba ayrılmıştır. On iki zayıf kriterden beş tanesinin, altı zayıf kriterden üç tanesinin ya da iki zayıf kriterden bir tanesinin mevcudiyetinde, tanıya yaklaşılacak seviyede (>%65) test sonrası olasılık elde edilebilmektedir. En düşük +LR değeri sahip bir zayıf, bir orta ve bir kuvvetli kriter birlikteliğinde, zincirleme LR yöntemi kullanılarak hesaplanan test sonrası olasılık değeri ile tanı %86.24 doğrulukla yapılabilmektedir.

Sonuç: Birinci basamakta hekimler, vajinal şikayetlerle başvuran kadın hastalarına, sendromik yaklaşımı kullanarak (aldıkları tıbbi öykü ve yaptıkları jinekolojik muayene sonuçlarına göre) elde ettikleri bulgular ve klinik karar vermeyi kolaylaştıracak olan kriter indekslerini kullanarak, vulvovajinal kandidiyazis tanısını koyabilirler.

Anahtar sözcükler: Vulvovajinal kandidiyazis, sendromik yaklaşım, tanı testi, olabilirlik oranı, test sonrası olasılık.

SB-22

Birinci Basamakta aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin, huzursuz bacak sendromu konusundaki eğitim gereksinimlerinin araştırılması **Hülya Kahraman, Nilgün Özçakar, Mehtap Kartal**

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Bu çalışmada; Birinci basamakta çalışan Aile Hekimlerinin, Huzursuz Bacak Sendromu (HBS) konusundaki farkındalık ve tutumları ile eğitim gereksinimlerini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: İzmir ili 11 merkez ilçe evreninden basit rastgele yöntem ile belirlenen 6 ilçedeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 400 aile hekimini kapsayan kesitsel tipte bir çalışmadır. Araştırmaya katılması beklenen 400 hekimden 384 (%96)'ü ile çalışma tamamlanmıştır. HBS için birinci basamak hekimlerinde farkındalığı ve bilgi durumunu belirlemeye yönelik sorular içeren bir anket uygulandı. Anket hekimin HBS ile karşılaşma sıklığını, HBS hastasını yönetmedeki tutumunu, mezuniyet sonrası HBS ile ilgili eğitim etkinliğine katılımını, hastalık için tercih edilen tanı kodlarını ve hekimin demografik verileri ile HBS için bilgi durumunu belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Veriler hekimlerin çalışma ortamında, yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanarak toplanmış ve SPSS 15.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde ki kare ve t testi ile tek yönlü ANOVA uygulanmış, p<0.05 anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Yaş ortalaması 43.21±7.00 olan hekimlerin %39.8 (153)'ü kadın, %60.2 (231)'si erkek olup meslekteki ortalama süreleri ise 18.90±6.24 yıldır. Hekimlerin %94 (361)'ü mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılmamıştır. %50.3 (193) hekim hiç HBS tanısı koymamıştır. Hekimlerin ortalama bilgi puanı; 2.70±2.05 olarak saptanmıştır. Kadın hekimler, mezuniyet sonrası HBS ile ilgili herhangi bir eğitim etkinliğine katılan hekimler ve kendi ve/veya yakınında HBS tanısı olan hekimlerin ortalama bilgi puanları istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur.

Sonuç: Hekimlerin ortalama bilgi puanları bazı gruplarda anlamlı yüksek bulunsu da, genel olarak düşüktür. Aile hekimlerinin hem HBS tanısı hem de yönetimi ile ilgili kapsamlı bir eğitime ihtiyaçları vardır.

Anahtar sözcükler: Birinci basamak, farkındalık, Huzursuz Bacak sendromu.

SB-23

Birinci basamakta iş yükü analizi

Aynur Toksun, Ali Özdemir, Tülin Arulat, Yeşim Tansoy, Hatice Aslan, Abdullah Okyay, Tolga Suluoğlu, Nuray Öztürk

- Neden?
- İş yükümüz sandığımız kadar mı?

- O kadar değilse ne kadar
- Zamansız mıyım gerçekten?
- İstesem yapabilir miyim?

Araştırma Sorusu: Bu çalışmada aile hekimliği birimlerinin 1 yıllık süreçteki iş yüklerinin saptanması amaçlanmıştır.

- **Ana soru:** AH Birimlerinin 1 yıllık süreçteki iş yükleri ne kadardır ?
- Hangi iş
- Ne sıklıkla
- Ne kadar sürede
- Araştırma Yöntemi:

İzmir'deki aile hekimliği birimleri arasından rasgele olarak seçilen yeterli sayıda birimde çalışan sağlık personelinin iş yükü analizleri yapılarak iş yüklerinin hesaplanması planlanmıştır.

- Araştırmanın Yürütülmesi:

Birinci Bölüm

- Araştırmanın birinci aşamasında doktor ve aile sağlığı elemanlarından yaptıkları tüm işlerin neler olduğunu ve bunları tanımlamaları sağlanacaktır.
- Bu veriler araştırmacı tarafından bir araya getirilerek yapılan işler en kapsamlı haliyle listelenecektir.
- Ortaya çıkan veri tekrar katılımcılara gönderilerek iş liste ve tanımlar konusunda görüşleri, alınacaktır.
- Uzlaşılabilir iş listesi ve tanımlar bir anket haline getirilerek katılımcılara tekrar gönderilecek, her bir işi ne kadar sürede ve yılda kaç defa yaptıklarını belirlemeleri istenecektir. Bir kolonda da özellikle belli dönemlerde yoğunlaşan işler varsa bunların yoğunlaştıkları zaman ve süreyi belirtmeleri istenecektir.

İkinci Bölüm

- Gözlem: veriler arasında sıklık ve süre ile ilgili %10'dan fazla varyasyonların bulunması halinde gözlem (ölçüm) ve uzlaşma toplantıları düzenlenerek gerçek durum saptanması yapılacaktır.

- Analiz:

- Tanımlayıcı analizler kullanılacak (frekans,%)
- Yıllık dakika olarak belirlenen iş yükünün çalışma günü olarak ifadesi
- Bunun yasal çalışma süreleri ile karşılaştırılması
- Belli işlerin yığıldığı dönemlerin belirlenmesi

• Araştırmada elde edilecek sonuçlar, birinci basamak sağlık hizmet planlayıcıları, hizmet sunucuları açısından kaliteyi, memnuniyeti artırma yönünde yol gösterici olabilir.

- Etkiler?

- İş yükü fazla
 - Personel ihtiyacı
 - İşlerin öncelik sıralandırması
 - Daha iyi planlama gerekliliği
- Böyle çok güzel devam
- İş yükü tahmin edilenden az
 - Yeni aktiviteler eklenir

Poster Bildiriler

(PB-01 — PB-12)

PB-01

Postmenopozal kadınlarda osteoporozla ilgili yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Gülseren Pamuk, Ruhuşen Kutlu, Sema Çivi

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Konya

Giriş: Osteoporoz kemik kitlesinde azalma ve kemik dokunun mikromimarisinde bozulma sonucu kemik kırılabilirliğinin ve kırık riskinin artması ile karakterize kemik metabolizma hastalığıdır. Osteoporoz tanısı almış kadınların %40'ında ve erkeklerin ise %15-30'unda yaşamlarının geri kalan zamanında en az bir osteoporotik kırık görülmektedir. Osteoporotik kırıklar, bozulmuş spinal sıralanma, azalan sırt kas gücü ve esneklik kaybı yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle son zamanlarda yapılan klinik araştırmalarda osteoporozlu hastaların yaşam kalitelerini değerlendirmek oldukça önem kazanmış ve yaşam kalitesi klinik çalışmaların bir son durum ölçütü haline gelmiştir. Bu çalışmanın amacı postmenopozal kadınlarda osteoporozun yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini göstermektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran 280 postmenopozal kadın dahil edildi. Yaşam kalitesi üzerinde belirgin etki gösterebilecek bir romatolojik, ortopedik ve nörolojik problemi olanlar, malignitesi olanlar, sekonder osteoporozla yol açacak bir kronik hastalığı ve sekonder osteoporozla yol açacak bir ilaç kullanımı olanlar çalışma dışı bırakıldı. Katılımcıların antropometrik ölçümleri (vücut ağırlığı, boy uzunluğu) yapıldı ve beden kitle indeksleri (BKİ) hesaplandı. Katılımcıların yaş, meslek, eğitim ve ekonomik durum, aktivitesi, menarş yaşı, menopoz yaşı, gebelik sayısı, eşlik eden hastalık öyküsü, kullandığı ilaçlar, hormon replasman tedavisi kullanımı, kendinde kırık öyküsü, ailede kırık öyküsü olup olmadığı kaydedildi. Ayrıca QUALFFO 41 yaşam kalite ölçütü dolduruldu. Çalışmamıza katılan tüm kadınlara sekonder osteoporozu dışlamak için kan tahlilleri ve kemik mineral yoğunluğu (KMY) ölçümleri DEXA (Dual-enerji X-ray absorpsiyometri) ile yapıldı. Osteoporoz tanısı T skoruna göre Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kriterleri dikkate alınarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistik ve Pearson korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel olarak $p < 0.05$ değerleri anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 280 postmenopozal kadının yaş ortalamaları 56.9 ± 8.3 idi. Katılımcıların dexta sonuçları ile yaşam kalitesi arasındaki korelasyona incelendiğinde, femur boyun T skoru ($r = -0.329$, $p = 0.000$), L1-L4 T skoru ($r = -0.328$, $p = 0.000$) ve femur trokanter T skoru ($r = -0.308$, $p = 0.000$) arasında orta derecede anlamlı ve negatif yönde ilişki tespit edildi.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda benzer çalışmalara uygun olarak osteoporozun yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediğini gösterdik. Osteoporoz gibi kronik hastalıklarda yaşam kalitesinin ölçülmesinin klinik olarak tedavi stratejilerini saptamada ve tedavi etkinliğini değerlendirmede önemli bir yer tutmaktadır. Bununla beraber kişinin hastalığına bakış açısının bilinmesinin osteoporoz yönetiminde büyük yarar sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar sözcükler: Osteoporoz, yaşam kalitesi, postmenopozal.

PB-02

İzmit'te bir aile hekimliği bölgesindeki hastalarda obezite durumu

Fatih Özcan

İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi, İzmit, Kocaeli

Amaç: Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek daha da önem kazanan bir sağlık sorunu olan "obezite"ye dikkat çekmek ve İzmit'teki bir "Aile Hekimliği Birimi" (AHB)'nde kayıtlı hastalardaki prevalansını saptamak amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, İzmit Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi'nde 41.08.040 No'lu AHB'ye, Aralık 2010 ile Ekim 2011 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran kesin kayıtlı kadın bireylerin obezite parametreleri ölçülmüş ve yaş gruplarına göre değerlendirilmiştir. Çalışmaya alınan bireylerin AHBS (NBYS) hasta kayıt ve takip programındaki bilgileri retrospektif olarak analiz edilmiştir. İrdelenen veriler sırasıyla: yaş, ağırlık, boy ölçümü, beden kitle indeksi (BKİ), bel, kalça genişliği ve bel kalça oranı (BKO)'dır. BKİ ve BKO değerlerine göre bireyler; normal, zayıf, şişman ve obez olarak gruplandırılmıştır. Sonuçların istatistiksel değerlendirilmesi, istatistik paket programları ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 456 hasta dahil edilmiş ve yaş ortalaması: 35 ± 17.04 (5-76) bulunmuştur. BKİ'ye göre değerlendirildiğinde bireylerin %3.3'ü zayıf, %39.7'i normal, %25.2'si şişman ve %31.8'i obez olarak belirlenmiştir. BKO'na göre bireylerin dağılımı ise; %84.6'sı normal ve %15.4'ü şişman olarak saptanmıştır. Yaş grupları BKİ'ne göre karşılaştırıldığında, obezite prevalansının en fazla 46-55 yaş grubunda (%53.8) olduğu gözlenmiştir ($p: 0.000$). Çocuk ve ön-ergen yaş grubunda (5-15) ise; şişman (n:10) ve obez (n:10) oranları aynı olup her ikisi de %13.6 olarak bulunmuştur ($p: 0.000$).

Sonuç: Obezite prevalansının en çok "46-55" yaş grubunda bulunmuş olması, kronik hastalıkların klinik olarak daha fazla açığa çıktığı bu yaş döneminin sağlık açısından risk taşıdığını göstermektedir. 5-15 yaş grubunun %27.4'ünün şişman veya obez olarak saptanmış olması; obezitenin, günümüzde, çocukluk döneminde önemli bir halk sağlığı sorunu olarak ortaya çıktığını göstermektedir.

Tartışma Soruları:

1. Aile hekimleri, "obezite"nin saptanmasına ve önlenmesine nasıl katkıda bulunabilirler?
2. Resmi kuruluşların, meslek örgütlerinin ve sivil toplum kuruluşlarının bu konuda rolü nasıl olmalıdır?
3. Bu sağlık sorununa ilişkin küresel boyutta neler yapılabilir?

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, beden kitle indeksi, bel kalça oranı, obezite.

PB-03

İzmir ili 35.19.142 no.'lu aile hekimliği birimindeki 2008-2009-2010 doğumlu bebeklerin aşılama sonuçları

Şevket Akar, Özlem Demir

Göztepe 28 No.lu Aile Sağlığı Merkezi 35.19.142 Aile Hekimliği Birimi

Giriş-Amaç: Bu çalışmadaki amaç İzmirde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmesiyle beraber pediatrik yaş grubundaki bağışıklama hizmetlerinin verimliliğini ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: 2008-2009-2010 yıllarına ait bebeklerin aşı kartlarından yıllara göre yapılan aşılarda tek tek dökümantasyon edilerek veriler analiz edilmiştir.

Bulgular: 2008 Doğumlu Bebeklerin Aşılama Sonuçları: Sağlık Bakanlığı aşı takviminde yer alan Verem (BCG), Difteri-Asellüler Boğmaca-Tetanoz (DaBT), İnaktif Polio (IPA), Hemophilus influenzae tip b (Hib), Oral Polio (OPA), Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşıları 12 bebeğin tamamına yaşına uygun olarak yapılmıştır. Bu aşılarla ilgili olarak aşılama oranı %100'dür. Ayrıca Bakanlık aşılama şemasında yer almayan aşılarından suçiçeği aşısı 10 çocuğa, Hepatit A aşısı ise 4 çocuğa uygulanmıştır. Rotavirüs aşısı uygulanan bebek bulunmamaktadır.

2009 Doğumlu Bebeklerin Aşılama Sonuçları: 20 bebeğin tamamına Sağlık Bakanlığının aşılama şemasında bulunan aşılar yapılmıştır. Aşılama şemasında yer almayan aşılarından suçiçeği aşısı 16 çocuğa, Hepatit A aşısı 2 çocuğa yapılmıştır. Rotavirüs aşısı ise 4 bebeğe uygulanmıştır.

2010 Doğumlu Bebeklerin Aşılama Sonuçları: 18 bebeğin tamamına Hepatit B'nin 1. dozu, 14 tanesine Hepatit B'nin 2. dozu, 3 tanesine Hepatit B'nin 3. dozu yapılmıştır. 18 bebekten 14 tanesine Beşli Karma Aşının (DaBT-IPA-Hib) 1. dozu, 5 tanesine Beşli Karma aşının 2. dozu, 3 tanesine Beşli Karma aşının 3. dozu uygulanmıştır. 14 bebeğe BCG aşısı uygulanmıştır. Bu veriler analiz edildiğine aylara göre aşılama oranlarının %100 olduğu görülmektedir. Henüz ayı gelmediği için KKK, Suçiçeği ve Hepatit A aşısı uygulanan bebek yoktur. Rotavirüs aşısı ise 3 bebeğe uygulanmıştır.

Sonuç: İzmir İli'nde 2007 yılında Aile hekimliği pilot uygulamasının başlamasıyla beraber bölgemizdeki bağışıklama hizmetlerinde bir aksamanın olmadığını düşünmekteyiz

Anahtar sözcükler: Bebek, aşı.

PB-04

Aile hekimliğinde hizmet sunumu ve zaman yönetimi

Şevket Akar

Göztepe 28 No.lu Aile Sağlığı Merkezi 35.19.142 Aile Hekimliği Birimi

Giriş-Amaç: Bu çalışmada aile hekimliği yaptığım bölgedeki nüfusa vermekte olduğum hizmetleri, zaman yönetimini ve ileriye yönelik olarak hizmet kalitesini arttırmak konusunda yapılabilecekleri ortaya koymayı amaçladım.

Materyel ve Metod: Aile hekimliği yapmakta olduğum bölgedeki bebek, çocuk, 15-49 yaş grubu kadın, toplam nüfus sayısı belirlenmiştir. Bu nüfusa verilen hizmetler dökümantasyon edilmiş, zaman yönetimi açısından yorumlama yapılmış, ileriye yönelik olarak yapılabileceklerle ilgili önerilerde bulunulmuştur.

Bulgular: Bölgemizdeki kesin kayıtlı nüfus sayısı 2,936'dır. Bunların 1,369'u erkek, 1,567'si kadındır. 21 tane bebek, 50 tane çocuk, 749 tane 15-49 yaş arası kadın bulunmaktadır. 11 tane yatağa bağımlı hastamız vardır. Günlük ortalama poliklinik sayımız 45-50'dir. Bir hastaya düşen ortalama poliklinik süresi 5-6 dakikadır. Kronik hastalığı olanlara aile hekimliği uzmanlarının verme yetkisi olduğu ilaçlar için tek hekim ilaç kullanım raporu düzenlenmektedir. Günde ortalama 5-6 hastadan kan alınmakta, bunların sonuçları değerlendirilmektedir. Bebeklerin izlemleri ve aşıları aksatılmaksızın yapılmaktadır. Bağışıklama hizmetlerine yetişkin yaş grubunda da aynı özen gösterilmektedir. Gebe, loğusa ve çocukların izlemleri de özenli bir şekilde yürütülmektedir. Yatalak hastalar ayda en az bir kez evinde muayene edilmektedir. Bu hizmetlere ilaveten, sağlık raporu almak için müraacaat eden kişilerin muayeneleri yapılmaktadır.

Sonuç: Aile hekimliğinde bu kadar çeşitli hizmetin verimli bir şekilde yürütülebilmesi için hizmet verilen nüfusun kademesi olarak 1,500-2,000'lere çekilmesi gerektiğini düşünmekteyim. Laboratuvar hizmet çeşitliliğinin ivedilikle artırılması gerektiği kanaatindeyim. Ultrasonografi ve X-Ray hizmeti veren merkezlerin kurularak, burada yapılan

tetkiklerin uzman radyologlar tarafından değerlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyim.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, zaman yönetimi.

PB-05

35.19.142 no.lu aile hekimliği birimindeki yatağa bağımlı hastaların izlemi

Şevket Akar

Göztepe 28 No.lu Aile Sağlığı Merkezi 35.19.142 Aile Hekimliği Birimi

Giriş-Amaç: Bu çalışmada aile hekimliği yaptığım bölgedeki yatağa bağımlı hastaların yaşlara göre dağılımını, teşhislerini, evde sağlık hizmeti kapsamında verilen hizmetleri ve yapılması gerekenleri ortaya koymayı amaçladım.

Gereç ve Yöntem: Aile hekimliği yaptığım bölgemizdeki yatağa bağımlı hastalar tespit edilmiştir. Bunların yaşları, belirlenmiş, evlerinde ziyaret edilerek fizik muayeneleri yapılmış, almış oldukları teşhisler ve kullandıkları ilaçlar belirlenmiştir. Gerekli olanlara tedavi yönetimleri yapılmış, reçeteleri düzenlenmiştir. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü bünyesindeki Evde Sağlık Hizmeti Birimine hastaların durumlarıyla ilgili mail gönderilmiş, gerekli olanların ilgili branş uzmanı tarafından konsültasyonu istenmiştir.

Bulgular: Bölgemizdeki kesin kayıtlı nüfus sayısı 2,936'dır. Bunların 1,567'si kadın, 1,369'u erkektir. Toplam 11 tane yatağa bağımlı hasta vardır. Bunların 6 tanesi kadın, 5 tanesi erkektir. Teşhisleri incelendiğinde, 3 tanesinde bunama, 3 tanesinde iskemik inme, 1 tanesinde mesanenin nöromuskuler disfonksiyonu, 1 tanesinde spastik parapleji, 1 tanesinde kronik iskemik kalp hastalığı, 1 tanesinde psöriasis ve buna bağlı olarak ortaya çıkan eklem bozukluğu, 1 tanesinde insülin bağımlı diyabet, esansiyel hipertansiyon ve kronik iskemik kalp hastalığı bir arada olarak saptanmıştır. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde 50-60 yaş 1 kişi, 61-70 yaş 2 kişi, 71-80 yaş 4 kişi ve 81 yaş üstü 4 kişidir.

Sonuç: Aile hekimlerinin yatağa bağımlı hastaların izlenmesinde ve tedavi yönetimlerinin planlanmasında yeri çok önemlidir. Bu hizmet 2. ve 3. basamakla tam bir koordinasyon içinde olmalıdır. Gerektiğinde ilgili branş uzmanı hastayı evinde konsülte etmelidir. Hastaların 2. ve 3. basamağa transportu kısa zamanda sağlanmalıdır. Girişimsel işlemler için ekipler kurulmalı, hastaların bu tür gereksinimleri bu ekipler tarafından yerine getirilebilmelidir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, yatağa bağımlı hastalar.

PB-06

Kesici delici alet ve ateşli silah yaralanmaları nedeni ile başvuran ve tedavi edilen hastaların değerlendirilmesi

Ahmet Coşkun¹, Selda Handan Karahan Saper², Arzu Ayraller³

¹Isparta Sütçüler İlçe Hastanesi, Isparta; ²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ³Taksim Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Amaç: Bu çalışma Ocak 2000-Ocak 2010 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Kliniğinde kesici delici alet ve ateşli silah yaralanmaları nedeni ile başvuran ve tedavi edilen hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Bu hasta gurubundaki mortalite ve morbidite oranları ile bunların etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması amaçlandı.

Materyel ve Metod: Bu retrospektif çalışmada 01.01.2000 ile 01.01.2010 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim Araştırma Hastanesi 1. Genel Cerrahi Servisinde batın ve toraks bölgesinde kesici delici alet ve ateşli silah yaralanması nedeni ile yatarak tedavi gören yaşları 14

ile 70 arasında değişen 310 hasta değerlendirilmeye alındı. Aynı nedenle serviste yatan ancak başka bir merkezde herhangi bir cerrahi girişim yapılan yada komplikasyon geliştiği için hastanemize sevk edilen çalışmaya dahil edilmemiştir. Hastalar yaş, cinsiyet, travma mekanizması, (delici kesici alet yada ateşli silah) travma bölgesi, penetran giriş sayısı, tanı konma yöntemleri, uygulanan tedavi (cerrahi medikal), yöntemlerine göre sınıflanarak bu faktörlerin mortalite ve morbidite oranlarına etkisi araştırıldı. Negatif laparotomi, medikal ve cerrahi tedavi uygulanan hastalardaki morbidite ve mortalite oranları incelendi.

Bulgular: Çalışmamıza 310 olgu dahil edildi. Olguların yaşı ortalama (yıl) 31.26 ± 11.86 olarak bulundu. En küçük hasta 14, en büyüğü ise 70 yaşında idi. Erkek olgular 291 (%93.9), kadın olgular ise 19 (%6.1) kişiden oluşmaktaydı. Cinsiyete göre yaş dağılımı incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$). 310 olgu yaş dağılımına göre incelendiğinde; en çok olgunun (128 olgu %41.29) 21-30 yaş grubunda, en az olgunun (5 olgu %1.61) 65 yaş ve üzerinde olduğu görüldü. Penetran torakoabdominal yaralanmaların giriş sayısı açısından değerlendirildiğinde bir giriş sayısı 162 olguda (%66.4), iki giriş sayısı 41 olguda (%33.6), üç ve üzeri giriş sayısı 41 olguda (%33.6) mevcuttu. DKAY tanılı olguların ortalamaya giriş sayısı 1.86 ± 1.43 idi.

Tartışma ve Sonuç: Travma, her ülkede temel halk sağlığı problemlerinden biridir. Yaralanmalar, tüm yaş gruplarını etkilemektedir. Kesici delici alet ve ateşli silah yaralanmaları tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de travma cerrahisi yapan hastanelerin önemli mortalite ve morbidite nedenleri arasında üst sıralarda yer almaktadır. Ateşli silah ve kesici delici alet yaralanmaları hayati organları hasara uğrattığında mortalite oranı oldukça yükselmekte, bu tür yaralanmalarda ölümler sıklıkla görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Travma, cerrahi.

PB-07

Dahiliye polikliniğine başvuran ve yeni tanı alan hipertansiyon hastalarında idrar mikroalbumin / kreatinin seviyelerinin kan biyokimyasal parametreleri ürasındaki ilişkisinin değerlendirilmesi

Selda Handan Karahan Saper¹, Ayşe Kulalı²

¹İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ²İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İç Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

Amaç: Çalışmamızda amacımız; hastanemiz dahiliye polikliniğine başvuran ilk basamakta hipertansiyon tanısı alan ancak herhangi bir tedavi başlanmayıp hastanemize yönlendirilen hastalarda spot idrarda mikroalbumin/kreatinin seviyelerinin serum biyokimyasal parametrelerle olan ilişkisinin literatür eşliğinde değerlendirilmesidir.

Materyal ve Metod: Mart-Mayıs 2011 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Dahiliye polikliniğine tanımlanmış Diyabetes Mellitus, Konjestif kalp yetersizliği, Koroner Arter Hastalığı ve ya idrar yolu enfeksiyonu olmayan 20 yaşın üstünde 41 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalıklarında hedef organ hasarına yol açabileceği düşünülerek çalışmaya alınmadı. Hipertansiyon tanısı Ulusal Birleşik Komitenin yayımlanan (JNC-7) raporuna göre konuldu. Hastaların hemogram, serum glukoz, üre, kreatinin, karaciğer fonksiyon testleri (AST, ALT), lipid profili, elektrolitleri (Na, K), spot idrarı ve sabah alınan spot idrar mikroalbumin/kreatinin düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi. Veriler SPSS 15.0 programıyla hesaplandı. Veriler ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde olarak gösterildi. Anlamlılık değerlendirilmesi t testi ile yapıldı. $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 41 hastanın ortalama yaşı 41 ± 8 idi ve çalışmaya alınan hastaların minimum yaşı 25, maksimum yaşı 70 idi. Çalış-

maya alınan 41 kişinin %48.8'i erkek ($n=20$), %51.2'si ($n=21$) bayandı. Çalışmaya alınan hastaların spot idrarda bakılan mikroalbumin değerlerinin ortalaması 4 ± 68 olarak ölçüldü. Çalışmaya alınan hastaların %70.7'sinin spot idrarda bakılan protein düzeyi negatif olarak değerlendirildi. Cinsiyete göre yaş dağılımı incelendiğinde anlamlı bir fark bulunamadı ($p < 0.05$). Mikroalbuminuri seviyeleri ile LDL kolesterol seviyeleri arasındaki fark anlamlıydı ($p < 0.05$). Mikroalbumin seviyeleri ile AST ve ALT seviyeleri arasında anlamlı ilişki bulunamadı ($p < 0.05$). Mikroalbumin seviyeleri ile kan elektrolit seviyeleri arasında da anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p < 0.05$).

Sonuç: Yaptığımız çalışmada idrar mikroalbumin/kreatinin seviyeleri ile LDL kolesterol seviyeleri arasında anlamlı ilişki bulundu ancak çalışmamız sadece 41 hasta ile yapıldığından anlamlı sonuçlar elde etmek için yeterli değildir ve daha büyük gruplarla değerlendirilmesi gerekmektedir ancak yapılan çalışmalar yinede idrar mikroalbumin/kreatinin seviyelerinin böbrek hasarını diğer kan parametrelerine ve tam idrar tahliline göre daha erken dönemde tespit edilmesini sağlamaktadır. Birinci basamakta risk faktörü olan hastalarda idrar mikroalbumin/kreatinin seviyelerinin bakılması böbrek hasarının erken dönemde fark edilmesi açısından oldukça önemli bir belirteçtir.

Anahtar sözcükler: Mikroalbumin, hipertansiyon, kreatinin.

PB-08

Obstrüktif uyku apne sendromlu hastalarda leptin seviyeleri üzerine sürekli pozitif hava yolu basıncı tedavisinin etkisi

Ruhuşen Kutlu¹, Şebnem Yosunkaya²

¹Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya; ²Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Göğüs Hastalıkları Uyku Laboratuvarı, Konya

Amaç: Obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) hiperleptinemi ile yakın ilişkili olduğu bilinen obezite ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Bu çalışmanın amacı aşırı kilolu ve obez OUAS'lı erkek hastalarda ve kontrol grubunda serum leptin seviyelerini araştırmak ve OUAS'lı hastalarda 3 ay süre ile sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) tedavisinin leptin seviyeleri üzerine etkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Uyku laboratuvarına başvuran 59 aşırı kilolu ve obez erkek çalışmaya alındı. Standart polisomnografi (PSG) uygulamasından sonra, rastgele orta-şiddetli 35 OUAS'lı hasta ve cinsiyet ve vücut kitle indeksi eşleştirilmiş 24 kontrol vakası seçildi. Başlangıçta, her iki grubun serum leptin seviyesi ve lipid profilleri ölçüldü. OUAS'lı hastaların sadece 26'sı düzenli CPAP tedavisi kullandı. Bu hastalar üç ay sonra PSG yapılarak ve serum leptin seviyesi ölçülerek tekrar değerlendirildiler.

Sonuçlar: OUAS'lı hastalar ve kontrol grubu arasında lipid profili ve leptin seviyeleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu. OUAS'lı hastalar ve kontrol grubunda ortalama leptin seviyeleri sırası ile 53.32 ± 19.62 ng/mL ve 56.33 ± 25.49 ng/mL ($p=0.611$) idi. 3 Ay CPAP tedavisinden sonra, NREM3 % ($p=0.181$) ve uyku etkinliğinde anlamlı bir değişiklik olmadı ($p=0.422$), fakat vücut kitle indeksi (VKİ), apne-hipopne indeksi (AHI), Epworth uyukuluk skalası, minimum SaO₂, ortalama SaO₂, REM % değerlerinde belirgin bir düzelme vardı. 3 aylık CPAP tedavisinden sonra serum leptin seviyesi istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldı ($p=0.003$).

Tartışma: Bu çalışma OUAS'lı hastalar ve kontrol vakalarının lipid profilleri ve leptin seviyelerinde anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Ancak 3 aylık CPAP tedavisinden sonra OUAS ile ilişkili parametrelerde ve leptin seviyesinde anlamlı bir düzelme olmuştur.

Anahtar sözcükler: Obstrüktif uyku apne sendromu, leptin, sürekli pozitif hava yolu basıncı.

PB-09

Geriatrik yaş grubunda ağrı kesiciler ve çoklu ilaç kullanımı ile ilgili bilgi düzeyi, memnuniyet ve sağlık davranışları

Tamer Edirne, Fikret Kurhan

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD, Denizli

Giriş: Türkiye’de >65 yaş üzeri ağrı kesici kullananların oranları %60-%80 arasında bildirilmektedir. Tanrıverdi ve ark. üç farklı ilde yaptıkları çalışmada yaşlılar arasında son bir yılda ağrı yakınmasını %85.7 ile %91.0 arasında bulmuşlardır. Güler ve ark. yaşlıların %67.4’ünün ağrı yakınması çektiğini, ağrı yakınması olan yaşlıların da %90.6’sının ağrı kesici kullandığını bildirmişlerdir. Yaşlılarda ağrı sık rastlanılan bir şikayettir. Genellikle osteoporoz, osteoartrit vb. sorunlara bağlıdır. Yaşlılarda komorbidite önemli bir sorundur. Bu yüzden, >65 yaş birden fazla (çoklu) ilaç kullanımı yaygındır. Ağrı kesicilerin reçetelenmesinde kısıtlama bulunmamaktadır. Ağrı kesicilerin kullanımı hakkında bilgi verilmediği ileri sürülmektedir. Ağrı kesicilere ve çoklu ilaç kullanımına bağlı yan etki/istenmeyen etkiler sık görülmektedir.

Gereçler ve Yöntem: Tartışılacak Bulgular Henüz yok

Sonuç: Henüz yok

Tartışma Soruları: Birinci basamakta geriatrik yaş grubunda ağrı kesici kullanımı, çoklu ilaç etkileşimleri ve hasta/hekim bilgi ve davranışları nasıl saptanabilir? Akılcı ilaç kullanımı nasıl sağlanabilir? Birinci basamakta çoklu ilaç kullanımı nasıl denetlenebilir? Yaşlılarda ağrı kesici kullanma bilgisi/bilinci nasıl ölçülür? Nasıl geliştirilir? Birinci basamakta Aile Hekimleri ağrı kesiciler hakkında ve de çoklu ilaç/etkileşimi hakkında bilgi sahibi mi? hastalara bilgi veriyor mu?

Anahtar sözcükler: Geriatri, çoklu ilaç kullanımı, yan etki, ağrı kesiciler, yaşlılık.

PB-10

Türkiye’de bir Aile Sağlığı Merkezine kayıtlı yirmi yaş ve üzeri bireylerde metabolik sendrom prevalansının belirlenmesi

Levent Özseven¹, Yonca Sönmez²

¹Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi, Sağlık Bakanlığı, Isparta; ²Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Isparta

Amaç: Bu çalışmada amacımız, Isparta ili kentsel alanında bulunan Aile Hekimliği bölgemizdeki yirmi yaş ve üzeri bireylerde Metabolik Sendrom (MetS) prevalansını Amerikan Ulusal Kolesterol Eğitim Programı Üçüncü Erişkin Tedavi Paneli (NCEP ATP III) ve Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tanımlamalarını kullanarak belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Isparta ili Kurtuluş Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı 20 yaş üzeri toplam 8038 bireyden çalışmaya dahil edilecek kişi sayısı, MetS prevalansı %33, sapma %2.5 kabul edilip, epi info statcalc programı kullanılarak örnek büyüklüğü %95 güven düzeyinde, 1,162 olarak belirlenip, %5 yedek alınarak 1,220 kişiye ulaşılmaya hedeflenmiştir. Kayıtlı kişiler yaş gruplarına göre tabakalanmış ve araştırmaya alınacak bireyler her tabakadan ağırlığına göre sistematik örnekleme ile seçilmiştir. Çalışmamız 1014 kişi ile tamamlanmıştır (%83.1). Çalışmaya dahil edilen bireylerden aydınlatılmış onam alınarak boy, kilo, bel çevresi, kalça çevresi ve kan basıncı ölçümleri ile birlikte 12 saatlik açlık sonrasında lipid profili ve açlık kan şekeri tetkikleri yapılmıştır. Bu veriler kullanılarak NCEP ATP III ve IDF tanımlamaları doğrultusunda istatistiksel yöntemler ile her iki tanımlama için MetS prevalansları belirlenmiş, ayrıca yaş ve cinsiyetlere göre karşılaştırma yapılmıştır. Çalışmamız Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulunca onaylanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan bireylerin yaş ortalaması 45 (20-93)’dir. Bu kişilerin 549’u kadın, 465’i erkekti. MetS prevalansı NCEP ATP III ve IDF tanımlamalarına göre sırasıyla %29.9 ve %35.3 bulunmuştur. Bu prevalans, NCEP ATP III’e göre kadınlarda %32.6, erkeklerde %26.7, IDF’e göre kadınlarda %37.9, erkeklerde %32.3 olarak bulunmuştur (Tablo 1). Buna göre her iki tanımlamaya göre de kadınlarda MetS sıklığı erkeklere oranla daha yüksek görünmektedir. Ancak, veriler χ^2 testi ile analiz edildiğinde NCEP ATP III tanımlamasına göre cinsiyetler arasında anlamlı istatistiksel farklılık tespit edilirken ($p<0.05$), IDF tanımlamasına göre anlamlı farklılık bulunamamıştır. MetS prevalansı her iki tanımlama için de yaşla birlikte artış göstermiştir (Tablo 1). Her iki tanımlama için de yaş gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir ($p<0.001$).

Sonuç: Çalışmamızda kullandığımız her iki tanımlama ile de bölgemizdeki MetS prevalansı Türkiye’den bildirilen diğer verilerle uyumlu olarak, kadınlarda daha belirgin olmak üzere yüksek düzeylerde tespit edilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız iki tanımlama arasında tespit ettiğimiz prevalans farklılığı, bel çevresi ve kan şekeri değerlerinin IDF tanımlamasında NCEP ATP III’e göre daha düşük düzeylerde pozitif olarak kabul ediliyor olmasından kaynaklanmaktadır. Metabolik Sendrom, kalp damar hastalıklarına yatkınlık oluşturan kriterleri içermektedir. Bölgemizde tespit ettiğimiz yüksek MetS prevalansı, kayıtlı bireylerimizin kardiyovasküler hastalıklar yönünden bilinçlendirilmesi ve sıkı takip edilmesinin gerekli olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile sağlığı merkezi, metabolik sendrom, prevalans.

PB-11

Kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörler

Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi, Hasan Hüseyin Çelik

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Kanserli hastaya bakım verme, hastalık olayının tümü ile aile üyelerinin günlük yaşamına girmesine ve günlük rutinlerinin bozulmasına neden olmaktadır. Kanserli hasta ve ailesinde neden olduğu fiziksel, ruhsal ve sosyal değişiklikler bu kişilerin yaşam kalitelerinin tartışılmasına yol açmıştır. Biz de bu çalışmada kanserli hasta yakınlarında depresyon durumunu ve yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu kesitsel, analitik araştırma, kanserli hasta yakınlarında depresyon ve yaşam kalitesini etkileyen faktörleri saptamak amacı ile yapılmıştır. Araştırmanın örneklem grubunu Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim dalında tedavi gören 110 kanserli hasta yakını oluşturmuştur. Yaşam kalitesini ölçmek için WHOQOL-Bref yaşam kalitesi skalası kullanılmıştır. Depresyon durumu Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Görüşülen kişilerin %53.6’sı erkek, %46.4’ü kadın, %86.4’ü evli, %55.5’i ilköğretim eğitimi, yaş ortalamaları 47.3 ± 13.5 ve %44.5’i kanser hastalarının çocukları idi. Beck depresyon ortalaması 8.0 ± 7.7 idi. BDÖ sonuçlarına göre sırasıyla %65,5’i normal, %24.5’i hafif, %7.3’ü orta, %2.7’si şiddetli derecede depresyonda idi. Kanserli hasta yakınlarının cinsiyeti, mesleği, eğitimi ve medeni durumu depresyonu etkilememişti ($p>0.05$). Yaşam kalitesi skorları ile depresyon durumunu karşılaştırdığımızda psikolojik sağlık ($p=0.000$), genel sağlık ve yaşamdan memnuniyet ($p=0.002$), genel sağlık ve yaşam kalitesi ($p=0.008$), fiziksel sağlık ($p=0.001$) ve çevre alanı ($p=0.025$) skorlarında depresyonu olanlarla olmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark varken, sosyal ilişkiler alanında ($p=0.089$) depresyon olanlarda olmayanlara göre istatistiksel olarak önemli bir fark saptanmadı.

Sonuç: Kanser hem hastalar, hem de hasta yakınları için önemli bir sağlık sorunudur. Kaçınılmaz olarak hasta yakınları kanserli hastalardan

psikolojik olarak etkilenecektir. Bu kişilerde anksiyete ve depresyon büyük sorunlar olup, hekim ve sağlık personelinin bu problemleri çözmek için empati ile yaklaşımı gereklidir.

Anahtar sözcükler: Kanserli hasta yakınları, depresyon, yaşam kalitesi.

PB-12

20 yaş ve üzerindeki hipertansif hastalarda spot idrarda mikroalbuminüri düzeyinin incelenmesi

Koray Serkan Akıncı, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi, Ayşe Demir, Gülseren Pamuk

Selçuk Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

Amaç: Hipertansiyon (HT) tüm dünyada halk sağlığı açısından öncelik taşıyan bir sağlık sorunudur. Hipertansif hastalarda erken tanı, uygun tedavi, kontrol ve yaşam biçimi ile ilgili davranışlar hastalıktan korunma kadar önemlidir. HT iyi tedavi edilmezse end organ hasarına neden olmaktadır. Günümüzde yapılan araştırmalarda mikroalbuminürinin (MAÜ) end organ hasarının erken göstergesi olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmada 20 yaş ve üzerinde HT'ü olan ve olmayan bireylerde spot idrarda MAÜ düzeyini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte analitik bir araştırma olan bu çalışmaya 20 yaş ve üzerindeki 340 birey alındı. Bireylere sosyodemografik özellikleri, mevcut hastalıkları, sigara içme durumları gibi bilgilerin yer aldığı bir anket formu dolduruldu. Hastaların boy, ağırlık, kan basınçları, bel ve kalça çevreleri ölçüldü. Katılanların total kolesterol, LDL, TG, HDL düzeyleri, açlık kan şekeri ve spot idrarda MAÜ değerleri

ölçüldü. Kreatininle düzeltilmiş (mikroalbumin \times 1000/kreatinin) albuminüri (UACR) formülüne göre MAÜ değerlerine bakıldı, 0-29 mg/g arası normal, 30-300 mg/g arası mikroalbuminüri, >300 mg/g ise makroalbuminüri olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamızda hipertansif hastaların yaş ortalaması 51.38 ± 10.77 yaş, hipertansiyon prevalansı %30.3 (erkeklerde %29.0, kadınlarda %31.2) olarak tespit edildi. Hipertansif hastaların %52.4'ü daha önce hiç kan basıncını ölçtürmemişlerdi. Yaş arttıkça HT sıklığı artarken ($p=0.000$), eğitim düzeyi yükseldikçe HT'nun görülme sıklığının azaldığı görüldü ($p=0.031$). Prehipertansiyon prevalansı %47.6 olarak bulundu. Sigara içiciliği erkeklerde anlamlı derecede yüksek olarak tespit edildi (erkeklerde %71.2, kadınlarda %28.8) ($p=0.000$). Kadınlarda obezite oranı erkeklerle göre anlamlı derecede yüksek saptandı (erkeklerde %22.5, kadınlarda %53.5) ($p=0.000$). Hipertansif kişilerde MAÜ prevalansı %20.4, prehipertansiyonu olanlarda ise %3.08 olarak bulundu. HT'ü olanlarda MAÜ görülme sıklığı HT'ü olmayanlara göre yaklaşık iki kat daha fazla idi ($p=0.024$) [OR= 2.17, %95CI; (1.152–4.093)]. Mikroalbuminüri ile açlık kan şekeri, lipid profili, sigara kullanımı ve obezite arasında ilişki saptanmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Toplumumuzda hipertansiyon görülme sıklığı oldukça fazladır. Hipertansif hastalarda spot idrarda MAÜ varlığı bize end organ hasarının başladığını gösteren ilk laboratuvar bulgusudur. Birçok çalışmada MAÜ'nin ateroskleroz ve kardiyovasküler hastalıklar açısından önemli bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. Bu hastalarda erken evrede MAÜ'nin tespiti ve kan basıncının en kısa zamanda regüle edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle HT tespit edilen bütün hastalarda rutin olarak spot idrarda MAÜ tetkiki yapılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Hipertansiyon, mikroalbuminüri, end organ hasarı.

16. WONCA Europe konferansı ve Vasco da Gama Movement ön-konferansı, 2010, Malaga/İspanya

Genç Aile Hekimleri Çalışma Grubu olarak bilinen Vasco da Gama Movement (VdGM) aktif eğitim, Aile Hekimliği'nin geliştirilmesi ve kalite standartının sağlanması için WONCA Avrupa kapsamında ön-konferanslar düzenlemektedir. VdGM, Aile Hekimliğini ulusal ve uluslararası platformlarda temsil eden en önemli organizasyonlardan biridir. Bir çok Avrupa ülkesinde ve Türkiye'de de aile hekimlerinin ilgi, katılım ve aktif rol almaları ile giderek gücü artan ve sesi duyulan bir hareket olmaktadır.

Her yıl bir Avrupa ülkesinde düzenlenmekte olan WONCA Avrupa konferansı duyurusu aylar öncesinden hekimlere Aile Hekimliği web sitelerinden duyurulmaktadır. Yılın konferans ve ön-konferansı için 2 katılımcı belirlenmektedir. Bunlardan birisi VdGM ülke temsilcisi, diğeri ise o yıl için seçilen yeni katılımcıdır. Yeni katılımcı için istekli genç Aile Hekimleri'nin kongrenin duyurulmasının ardından başvuru için Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)'a veya VdGM ülke temsilcisine amaç ve beklentilerini özetleyen motivasyon yazısı ile CV'lerini göndermeleri gerekmektedir. Başvuru

rular için aranan kriterler ise; İngilizceyi iyi kullanmak, VdGM, TAHUD ve Familya üyesi olmaktır. Başvurunun ardından CV'ler ve diğer aranan kriterler TAHUD kuruluca değerlendirilir ve yeni katılımcı seçilerek ismi web sitesinden duyurulur. WONCA Avrupa Konferansı ve VdGM ön-konferansı hazırlık sürecinde de, kongre organizasyon komitesine bildirilmesinden sonra katılımcılar, konaklama ve vize işlemlerini tamamlar. Ardından ön-konferans ve konferans için daha önceden tecrübesi olan VdGM ülke temsilcisi ile bazı ön çalışmalara başlamak yararlı olur. Bu çalışmalar; geçmiş yıllarda yapılan workshop sunumlarının incelenmesi, konuların üzerinde bilgilenme ve fikir geliştirmek olabilir.

Benim de 2010 yılındaki VdGM ön-konferansı ve WONCA Avrupa Konferansı'na katılmam bu başvuru ve seçilme yolundan geçerek oldu. Konferans ve ön-konferans duyurusunu gördükten sonra Türkiye VdGM ülke temsilcisine CV'mi ve neden katılmak istediğimle ilgili mektubumu yolladım. TAHUD'a iletilen evraklarımın değerlendirilmesi sonrasında 2010 yılı için yeni katılımcı



olarak seçildiğim bildirildi. Konaklama ve vize işlemlerimi tamamladım. Büyük bir zevk ve heyecanla hazırlandığım ön çalışmadan sonra 2010 yılı Ekim ayında 16.'sı düzenlenecek olan konferans ve ön-konferans için İspanya'nın Malaga şehrindeydim. 5-6 Ekim'de katıldığım ön-konferansta ilk gün ön-konferans katılımcılarına bir briefing verildikten sonra ön-konferans aktivitelerine geçildi. Öncelikle değişik Avrupa ülkelerinden gelen Aile Hekimleri 8-10 kişilik workshop gruplarına ayrıldı. Gruplar ayrı ayrı workshop çalışmalarına başlamadan önce genel olarak Aile Hekimliği'nde hedefler ne olmalı tartışması yapılarak belirlenen hedeflerden her gruba çalışma konuları belirlenmişti. Verilen grup konularına bazı örnekler "Neden Aile Hekimliği? Mutlu Aile Hekimi ve Tatmin Olmuş Hasta, Kalite Kontrolü, ...vs." idi. Bu belirlenen konularda grup katılımcılarının ülkelerinde aile hekimlerinin sorunları, bireysel ve birlikte yapılabilecek çalışmalar, ortak çözüm önerileri, ileriki stratejiler tartışıldı. Nihayet 2. günün sonunda her grubun çalışmalarını özetleyen grup sunumları için grupları bir araya getiren ortak bir salonda toplanıldı ve sunumlar sırayla yapıldı. Değişik konuları ele alan sunumlar zevkle takip edildi. Sunumlar sonrasında yeniden sorular ve cevaplar ortaya atıldı. Sunumlarda genel olarak dünyadaki değişik ülkelerde Aile Hekimliği'nin nasıl yürüyor olduğundan, ülkelerin Aile Hekimliği tecrübelerinden, bu alanda halen yaşanan sorunlardan bahsedildi. Çözümler ortaya atılırken bir yandan da aile hekimliğinin diğer alanlar arasında öneminin giderek artıyor olduğu gerçeği vurgulandı. AH statüsünün yükseltilmesi, Dünya Aile Hekimlerinin birbirine daha da kenetlenmesi gerektiği, ve bu birliği güçlendirmenin nasıl olabileceği üzerine genel tartışmalar yapıldı ve ortak fikirlere varılmaya çalışıldı.

Ön - konferans etkinlikleri sırasında salonun birinde Yönetim Kurulu Konsey Toplantısı olduğunu öğrenmiş-

tim ve merakımdan bir aralık bulabildiğim zamanda 1 saat kadar bu konsey toplantısına katılabildim. WONCA Avrupa Yönetim Kurulu 6 üyeden oluşmaktaydı ve biri ülkemden bir temsilciydi. Konsey kararlarında söz sahibiydi ve aktif rol oynuyordu. Bu, benim için çok hoş bir sürpriz olmuştu ve gurur vericiydi. Konsey toplantısına katılmakla hem WONCA konseyinin nasıl çalıştığına dair fikir edinebildim hem de konsey üyeleri ile bizzat tanışma fırsatı buldum. Orada bulunanların her biri, bir zamanların Hayaller-Hedefler-Gerçekleştirilenler'ini temsil ediyordu.

Aile Hekimliği uzmanlığına yeni adım attığım dönemde bu alanda merak ve gelişimimi motive edecek, orada edindiğim tecrübe ile Aile Hekimliği vizyonumun genişlemesine katkıda bulunan ve yeni ülke, yeni arkadaşlıklar, değişik kültürlerden deneyimlerle, yeni amaç ve hedeflerle ülkeme dönmemde rol oynayan TAHUD MYK üyelerine, VdGM Türkiye temsilcisine çok teşekkür etmek isterim.

Sonuç olarak şunu belirtmeyi isterim ki, dünyada Aile Hekimleri tarafından bu alanın daha üst pozisyonlara taşınması, haklarının ve olanaklarının geliştirilmesine yönelik aktif ve gelecekte umut vaat eden çalışmalar ve güzel gelişmeler olmakta. Tabii ki biz de Türkiye WONCA temsilciliği, katılan uzman ve asistanlar aracılığıyla bu tartışma ve gelişmelerde yer alabileceğiz, ve böylece gelişmeleri ülkemizde de uygulama fırsatı yakalayacağız. Her şeyde olduğu gibi bu da kendi aramızdaki iyi iletişim, paylaşım, her zaman öneriler sunma ve pes etmeden umutla devam etmemiz sayesinde olacaktır. Bundan sonraki yıllarda WONCA Avrupa Yönetim Kurulu'nda VdGM'den bir temsilci 7. üye olarak yer alacak ve böylece daha genç yetenekler de sesini dünyaya duyuruyor olacak. WONCA kongresinden benim sizlere getirdiğim en önemli mesaj, orada vurgulanan: 'AİLE HEKİMİ OLMAKLA GURUR DUYUYORUM (PROUD TO BE A FAMILY MEDICINE DOCTOR)' idi.



Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Eğitsel Faaliyetleri Tek Çatı Altında

1990 yılından bu yana Türkiye’de ve uluslararası platformlarda Aile Hekimliğinin temsilciliğini yürüten Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), aile hekimliği disiplini adına çalışmalarına ve birinci basamakta çalışan hekimler için yol gösterici bir adres olmaya devam etmektedir.

TAHUD Eğitim Çalışma Grubu bu sene, 3 uluslararası dernekle ortak toplantı, 3 sürekli mesleki gelişim eğitimi ve 8 bölgesel eğitim toplantısı planladı ve bu etkinliklerin tamamını tek bir adresten www.tahudegitsel.org ulaşılabilir hale getirdi.

Birinci Basamakta Uyku Sorunlarına Yaklaşım, Kayseri

TAHUD eğitsel faaliyetlerinin ilki, 1. Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi – Birinci Basamakta Uyku Sorunlarına Yaklaşım Sempozyumu 25-26 Şubat 2012 tarihinde Kayseri’de Acıbadem Hastanesi toplantı salonlarında gerçekleşti. Uyku Bozuklukları konusunda farkındalığın artırılmasının amaçlandığı ve 75 kişi katılımıyla gerçekleşen sempozyumda, akut ve kronik rahatsızlıklara yol açan uyku bozukluklarının tanısı ve tedavisi, uyku bozukluğu-

na neden olabilecek akut ve kronik hastalıklar tüm yönleri ile tartışıldı.

Türk – İspanyol Aile Hekimleri Uzmanlık Dernekleri Toplantısı, Barselona

Farklı ülkelerdeki Aile Hekimliği Uzmanlık Dernekleri ile ortaklaşa düzenlenen yurtdışı toplantılarının ikincisi olan Türk-İspanyol Aile Hekimleri Uzmanlık Dernekleri Toplantısı 8-11 Mart 2012 tarihleri arasında Barselona’da gerçekleşti. Katılımcılar, çeşitli konularda güncel bilgileri paylaşırken İspanya’daki aile hekimliği uygulama süreçleri hakkında bilgi edinme, birinci basamak sağlık merkezlerini ziyaret etme ve uygulamaları yerinde görme olanağı buldular.

TAHUD’un bundan sonraki eğitsel faaliyetlerinden 2. Bölgesel Toplantı Ergen Sağlığı Kursu başlığı ile 7 Nisan’da İzmir’de yapılacaktır. Bu toplantının ardından ise 2. Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi – Birinci Basamakta Ağrı Yönetimi Sempozyumu 13-15 Nisan tarihleri arasında Mardin’de gerçekleşecektir.

TAHUD eğitsel faaliyetlerinde buluşmak üzere.

 TAHUD Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği Eğitsel Toplantı Faaliyetleri www.tahudegitsel.org			
Yurtdışı Dernekler ile Ortak Toplantılar	Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimleri	Bölgesel Toplantılar	
Türk-İspanyol Aile Hekimleri Uzmanlık Dernekleri Toplantısı <i>GERÇEKLEŞTİ</i> Joint Meeting of Turkish-Spanish Associations of Family Physicians Barselona, İSPANYA 8-11 Mart 2012	1. Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi GERÇEKLEŞTİ Birinci Basamakta Uyku Sorunlarına Yaklaşım 25-26 Şubat 2012, Kayseri	TAHUD 1. Bölgesel Toplantısı - ERTELENDİ Sigara Bıraktırma Kursu	TAHUD 5. Bölgesel Toplantısı Gribal Enfeksiyonlar ve Aşılama 8 Eylül 2012, İstanbul
Türk-Çek Aile Hekimleri Uzmanlık Dernekleri Toplantısı Joint Meeting of Turkish-Czech Associations of Family Physicians Prag, ÇEK CUMHURİYETİ 30 Ağustos - 2 Eylül 2012	2. Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi Birinci Basamakta Ağrı Yönetimi 13-15 Nisan 2012, Mardin	TAHUD 2. Bölgesel Toplantısı Ergen Sağlığı Kursu 7 Nisan 2012, İzmir	TAHUD 6. Bölgesel Toplantısı Etkili Bir Öğrenme için Hasta-Hekim Görüşmesi 6-7 Ekim 2012, Rize
	3. Sürekli Mesleki Gelişim Eğitimi Birinci Basamakta Yaşlıda Nörolojik Hastalıklara Yaklaşım 9-11 Kasım 2012, Çeşme	TAHUD 3. Bölgesel Toplantısı Birinci Basamakta Diyabet Yönetimi 9 Haziran 2012, Trabzon	TAHUD 7. Bölgesel Toplantısı Birinci Basamakta Diyabet Yönetimi 20 Ekim 2012, Gaziantep
		TAHUD 4. Bölgesel Toplantısı Güneşin Etkileri ve Deri Kanserinden Korunmada Aile Hekiminin Yeri 16 Haziran 2012, Muğla	TAHUD 8. Bölgesel Toplantısı Birinci Basamakta Hipertansiyon Yönetimi 8 ve 22 Aralık 2012