

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
Prof. Dr. Okay Başak

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü | Responsible Managing Editor

Doç. 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
Sarayardı Cad. Cemhan-Doğan İş Merkezi No: 100/16 Hasanpaşa
Kadıköy 34722 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



Kapak Resmi: Meltem Söylemez (2011) 140x70 cm, tuval üzerine akrilik

Ressam, eğitimci. 14. Turgut Pura Resim-Heykel Yarışması (1995) Resim İkincilik Ödülü, 1. Talens Resim Yarışması (2002) İkincilik ve yine Samsun İlkadım Rotary İkincilik Ödülü, 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.

Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk (Aile Hekimliği)

Atatürk Üniv. Tıp. Fak. / Erzurum

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir (Halk Sağlığı)

Çukurova Üniv. Tıp Fak.- Aile Hek. ABD / Adana

Doç. Dr. Esra Saatçi (Aile Hekimliği)

Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana

Prof. Dr. Recep Erol Sezer (Halk Sağlığı)

Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Sivas

Doç. Dr. Mehmet Uğurlu (Aile Hekimliği)

Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

Prof. Dr. Mehmet Ungan (Aile Hekimliği)

Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu (Aile Hekimliği)

Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board

Prof. Dr. Michael Kidd (Family Medicine)

Faculty of Health Sciences, Flinders University / Adelaide, Australia

Prof. Dr. Jan De Maeseneer (Family Medicine)

Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Ghent / Ghent, Belgium

Assoc. Prof. Dr. Christos Lionis (Family Medicine)

Faculty of Medicine, University of Crete / Crete, Greece

Prof. Dr. Robert E. Raket (Family Medicine)

Baylor College of Medicine / Houston, Texas, USA

Prof. Dr. Richard G. Roberts (Family Medicine)

School of Medicine and Public Health, University of Wisconsin / Madison, WI, USA

Prof. Dr. Chris van Weel (Family Medicine)

Nijmegen Medical Centre, Radboud University / Nijmegen, The Netherlands

- **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 (derlemeler, sadece davet ile kabul edilmektedir), 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 aşamasından arındırılarak 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 uygulama da 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 araştırmalara 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. Yapılandırılmamış 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 geliştirmelerden haberdar 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 hakkındaki 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 yapıpın 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.turkailhekderg.org adresinde yer alan çevrimiçi (*online*) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.

Başmakale | Editorial

1997'den bugüne | 105

Since 1997

Halûk Çağlayaner

Araştırmalar | Research Articles

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır? | 107

Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations?

Dilek Güldal, Tolga Günvar, Vildan Mevsim, Emel Kuruoğlu, Ediz Yıldırım

Uzman olmayan hekimlerin sürekli mesleki gelişim ve öğrenme gereksinimleri:

Kesitsel bir çalışma | 113

Continuous professional development and learning needs of physicians without vocational training: a cross-sectional study

Kenan Topal, Esra Saatçi, Ramazan Baştürk, Neşe Çallı Demirkan

Obezite hirsutizmli kadınlarda hirsutizmin şiddetini artırır | 119

Obesity increases the severity of hirsutism in hirsute women

Filiz Cebeci, Nahide Onsun, Ayşe Pekdemir, Ayşe Cinkaya, Hande Arda

Safra taşı olan olgularda lipid profilleri | 123

Lipid profiles of patients with gallstones

Can Öner, Mehmet Celalettin Güneri

Olgu Sunumu | Case Report

Güvensiz internet kullanımı ile ilgili bir olgu sunumu: Sanal taciz | 127

A case report about unsafe use of internet: online harassment

Mustafa Talip Şener, Turan Set, Onur Burak Dursun

Durum Raporu | Position Paper

The training of family medicine specialists and training in general practice | 130

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimi ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında eğitim

Niels Kristian Kjaer

Özetler | Abstracts

Aile Hekimliği Akademisi (AHAD) 2. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri | 141

Abstracts presented at the Second Family Medicine Research Days, 13-15 April 2012, Istanbul, Turkey

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | 153

DEVA
İLÂN

1997'den bugüne

Since 1997

Halûk Çağlayaner¹

Değerli Okuyucular,

Editörler kurulumuz, son toplantısında, Dergimizin Eylül 2012 sayısının başyazısını yazma görevini bana lütfetti. 1997 Mart'ında yayın hayatına atılan Aile Hekimliği Dergisi'nin ilk sayısını önüme koydum, düşündüm; ne kadar çok zaman geçmiş, köprülerin altından ne kadar çok su akmıştı... 1983'te aile hekimliği tıpta uzmanlık tüzüğünde yer almış, 1984'te ilk aile hekimliği anabilim dalı kurulmuş, Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği ise 1990'da kurulmuş, ilk Türkçe telif aile hekimliği kitabı 1995-1996'da yayınlanmıştı. Dergimiz yayın hayatına atıldığında Derneğimizin üye sayısı 250 civarında idi... Ne var ki bir başka açıdan bakıldığında 15 yıl toplumların hayatında nerede ise hiç mesabesindedir.

“Fatih İstanbul’u kuşatırken Gutenberg basacağı ilk kitabı hazırlıyordu; üç yıl uğraştıktan sonra 1455'te bastı. Basımcılığın yol açtığı ilk hareketlerden biri, Martin Luther’in İncil’i Almanca’ya çevirerek Roma Kilisesi’ne karşı gelişile dinde uyanış, II. Beyazıt (1481-1513), I. Selim (1512-1520), Kanunî Sultan Süleyman (1520-1566) zamanlarına rastlar. 1500’lü yıllarda 60’tan çok Alman şehrinde matbaa açılmıştı. Avrupa’da yalnızca 15. yüzyılda 1.700 matbaa kurulduğu, 15-20 milyon kitap basıldığı tahmin edilmektedir.”^[1]

Osmanlı topraklarındaki ilk matbaayı 1492’de İspanya’dan sürülen Museviler kurdu, onları 1567’de Ermeniler, 1627’de Rumlar izledi. Türkçe ilk basılı kitap, Gutenberg’in ilk basılı eserinden 274 yıl sonra 1729 yılında ortaya çıkabildi.^[2] Ne var ki bu ilk matbaa, yöneticilerin izin verdiği bir grup âkil adamın işi idi. Bir başka deyişle, henüz toplumda basılı kitaba talep yoktu. Kitabın ve gazetenin gündelik hayatın ayrılmaz parçası haline gelmesi

için Tanzimat yıllarını, özellikle de 1860’ları beklemek gerekecektir.^[2]

Askerî tıbbiye 1827’de kurulmuştu; aktardığım nedenlerle, o tarihte Türkçe tıp eğitimi kitabı yoktu. Mülki (sivil) tıbbiyenin kuruluşu için de 40 yıl beklemek gerekti; 1867. İşte bu dönemde, tıbbiyede açılan “mümtaz (seçkin) sınıf” öğrencileri – bin bir güçlüğü aşarak – tıp eğitimini – II. Mahmut’un öngördüğü gibi – Türkçeleştirdiler (ne garbettir ki bugün, daha yüksek puan alan öğrencilere tıbbi yabancı dilde okutuyoruz). Mülkî tıbbiye mezunlarına mecburi hizmet konarak taşraya “memleket hekimleri” gönderilmeye 1871’de başlandı. Onu 1913’te hükümet tabipliği, [1946 – 1955]’te – aile hekimliğinin atası – “genel sağlık uzmanlığı/sağlık merkezleri“, 1963’te ise sağlık ocakları izledi.^[3]

Saygın tıp tarihçisi Erdem Aydın değerli monografisinin önsözünde “sağlık hizmetlerinin yürütülmesi için ülkemizde son 50-60 yıldır sistemli, kimliği belirli, bilinçle ortaya konmuş bir hizmet organizasyonu ya da modelinden söz etmek güçtür. Bugüne kadar yapılanları hizmet için “altyapıyı” geliştirmek yolunda atılmış adımlar olarak değerlendirebiliriz. Bu nedenle Türkiye’deki duruma ilişkin “sağlık modelleri ya da organizasyonu tarihi” gibi bir isim kullanmanın yanlış olacağını düşünerek kitabımıza ilgili bakanlığın taşra teşkilatlanması anlamına gelen “Türkiye’de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi” adını verdik” der.^[4] Bugün, bakanlığın – birbirini izleyen farklı dönemlerin birikimiyle oluşturulan – birinci basamak taşra teşkilatını yok ederek - yürürlüğe koyduğu “aile hekimliği uygulamasını” tarih değerlendirecektir.

Bütün bu bildiğiniz konuları geçmişten günümüze kuşbakışı bir görünüm elde edebilmemiz için özetledim: 17. yüzyıldaki büyük kaçğundan (çift bozumu) başlayarak

¹⁾ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörü; Uzm. Dr., İstanbul

Osmanlı'nın Doğu Roma'dan tevarüs ettiği toprak düzeni bozulmuştu. Bir devletin yakın ve uzak yerleşimlerine sağlık hizmeti ulaştırabilmesi ancak malî, iktisadî, dış ve iç politika dengeleri açısından sağlam olmasıyla mümkündür. Bir başka deyişle sağlık hizmeti sunumu kendi içinde başlayıp sonlanan bir fenomen değil, ülke ekonomi-politiğinin bir türevidir.

Ne var ki bunu, gündelik hayatımızda bu şekilde derinlemesine düşünmediğimiz gibi, canı yanarak sağlık hizmeti almaya koşan vatandaş da düşünemez: Karşısında tek sorumlu vardır; sağlık çalışanı. Bu kısacık yazıda ayrıntısına giremeyeceğimiz nedenlerle yüzyıllardan beri ülkemizde sağlıklı bir birinci basamak hizmet ağı kurulamamıştır. Sağlık çalışanlarına karşı şiddet son yıllarda bir salgın gibi yayılmaktadır. Bizim görevimiz mesleğimizin gereklerini yerine getirmektir. Bize insanca çalışma koşulları sağlamak, bizi üstlenebileceğimizin üzerinde bir klinik yükü ile karşı karşıya bırakmamak ise yöneticilerin işidir. Sağlık çalışanının talihsizliği şuradadır ki, o, gelmiş geçmiş bütün kötü yönetimlerin yol açtıkları – ve bugün karşılaştığımız hercümercin – tek sorumlusu olarak görülür, popülist yönetimler sağlık çalışanını bir paratoner gibi kullandığında yüzyılların öfkesi üzerine toplanır.

1997'den bugüne çok sayıda aile hekimliği anabilim dalı kurulmuş, çok sayıda akademisyenimiz yetişmiştir. Aile hekimliği kitaplığı zenginleşmiş, çok sayıda kitaba, çok sayıda aile hekimliği dergisi de eklenmiştir.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi olarak bugüne kadar tıbbî ve malî bağımsızlığımızı, özenli Türkçemizi koruyarak örnek oluşturmaya çalıştık. Yukarıda andığımız tarihi gelişim nedeniyle bizim daha çok okumamız ve “ses bayrağımıza”; dilimize diğer ülkelerden daha çok özen

göstermemiz gerekiyor. Unutmayalım ki bu konudaki sorumluluk sadece editörler kurulunun değil, bütün aile hekimlerindedir: Bir dergiye ne kadar çok nitelikli makale gelirse, dergi o kadar ileri gider. Akademik yükseltme sınav jürilerinin her adayın dosyasında “Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmış en az bir araştırma bulunması” koşulunu araması da Derneğimizin Dergisini yüceltecektir. Bir araştırmayı bilimsel kılan kullanılan yöntemlerin karmaşıklığı değil, bilime uygunluğudur. Bu vesile ile ilk baskısını 1996'da yapan – bildiğim kadarıyla 10. baskısı da tükenen – TÜBİTAK yayını Robert A. Day imzalı “Bilimsel makale nasıl yazılır, nasıl yayımlanır?” kitabını masanızdan ırak etmemenizi salık veririm. Size küçük görüne de klinik deneyimlerinizin ilgi çeken yönlerini kaleme alın. İçerik saklı kalmak kaydıyla, biçimsel açıdan en iyi makalenin arı duru bir Türkçe ile yazılmış, İngilizce özeti de o dilin kurallarına uygun makale olduğunu unutmayın. Bugün Derneğimiz büyüdü, imkânları arttı, aile hekimliği alanında faaliyet gösteren pek çok kardeş kuruluş hayat kazandı. Bugüne kadar sürdürdüğümüz titizliğin yeni dönemde de sürdürüleceği inancıyla ve saygıyla Dergimizin Eylül 2012 sayısını dikkatinize sunuyorum.

Kaynaklar

1. Berkes N. Türkiye'de Çağdaşlaşma. 13. Baskı. İstanbul: Yapı Kredi Yayınları; 2008. s. 37.
2. Baysal J. Kitap ve Kütüphane Tarihine Giriş. 2. Baskı. İstanbul: Türk Kütüphaneciler Derneği İstanbul Şubesi; 1992. s. 68-82.
3. Çağlayaner H. Türkiye'de Sağlık Çağdaşlaşması. İstanbul: Deomed; 2012. s. 109, 114, 149, 174.
4. Aydın E. Türkiye'de Sağlık Teşkilatlanması Tarihi. Ankara: Naturel Kitap Yayıncılık; 2002. s. vi.

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyuşmakta mıdır?

Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations?

Dilek Güldal¹, Tolga Günvar², Vildan Mevsim³, Emel Kuruoğlu⁴, Ediz Yıldırım²

Özet

Amaç: Bu niteliksel çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda hasta beklentilerinin ne olduğu, bu beklentilerin, aile hekiminin özellikleri ve tanımlanmış temel yeterlilikleri ile ne kadar örtüşüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nitel araştırma olarak planlanan bu çalışmada, teori geliştirme modeli kullanılmıştır. Örneklem seçimi tipik olgu örneklem yöntemiyle yapılmıştır. Veriler odak grup görüşmeleri ile toplanmış, içerik analizinde teori geliştirme metodu kullanılmış, NVivo 8 paket programından yararlanılmıştır.

Bulgular: İyi bir hasta hekim iletişimi, kapsamlı ve sürekli bakım, yakınma ve hastalık ayırımı yapmaksızın kolayca ulaşılabilecekleri bir hekim, kendileri ile empati yapılması ve tıbbi kararlarda kendilerine rehberlik edilmesi hastaların birinci basamakta çalışan aile hekimlerinden temel beklentilerini oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin tıbbi bilgilerinin bu taleplerine yanıt verecek düzeyde olmasını, gerekli durumlarda bakımı kendileri adına koordine etmesini istemektedirler.

Sonuç: Araştırmaya katılanların aile hekimlerinden beklentileri tanımlanmış aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ile örtüşmektedir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği temel yeterlilikleri, hasta memnuniyeti, birincil sağlık bakımı, nitel araştırma.

Summary

Objective: The aim of the study is to determine patients' expectations from primary health care services and their family doctors; and the congruency of these expectations with the core competencies of family physicians.

Methods: A qualitative research is designed in grounded theory model. Typical case sampling is used for selecting participants. Data is collected by focus groups. NVivo 8 software is used for content analysis based on grounded theory method.

Results: Good doctor patient relationship, comprehensive and continuous care, easy access to the physician regardless from the symptom or disease, empathy and guidance for medical decisions are the basic expectations of patients from their family physicians. They also expect their physicians to have relevant and sufficient medical knowledge and to provide them whenever it is necessary.

Conclusions: The expectations of participants were matching up with the core competencies of family medicine.

Key words: Core competencies of family medicine, patient satisfaction, primary care, qualitative research.

Aile Hekimliği'nin tanımı, bir tıp disiplini olarak ortaya çıktığı 1900'lü yılların başından itibaren Leuwenhorst,^[1] Gay,^[2] Dünya Sağlık Örgütü^[3] ve Olesen^[4] tarafından geliştirilerek 2002 yılında WONCA tarafından en üst noktasına ulaştırılmıştır.^[5]

WONCA'nın tanımına göre; Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasını oluşturarak, yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Bu bağlamda bütüncül, kapsamlı ve koordineli

bir bakım sağlayarak özgün görüşme süreci ve problem çözme becerileri ile bireye, ailesine ve topluma yönelik bir yaklaşım geliştirir.^[5] Bu disiplinin ilkelerine göre yetiştirilen uzmanların sahip olmaları beklenen altı temel yeterlilik tanımlanmıştır. Bunlar kısaca; birincil bakım yönetimi, kişi merkezli bakım, özgün problem çözme becerileri, kapsamlı bakım, toplum temellilik ve bütüncül yaklaşım olarak özetlenebilir (Tablo 1).

Günümüz yaklaşımlarında, insanı merkeze alan bir sağlık bakımı benimsenmesi nedeniyle, toplumun ve has-

¹⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmir

²⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Öğretim Görevlisi, Dr., İzmir

³⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İzmir

⁴⁾ Dokuz Eylül Üniversitesi Fen Fakültesi Bilgisayar Bilimleri Bölümü, Yard. Doç. Dr., İzmir

Tablo 1. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri

<p>1. Birinci basamak yönetimi</p> <ul style="list-style-type: none"> Hastalarla ilk teması yönetmek ve bütün sorunları ile ilgilenmek Tüm sağlık durumlarını kapsamak Birinci basamakta çalışan diğer sağlık çalışanları ve diğer dal uzmanlarının verdiği hizmetin eşgüdümünü sağlamak Hizmetin temini ve sağlık kaynaklarının kullanımının etkin ve uygun bir şekilde yapılmasını sağlamak Hastanın sağlık sistemi içinde gereksinim duyduğu hizmetlere ulaşımını sağlamak Hastanın savunuculuğunu yapmak <p>2. Birey merkezli bakım</p> <ul style="list-style-type: none"> Hasta ve sorunları ile hastanın koşulları bağlamında ilgilenen birey merkezli bir yaklaşım benimsemek Görüşme sürecini hasta ile etkin bir ilişki geliştirecek ve sürdürülecek ve hastanın otonomisine saygı gösterecek şekilde gerçekleştirmek İletişim kurmak, öncelikleri belirlemek ve ortaklaşa hareket etmek Hastanın gereksinimleri doğrultusunda bakımın sürekliliğini sağlayarak sürekli ve eşgüdümlü bir bakım yönetimi yapmak <p>3. Özgün sorun çözme becerileri</p> <ul style="list-style-type: none"> Özgün karar verme süreçlerini hastalıkların toplumdaki prevalans ve insidansları ilişkilendirmek Öykü, fizik bakı ve tetkikler aracılığı ile amaca yönelik bilgi toplayıp yorumlayarak bu bilgi ile hasta ile işbirliği içinde yapılan bir yönetim planı oluşturmak Uygun çalışma prensipleri benimsemek (örn. Tetkikleri aşamalı olarak yapmak, zamanı bir araç olarak kullanmak ve belirsizliği yönetebilmek) Gerekli olduğunda acilen müdahale etmek Erken ve ayrılmamış bir şekilde kendini gösteren durumları yönetmek Tanı ve tedaviye yönelik girişimleri etkin ve yeterli bir şekilde yapmak <p>4. Kapsamlı yaklaşım</p> <ul style="list-style-type: none"> Birden fazla hastalık ve yakınmayı eş zamanlı olarak yönetmek ve bireyin hem akut hem de kronik sağlık sorunları ile ilgilenmek Sağlığı koruma ve geliştirme stratejilerini uygun bir şekilde uygulayarak genel sağlık durumunun iyileşmesini sağlamak Sağlığı geliştirme, koruma, tedavi, bakım, palyasyon ve esenlendirme etkinliklerini yürütmek ve eşgüdümünü sağlamak <p>5. Toplum yönelimi</p> <ul style="list-style-type: none"> Bireylerin sağlık gereksinimleri ile toplumun sağlık gereksinimleri arasındaki dengeyi eldeki kaynakları kullanarak gözetmek <p>6. Bütüncül yaklaşım</p> <ul style="list-style-type: none"> Kültürel ve varoluşsal boyutların dikkate alındığı biyopsikososyal bir model kullanmak

ların sağlık hizmetlerinden beklentileri önemsenerek dikkate alınmaktadır. Bu durum sadece hizmetin organizasyonunda değil, sağlık çalışanlarının nitelikleri ve yeterliliklerinin tanımlanmasında da etkili olmaktadır.

Bu niteliksel çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda hasta beklentilerinin neler olduğu, bu beklentilerin aile hekiminin özellikleri ve tanımlanmış temel yeterlilikleri ile ne kadar örtüştüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma halkın aile hekimi seçme kriterleri için “analitik hiyerarşi süreci” yönteminin sınanması ile ilgili projenin ilk aşamasında gerçekleştirilmiştir. Hastaların hekim seçme kriterlerini anlamak üzere niteliksel bir çalışma planlanarak hastaların “aile hekimlerinden neler beklendikleri” araştırılmıştır. Bu amaçla gerçekleştirilen teori üretme çalışmasında üç ayrı aile sağlığı merkezinde (ASM) 30 hasta ile odak grup görüşmeleri yapılmıştır. Katılımcıların belirlenmesinde ilgili ASM’lerde çalışan hekimlerden destek alınarak tipik olgu örnekleme (*typical case sampling*) yöntemi uygulanmıştır. Bu örnekleme yönteminin seçilmesindeki amaç araştırmanın uç durumlardan çok tipik olan durumları anlamaya odaklanmış olmasıdır. Bu amaçla hekimlerden kendilerine kayıtlı hastalar arasından sorunları, sağlık merkezine başvuru nedenleri ve sıklıkları, sağlık personeli ile ilişkileri açısından her gün karşılaştıkları türde, ek olarak konuşmaya ve anlatmaya istekli olabilecek hastaları önermeleri istenmiştir. Bu hastalardan görüşmeyi kabul edenlerle araştırma gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde araştırmacılardan birisi toplantıyı yönetirken birisi gözlem yapmış bir araştırmacı da görsel kayıt ve ses kaydı yapmıştır. Açık uçlu görüşme sorusundan sonra konuşmacılar serbest bırakılmış, konudan uzaklaşmalar olduğunda yönetici tarafından konuya odaklanmaya yönlendirilmişlerdir. Yeni verilere ulaşılmadığının gözlenmesi üzerine görüşmelere son verilmiştir. Kayıt altına alınan görüşmeler çözümlendikten sonra içerik analizi iki ayrı araştırmacı tarafından yine teori geliştirme yöntemine göre gerçekleştirilmiş ve karşılaştırılarak uzlaşma sağlanmıştır. Analizlerde NVivo8 bilgisayar programı kullanılmıştır. Araştırmanın etik kurul onayları Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan alınmıştır.

Bulgular

Hastalar birinci basamakta aldıkları ve almak istedikleri hizmetin tarzı, kapsamı ve içeriğine ilişkin birçok özellik saymışlardır. Hekimin yaşı ve cinsiyetinden çok bilgisi, iyi bir gözlemci olması ve derdini çabuk anlaması ön plana çıkmıştır.

İletişim

Hastalar kendilerine saygı gösterilmesini, güler yüze davranılmasını istemektedirler. Bir erişkin olarak fark edilmeyi, kendilerine değer verilmesini beklemektedirler. Bu tür davranışların kendilerini rahat hissetmelerine neden olduğunu, böylece dertlerini daha iyi anlatabildiklerini, hekimin söylediklerini de daha kolay anlayabildiklerini belirtmektedirler.

“Ben mesela ilk girdiğim zaman ki topluma önce günaydın deyip karşılığımı aldığı zaman daha bir rahat hissediyorum ve ben daha bir rahat hissettiğimi karşı taraftan elektrik geldi mi artı olarak yansıtıyorum.”

Hekimlerin kendilerini dinlemelerini, hastalıkları hakkında sorular sormalarını, kendileri ve sorunları ile ilgilendiklerini göstermelerini istemektedirler.

“...Her gittiğimizde hastalığımızla ilgilenmesi ya da üzzerimde durması, ilgilenmesi biraz da bizi hoşnut ediyor. Mesela nasıl oldun? Nasıl gitti ilaçların? Falan. gayet memnunuz...”

“T. Hanıma (Aile Hekimi) gittiğimde bunu gördüm. İşte Doktor Hanım şuram ağrıyor, buram ağrıyor. O da hiçbir şey demeden dinliyor. Dinlediğinin de farkındayım. Hiç dinlermiş gibi yapmıyor.”

Hekimlerin sorular sorarak ilgilenmeleri aynı zamanda tereddüt ettikleri konuları, kaygılarını paylaşabilme cesareti bulmalarına yardımcı olmaktadır. Hastalar, sorunlarını önemseyerek ayrıntılı sorularla anlamaya çalışan, kendi görüşlerini hastalara aktarmakta anlaşılır bir dil kullanan ve gerektiğinde çekinmeden soru sorabilecekleri hekimlere değer vermektedirler. Katılımcılardan birisi daha önce sağlık merkezinden hastaneye çok sık sevk edildiklerinden yakınlıkla var olan aile hekiminin yaklaşımı ile ilgili şunları söylemektedir.

“(daha önceleri sağlık merkezine başvurulduğunda) çocuğu çocuk hastanesine götürürün. Çocuk zatiürre başlangıcı. (Hastanedeki) doktorun verdiği ilacı içti. Sabah çocuk nefes alamıyor. Çocuk güüm güüm atıyor kalbi. Sonra bende gidip niye yaptınız bunu (çocuğuma iyi bakmadınız) diyemedim. Ama şimdi ki doktora... Ben çocuğumu önceden götürmezdim sağlık ocağına şimdi götürüyorum. Kadın (doktor) soruyor Doktor Hanım: ‘Anlat bakalım neyi var?’ Kulaklarma, arkasına varana kadar anlattırıyor. Neyin nasıl olduğunu ve nasıl yaptığını anlatıyor”

“Bir de gidip anlayacağımız dilde anlatması çok önemli.”

Hekimlerin kendi durumlarına empati yapmaları önemli bir beklenti olarak öne çıkmaktadır. Hastalar zaten hasta olmaktan dolayı mağdur olduklarını ve bu durumlarını göz önüne almayan davranışların çatışmaya yol açtığını belirtmektedirler. Hastayı ikna amacı ile de olsa hekimlerin olumsuz yaklaşımları hastaların tepkisine neden olmaktadır.

“Zaten senin de hastalığım var üzüntülerin var doktorlardan da stresleri var. Tek taraflı değildir bu çift taraflıdır ama ben zaten aksiyim karşı taraf da aksi olursa cereyanlar çarptırır kavrulur. Bu sefer ne olur: ben doktoru beğenmem.”

“...Babamı götürdüğüm kalp doktoru şu ilaçları içeceksin yoksana bir an önce gidersin öteki tarafa dedi. Kalp büyümesi varmış. Babamın morali bozuldu. 68-69 yaşında adam. İnsan böyle mi der? Ölmeden mezara soku babamı. (Babam) ben o doktora bir daha hayatta gitmem dedi. İlacını da içmedi. Hiçbir şey de kullanmadı.”

Bakımın Niteliği

Aile hekimlerinin verdiği bakımın belli bir hastalık ya da yakınma ile sınırlı olmaması, hekimin hastalıklarını izlemesi, ortaya çıkan sorunları zamanında fark etmesi istenirken hastalarını belli aralıklarla sağlık kontrolü için çağırması da beklenmektedir. Pek çok hasta uzun süredir devam eden ve hala var olan sorunları için yardım istemekten birden fazla yakınma için aynı anda başvurabilmektedir.

“...İlk gittiğimde rahatsızlığım bağırsaklarımdandı. Anlattım durumu, bana ilaçları verdi. Bu arada tansiyonumun yüksekliği dedim, ona bir ilaç verdi. Kolesterolüme bakalım dedim, kolesterolüme ilgilendi. Hatta kolesterolüm çok yüksek çıkınca, bu kolesterolle gezilmez ilaç vereceğim’ dedi.”

“Şöyle senede bir ailecek check-up yapsalar iyi olur. Hadi bakalım sizin zamanınız geldi. Artık işte ben üç kişilik aileyim diyelim. Sizin zamanınız geldi işte, şurada anlaşmalı yer var, orada bütiin tablilleri falan yapıp, doktorun denetiminde, kontrolü altında olsun”.

Aynı hekim tarafından sürekli bakım veriliyor olması hastaların yakından izlenmesini sağladığı kadar oluşan güven ailenin diğer üyelerinin de başvurmasına yol açmaktadır. Hastalar aile fertlerinin sorunlarında aynı hekime başvurmanın avantajlarından söz etmektedirler. Kronik hastalığı olanların bakımları daha kolay yapılmakta, reçeteleri yakınları aracılığı ile iletilebilmekte, hastaların tedavilerinde gerekli değişiklikler daha hızlı ve uygun olarak yapılabilmektedir.

“Sonra ben eve gidip anlatınca ‘sıra beklemek yok, doktorumuz çok iyi, çok güzel ilgileniyor’ diye anlatınca eşimde geldi benimle. O da çok memnun kaldı. Sonra ben geldiğim zaman eşimi bana sordu. Aileyi tanıma oldu. hem doktor açısından hem bizim açımızdan çok iyi oldu.”

“Ama burada hekim beni tanırsa beni daha iyi yönlendirir. ...Şimdi beni 10 dakika ya da 1 saat gören bir doktor neyimi anlayacak?”

Hasta Hekim İlişkisi

Hastalar hekimleri ile ilişkilerinin resmiyetten uzak ve samimi olmasını tercih etmektedirler. Hekimlerinin kendilerini her bir görüşmeden sonra daha iyi tanıyacağını bu nedenle hekimlerinden herhangi bir nedenle ayrılmalarının sonuçlarının olumsuz olacağını belirtmektedirler. Hastalar ancak zaman içerisinde hekime güvenebilmekte ve gerçek duygu ve düşüncelerini açabilmekte-dirler.

“Hayatımdasın devamlı bakıyor bazıları ne oldu hayatım, neyin var böyle...”

“Aileden biriymiş gibi doktor hanımımız. Aileden bir bireymiş gibi.”

“Ki doktor beni tanıdıkça ve ben de doktoru tanıdıkça ve benim bayal kırıklıklarımın sebebini öğrendikçe bana karşı yaklaşımı hoşuma gidiyor.”

“Ona güvenmişim bütün icabında aile sırlarımı bilir doktorum olduğu için”

Sağlık bakımı ilişkisinin diğer hizmetlerden farklı olduğunu düşünmekte olup sağlık hizmeti verenlerin hastalarının yaşam tarzlarını, alışkanlıklarını ve gereksinimlerini dikkate almaları gerektiğini belirtmektedirler.

“Ramazan’ın 15’inde telefon açtılar safra kesesinden ameliyat olacaksın hastanenin yaptığı olaya bakın. Ben niyetliyim gelemem dedim akşamına da misafir alacağım”

“Benim ilaçlar için sigortam falan hiçbir şeyim yok. Şeker bastasıym gidiyorum muayene oluyorum. Allah razı olsun A. Hanım sağ olsun bana uygun ilaçları seçip bana temin ediyor.”

Farklı hekimlerin önerilerini aile hekimleri ile tartışmayı ve ona göre karar vermeyi tercih etmektedirler.

“(Kardiolog) şimdi bana bir sintigrafi öneriyor. Ben tek başıma kalsaydım bu bir siirü aşamaları seçmezdim. Şimdi sintigrafiyi yaptırayım mı yaptırmayayım mı son bir kez T. Hanım ile konuşacağım. Çok gerekliyse yaptıracığım, gerek değilse yaptırmayacağım.”

Hizmetin Sunumu

Hastalar önce aile hekimleri tarafından değerlendirilmek daha sonra gereksinimleri doğrultusunda sağlık sisteminin diğer kaynaklarından yine aile hekimlerinin yönetiminde faydalanmak istemektedirler.

“Yani, benim beklentimde bu. Yani ben (aile hekimi) buraya kadar bunları yapabildim, sizinde şunları yapmanız gerek, bundan sonrada şu doktora gitmeniz gerek diye, bizi yönlendirmesi iyi olur.”

Aile hekimlerine ulaşmakta kolaylık önemli bir memnuniyet faktörüdür. Hekimlerin olumlu davranışları bu ulaşımı kolaylaştırırken aşırı kalabalık ve sıra bekleme ulaşımı engelleyen en önemli faktör olarak sayılmıştır.

“...Hem sıra bekleme olayı yok hem gideceğiniz adres belli ve doğru. Şimdi başka bir yere gitmeyi düşünmüyorum. Ben devlet hastanesini filan hiç bilmiyorum. Çünkü devlet hastanesi devamlı kalabalık, devamlı değişik doktorlar olduğu için. Bilmiyorum ben mi çok seçiciyim, ben doğru doktoru bulduğumu inanıyorum ve çok yakımda olduğunu biliyorum.”

Aile hekimlerinin bilgi ve becerilerinin yeterliliği yanı sıra tanı ve tedavi olanaklarının durumu, geri ödeme kurumlarının ve sağlık otoritelerinin getirdiği düzenlemeler aile hekimlerinin sunduğu hizmetlerin kapsamını ve sürekliliğini belirlemektedir.

“Yani o da bir faydasıdır ki sigortam yok sağlık karnem yok hiçbir şeyim yok sadece Allah’a sigortalıyım diyorum normal hayatımda da yani açık konuşmak gerekirse şu an şeker

hapları kullanıyorum. Şeker haplarının da binlikleri çok pahalı 60-70 milyon. Alamam 378 yani 500 milyon aylıkla geçiniyorum o parayı ona nasıl ayıracağım”

“(Eczanede ilaçları) Bilgisayardan çıkarıyorlar, ödemeyin diyorlar. Neymiş pahalıymış. Peki ben nereye gideyim? Hastaneye de gitsem devlet hastanesinde gitsem aynı ilacı yazacak.”

Tartışma

Birinci basamakta her yaş ve cinsten hastalar herhangi bir yakınma, belirti, hastalık, ayırımı yapmaksızın başvurabilmektedirler. Bu durum aile hekimlerinin oldukça geniş ve kapsamlı bir klinik bilgi yelpazesine gereksinim duymalarına neden olmaktadır. Tıbbi bakım aramadaki en önemli neden fiziksel şikayetler konusundaki kişilerin deneyimleridir. Ancak, fiziksel yakınması olanların çok az bir kısmı iki hafta içinde doktoruna başvurmaktadır.^[6,7] Bu durum da hastaların yardım arama davranışında, sadece fiziksel bulguların yeterli olmadığını göstermektedir. Öte yandan bir çok hastada, tıbbi olarak açıklanamayan belirtiler olarak adlandırılan, herhangi bir kanıtlanabilir patolojisi olmayan ve geleneksel olarak tanım yapılamayan hastalıkların bedensel belirtileri ortaya çıkar. Birinci basamakta bu tür yakınmaları olan hastalar ile çok sık karşılaşılır (birinci basamak hasta başvurularının %10’unu oluşturur)^[8-10] ve bu tür bulguları olan hastalar da en sık bu basamakta sağlık bakımı alır (yaklaşık %96’sı).^[11] Bu koşulları anlamadaki ve tedavideki başarı-sızlıklar, hastalar için ciddi sonuçlara neden olabilir.

Bu bilgiler hastaların hekime başvurduklarındaki talep ve beklentilerine tanı ve tedaviden daha fazla bir anlam yüklediklerini göstermektedir. WONCA, bu gerçekten yola çıkarak aile hekimlerinin temel yeterliliklerini belirleyerek bunları altı kategoride toplamıştır.^[5] Araştırmamızın sonuçları irdelendiğinde hastaların taleplerinin bu yeterlilikler ile büyük ölçüde örtüştüğü gözlenmiştir.

Aile hekimleri ile kurdukları hasta hekim ilişkisinin ve iletişimin çalışmamıza katılan hastalar için önemli ölçütlerden biri olduğu görülmektedir. Katılımcılar hekimlerinden kendilerine iyi davranmalarını ve onları dikkate almalarını beklemekte; bunu güvene dayalı bir ilişki kurulabilmesi için temel şart olarak görmektedirler. Hasta hekim ilişkisi ve iletişimi sağlık çıktıları ile ilişkilidir. Bireyselleştirilmiş iletişim hastaların verilen bilgileri daha kolay anımsanmasını sağlamakta, ilaç ve tedavi uyumunu arttırmakta, hastanın gereksinimlerinin karşılanmasına ve sonucunda ilişkinin sürekliliğine katkıda bulunmaktadır.^[12] Sağlık çalışanları da iletişimin hastalık yönetimindeki önemini vurgulamaktadırlar.^[13] Hekimin empatisi hastanın o görüşmeden aldığı verimi olumlu yönde etkilemektedir.^[14]

EURACT, aile hekimliği çekirdek yeterliliklerini tanımladığı Eğitim Ajandası’nda hasta hekim ilişkisi ve iletişimin vazgeçilmezliğine pek çok yerde vurgu yapmıştır.

Ajanda'ya göre bir aile hekiminin birinci basamak yönetiminde yeterli olabilmesinin koşullarından biri hasta ve ailesine etkin bir danışmanlık, eğitim ve tedavi hizmeti sunabilecek iletişim becerilerine sahip olmasıdır. Aynı kapsamda hastanın savunuculuğunu yapabilmek için hasta ile onun tüm süreçlere katılımını sağlayacak tarzda bir ilişki ve iletişim kurmalı ve bunu sürdürmelidir.^[15] Bizim çalışmamızdaki katılımcılar da aile hekimlerinin kendilerine sağlık sistemi içinde etkin bir rehberlik ve danışmanlık hizmeti sunmalarını beklemektedirler.

Aksine bazı çalışmalar olmakla birlikte bir çok çalışmada süreklilik önemli bir beklenti olarak ortaya çıkmış, hastalar aile hekiminin sunduğu sürekli hizmetin kendilerini güvende hissetmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir.^[16,17] İsrail'de yapılan bir çalışma aile hekimleri ile sürekli bir ilişkisi olan hastaların sevk zincirinde anahtar rolü aile hekimlerinin üstlenmesi gerektiğini düşündüklerini ortaya koymuştur.^[18] Aile hekiminin sürekli hizmet sunması bizim çalışmamızda da önemli bir tema olarak ortaya çıkmıştır. EURACT'in tanımladığı ikinci temel yeterlilik olan hasta merkezli bakım sunma hem hasta hekim ilişkisi ve iletişime aynı şekilde vurgu yapmakta hem de sürekli bakımın önemine dikkat çekmektedir.^[15]

Hasta merkezli bakımın sağlık çıktıları üzerindeki olumlu etkisini gösteren pek çok çalışmaya ek olarak Lewin ve arkadaşlarının yaptığı bir sistematik derlemede de bu katkı açık bir şekilde ortaya konmaktadır.^[19] Hastalar yaşam tarzlarının, alışkanlıklarının ve koşullarının dikkate alınmasını talep ederlerken bir anlamda yine temel yeterlilikler arasında sayılan bütüncül bakım sunma ve hasta merkezli bakıma^[15] atıfta bulunmaktadır. Hastaların tedavi planı ile ilgili görüşlerinin alınması ise bir aile hekiminin sahip olması gereken özgün sorun çözme becerisinin temel taşlarından biridir. Nitekim bizim çalışmamızda da hastalar tedavi planlarının kendileri dışında şekillendirilmesini bir çok ifadelerinde eleştirmişlerdir. Katılımcıların aile hekimlerinin tüm sağlık sorunları ile ilgilenmesi ve sağlığı koruyucu hizmet vermesi yönündeki beklentileri tanımlanan temel yeterliliklerden birisi olan kapsamlı yaklaşımda karşılık bulmaktadır.

Hastanın beklentilerinin karşılanmamasının hasta doyumsuzluğuna, tedavi uyumsuzluğuna ve tıbbi kaynakların kötü kullanımına yol açtığı bilinmektedir. Bu alanda yapılan bir çalışma hekimlerin bu beklentileri fark etmekte ve dikkate almakta son derece yetersiz olduklarını göstermiştir.^[20] Bu bulgu uzmanlık eğitiminde hekimlere bu konuda duyarlılık kazandırılmasının önemine işaret etmektedir.

Çekirdek yeterliklerden biri olan toplum yönelimi bizim çalışmamıza katılan hastalar tarafından vurgulanmıştır. Bu durumun toplum yöneliminin, hasta perspektifinden çok disipline ait bir yönelim olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Hastalar aradan belli bir süre geçmiş olmasına rağmen yeni sisteme ait bazı belirsizlikler yaşamaktadırlar. Katılımcılar birinci basamak hizmetlerinden beklentilerini ifade ederken genel olarak sağlık sistemleri ile ilgili düşünce, eleştiri ve beklentilerini de ifade etmeye çalışmışlardır. Yeni uygulama ile ilgili bilgi eksiklikleri ve eski ve yeni uygulamaları birbirine karıştırmaları ifadelerini daha da karmaşık hale getirmiştir. Bazı durumlarda hastalar aile hekimlerinden beklentilerini bağımsız olarak değil, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri veya SGK gibi üçüncül kuruluşlar ile ilişkileri çerçevesinde ortaya koymuşlardır. Bu bazı beklentilerini aile hekimliği tanımı içerisinde değerlendirmeyi zorlaştırmakla kalmayıp bazı beklentilerinin ifade edilmesini engellemiş olabilir. Öte yandan tüm konuşmalar hangi sisteme ilişkin olursa olsun yaşanmış deneyimlere dayanan beklentiler, gereksinimler, memnuniyetler, hoşnutsuzluk ve sorunları çevresinde geliştiği için araştırma sonuçları bu yönde sistemlerden bağımsız olarak oldukça gerçekçi bir perspektife sahiptir. Hastaların aile hekimlerine belli bir süre devam ettikten sonra çalışmanın yapılması beklentilerinin netleşmesi için zaman sağlamıştır.

Sonuç

Araştırmaya katılanların yaşadıkları, beklentileri ve önerileri ile tanımladıkları aile hekiminin özellikleri aile hekimliği disiplininin kendi adına yaptığı tanım ile birebir örtüşmektedir. Bu çalışma hastaların nasıl bir hekim ve bakım beklediklerinin yanı sıra aile hekimliği eğitiminde varılması hedeflenen çekirdek yeterliliklerin de geçerliliğini/gerçekçiliğini ortaya koymaktadır.

Kaynaklar

1. Leeuwenhorst Working Party. The General Practitioner in Europe. In: Second European Conference on the Teaching of General Practice. Leeuwenhorst, Netherlands; 1974. p. 1-8.
2. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. The European definitions of the key features of the discipline of family practice: the role of the GP and core competencies. *Br J Gen Pract* 2002;52:526-7.
3. WHO Regional Office for Europe. Framework for professional and administrative development of general practice/familymedicine in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1998. p. 5-8.
4. Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice—time for a new definition. *BMJ* 2000;320:354-7.
5. EURACT. The European Definition of General Practice/Family Medicine. Short Version. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. p. 6.
6. Kellner R, Sheffield BF. The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *Am J Psychiatry* 1973;130:102-5.
7. Pennebaker JW, Burnam MA, Schaeffer MA, ve ark. Lack of control as a determinant of perceived physical symptoms. *J Pers Soc Psychol* 1977;35: 167-74.
8. Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust N Z J Psychiatry* 2005;39: 772-81.

9. De Waal MW, Arnold IA, Eekhof JA, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice: prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004;184:470-6.
10. Toft T, Fink P, Oernboel Eve, Christensen K, Frosthalm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35:1175-84.
11. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and treatment of functional disorders in general practice: the extended reattribution and management model-an advanced educational program for nonpsychiatric doctors. *Psychosomatics* 2002;43:93-131
12. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. Could this be something serious? Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med* 2007;22:1731-9.
13. Wallace J, McNally S, Richmond J, Hajarizadeh B, Pitts M. Challenges to the effective delivery of health care to people with chronic hepatitis B in Australia. *Sex Health* 2012;9:131-7.
14. Mercer SW, Jani BD, Maxwell M, Wong SY, Watt GC. Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland. *BMC Fam Pract* 2012;8:13-6.
15. Heyrman J, editor. The EURACT Educational Agenda of General Practice/Family Medicine. Leuven: European Academy of Teachers in General Practice, EURACT; 2005. Chapter 1, p. 12-5.
16. Adler R, Vasiliadis A, Bickell N. The relationship between continuity and patient satisfaction: a systematic review. *Fam Pract* 2010;27:171-8.
17. Von Bültzingslöwen I, Eliasson G, Sarvimäki A, Hjorthdal P. Patients' views on interpersonal continuity in primary care: a sense of security based on four core foundations. *Fam Pract* 2006;23:210-9.
18. Gross R, Tabenkin H, Brammli-Greenberg S. Who needs a gatekeeper? Patients' views on the role of the family physician. *Fam Pract* 2000;17:222-9.
19. Lewin SA, Skea ZC, Entwistle V, Zwarenstein M, Dick J. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(4):CD003267.
20. Perron NJ, Secretan F, Vannotti M, Pecoud A, Favrat B. Patient expectations at a multicultural out-patient clinic in Switzerland. *Fam Pract* 2003;20:428-33.

Geliş tarihi: 07.06.2012

Kabul tarihi: 18.09.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Tolga Günvar

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı,

İnciraltı 35340 İzmir

Tel: 0232 412 49 51

e-posta: tolga.gunvar@gmail.com

Uzman olmayan hekimlerin sürekli mesleki gelişim ve öğrenme gereksinimleri: Kesitsel bir çalışma

Continuous professional development and learning needs of physicians without vocational training: a cross-sectional study

Kenan Topal¹, Esra Saatçı², Ramazan Baştürk³, Neşe Çallı Demirkan⁴

Özet

Amaç: Sürekli mesleki gelişim (SMG), mezuniyet öncesi ve sonrası eğitimi tamamlayan sürekli bir öğrenme sürecidir. Bu çalışmanın amacı, farklı ortamlarda çalışan uzman olmayan hekimlerin öğrenme gereksinimleriyle tercih ettikleri SMG etkinlikleri ve eğitim yöntemlerini belirlemek ve gelecekte düzenlenecek SMG etkinlikleri için sonuçlar çıkarmaktır.

Yöntem: Denizli’de farklı ortamlarda çalışan uzman olmayan 473 hekim çalışmanın evrenini oluşturdu ve tamamı çalışmaya alındı. Beşli Likert tipi puanlaması olan ve öğrenme ihtiyaçları ile ilgili açık uçlu sorular içeren 22 maddelik bir anket formu Ocak-Mayıs 2009 tarihleri arasında katılımcılara gönderildi. Ankette yer alan maddelerin güvenilirlik katsayısı yüksek bulundu (Cronbach Alfa=0.83).

Bulgular: Anketin yanıtlanma oranı %54.3 idi (s=257). Hekimlerin %79.8’i (s=205) bir günde ortalama 30’dan fazla hasta gördüklerini ve %77.4’ü (s=199) bir poliklinik gününde 5-15 arası klinik soru ile karşılaştıklarını bildirdiler. En sık tercih edilen bilgi kaynakları tıbbi kitaplar ve dergilerdi; bunları internet takip etti. En sık tercih edilen SMG yöntemleri ise tıbbi beceri kursları ve küçük grup çalışmalarıydı.

Sonuç: Uzman olmayan birinci basamak ve acil servis hekimleri, geleneksel eğitim yöntemlerini değil öğrenen merkezli, kendi kendine öğrenmeye ve karşılıklı etkileşime dayalı etkinlikleri tercih etmektedirler. Bu durumun gelecekte düzenlenecek olan SMG programlarında dikkate alınması sağlık hizmetlerinin kalitesinde iyileşme sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Uzmanlık eğitimi, hekimler, sürekli mesleki eğitim, öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesi.

Summary

Objective: Continuing professional development (CPD) is a continuing learning process that complements formal undergraduate education and postgraduate training. The aim of this study was to define learning needs, and preferred CPD activities and educational methods of non-vocationally trained physicians working in different settings and to draw conclusions for future CPD activities.

Methods: All physicians without vocational training working in Denizli were enrolled (s=473). A self-completed 22-item questionnaire with five-point Likert-type scale was sent to the participants from January 2009 to May 2009. The learning needs of the participants were asked in open-ended questions. The reliability coefficient of items in the questionnaire was high (Cronbach’s Alpha= 0.83).

Results: The response rate was 54.3% (n=257). Of 257 physicians, 79.8% (n=205) reported that they saw 30 and more patients per day and 77.4% (s=199) reported that they encountered with 5-15 clinical questions per day. The most common preferred sources of information were medical textbooks and journals, followed by internet. The most common preferred methods of CPD were medical skills courses and workshops.

Conclusions: Primary care and emergency care physicians without vocational training do not seem to prefer traditional educational methods but rather they prefer learner-centered, self-directed and interactive CPD activities. Taking this situation into consideration while planning the future CPD programs may improve the quality of health care provision.

Key words: Vocational education, physicians, continuous medical education, educational needs assessment.

Tıp eğitimi mezuniyet öncesi (temel tıp eğitimi), mezuniyet sonrası (uzmanlık eğitimi) ve sürekli tıp eğitimi (STE) olarak birbirini tamamlayan üç ana başlık altında toplanır. STE hekimlerin normal eğitim sü-

relerini tamamladıktan sonra katıldığı tüm eğitim etkinliklerini tanımlar.^[1] Günümüzde özellikle yetişkin öğrenme prensiplerinin ön plana çıkmasıyla STE kavramı, sürekli mesleki gelişim (SMG) kavramı ile yer değiştirmeye baş-

¹⁾ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dr., Denizli

²⁾ Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Dr., Adana

³⁾ Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Bölümü, Doç. Dr. Denizli

⁴⁾ Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı, Dr., Denizli

lamıştır.^[2] STE ile arasında keskin bir çizgi olmayan ancak daha geniş bir kapsama sahip SMG, ‘mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve uygulamayı tamamlayan sürekli bir öğrenme süreci’ olarak tanımlanmaktadır.^[3] SMG’nin temel amacı, yüksek kalitede sağlık hizmeti verilebilmesi için gereksinim duyulan bilgi, beceri ve tutumların güncellenmesi ve geliştirilmesidir.^[4]

Türkiye’de STE ve SMG faaliyetlerinin 1994 yılından beri yılda ortalama 6000-8000 saat yapıldığı bildirilmiştir. Bunların %40-50’si uzmanlık dernekleri, %30-40’ı tıp fakülteleri ve %15-20’si Türk Tabipleri Birliği ve yerel tabip odaları tarafından gerçekleştirilmektedir.^[5] Bununla birlikte geleneksel STE etkinliklerinin hekimlerde davranış değişikliğine yol açmadığı ya da sağlık hizmetlerinde iyileşme sağlamadığı ileri sürülmektedir.^[6] Ülkemizde yapılan çalışmalarda hekimlerin STE etkinliklerine katılımının düşük olduğu saptanmıştır.^[7] Bu durumda sağlık hizmetlerinin sunumunda ve klinik karar verme süreçlerinde gerçekçi yaklaşımlar geliştirmek için öğreticinin merkezde olduğu didaktik tarzda geleneksel eğitimler yerine öğrenen merkezli ve kendi kendine öğrenmeyi teşvik eden, etkileşimli, yenilikçi eğitim yöntemlerini uygulamak önem kazanmaktadır.^[8,9]

Ülkemiz sağlık sisteminde son yıllarda önemli değişiklikler yaşanmaktadır. Sağlık sisteminin birinci basamağı yeniden yapılmış ve 2010 yılı sonunda aile hekimliği uygulamasına geçiş tüm ülkede tamamlanmıştır. Böylece kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ve iyileştirici klinik hizmetler aile sağlığı merkezlerinde, çevreye yönelik koruyucu sağlık ve halk sağlığı hizmetleri ise toplum sağlığı merkezlerinde verilmeye başlamıştır. Daha önce sağlık ocaklarında ve diğer birinci basamak (BB) sağlık kuruluşlarında çalışan pratisyen hekimler bu yeni yapılanma içinde görevlendirilmiş ve aile hekimi olarak yeni görev tanımları yapılmıştır. Öte yandan herhangi bir uzmanlık eğitimi almamış pratisyen hekimlerin bir kısmı kamu ve özel hastanelerin acil servislerinde çalışmaya devam etmektedir.

Yeni görev tanımları uzman olmayan aile hekimlerinde yeni öğrenme gereksinimleri yaratmıştır. Ülkemizde giderek gelişen acil servis hizmetleri de, buralarda çalışan uzman olmayan hekimlerin eğitimlerinin önemini artırmaktadır. Bu hekimlerin sürekli eğitimi öncelikle öğrenme gereksinimlerinin belirlenmesini gerektirmektedir.^[10] Birinci basamakta çalışan hekimlerin eğitim gereksinimlerinin saptanması ile ilgili birçok çalışma bulunmakla birlikte ülkemizdeki yeni gelişmelerden sonra yapılan çalışmalar sınırlıdır.

Bu çalışmanın amacı, Denizli’de farklı ortamlarda çalışan uzman olmayan hekimlerin öğrenme gereksinimleriyle

tercih ettikleri STE/SMG etkinlikleri ve eğitim yöntemlerini belirlemek ve gelecekte düzenlenecek SMG etkinlikleri için sonuçlar çıkarmaktır.

Gereç ve Yöntem

Örneklem

Çalışmanın evrenini Denizli il merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan pratisyen aile hekimleri ile Toplum Sağlığı Merkezlerinde (TSM) ve hastane acil servislerinde çalışan pratisyen hekimler oluşturdu. Bu birimlerde çalışan tüm uzman olmayan hekimler çalışmaya alındı; örneklem büyüklüğü 473’tür. Araştırmanın amacına yönelik olarak hazırlanan bir anket formu Ocak-Mayıs 2009 tarihleri arasında katılımcılara gönderildi. Toplam 257 hekim anket formunu doldurarak geri gönderdi. Yanıt verme oranı %54.3’tür.

Anket

Ankette katılımcıların demografik özelliklerine, günlük klinik uygulamalarla ilgili ayrıntılara, SMG ile ilgili eğilimlere ve öğrenme ihtiyaçlarına yönelik sorular vardı. Katılımcıların kendileri tarafından ortalama 10 dakika içinde doldurulan anket dört ana başlık altında 22 madde içermektedir. Bu ana başlıklar: ‘1. Hekimlerin kullandıkları tıbbi bilgi kaynakları (ilaç firmaları tarafından sağlanan doküman ve broşürler, meslektaşlara danışma, internet, tıp kitapları ve dergiler); 2. Hekimlerin STE/SMG etkinlikleri için tercih ettikleri yöntemler (panel, konferans, seminer gibi geleneksel eğitim yöntemleri, tıbbi beceri kursları, küçük grup çalışmaları), 3. En sık katıldıkları STE/SMG etkinliklerini düzenleyen kuruluşlar (meslek kuruluşları, ilaç sanayi, Sağlık Bakanlığı), 4. Hekimlerin SMG için tercih ettikleri yenilikçi özelliklerin önemi. Soruların yanıtlanmasında beşli Likert tipi puanlama kullanıldı. Puanlama ilk üç ana başlık için ‘1. asla kullanmam, 2. hemen hemen hiç kullanmam, 3. bazen kullanırım, 4. hemen hemen her zaman kullanırım, 5. sıklıkla kullanırım’ ve dördüncü ana başlık için ‘1. önemi düşük, 2. biraz önemli, 3. ne önemli ne önemsiz, 4. orta derecede önemli, 5. çok önemli’ olarak düzenlenmişti. Katılımcıların öğrenme ihtiyaçları ile ilgili açık uçlu sorular anketin son kısmında yer aldı.

Çalışma, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylandı. Anketin uygulanması için Denizli İl Sağlık Müdürlüğü ve Denizli Valiliğinden yazılı izin alındı. Anketler katılımcılara Ocak 2009 tarihinde Denizli İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şubesi kanalıyla ulaştırıldı. Anket gönderildikten iki ay sonra hekimlere elektronik posta yoluyla ikinci bir hatırlatma mektubu gönderildi. Mayıs 2009 tarihinde anketle birlikte her bir

katılımcı tarafından imzalanan yazılı gönüllü olur formları da toplandı. Ankette yer alan maddelerin iç tutarlılık katsayıları hesaplandı ve güvenilirliği yüksek bulundu (Cronbach Alfa = 0.83).

İstatistiksel Analizler

İstatistiksel analizler için One-Way Anova, Post Hoc LSD testi, Kruskal-Wallis ve tek örneklemlili t-testi kullanılmış (test değeri 3.41) ve hata kabul oranı 0.05 olarak alınmıştır. Öğrenme gereksinimleri ile ilgili açık uçlu sorular kullanılarak elde edilen cevaplar kodlanarak nominal bir skalaya aktarılmış ve elde edilen verileri özetlemek için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır.

Bulgular

Anketi yanıtlayan 257 hekimin 179'u (%69.6) erkek ve 78'i (%30.4) kadındı. Hekimlerin ortalama yaşı 38.9±6.6 idi (24-69 yaş arası); %21.4'ü (s=55) 24-34 yaş arasında, %64.2'si (s=165) 35-45 yaş arasında ve %14.4'ü (s=37) 45 yaş üzerindedir. Mezuniyetten sonra geçen ortalama süreleri ise 15.2±6.4 yıl (1-39 yıl arası) idi; %20.2'sinin (s=52) 1-10 yıl arası, %64.6'sının (s=166) 11-20 yıl arası ve %15.2'sinin (s=39) 20 yılın üzerindedir. Araştırmaya katılan toplam 257 uzman olmayan hekimin 182'si (%70.8) ASM'lerde (Grup 1), 21'i (% 8.2) TSM'lerde (Grup 2) ve 54'ü (%21.0) devlet hastaneleri ve özel hastanelerin acil servislerinde (Grup 3) çalışmaktaydı.

Hekimlerin %11.3'ü (s=29) çalıştıkları yerde bir günde 5-20 arası, %8.9'u (s=23) 21-30 arası ve %79.8'i (s=205)

30'dan fazla hasta gördüklerini belirttiler. Hekimlerin %77.4'ü (s=199) bir günde 5-15, %10.5'i (s=27) 16-25 arası ve %12.1'i (s=31) 25'ten fazla klinik soru ile karşılaştıklarını bildirdiler.

Tüm gruplar için en çok tercih edilen bilgi kaynakları, SMG yöntemleri ve en sık katılan STE/SMG etkinliklerinin ortalama skorları arasındaki farklılıklar **Tablo 1**'de verilmiştir. Grup 1 ve Grup 3 için en sık tercih edilen bilgi kaynakları 'tıp kitapları ve dergilerdi' (sırasıyla ortalama skor=3.60±1.2 ve 3.67±1.3). Grup 2'nin ise diğer iki gruptan farklı olarak ilk sırada 'interneti' tercih ettiği görüldü (ortalama skor=3.95±1.2) (F=3.197, p=0.043). Grup 1'de yer alan hekimler en sık kullanılan bilgi kaynağı olarak ikinci sırada interneti (ortalama skor=3.34±1.3) tercih ederken Grup 3'de yer alan hekimler Grup 1 ve Grup 2'den farklı olarak ikinci sırada 'meslektaşlara danışmayı' tercih etmekteydi (ortalama skor=3.43±1.2) (F=7.761, p=0.001). Her üç grubun da 'ilaç endüstrisinin temsilcileri tarafından verilen doküman ve broşürler' için düşük puanlar verdiği (toplam ortalama skor=1.91±1.0) ve aralarında anlamlı bir fark olmadığı görüldü (F=1.050, p=0.352).

Her üç grup da en sık olarak Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen STE/SMG etkinliklerine katıldığını belirtmişti, ancak katılım Grup 2'de diğer iki gruba göre daha yüksekti (ortalama skor 4.33±0.9) (F=3.640, p=0.028). Grup 2 ve Grup 3 ikinci sırada Türk Tabipleri Birliği ve yerel Tabip Odaları tarafından düzenlenen STE/SMG etkinliklerine katıldıklarını belirtirken (sırasıyla ortalama skor=3.62±1.2 ve 3.19±1.5) Grup 1 için bu oran daha dü-

Tablo 1. Katılımcıların en sık tercih ettikleri bilgi kaynakları, SMG yöntemleri ve STE/SMG etkinliklerin ortalama skorlarının gruplara göre karşılaştırılması*

Başlıklar	Grup 1 (s=203) Ort±SS†	Grup 2 (s=21) Ort±SS†	Grup 3 (s=54) Ort±SS†	F	p
İlaç firmaları tarafından sağlanan doküman ve broşürler	1.97±1.0	1.86±1.0	1.74±1.0	1.050	0.352
Meslektaşlara danışma	2.66±1.2	2.81±1.3	3.43±1.2	7.761	0.001 [§]
Değişik kuruluşlar tarafından düzenlenen STE/SMG etkinlikleri	3.06±1.2	3.05±1.2	2.59±1.3	3.101	0.047 [‡]
İnternet	3.34±1.3	3.95±1.2	3.09±1.3	3.197	0.043 [‡]
Tıp kitapları ve dergiler	3.60±1.2	3.71±1.3	3.67±1.3	0.151	0.860
Geleneksel eğitim yöntemleri	3.19±1.0	3.17±0.8	2.80±1.1	3.341	0.037 [‡]
Tıbbi beceri kursları	3.45±1.3	3.95±1.0	3.72±1.3	1.942	0.146
Küçük grup çalışmaları	3.34±1.5	4.29±1.1	3.22±1.5	4.335	0.014 [‡]
Türk Tabipler Birliği ve yerel Tabip Odaları tarafından düzenlenen STE/SMG etkinlikleri	2.86±1.4	3.62±1.2	3.19±1.5	3.399	0.035 [‡]
İlaç firmaları tarafından düzenlenen STE/SMG etkinlikleri	3.14±1.3	2.67±1.3	2.20±1.3	11.021	0.000 [§]
Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenen STE/SMG etkinlikleri	3.70±1.3	4.33±0.9	3.41±1.4	3.640	0.028 [‡]

*One-Way ANOVA ve Post Hoc LSD testleri kullanılmıştır.

†* 1. asla kullanmam, 2. hemen hemen hiç kullanmam, 3. bazen kullanırım, 4. hemen hemen her zaman kullanırım, 5. sıklıkla kullanırım"; ‡p<0.05; §p<0.01.

şüktü (ortalama skor 2.86 ± 1.4) ($F=3.399$, $p=0.035$). Grup 2 ve 3'ün ilaç endüstrisi tarafından desteklenen STE/SMG etkinliklerine katılımı (sırasıyla ortalama skor= 2.67 ± 1.3 ve 2.20 ± 1.3) Grup 1'e göre daha düşüktü (ortalama skor= 3.14 ± 1.3) ($F=11.021$, $p=0.000$).

Panel, konferans ve seminer gibi 'geleneksel eğitim yöntemlerinin' Grup 1 ve Grup 2'ye göre (sırasıyla ortalama skor= 3.19 ± 0.9 ve 3.17 ± 0.8) Grup 3'de (ortalama skor= 2.80 ± 1.1) daha az tercih edildiği saptandı ($F=3.341$, $p=0.037$). Her üç grup da 'tıbbi beceri kurslarını' sık olarak tercih etmekteydi (toplam ortalama skor= 3.55 ± 1.3) ve aralarında anlamlı bir fark yoktu ($F=1.942$, $p=0.146$). Grup 2 'küçük grup çalışmalarını' diğer iki gruba göre daha yüksek oranda tercih etmekteydi (toplam ortalama skor= 4.29 ± 1.1) ($F=4.335$, $p=0.014$). Her üç grubun da 'geleneksel eğitim yöntemleri' için verdikleri puan (toplam ortalama skor= 3.11 ± 1.0) 'tıbbi beceri kursları' ve 'küçük grup çalışmalarına' verdikleri skora (sırasıyla toplam ortalama skor= 3.55 ± 1.3 ve 3.39 ± 1.5) göre anlamlı olarak düşüktü ($t=-4.877$, $p=0.000$).

Katılımcıların SMG'nin yenilikçi özelliklerinin önemine ilişkin verdikleri ortalama skorlar ve bu skorların cinsiyet, yaş, mezuniyet zamanı, çalışma yeri, günlük has-

ta sayısı ve karşılaşılan klinik sorulara göre karşılaştırılması **Tablo 2**'de verilmiştir. Sonuçlara göre tüm hekimlerin SMG'nin yenilikçi özelliklerinin eğitimdeki önemi-ne ilişkin verdikleri ortalama puanların kritik değer olan 3,41'den daha farklı ve yüksek olduğu bulundu. 'Günlük uygulamalarda karşılaşılan özgül problemlerin çözümlerini içermesi' en yüksek oranda önemli bulunan yenilikçi özellikti (toplam ortalama skor= 4.29 ± 0.9) ($t=14.331$, $p=0.000$). Kadın hekimler 'eğitim konularının belirlenmesinde öğrenenlerin rolünün artmasını' erkek hekimlere göre daha yararlı bulmaktaydılar ($U=5.94$, $p=0.045$). Ayrıca günde ortalama 16-25 klinik soru ile karşılaşan katılımcılar, SMG etkinliklerinin 'günlük uygulamalarda karşılaşılan özgül problemlerin çözümlerini içermesini' ($\chi^2=14.417$, $p=0.013$), günde 25'ten fazla klinik soru ile karşılaşan katılımcılar ise 'SMG etkinliklerinde eğiticilerin uygun öğrenme yöntemleri ve teknolojilerinden (örneğin keypad kullanımı vb) etkili bir şekilde yararlanmasını' ($\chi^2=13.982$, $p=0.016$) ve 'eğiticiler ile katılımcılar arasında karşılıklı etkileşimin olmasını' ($\chi^2=11.145$, $p=0.049$) daha yararlı bulduklarını belirtmişlerdi. SMG'nin diğer yenilikçi özelliklerine verilen puanlarla cinsiyet, yaş, mezuniyet zamanı, çalışma yeri, günlük has-

Tablo 2. Katılımcıların cinsiyet, çalışma yeri, yaş grupları, mezuniyet süreleri, günlük karşılaştıkları hasta ve klinik soru sayılarına göre SMG'nin yenilikçi özelliklerinin önemine ilişkin verdikleri yanıtların ortalama skorları ve analizleri*

	Tüm gruplar (s=257) Ort±SS [†]	Cinsiyet		Çalışma yeri		Yaş		Mezuniyet Süresi		Günlük hasta sayısı		Bir günde karşılaşılan klinik soru sayısı	
		U	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p	χ^2	p
Günlük uygulamalarda karşılaşılan özgül problemlerin çözümlerini içermesi	4.29±0.9	6.46	0.291	3.531	0.171	3.972	0.137	1.343	0.511	0.619	0.734	14.417	0.013 [†]
Katılımcıların eğitim konularının belirlenmesinde etkili olması	4.06±1.0	5.94	0.045 [†]	2.918	0.232	1.653	0.438	2.419	0.298	1.145	0.564	4.013	0.548
Klinik performansı devam ettirmeyi ve geliştirmeyi amaçlaması	4.17±0.9	6.33	0.207	0.665	0.717	1.479	0.477	1.587	0.452	0.830	0.660	4.456	0.486
Hekim ile hasta arasındaki uyumu arttırmaya yönelik olması	3.66±1.2	6.06	0.082	3.563	0.168	1.173	0.556	0.480	0.786	1.488	0.475	6.167	0.290
Katılımcıyı merkeze alan aktif bir sistem olması	3.90±1.0	6.08	0.087	1.929	0.381	1.836	0.399	2.016	0.365	0.545	0.762	7.060	0.216
Farklı klinik disiplinden eğiticilerin birlikte uygulaması	3.98±1.0	6.70	0.599	1.226	0.542	0.784	0.676	1.549	0.461	0.229	0.892	9.821	0.080
Eğiticilerin uygun öğrenme yöntemleri ve teknolojilerinden etkili bir şekilde yararlanması	4.07±0.9	6.31	0.198	5.490	0.064	2.585	0.275	1.343	0.511	0.496	0.780	13.982	0.016 [†]
Eğiticiler ile katılımcılar arasında karşılıklı etkileşimin olması	4.09±1.0	6.03	0.066	1.822	0.402	2.197	0.333	0.676	0.713	1.759	0.415	11.145	0.049 [†]
Eğiticilerin katılımcıya bir konsültan gibi davranma potansiyeli olması	3.87±1.0	6.66	0.540	1.587	0.452	1.999	0.368	4.122	0.127	0.642	0.725	5.164	0.396

*Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

[†] 1. önemli düşük, 2. biraz önemli, 3. ne önemli ne önemsiz, 4. orta derecede önemli, 5. çok önemli"; [†]p<0.05.

ta sayısı ve günlük karşılaşılan klinik soru sayısı arasında anlamlı bir ilişki yoktu (Tablo 2).

Katılımcıların gelecekte SMG etkinliklerinin içermesini istediği konu başlıkları ve klinik problemlerle ilgili verdikleri toplam 799 açık uçlu yanıt 135 başlık altında gruplandırıldı. Katılımcılar tarafından ‘birinci basamakta diyabet yönetimi’ başlığı en yüksek olarak puanlandı (%6.7); bunu ‘standart EKG kaydının değerlendirilmesi’ (%4.2) ve ‘birinci basamakta hipertansiyon yönetimi’ (%4.0) başlığı izledi (Tablo 3).

Tartışma

Tıp eğitimi ve uygulamaları dinamik bir süreçtir. Her ne kadar hekimler hastanın bakımı için sıklıkla var olan tıbbi bilgilerine güvenseler de bilgi birikimlerini düzenli olarak güncellemeye gereksinim duyarlar. Bu durum, özellikle büyük bir hasta nüfusunun çok çeşitli sağlık sorunlarını çözmesi beklenen birinci basamak hekimleri için doğrudur.^[11]

Klinik sorular, hekimin kendi pratiğine eleştirel bakmasının sonucu olarak ortaya çıkar. Birinci basamakta çalışan hekimlerin doğrudan gözlemlenmesiyle yapılan çalışmalar karşılaşılan her üç hastada ortalama iki soru oluştuğunu göstermiştir. Günde ortalama 25 hasta gören bir hekim yaklaşık 15 soru üretecektir. Uygun ve geçerli bilgileri kullanarak bu soruları yanıtlamak için stratejiler belirlemek, dolayısıyla hasta bakımını geliştirmek hekimler için çok önemlidir.^[12,13]

Her ne kadar, yakın zamanda yapılan sistematik çalışmaların sonuçları elektronik veri kaynaklarının kullanımının giderek yaygınlaşmakta olduğunu gösterse de, hekimler karşılaştıkları klinik soruları çözmek için, en sık olarak meslektaşlarına danışmakta, ardından tıp kitapları ve dergileri kullanmaktadırlar.^[14-16] Çalışmamızdaki katılımcıların çoğu günde ortalama 5-15 klinik soru ile karşılaştıklarını bildirdiler. Birinci basamakta ve acil serviste çalışan pratisyen hekimler tarafından en çok tercih edilen bilgi kaynakları tıp kitapları ve dergilerdi. İkinci en çok tercih edilen bilgi kaynağı ise birinci basamakta çalışan hekimlerde internet iken acil servis hekimlerinde meslektaşlarıydı. Bu durum, her iki grubun çalışma ortamlarının farklı olması ile açıklanabilir. Acil servislerde çalışan hekimlerin birbirlerine ve diğer uzmanlara ulaşması daha kolaydır.

Son yıllarda yapılan birçok çalışma, geleneksel eğitim yöntemlerine ve sınav performansına dayalı STE etkinliklerinin hekimlerin performansını değiştirmede veya hasta bakımını iyileştirmede başarısız olduğunu göstermiştir. Buna karşılık, yenilikçi teknikleri kullanan öğrenen-merkezli eğitim etkinlikleri katılımcıların ilgisini artırır, öğrenilen beceriler için uygulama yapılmasını sağlar

Tablo 3. Hekimlerin STE/SMG kapsamında gelecekte uygulanması düşünülen eğitimlerin içermesini istedikleri ilk 10 konu başlığı ve klinik problemlerin listesi

Sıra	Konu başlığı ve/veya klinik problem (s=799)	Sıklık	%
1	Birinci basamakta diyabet yönetimi	54	6.7
2	Standart EKG kaydının değerlendirilmesi	34	4.2
3	Birinci basamakta hipertansiyon yönetimi	32	4.0
4	Acil tıp eğitimi	32	4.0
5	Temel radyoloji bilgisi	25	3.1
6	Birinci basamakta kalp ve damar hastalıkları	24	3.0
7	Çoklu travmalı hastaya yaklaşım	23	2.9
8	KOAH ve astımlı hastaya yaklaşım	21	2.6
9	Kardiyak aciller	21	2.6
10	Nörolojik aciller	19	2.4

ve verilen eğitimin mesleki uygulamayı ve sağlık hizmetinin sonuçlarını iyileştirmesini mümkün hale getirir.^[1,5] Villiers ve ark. küçük grup programlarının, katılımcıların bilgi ve becerilerini artırdığını ve hasta bakımını iyileştirdiğini bildirmişlerdir.^[17] Özvarış ve Sayek de tıp eğitiminde yenilikçi, öğrenen-merkezli, etkileşimli ve kendi kendini yönlendiren eğitim yöntemlerini uygulamanın daha yararlı olacağını belirtmişlerdir.^[8] Çalışmamızda katılımcıların panel, seminer ve konferans gibi geleneksel eğitim yöntemlerine göre tıbbi beceri kursları ve küçük grup çalışmalarını daha fazla tercih ettikleri görülmüştür.

Diğer yandan eğitim sürecini yönlendirmek için önce gereksinimlerin belirlenmesi önemlidir. Araştırmamızda açık uçlu sorular sorarak elde ettiğimiz konu başlıkları ve klinik problemlerle ilgili bulgular gelecekte yapılacak SMG etkinliklerinin konularının seçiminde ve hazırlanmasında yararlı olabilir.

Sonuç olarak; yaptığımız çalışmada Denizli’de birinci basamakta ve acil servislerde sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde görev alan pratisyen hekimlerin günlük hasta muayenesi sırasında karşılaştıkları klinik soruları çözmek için bilgi kaynakları olarak en sık tıp kitapları ve interneti kullandıkları; tıbbi beceri kursları ve küçük grup çalışmalarını geleneksel eğitim yöntemlerine göre daha fazla tercih ettikleri saptandı. Bundan başka hekimlerin SMG’nin yenilikçi eğitim özelliklerinden en çok ‘günlük uygulamalarda karşılaşılan özgül problemlerin çözümlerini içermesine’ önem verdikleri ve gelecekte yapılacak SMG etkinliklerinin içermesini istedikleri konu başlığı olarak en çok ‘birinci basamakta diyabet yönetimini’ önerdikleri görüldü. Gelecekte bu türden çalışmaların daha geniş ölçekli ve periyodik olarak tekrarlanmasının ülkemizde verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına önemli katkılar sağlayacağını umut ediyoruz.

Kaynaklar

1. Davis D. Continuing medical education: Global health, global learning. *BMJ* 1998;316:385-9.
2. Ünalın P, Kalaça S. Sürekli mesleki gelişim. Türkiye için fırsatlar, engeller ve finansman. *Klinik Gelişim* 2007;20(Sürekli Mesleki Gelişim Özel Sayısı):35-40.
3. Continuing professional development: guidance for all doctors. General Medical Council (GMC), London, 2012. Ağ adresi: http://www.gmc-uk.org/CPD_guidance_June_12.pdf_48970799.pdf Erişim tarihi: 21/06/2012
4. Cantillon P, Jones R. Does continuing medical education in general practice make a difference? *BMJ* 1999;318:1276-9.
5. Sayek İ. Türkiye'de sürekli tıp eğitimi/sürekli mesleki gelişim: Nereden, nereye? *Klinik Gelişim* 2007;20(Sürekli Mesleki Gelişim Özel Sayısı):33-4.
6. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *JAMA* 1999;282:867-74.
7. Topuzoğlu A. Hekimlerin bakış açısıyla STE/SMG kavramı. *Klinik Gelişim* 2007;20(Sürekli Mesleki Gelişim Özel Sayısı):41-6.
8. Özvaris ŞB, Sayek İ. Tıp Eğitiminde Değişim. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005;36:65-74.
9. Turner S, Hobson J, D'Auria D, Beach J. Continuing professional development of occupational medicine practitioners: a needs assessment. *Occup Med (Lond)* 2004;54:14-20.
10. Başak O, Güldal D, Günvar T, Dişçigil G. Birinci basamak hekimlerinin mezuniyet sonrası eğitim gereksinimlerini belirleme araştırması. Training of Family Physicians – Towards Development of the European Network of Continuing and Postgraduate Education for Family Physicians – FAMILYMED 2. Avrupa Birliği Proje No: LLP-LdV-TOI-2007-TR-040. Araştırma Raporu. Aydın, 2008.
11. Thompson ML. Characteristics of information resources preferred by primary care physicians. *Bull Med Libr Assoc* 1997;85:187-92.
12. Ebell M. Information at the point of care: Answering clinical questions. *J Am Board Fam Pract* 1999;12:225-35.
13. Ebell MH, Shaughnessy A. Information mastery: integrating continuing medical education with the information needs of clinicians. *J Contin Educ Health Prof* 2003;23:53-62.
14. Dawes M, Sampson U. Knowledge management in clinical practice: a systematic review of information seeking behavior in physicians. *Int J Med Inform* 2003;71:9-15.
15. Coumou HC, Meijman FJ. How do primary care physicians seek answers to clinical questions? A literature review. *J Med Libr Assoc* 2006;94:55-60.
16. Hider PN, Griffin G, Walker M, Coughlan E. The information-seeking behavior of clinical staff in a large health care organization. *J Med Libr Assoc* 2009;97:47-50.
17. Villiers M, Bresick G, Mash B. The value of small group learning: an evaluation of an innovative CPD programme for primary care medical practitioners. *Med Educ* 2003;37:815-21.

Geliş tarihi: 04.07.2012

Kabul tarihi: 20.09.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Kenan Topal
Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı
C103, Kınıklı 20020 Denizli
Tel: 0258 296 16 91
e-posta: ktopal9@yahoo.com

Obezite hirsutizimli kadınlarda hirsutizmin şiddetini artırır

Obesity increases the severity of hirsutism in hirsute women

Filiz Cebeci¹, Nahide Onsun², Ayşe Pekdemir³, Ayşe Cinkaya³, Hande Arda³

Özet

Amaç: Obezite, akantozis nigrikans, akrokordonlar, keratozis pilaris, striae distensae, adipozis dolorosa, lenfödem, kronik venöz yetmezlik, plantar hiperkeratoz, selülit, çeşitli deri enfeksiyonları, hidradenitis süpürativa, psoriasis, insulin rezistans sendromu gibi çeşitli dermatolojik hastalıklarla ilişkilendirilmiştir ve endokrin parametrelerde önemli değişikliklere neden olabilmektedir. Bunlar arasında hiperandrojenizm ve hirsutizm en önemlileridir. Ancak obezite ve hirsutizm arasındaki ilişki iyi bilinmesine rağmen, obezite ile hirsutizm şiddeti arasındaki bu ilişki literatürde, iyi bir şekilde dökümanite edilmemiştir. Bu çalışmanın amacı obez ve obez olmayan hirsutizimli kadınlarda, obezitenin hirsutizm şiddetiyle ilişkisini araştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya yaşa göre eşleştirilmiş 38 obez (18'i hiperandrojenemik, 20'si normoandrojenemik) ve 38 obez olmayan (18'i hiperandrojenemik, 20'si normoandrojenemik) premenapozal hirsut kadın dahil edildi. Bunun için hastalar uygun bir endokrinolojik araştırmaya tabi tutuldu. Hirsutizm tanısı Ferriman-Gallwey (FG) skoru >8 olarak tanımlandı. Obezite vücut kitle indeksi (VKI) >27 kg/m² olacak şekilde tanımlandı.

Bulgular: Obez kadınlarda hirsutizmin şiddeti obez olmayan kadınlardan anlamlı derecede daha yüksekti (p<0.001). Hiperandrojenemik ve normoandrojenemik obez olan ve obez olmayan kadınlar arasında hirsutizmin şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05).

Sonuç: Obezite hirsutizmin şiddetini artırır.

Anahtar sözcükler: Hirsutizm, obezite, kadın.

Summary

Objective: Obesity was associated with various dermatologic diseases like acanthosis nigricans, acrochordons, keratosis pilaris, striae distensae, adiposis dolorosa, lymphedema, chronic venous insufficiency, plantar hyperkeratosis, cellulitis, various skin infections, hidradenitis suppurativa, psoriasis, insulin resistance syndrome and may cause significant changes in endocrine parameters. Hyperandrogenism and hirsutism are the most important ones among them. However relationship between obesity and hirsutism severity has not been documented well in literature despite the fact that relationship between obesity and hirsutism is known well. The aim of this study is to investigate the relationship between obesity and hirsutism severity in obese and non-obese hirsute women.

Methods: A total of 38 obese (18 hyperandrogenemic, 20 normoandrogenemic) and 38 non-obese (18 hyperandrogenemic, 20 normoandrogenemic) premenopausal hirsute women who were matched according to age were included in the study. Patients underwent an appropriate endocrinologic analysis for this purpose. Hirsutism was defined as Ferriman-Gallwey (FG) score >8. Obesity was defined as BMI>27 kg/m².

Results: Hirsutism score was significantly higher in obese women compared to non-obese women (p<0.05). Severity of hirsutism was significantly higher in obese women compared to non-obese (p<0.001). There was not a significant difference between hyperandrogenemic and normoandrogenemic obese and non-obese women in terms of hirsutism severity (p>0.05).

Conclusions: Obesity increases hirsutism severity.

Key words: Hirsutism, obesity, women.

Obezite; insülin direnci, hiperinsülinemi, hipertansiyon, diyabet, dislipidemi gibi metabolik risk faktörlerinde artışla birliktelik göstermektedir. Ek olarak hiperandrojenizm ve hirsutizm, akne, akantozis nigrikans, akrokordonlar, keratozis pilaris, stria distensa, adipozis dolorosa, lenfödem, kronik venöz yetmezlik, plantar hiperkeratoz, selülit, deri enfeksiyonları, hidradenitis süpürativa ve psoriasis gibi çeşitli dermato-

zis nigrikans, akrokordonlar, keratozis pilaris, stria distensa, adipozis dolorosa, lenfödem, kronik venöz yetmezlik, plantar hiperkeratoz, selülit, deri enfeksiyonları, hidradenitis süpürativa ve psoriasis gibi çeşitli dermato-

¹) Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

²) Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul

³) Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Deri ve Zührevi Hastalıklar Anabilim Dalı, Asistan Dr., İstanbul

lojik hastalıklarla da ilişkilendirilmiştir. Obezite hiperinsülinemi'ye, hiperinsülinemi de overlerden androjen üretimini artırarak hirsutizm, akne gibi kutanöz androjenizasyon bulgularının gelişimine neden olabilmektedir.^[1]

Bu çalışmanın amacı obez ve obez olmayan hirsutizmlı kadınlarda, obezitenin hirsutizm şiddetiyle ilişkisini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmaya Ocak 2005-Aralık 2005 tarihleri arasındaki Vakıf Gureba Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dermatoloji Kliniği Hirsutizm Polikliniği'ne, hirsutizm nedeni ile başvuran 131 hirsüt hasta dosyası retrospektif olarak taranarak başlandı. Tarama sonucunda çalışmaya; 18-45 yaş aralığında, peşpeşe gelecek şekilde oluşturulan, 38'i obez, 38'i obez olmayan, premenapozal dönemdeki toplam 76 hirsüt kadın dahil edildi. Hiperandrojenizm, hirsutizmin en önemli sebebi olduğu için obez ve obez olmayan her iki hirsüt grup, eş sayıda hiperandrojenemik ve normoandrojenemik kadından oluşturuldu. Buna göre obez ve obez olmayan gruplar, 18'i hiperandrojenemik ve 20'si normoandrojenemik hirsüt kadınlar olacak şekilde biçimlendirildi. Bütün hirsüt hastalar ilk başvuru anında kararlaştırılarak, menstrüel siklusun foliküler döneminde ve sabah 08-09 arasında olacak şekilde, total testosteron ve dihidroepiandrosteron sülfat seviyelerini kapsayan hormonal değerlendirmeye tabi tutuldu. Bu hormonların yüksekliğine veya normal olma durumuna göre hastaların hiperandrojenemik veya normoandrojenemik olduklarına karar verildi.

Klinik değerlendirmede obezite tanısı; hastaların boy ve kiloları ölçülerek, kilo (kg)/boy (m)² formülü ile vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanarak kondu. VKİ>27 obez grup, VKİ<24 ise obez olmayan grup olarak sınıflandırıldı.^[2] Hirsutizmin klinik olarak derecelendirilmesi Ferriman ve Gallwey (FG) skorlama tekniği ile yapıldı. FG skoru >8 olanlar hirsüt olarak değerlendirildi.^[3] Hirsutizm; hafif (FG skoru: 8-16), orta (FG skoru: 17-24) ve şiddetli (FG skoru >24) olacak şekilde sınıflandırıldı.

İstatistiksel değerlendirme yapılırken; hafif, orta-şiddetli hirsutizm olarak ele alındı. Mevcut veriler parametrik varsayımları karşıladığından, VKİ ve FG skoru ortalamaları için Student-t, obezite ve hirsutizm şiddeti arasındaki ilişki için Fisher kesin olasılık testi ile Yates düzeltilmiş ki-kare testi kullanıldı. p<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Obez ve obez olmayan her iki grubun yaş ortalamaları sırasıyla 29.42±7.87, 23.58±5.5 yıl olup, benzerdi

Tablo 1. Çalışma grubunun karakteristik özellikleri

Hasta sayısı (n=76)	Obez grup n=38	Obez olmayan grup n=38	P değeri
Yaş (ortalama), yıl	29.42±7.87	23.58±5.5	0.71
VKİ (ortalama), kg/m ²	32.94±5.73	21.1±1.55	0.004
FG skoru (ortalama)	16.47±7.16	13.23±4.07	0.02
Hafif derece hirsutizm (%)	22 (%57.9)	34 (%89.5)	0.00134
Orta-Şiddetli derece hirsutizm (%)	16 (%31.6)	4 (%10.5)	

VKİ: vücut kitle indeksi; FG skoru: Ferriman-Gallwey skoru

(p=0.71). Obez ve obez olmayan grubunun VKİ ortalamaları sırasıyla 32.94±5.73, 21.1±1.55 kg/m² (p=0.001) ve FG skoru ortalamaları ise sırasıyla 16.47±7.16, 13.23±4.07 (p=0.02) olup, iki grup arasında VKİ ve FG skoru açısından istatistiksel olarak anlamlı fark vardı. Obez kadınlarda tüylenme skoru, obez olmayanlardan anlamlı derecede yüksekti.

Obez kadınların 22'sinde hafif derece hirsutizm (%58), 16'sında orta-şiddetli hirsutizm (%42), obez olmayanların 34'ünde hafif derece hirsutizm (%89), 4'ünde orta-şiddetli derece hirsutizm (%11) bulundu. Obez ve obez olmayan kadınlar arasında hirsutizm şiddeti açısından istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı fark vardı (p=0.001). **Tablo 1'**de çalışma grubunun yaş, VKİ, FG skoru ortalamaları, hirsutizm şiddeti sıklıkları ve istatistiksel anlamlılık değerleri görülmektedir.

Hiperandrojenemik ve normoandrojenemik obez kadınlar arasında hirsutizmin şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.18). İlave olarak, hiperandrojenemik ve normoandrojenemik obez olmayan kadınlar arasında da hirsutizmin şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı (p=0.22). **Tablo 2'**de obez ve obez olmayan hirsüt kadınlarda androjen seviyelerine göre; hafif ve orta-şiddetli derecede hirsutizm sıklıkları ve istatistiksel anlamlılık değerleri görülmektedir.

Tablo 2. Obez ve obez olmayan hirsüt kadınlarda androjen seviyelerine göre hafif, orta ve şiddetli derecede hirsutizm sıklıkları

Hasta sayısı (n=76)	Hafif derece hirsutizm	Orta- derece hirsutizm	P değeri
Obez hiperandrojenemik (n=18)	7 (%38.9)	11 (%61.1)	0.18
Obez normoandrojenemik (n=20)	15 (%75.0)	5 (%25.0)	
Obez olmayan hiperandrojenemik (n=18)	17 (%94.4)	1 (%5.6)	0.22
Obez olmayan normoandrojenemik (n=20)	17 (%85.0)	3 (%15.0)	

Tartışma

Kadınlarda over ve adrenal bezler androjenlerin tek kaynağı değildir. Androjenlerin ekstrasgladuler olarak sentezi başlıca yağ dokusu, deri, kıl, sebace gland, kas dokusunda da olabilmektedir. Androstenedion ve dihidroepiandrosteron sülfat gibi proandrojenlerin testosterona dönüşümü çevre dokularda olmakta ve kadınlarda total testosteron üretiminin yarısına bu periferal dönüşüm katkıda bulunmaktadır.^[4] Obezitede hiperandrojenizm ve hirsutizm; testosteron sentezleyen yağ doku hacminin artışına bağlı olarak endojen androjen üretiminin artmasının ve over androjenlerinin üretimini arttıran hiperinsülineminin bir sonucudur.^[1] Orta derecedeki obezitenin (vücut ağırlığının ideal ağırlığın %30'unun üzerinde olması) bile dolaşımdaki serbest testosteron düzeylerinde artışa yol açtığını bilinmektedir.^[5] Obezite ve androjenler arasındaki benzer ilişkiler daha önce adolesan kızlarda gösterilmiştir.^[6-9] Bizim çalışmamızın amacı obezitenin, hirsutizm şiddetine katkısını araştırmaktır. Çalışmamızda obezitenin hirsutizme katkısını gösteren iki bulgu vardı. Birincisi obezlerde tüylenme skoru daha fazlaydı. İkincisi obezlerde tüylenme daha şiddetli düzeyde seyretmekte yani obezite hirsutizmi ağırlaştırmaktaydı.

Hiperandrojenemik kadınlarda vücut kitle indeksinin endokrin ve metabolik anormalliklerle ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu ilişki için kadınların VKİ'lerinin çok yüksek olması gerekmekte, hatta VKİ'nin 25 ve üstünde olması yeterli görülmektedir.^[10,11] Yakın tarihli bir çalışmada VKİ 25'in üstünde olanlarda FG skorunun daha yüksek olduğu da gösterilmiştir. Aynı çalışmada hirsutizmi olan ve hirsutizmi olmayan gruplar içinde, hirsüt kadınların daha obez oldukları da vurgulanmıştır.^[10] Benzer şekilde bir başka çalışmada polikistik over sendromlu, oligomenore ve hirsutizimli kadınların, normal kadınlardan daha yüksek VKİ ve açlık insülin seviyelerine sahip oldukları gözlemlenmiştir.^[12] Bir başka araştırmada fotoepilasyona yanıt açısından hirsüt obez ve obez olmayan kadınlar karşılaştırılmıştır. Tedavi öncesi ilk muayenelelerinde, bu kadınlardan obez olanların, obez olmayanlardan daha yüksek kıl skoruna sahip olduğu gözlenmiştir. İlaveten bu kadınlardan obez olanlarda fasyal hirsutizmin derecesinin, obez olmayanlardan daha yüksek olduğu da saptanmıştır. Bu nedenle obez olmayan hirsutların etkili kıl temizlenmesi sağlamak için obezlerden daha az tedavi seansı gerektirdikleri vurgulanmıştır.^[13]

Bizim çalışmamızda VKİ 27'nin üstünde olan kadınlar daha yüksek FG skoruna sahiptiler ve bu kadınlarda hirsutizmin şiddeti de belirgin olarak artmıştı. Ancak biz hiperandrojenemik ve normoandrojenemik obez kadınlar arasında hirsutizmin şiddeti açısından istatistiksel ola-

rak anlamlı bir fark saptayamadık. Bu durum obezitenin öncelikli olarak hiperinsülinemiye, daha sonra hiperinsülineminin de dolaylı olarak hiperandrojenemiye yol açmasına bağlanabilir. Çalışmamızda hiperandrojenemik ve normoandrojenemik obez olmayan kadınlar arasında da hirsutizmin şiddeti açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptayamadık. Bu durum ise hiperandrojenemik durumlarda hirsutizmin şiddeti üzerinde androjen seviyelerinden ziyade hiperinsülineminin direk bir etkisi olduğu ile açıklanabilir.^[14] Dolayısıyla obez olmayan bu çalışma grubumuzda insülin direnci de olamayacağından, sadece dolaşan androjen seviyelerinin hirsutizmi ağırlaştırdığını da düşünmek mümkün olmayacaktır. Yeni bir çalışmada, normal kilolu ve obez olmayan aşırı kilolu polikistik overlere sahip hirsüt kadınlarda, normal insülin duyarlılığı ve normal androjen seviyelerinin saptanmış olması, bizim bu teorimizi destekler nitelikteydi.^[15]

Bir başka çalışmada hiperandrojenemik durumlarda bozulmuş menstrüel siklus, infertilite ve hirsutizm gibi klinik bulguların tedavisi için özellikle obez kadınlarda kilo kaybının ilk seçilmesi gereken tedavi rejimi olduğu ifade edilmiştir.^[16] Futterweit ve ark. ise hirsüt kadınlarda kilo kaybı ile, dolaşan seks hormon bağlayıcı globulin, insülin ve androjen seviyeleri azalmasına bağlı olarak hirsutizm skorunda %50 düzelme saptamışlardır.^[17]

Sonuç

Obezite hirsutizmin şiddetini artırdığından dolayı hirsutizmle müracaat eden obez ve hirsüt kadınlarda, hiperandrojenizm ve hirsutizmin tedavisinde öncelikli olarak obezitenin düzeltilmesine yönelik yaklaşımlar göz önünde bulundurulmalıdır.

Kaynaklar

1. Yosipovitch G, DeVore A, Dawn A. Obesity and the skin: skin physiology and skin manifestations of obesity. *J Am Acad Dermatol* 2007;57:930-1.
2. Van Itallie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Intern Med* 1985;103:983-8.
3. Ferriman D, Gallwey JD. Clinical assesment of body hair growth in women. *J Clin Endocrinol Metab* 1961;21:1440-7.
4. Sperling LC, Heimer WL 2nd. Androgen biology as a basis for the diagnosis and treatment of androgenic disorders in women. II. *J Am Acad Dermatol* 1993;28:901-16.
5. Wajchenberg BL, Marcondes JA, Mathor MB, Achando SS, Germak OA, Kirschner MA. Free testosterone levels during the menstrual cycle in obese versus nonnal women. *Fertil Steril* 1989;51:535-7.
6. Wabitsch M, Hauner H, Heinze E, ve ark. Body fat distribution and steroid hormone concentrations in obese adolescent girls before and after weight reduction. Body fat distribution and steroid hormone concentrations in obese adolescent girls before and after weight reduction. *J Clin Endocrinol Metab* 1995;80:3469-75.
7. van Hooff MH, Voorhorst FJ, Kaptein MB, Hirsing RA, Koppelaar C, Schoemaker J. Insulin, androgen, and gonadotropin concentrations, body mass index, and waist to hip ratio in the first years after menarche in girls

- with regular menstrual cycles, irregular menstrual cycles, or oligomenorrhea. *J Clin Endocrinol Metab* 2000; 85:1394-400.
8. McCartney CR, Prendergast KA, Chhabra S, ve ark. The association of obesity and hyperandrogenemia during the pubertal transition in girls: obesity as a potential factor in the genesis of postpubertal hyperandrogenism. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:1714-22.
 9. Coviello AD, Legro RS, Dunaif A. Adolescent girls with polycystic ovary syndrome have an increased risk of the metabolic syndrome associated with increasing androgen levels independent of obesity and insulin resistance. *J Clin Endocrinol Metab* 2006;91:492-7.
 10. Cupisti S, Kajaia N, Dittrich R, Duezenli H, W Beckmann M, Mueller A. Body mass index and ovarian function are associated with endocrine and metabolic abnormalities in women with hyperandrogenic syndrome. *Eur J Endoc* 2008;158:711-9.
 11. Cupisti S, Dittrich R, Binder H, ve ark. Influence of body mass index on measured and calculated androgen parameters in adult women with Hirsutism and PCOS. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* 2007;115:380-6.
 12. Diamanti-Kandarakis E, Kouli CR, Bergiele AT, ve ark. A survey of the polycystic ovary syndrome in the Greek island of Lesbos: hormonal and metabolic profile. *J Clin Endocrinol Metab* 1999;84:4006-11.
 13. Grippaudo FR, Angelini M, Chiossi MR, Toscano V. Intense pulsed light photoepilation in hirsute women: the role of obesity. *Lasers Med Sci* 2009;24: 415-8.
 14. Landay M, Huang A, Azziz R. Degree of hyperinsulinemia, independent of androgen levels, is an important determinant of the severity of hirsutism in PCOS. *Fertil Steril* 2009;92:643-7.
 15. Cosar E, Koken G, Sahin FK, Arioz DT, Yilmazer M. Insulin sensitivity does not differentiate by hirsutism in non-obese women with polycystic ovary syndrome. *Endocr J* 2008;55:465-8.
 16. Vrbikova J, Hainer V. Obesity and polycystic ovary syndrome. *Obes Facts* 2009;2:26-35.
 17. Futterweit W. Polycystic ovary syndrome: clinical perspectives and management. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:403-13.

Geliş tarihi: 08.05.2012

Kabul tarihi: 07.08.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Filiz Cebeci

Küçükbakkalköy Yolu, Şekerevler Sitesi

A Blok, Daire 15, İçerenköy 34752 İstanbul

Tel: 0537 372 47 22

e-posta: cebecifiliz@yahoo.com

Safra taşı olan olgularda lipid profilleri

Lipid profiles of patients with gallstones

Can Öner¹, Mehmet Celalettin Güneri²

Özet

Amaç: Toplumda sık görülen gastrointestinal rahatsızlıklardan biri olan safra taşları gerek sağlık sistemine maliyeti ve gerekse hala aydınlatılmamış etiyojisi açısından araştırmacıların ilgisini çeken bir konudur. Bu çalışmamızda safra taşlarının muhtemel etiyojilerinden biri olan lipid düzeyleri ile safra taşı oluşumu, boyutu ve çoğul veya tekil olması arasındaki ilişki incelenmiştir.

Yöntem: Bu amaçla Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dâhiliye ve Cerrahi Kliniklerine başvuran, safra taşı olan bireylerde lipid düzeyleri, vücut kitle indeksi ölçümleri ve safra taşlarının boyutları incelenmiştir. Benzer özellikteki bir kontrol grubu oluşturularak bu parametrelerin karşılaştırılması yapılmıştır. İstatistiksel analiz için SPSS 16.0 programı kullanılmış, analizlerde ki-kare ve t test kullanılmıştır. p değeri <0.05 olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubu 84 ve kontrol grubu 78 kişiden oluşmaktaydı. Bu grupların ortalama yaşları sırasıyla 52.6±13.07 ve 49.58±1.48 yıl idi. Gruplar arasında vücut kitle indeksi ve lipid parametreleri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktaydı (p>0.05).

Sonuç: Çalışma sonucunda herhangi bir lipid parametresi açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamadı. Çalışma grubundaki lipid parametreleri ile çoklu taş oluşumu veya taş boyutu ile ilişki gösterilememiştir.

Anahtar sözcükler: Safra taşı, kolesterol, safra kesesi.

Summary

Objective: Gall stone disease is an attractive subject for investigators due to its frequency, burden on health system and uncertainty of etiology. In this study, we studied lipid parameters, one of the probable causes of gallstones, and its relation with stone size and number.

Methods: We evaluated lipid levels, body mass indexes and their correlation with the size and number of gallstones in patients attending to the internal medicine and general surgery clinics in Dr. Lütfi Kırdar Kartal Education and Training Hospital. A control group with similar features was also recruited. The lipid levels of the two groups were compared. For statistical evaluation, data was analyzed using SPSS 16.0 programme. Chi square and student t tests were used for analyses, p levels <0.05 were accepted as statistically significant.

Results: The study and control group consisted of 84 and 78 patients, respectively. The mean ages of these groups were 52.6±13.07 years and 49.58±1.48 years respectively. There were no significant differences between body mass indexes and lipid parameters of the two groups (p>0.05).

Conclusions: As a result, we could not determine any significant difference between two groups for any of the lipid parameters. Also there were no correlation between any lipid parameters, size or number of stones.

Key words: Gallstones, cholesterol, gallbladder.

Safra taşları birçok toplumda morbidite açısından önemli risk faktörlerindedir. Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan bir çalışmada erişkin yaş grubunda 20-25 milyon kişinin biliyer hastalıklardan etkilendiği ve bu hastalıkların başında da safra taşlarının geldiği bildirilmektedir. Avrupa kıtasında da benzer bir durum göze çar-

par, geniş toplum temelli çalışmalarda safra taşı sıklığı için %5.9 ile %21.9 arasında değişik rakamlar verilmiştir.^[1-3]

1970'li yılların ilk yarısına kadar hiperlipideminin safra taşı oluşumunda rol almadığına inanılmaktaydı. Ancak 1970'li yılların ikinci yarısından sonra yapılan çalışmalarda lipid değerleri ve safra taşları arasındaki ilişki incelenmeye

¹⁾ Pendik Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi, Uzm. Dr., İstanbul
²⁾ Tokat Almus Devlet Hastanesi, Uzm. Dr. Tokat

başlanmıştır. Carell ve arkadaşları, 250 safra taşı hastasında artmış kolesterol ve trigliserid düzeyleri ile safra taşı oluşumu arasında bir ilişki göstermişlerdir.^[4] LDL kolesterol düzeyinin safra taşı ile zayıf bir ilişkisi mevcutken, düşük düzeydeki LDL kolesterol ve yüksek trigliserid düzeylerinin safra taşları ile pozitif korelasyonu gösterdiği gösterilmiştir.^[5]

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma Kartal Eğitim Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi ve Dahiliye polikliniklerinde 2009 Nisan-Kasım ayları arasında prospektif olarak yürütülmüştür. Çalışma ve kontrol grubundaki katılımcılar bu dönemde polikliniklere başvuran hastalardan rastgele seçilmiş, onamları alınmıştır. Çalışma için herhangi bir kronik hastalığı olmayan, ancak safra kesesinde taş olduğu batın ultrasonografisi (USG) ile tespit edilen hastalardan çalışma grubu; benzer yaş, cinsiyet, kilo, boy ve vücut kitle indeksi özelliklerine sahip ve batın USG ile safra taşı olmadığı teyit edilen hastalardan ise bir kontrol grubu oluşturulmuştur. Her iki grubun da tıbbi öyküsü alınmış ve fizik muayenesi yapılmış, hastalar tartılmış ve boyları ölçülmüştür. Tıbbi öykülerinde lipid düşürücü veya diyabetik ilaç kullanan olgular çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Kan örnekleri bir gecelik açlık sonrasında toplanılmış ve aynı hastanenin biyokimya laboratuvarında incelenmiştir. Bütün lipid parametreleri enzimatik kalorimetrik metotla ölçülmüştür. Çalışma için hastanenin yerel etik komitesinden izin alınmıştır. Vaka kontrol tipindeki çalışmamızda istatistik için SPSS 16.0 programı kullanılmıştır. Analiz amaçlı olarak student t testi, ki kare testi ve Pearson korelasyonu kullanılmış, p değeri 0.05 altında olan değerler anlamlı olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Çalışma grubu 84 kişiden, kontrol grubu ise 78 kişiden oluşmaktaydı. Çalışma grubu ve kontrol grubunda erkek ve kadın oranları sırasıyla %32.1; %67.9 ve %29.4; %70.6 idi. Ortalama yaş çalışma grubunda 52.6± 13.07 yıl, kontrol grubunda ise 49.58±1.48 yıl idi. Çalışma grubunda yaşların dağılımı incelendiğinde 40 yaş altı 12 olguda, 40–60 yaş arası 51 olguda ve 60 yaş üstü 21 olguda safra taşı bulunmaktaydı. 40 yaş üstü olmakla safra taşı olması arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu ($p<0.05$). Yaş ile çoklu taş bulunması ve taş boyutu arasında herhangi anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Çoklu taş bulunması ve taş boyutu ile cinsiyet, yaş arasında anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0.05$). Çalışma ve kontrol grubuna ait kilo, boy ve vücut kitle indeksi ile ilgili veriler **Tablo 1**'de derlenmiştir. Çalışma grubundaki katılımcıların boy, kilo ve vücut kitle indeksleri ile

Tablo 1. Çalışma ve kontrol grubunun özellikleri

	Çalışma Grubu n=84	Kontrol Grubu n=78
Yaş (yıl)	52.6±13.07	49.58±1.48
<40 yaş	13	17
40–60	47	44
>60	24	17
Cinsiyet		
Erkek	27	23
Kadın	57	55
Boy (cm)	164.79±7.55	164.47±9.39
Kilo (kg)	79.39±3.64	79.29±1.57
BMI (kg/m ²)	29.61±5.81	29.47±5.81

çoklu taş bulunması ve taş boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık mevcut değildi ($p>0.05$).

Çalışma ve kontrol grubuna ait lipid parametreleri **Tablo 2**'de derlenmiştir. Çalışma ve kontrol grupları arasında lipid parametreleri açısından anlamlı bir farklılık tespit edilememiştir ($p>0.05$). Çalışma grubundaki lipid değerleri normal sınıırın altında ve üstünde olarak tekrar sınıflandırılmıştır. Sınıflandırma sonrasında çoklu taş bulunması, taş boyutu ile lipid parametrelerin ilişkisi incelenmiştir. Lipid parametrelerinden herhangi birisinin normal sınıırın üstünde olması ile çoklu taş oluşumu veya taş boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır ($p>0.05$). Yine bu parametrelerden hiçbiri taş boyutu ile korelasyon göstermemektedir.

Tartışma

Amerika Birleşik Devletleri, diğer batı Avrupa ve Latin Amerika ülkelerinde nüfusun ortalama %12'sinde safra taşı bulunduğu tahmin edilmekte ve morbiditenin ana nedenlerinden biri olarak gösterilmektedir.^[6-8] Ülkemizde yapılan toplum temelli bir çalışmada ise safra taşı sıklığı erkeklerde %3.5 ve kadınlarda %7 olarak bulunmuştur.^[9] Diyabetik hastalarda ise bu oran %20-30'a kadar yükselmektedir.

Tablo 2. Çalışma ve kontrol gruplarının lipid parametreleri

	Çalışma Grubu n=84	Kontrol Grubu n=78	
Total kolesterol (mg/dl)	192.09±42.32	199.60 ±64.90	
LDL kolesterol (mg/dl)	112.46±36.41	116.77±38.19	
HDL kolesterol (mg/dl)	46.38±13.06	48.63±13.21	$p>0.05$
VLDL kolesterol (mg/dl)	28.96±13.58	27.07±13.16	
Trigliserid (mg/dl)	158.13±89.06	159.20±178.72	

Kadınlarda taş sıklığının daha yüksek olduğu eski bir inanıştır.^[10] Çalışmamızda da bu eski inaniş destekler nite-likte safra taşı sıklığı kadınlarda %67.9 ve erkeklerde %32.1 olarak saptanmıştır. Taş oluşumunda cinsiyet açı-sından istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir (p<0.05). Değişik çalışmalarda değişik oranlarda olmakla beraber, benzer sonuçlar ortaya konulmuştur.^[9,11,12]

Yaş safra taşının varlığı için diğer bir risk faktörü-dür.^[9,13,14] Çalışmamıza alınan hastaların yaş ortalaması 52.6+13.7 olarak bulunmuş, 40 yaş üstü olmakla, safra ta-şı hastalığı mevcudiyeti arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir (p<0.05). Bartoli ve arkadaşlarının diyabetik hastalarda yaptıkları bir çalışmada, 60 yaş altı diyabetik-lerde safra taşı sıklığı %20.2 ve 60 yaş üstü diyabetikler-de safra taşı sıklığı %37.3 olarak bulunmuştur. Araştı-rmacılar yaşla birlikte hepatik safra sekresyonunun artma-sı ve safra asiti sentezinin azalmasının safranin kolesterol satürasyonunun artmasına yol açtığını ve taş oluşumunu bu şekilde tetiklediğini ileri sürmüşlerdir.^[15] Çalışmamız-da gerek 40 üstünde olan hastaların oranlarının diğer ça-lışmacıların oranlarına nisbeten daha yüksek olmasının nedeninin çalışmanın hastane polikliniklerinde yapılması ve hastaların herhangi bir semptom nedeniyle hastaneye başvurmuş olmaları olabilir.

1988 yılında Tanno ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, safra taşlı bireylerin serum trigliserid ve kole-sterol düzeylerinin, safra taşı saptanmayan vakalara göre daha yüksek olduğu saptandı.^[14] Yeni kuramlara göre saf-ra taşı oluşumunda en önemli aşama, hepatik safranin kole-sterolce hipersatüre olması ve çökmesidir. Kajiya ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada saf kolesterol kökenli safra taşlarının oluşumunda hipertrigliseridemi ve hiperkolestrolemiminin rol aldığı ve safranin kolesterol-ce süpersatüre hale geldikten sonra taş oluşumunu baş-lattığı ortaya konulmuştur.^[16] Diğer bir çalışmada ise saf-ra taşı varlığı ile serum kolesterol ve LDL kolesterol se-viyeleri arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir.^[17] Bizim çalışmamızda çalışma ve kontrol grubunun total koleste-rol düzeyleri ve LDL kolesterol düzeyleri arasında anlamlı bir fark görülmedi (p>0.05). Taş boyutu veya taşın tekli-çoklu olması ile lipid düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0.05).

Birçok çalışmada HDL kolesterol düzeylerinin düşük-lüğü ile safra taşı varlığı arasında bir ilişki gösterilmiş ol-makla beraber bunu doğrulamayan çalışmalar da mevcut-tur.^[18,19] Bizim çalışmamızda HDL kolesterol düzeyleri açı-sından çalışma ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0.05). Düşük serum HDL düzeyinin apoprotein A1 in yüksek katabolik hızına bağlı olduğu dü-şünülmektedir. Bu durum ise insülin direnci olgularında

sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. HDL kolesterolle safra taşı mevcudiyeti arasındaki bu ters ilişkinin açıklamasını Scragg ve arkadaşları HDL kolesterolün karaciğerde ko-lesterol sentezini durdurması olarak yapmaktadırlar.^[20] Di-ğer bir açıklama ise yüksek orandaki HDL kolesterolün safraya salınması yerine safra asidi sentezinde kullanılıyor olmasıdır.^[19] Mekanizması her ne şekilde olursa olsun dü-şük HDL düzeylerinin safra taşı oluşumu ile ilişkili olduğu görüşü literatürde daha geniş kabul görmektedir.

Yapılan çalışmalar VLDL kolesterol düzeyi ile safra taşı oluşumu arasında ilişki olduğuna işaret etmektedir. Nervi ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, safra taşı olan bireylerde kontrol grubuna nazaran daha yüksek düzey-de VLDL kolesterol oranına rastlanmıştır.^[19] Ancak çalış-mamızda VLDL kolesterol oranları açısından kontrol ve çalışma grubu arasında anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0.05).

Literatürde hipertrigliseridemi ve safra taşı oluşumu arasında çelişik bulgular mevcuttur. Trigliseridemi ve saf-ra taşı oluşumu arasındaki müspet ilişkiyi destekleyen ya-zarlar da, hali hazırda hipertrigliserideminin safra taşı olu-şumundaki rolünü net biçimde ortaya koymuş değillerdir. Scragg ve arkadaşları, artmış plazma trigliserid düzeyini obeziteden bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlamışlar-dır.^[20] Çalışmamızda çalışma ve kontrol grupları arasında trigliserid düzeyi açısından anlamlı bir fark belirlenmedi (p>0.05). Yine artmış trigliserid düzeylerinin safra taşının çoklu veya tekli olması veya boyutu ile ilişkisi arasında da anlamlı bir fark tespit edilmedi (p>0.05).

Daha önce de vurgulandığı gibi hipertrigliseridemi-nin safra taşları oluşumunu nasıl tetiklediği henüz net olarak aydınlatılabilmemiş değildir. Hiç bir çalışmada safra taşı ve hipertrigliseridemi olan bireylerin artmış bir trigliserid sentezi olduğu veya trigliseridlerin plazmadan temizlenmesinde yetersizlik olduğu gösterilememiştir. Ancak bugün için geçerli olan, tip IIb ve tip VI hiperli-poproteinemisi olan bireylerin gözleminde oluşturulan hipoteze göre; safra taşları oluşumunun trigliseridlerin artmış sentezi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Plaz-mada artmış trigliserid bulunan bireylerde sü kroza karşı gelişmiş bir hassasiyet mevcuttur. Çalışmalarda sü kroza zengin beslenen, safra taşı olan ve pre, hiperlipoprote-inemili olgularda, bilier kenodeoksikolik asit düzeyinin normolipidemik bireylere göre daha düşük olduğu göste-rilmiştir. Ancak yine de safra taşları ile dislipidemi ara-sındaki ilişki literatürde net değildir.^[20]

Sonuç

Çalışmamızda dislipidemi ile safra taşı oluşumu ara-sında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Safra taşı olan ol-

guların taş boyutları ve çoklu/tekli taş oluşumları ile lipid parametreleri arasında ilişki gösterilememiştir. Ancak çalışma ve kontrol gruplarının 3. basamaktaki bir hastaneden seçilmiş olması çalışmanın kısıtlılığını oluşturmaktadır, birinci basamakta toplum temelli yapılacak çalışmaların daha net veriler ortaya koyacağını düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Aerts R, Penninckz F. The burden of gallstone disease in Europe. *Aliment Pharmacol Ther* 2003;18:49-53.
2. American Gastroenterological Association. The burden of gastrointestinal diseases. Bethesda, MD: The American Gastroenterological Association; 2001.
3. Sampliner RE, Bennett PH, Comess LJ, Rose FA, Burch TA. Gallbladder disease in Pima Indians: demonstration of high prevalence and early onset by cholecystography. *N Engl J Med* 1970;283:1358-64.
4. Carel T. Serum lipids and gallstones: a case-control study. *Gastroenterology* 1990;99:843-9.
5. The Rome Group for Epidemiology and Prevention of Cholelithiasis (GREPCO). The epidemiology of gallstone disease in Rome, Italy. Part II. Factors associated with the disease. *Hepatology* 1988;8:907-13.
6. Diehl AK. Epidemiology and natural history of gallstone disease. *Gastroenterol Clin North Am* 1991;20:1-19.
7. Sandler RS, Everhart JE, Donowitz M, ve ark. The burden of selected digestive diseases in the US. *Gastroenterology* 2002;122:1500-11.
8. Shaheen JN, Hansen AR, Morgan DR, et al. The burden of gastrointestinal and liver diseases. *Am J Gastroenterol* 2006;101:2128-38.
9. Beyler AR, Uzunaliçoğlu Ö, Gören A ve ark. Türkiye'de normal popülasyonda safra taşı sıklığı. *The Turkish Journal of Gastroenterology* 1993;4:434-7
10. Angel A, Roncari DAK. Medical complication of obesity. *Canad J Med Sci* 1978;119:1408-11.
11. Misciagna G, Guerra V, Di Leo A, Correale M, Trevisan M. Insulin and gall stones: a population case control study in southern Italy. *Gut* 2000;47:144-7
12. Jorgensen T. Gall stones in a Danish population: fertility period, pregnancies, and exogenous female sex hormones. *Gut* 1988;29:433-9
13. Onodera H, Chida N, Abe M. Ultrasonic mass survey for liver, biliary tract and pancreatic diseases: a detection of gallbladder diseases. *J Gastroent Mass Survey* 1987;74:41-7.
14. Tanno N., Koizumi M, Goto M. The relationship between cholelithiasis and diabetes mellitus :discussion of age, obesity, hiperlipidemia and neuropathy. *Toboku J Exp Med* 1988;154:11-20.
15. Bartoli E, Capron JP. Epidemiology and natural history of cholelithiasis. *Rev Prat* 2000;50:2112-6.
16. Kajiyama G, Horichui I, Yamada K, Kubota S. Levels of serum and biliary lipids and their composition in patient with pure cholesterol and mixed gallstones. *Hiroshima J Med Sci* 1982;31:11-9.
17. Liew PL, Wang W, Lee YC, Huang MT, Lin YC, Lee WJ. Gallbladder disease among obese patients in Taiwan. *Obes Surg* 2007;17:383-90.
18. Chen C, Huang H, Yang JC, ve ark. Prevalence and risk factors of gallstone disease in an adult population of Taiwan: an epidemiological survey. *J Gastroenterol Hepatol* 2006;21:1737-43.
19. Nervi F, Miquel EJ, Alvarez M, ve ark. Gallbladder disease is associated with insulin resistance in a high risk Hispanic population. *J Hepatol* 2006;45:299-305
20. Scragg RKT, Calvert GD, Oliver RJ. Plasma lipids and insulin in gall stone disease: a case control study. *B Med J* 1984;289:521-5.

Geliş tarihi: 23.03.2012

Kabul tarihi: 27.07.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Uzm. Dr. Can Öner

Doğu Mahallesi Yücel Sokak

No:1, İstanbul

Tel: 0216 483 03 79

e-posta: trcanoner@yahoo.com

Güvensiz internet kullanımı ile ilgili bir olgu sunumu: Sanal taciz

A case report about unsafe use of internet: online harassment

Mustafa Talip Şener¹, Turan Set², Onur Burak Dursun³

Özet

İnternet ile iletişim çocuklar arasında yaygındır. İnternetin güvensiz kullanımına bağlı olarak çocuklar sanal ortamda cinsel tacize, tehditlere hedef olabilmektedir. Bunun sonucunda çeşitli ruhsal sorunlar yaşayabilmektedirler. Bu yazıda, bilinçsiz internet kullanımına bağlı cinsel taciz ve tehditler sonucu akut stres bozukluğu ortaya çıkan 14 yaşında bir olgu sunulmaktadır. Ebeveynlerin ve çocukların güvenli internet kullanımı konusunda farkındalıklarının artırılması için adımlar atılması ve hekimlerin bu konuda danışmanlık veremeleri önemlidir.

Anahtar sözcükler: Taciz, internet, akut stres bozukluğu.

Summary

Communication via the internet is common among children. Children may be target to sexual harassment and several threats due to unsafe use of the internet in a virtual environment. As a result, they can experience various mental problems. In this paper, a case of 14 years old acute stress disorder, due to sexual harassment and threats caused by blind use of internet is presented. It is important to take steps to raise awareness among parents and children regarding safe use of internet. Doctors have an important role as a consultant in this issue.

Key words: Harassment, internet, acute stress disorder.

Günümüzde teknolojinin hızla gelişme gösteren alanlarından birisi de internet iletişimidir. İnternet, çalışma, iletişim kurma ve günlük ihtiyaçları karşılama gibi pek çok alanda kullanılmaktadır. Artık insanlar bilgisayar ile küçük yaşlardan itibaren tanışmakta; ev ödevi, alışveriş, haber ve eğlence gibi birçok amaç için internette faydalanmaktadır.^[1] İnternet aracılığı ile iletişim ve etkileşim boyutunda en çok yer alan kesim çocuk ve ergenler olup; çoğu zaman interneti amacına uygun olarak kullanmamakta, gereksiz zaman kayıpları ve sosyal ortamlardan soyutlanma gibi olumsuz etkilerinin yanında istismarcıların hedeflerine açık kalabilmektedirler.

Bu yazıda sanal ortamda cinsel istismarın hedefi olan çocuk ve ergenlerin nasıl etkilenebileceğinin bir olgu sunumu ile tartışılması amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu

ŞY ailesi ile birlikte yaşayan 14 yaşında, ilköğretim sekizinci sınıfa ve dershaneye devam eden kız ergendir. Ol-

gu yürütülmekte olan soruşturma kapsamında, savcılık tarafından Atatürk Üniversitesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na farklı zamanlarda mağdur olduğu cinsel taciz olayı ile ilgili olarak, Türk Ceza Kanununun 103. maddesi kapsamında beden veya ruh sağlığının bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi için yönlendirilmiştir. Olgu ve ailesinin değerlendirilmesi amacı ile görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmeler sırasında, olgunun aktif internet kullanıcısı olduğu ve son 1 yıldır 'Facebook' sosyal paylaşım ağına kayıtlı olduğu öğrenilmiştir. Adli muayeneye başvurusundan 3 hafta önce sosyal paylaşım ağındaki hesabına tanımadığı bir erkek tarafından arkadaşlık mesajları gelmeye başlayan ŞY, bu teklifleri reddetmesine rağmen bu kişinin mesajlarının devam ettiğini belirtmiştir. Zaman içerisinde mesajların cinsel taciz, cinsel ilişki teklifi, kaçırma tehditleri ve küfür içermeye başladığı, olgunun başına bir şey geleceğinden korktuğu için olayı ailesi ile paylaştığı ve adli sürecin başlatıldığı anlaşılmıştır. ŞY bu olaydan sonra, ilgili kişinin kendisini tanıdığı ve takip ettiği hissine ve bu kişiden

¹⁾ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Erzurum

²⁾ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Erzurum

³⁾ Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh ve Hastalıkları Hastalıkları Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Erzurum

zarar göreceğine dair kaygılara kapılarak, dışarı çıkmakta isteksizleşmiş, ders başarısı düşmüş ve olayı konuşmaktan kaçınmaya başlamıştır. ŞY'de ayrıca dalgınlık, uykusuzluk, çabuk sinirlenme, irkilmeler, ağlama nöbetleri gibi belirtiler ortaya çıkmıştır. Premorbid kişilik özelliklerine bakıldığında arkadaş ilişkileri ve ders durumunun iyi olduğu ve bu olay öncesi herhangi bir psikiyatrik hastalık belirtisi bulunmadığı anlaşılmıştır. Değerlendirme kapsamında, ŞY için Çocuk Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı'ndan konsültasyon istenmiştir. Yapılan muayenede hastanın korkmuş ve endişeli görüldüğü, olayı konuşmakta zorlandığı, duygu durumunun kaygılı olduğu ve duygulanımının duygudurumu ile uyumlu olduğu, bilincinin açık, yöneliminin tam olduğu, zekasının klinik olarak normal olduğu, dikkat süresinin kısa, algılama, bellek ve yargılamasının normal olduğu, gerçeği değerlendirme ve soyut düşünmesinin yaşlıları düzeyinde olduğu saptanarak "Akut Stres Bozukluğu" tanısı konmuştur. Hasta ve ailesine kontrollü internet kullanmaları konusunda danışmanlık verildi ve çocuk ergen ruh sağlığı polikliniğinde izleme alındı. Ayda bir destekleyici psikoterapi uygulandı. Üç aylık izlem sonunda olgunun bulgularının tamamen düzeldiği, işlevselliğinin ve ders başarısının normale döndüğü görüldü.

Tartışma

Çocuklar interneti ev, okul, internet kafe, kütüphane gibi yerlerde daha çok kullanırken, teknolojinin gelişimi ile kablosuz ve cep telefonu ile erişim sayesinde birçok yerde kullanabilmektedirler. Çocukların bilişsel, sosyal ve fiziksel gelişiminde internetin destekleyici araç olduğu belirtilmektedir.^[2] Çocuklar interneti daha çok ev ödevi yapmak, oyun oynamak için kullanmaktadırlar. Ancak ŞY'de olduğu gibi diğer yaş grupları ile karşılaştırıldığında 14-18 yaş grubu çocuklar bilgisayarı daha çok internet sitelerine girmek, eğlenmek, sohbet etmek, oyun oynamak amacı ile kullanmaktadırlar.^[3] Ergenler arasında internet kullanarak anlık mesajlaşmak, Myspace, Facebook gibi sosyal ağları kullanmak oldukça popülerdir.^[4] Çocuklar internette sıkça kişisel bilgilerini çevrimiçi olarak göndermek, tanımadıkları kişilerle sohbet etmek, arkadaş listesine bilinmeyen kişileri eklemek, bilinmeyen kişilere kişisel bilgilerini göndermek, başkalarına kaba ve kötü sözlerle hakaret etmek, bilinmeyen kişilerle cinsellik hakkında konuşmak gibi riskli davranışlarda bulunabilmektedirler.^[5] Bu nedenle çocuklar internette beklenmedik şekilde bir takım risklerle karşı karşıya kalabilmektedirler. Nitekim ŞY muhtemelen böyle bir sürecin sonucunda tacize uğramıştır.

İnternet kullanan çocukların karşılaşacakları en ciddi durumlar zararlı içerikler ve kötü niyetli kişilerle temas, istismar ve pedofilidir. Sanal ortamda kişisel bilgilerini veren çocuk hakkında bilgi toplayan istismarcılar, bu bilgileri

mağdurun direncini azaltmak, cinsel istismara hazırlamak ve cinsel ilişkiye geçmek için kullanabilir.^[6] Çocuğun güvenini kazanmak için istismarcı yaşını, kimliğini ve adresini gizler, kendisini istediği yaş ve cinsiyette gösterir. Birçok ergen aynı yaşta sandığı istismarcı ile bilmeden aylarca cinsel içerikli paylaşımlar yapabilmektedir.^[7] Çevrim içi taciz ise, cinsel olmayan saldırgan davranışların çevrimiçi olarak gönderilmesi olarak tanımlanmış, çevrimiçi cinsel taciz ise 18 yaşında veya daha büyük birisinin cinsel isteklerine maruz kalmak, cinsellik hakkında konuşmak olarak tanımlanmıştır. Yaşları 10-15 olan internet kullanıcılarının bir yıl içinde %33'ünün çevrimiçi saldırı ve tehditlere ve %15'inin cinsel tacize maruz kaldıkları belirlenmiştir.^[8,9] ŞY hem cinsel taciz hem de saldırgan tutuma maruz kalmıştır. Bunun sonucunda ortaya çıkan belirtiler ve konulan tanı birçok çevrimiçi taciz durumunda da gözlenmiştir. Cinsel istismara maruz kalan çocuklarda travma sonrası stres bozukluğu, disosiyatif bozukluklar, konversiyon bozuklukları, depresyon, düşük benlik saygısı, yoğun suçluluk, düşük güven duygusu, cinsel davranış bozuklukları ve cinsel kimlik bozuklukları ortaya çıkabilmektedir.^[10] Çevrimiçi tehdit, hakaret ve tacize maruz kalan çocukların zihinsel, ruhsal ve sosyal gelişimleri olumsuz etkilenebilmekte ve sosyal anksiyete gelişebilmektedir. Okul problemleri, madde kullanımı, saldırganlık gibi uyumsuz davranışlar görülebilmektedir.^[11,12] Hastamız kişisel bilgilerini Facebook ortamında paylaştığından, bu bilgiler istismarcı tarafından tehdit aracı olarak kullanılmıştır. Bizim olgumuz, istismarcıdan küfür, cinsel içerikli sözler ve tehdit mesajlarını sanal ortamda almıştır. Farklı zamanlarda gönderilen bu mesajlar nedeni ile olgumuz sanal ortamda cinsel tacize maruz kalmış ve günlük yaşantısı önemli ölçüde bozulmuştur. Hastamız durumunu ailesi ile paylaşmış olup, ailenin olumlu tutumu neticesinde gerekli mercilere başvuruda bulunularak olay kontrol altına alınmıştır. Çevrimiçi taciz sonrası olayı aile ile paylaşabilme olaydan zarar görmeyi azaltan en önemli faktörler arasında olsa da yapılan çalışmalar ergenlerin ancak dörtte birinin sanal ortamda karşılaştıkları cinsel tacizi ailelerine bildirdiklerini, olayın adli mercilere bildirilmesinin ise ancak %10'larda kaldığını göstermektedir. Çocukların çevrimiçi tacizinin tanımlanmış özgün bulguları yoktur. Bu duruma maruz kalan çocuklar travma sonrası stres bozukluğu veya duygudurum bozukluğu bulguları ile kliniklere başvururlar. Bu konuda sağlık çalışanlarının öncelikli ödevi aileleri uygun internet kullanımı konusunda bilgilendirerek bu tür olayların önlenmesine katkı sağlamak olmalıdır. Bu bağlamda, ergenlik dönemi öncesi bilgisayar ailenin ortak kullanım alanlarında bulunmalı, ekran başında geçirilen süre iki saatle kısıtlı tutulmalıdır. Ergenlerde internet kullanımını sadece gencin bildiği, tamamen denetimsiz bir alan olarak bırakılıp daha sonra 'girdikleri siteleri kontrol etmek' şeklinde bir

denetimden çok aileler bilgisayar kullanımı konusunda bilgi edinmeli ve bu konu ortak ilgi alanı olarak konuşulabilir ve oluşabilecek sorunlar paylaşılabılır konuma getirilmelidir. Kitlese bilgilendirme yöntemleri ile toplumun konu hakkında farkındalığı artırılmalıdır. Dürtü denetim güçlüğü yaşayan veya ebeveyn denetimi daha yetersiz ailelerden gelen çocuklar gibi risk altındaki çocukların aileleri, uygunsuz internet kullanımı ve doğabilecek sorunlar konusunda uyarılmalı ve gerekirse çocuk ergen ruh sağlığı uzmanlarınca takip konusunda yönlendirilmelidir.^[13]

Yapılan müdahale ile hastamızın sanal tacize bağlı gelişen "Akut Stres Bozukluğu" kısa sürede düzelmiştir. Bu olumlu gelişmede aile desteği önemli bir faktör olarak değerlendirilmiştir. Yetersiz aile desteği olması halinde; kalıcı ve ağır psikiyatrik durumlarla başbaşa kalabilirdi. Çevrimiçi cinsel tacize maruz kalanlarda bilişsel merkezli tedavi başarılı yaklaşım olarak değerlendirilmektedir. Aynı zamanda çocukların internete erişimine ebeveyn kontrolü, çocukların internet ortamında riskli davranışlar konusunda eğitilmesi ve riskli davranışlarının engellenmesi önerilmektedir.^[2,14] Olgumuzda uygulanan sık izlem temelli destekleyici tedavi ve olgunun internet alışkanlıkları ve gündelik aktivitelerinin yeniden şekillendirilmesini amaçlayan bilişsel davranışçı tedavi önerilen tedavi şekillerindedir. Bunun dışında eşlik eden psikiyatrik hastalığın niteliğine göre atipikantipsikotikler veya seçici serotoninin geri alım inhibitörleri gibi medikal tedavi alternatifleri de kullanılabilir.^[15]

Sonuç

Güvensiz internet kullanımı neticesinde çocuklar birçok riskle karşılaşabilmektedir. Çocukların internet yolu ile cinsel tacize uğraması üzerinde durulması gereken bir konu olarak öne çıkmaktadır. Bu durumda yeterli aile desteğinin önemli olduğu görülmüştür. Bununla birlikte bu tip istismarlara maruziyetin engellenmesinde çocukların internet erişiminde riskli davranışlar konusunda bilgilendirilmesi öncelikli olmalıdır. Bunun için ailelerin bilinçlendirilmesinin yanında, çocukların ev, okul ve internet kafe gibi tüm ortamlarda internet kullanımına yö-

nelik olarak; koruyucu ve sürekli sağlık hizmeti veren aile hekimlerinin kendi popülasyonlarındaki bireylere danışmanlık vermesi, çocuk ve ergenlerde uyarıcı belirtileri araştırması yerinde olacaktır.

Kaynaklar

1. Subrahmanyam K, Kraut RE, Greenfield PM, Gross EF. The impact of home computer use on children's activities and development. *Future Child* 2000;10:123-44.
2. Guan SS, Subrahmanyam K. Youth Internet use: risks and opportunities. *Curr Opin Psychiatry* 2009;22:351-6.
3. Aktaş Arnas Y. 3-18 Yaş grubu çocuk ve gençlerin interaktif iletişim araçlarını kullanma alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *The Turkish Online Journal of Educational Technology* 2005;4:59-66.
4. Subrahmanyam K, Greenfield P. Online communication and adolescent relationships. *Future Child* 2008;18:119-46.
5. Ybarra ML, Mitchell KJ, Finkelhor D, Wolak J. Internet prevention messages: targeting the right online behaviors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2007; 161:138-45.
6. Johnson S. Psychological force in sexual abuse: Implications for recovery. In: Schwartz BK, Cellini HR, editors. *The Sex Offender: New Insights, Treatment Innovations and Legal Developments*. Vol. II. Kingston, NJ: Civic Research Institute, 1997. p. 11-7.
7. McGrath MG, Casey E. Forensic psychiatry and the internet: practical perspectives on sexual predators and obsessional harassers in cyberspace. *J Am Acad Psychiatry Law* 2002;30:81-94.
8. Online victimization of youth: Five years later. Online harassment. http://www.missingkids.com/en_US/publications/NC167.pdf (Erişim tarihi: 21/05/2012).
9. Ybarra ML, Mitchell KJ. How risky are social networking sites? A comparison of places online where youth sexual solicitation and harassment occurs. *Pediatrics* 2008;121:350-7.
10. DSM-IV D. Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
11. Juvonen J, Gross EF. Extending the school grounds?--Bullying experiences in cyberspace. *J Sch Health* 2008;78:496-505.
12. Hinduja S, Patchin JW. Cyberbullying: An exploratory analysis of factors related to offending and victimization. *Deviant Behavior* 2008;29:129-56.
13. Stanley J. Child abuse and the Internet. Melbourne: Australian Institute of Family Studies, National Child Protection Clearing House; 2001;15:1-17.
14. Wolak J, Finkelhor D, Mitchell KJ, Ybarra ML. Online "predators" and their victims: myths, realities, and implications for prevention and treatment. *Am Psychol* 2008;63:111-28.
15. Young KS. Cognitive behavior therapy with Internet addicts: treatment outcomes and implications. *Cyberpsychol Behav* 2007;10:671-9.

Geliş tarihi: 20.04.2012

Kabul tarihi: 15.08.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Turan Set

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, 25240, Erzurum

Tel: 0442 231 25 28

e-posta: turanset@gmail.com

The training of family medicine specialists and training in general practice

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimi ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında eğitim

Niels Kristian Kjaer¹

Summary

This article contains thoughts and reflections about training in general practice and the use of learning goals. It is based on experiences from Scandinavia and findings in literature. It describes the complexity of a medical competence, it suggests a structure for training in family medicine and it gives advice about how to write and how to use learning goals in vocational training.

Key words: Learning, vocational education, general practice/ family practice.

Özet

Bu makale aile hekimliğinde eğitim ve öğrenme hedeflerinin kullanımı üzerine görüş ve yansımalar içermektedir. İskandinavya'daki deneyimlere ve literatürdeki bulgulara dayanmaktadır. Makale tıbbi yeterlikteki karmaşıklıkları tanımlamaktadır, aile hekimliği eğitimi için bir yapı önermekte ve uzmanlık eğitiminde öğrenme hedeflerinin nasıl yazılacağı ve nasıl kullanılacağı hakkında tavsiyede bulunmaktadır.

Anahtar sözcükler: Öğrenme, uzmanlık eğitimi, aile hekimliği.

Family Medicine As Part of Basic Postgraduate Training

The transition from university to clinical practice can be a challenge.^[1] Many countries therefore have basic postgraduate programmes for newly educated doctors as preparation before they enter specialist training. The Foundation Programme in the United Kingdom (UK) is an example of such an introductory programme.^[2] In the UK and several Scandinavian countries, family medicine is part of this basic postgraduate medical training programme. A Danish study has compared basic postgraduate training in internal medicine departments, in surgical departments and in general practice.^[3,4]

The study showed that general practice provided better supervision and better learning support than hospital departments.^[3,4] It also showed that the inclusion of family medicine in basic training was beneficial for all young doctors, especially for doctors aiming at hospital careers.^[4]

Progressive countries that aim for a comprehensive healthcare system should consider introducing general

practice as a mandatory part of basic postgraduate training programme for all their new graduates, no matter what specialism they are aiming for.^[4]

Family Medicine Programmes Throughout Europe

The specialist training programmes for family medicine vary throughout Europe, probably due to differences in traditions and in tasks. The majority of countries have three year programmes, some have fewer and a growing number have more.

There has been a tendency to shift from training primarily in hospitals towards more and more training based in general practice surgeries, most evident in Norway. This development, however, makes it important to develop and to ensure the quality of training in general practice. Without proper learning facilities and skilled General Practitioner (GP) trainers, we cannot expect benefits from expanding the training into general practice.^[5]

¹⁾ Research Unit of General Practice, Institute of Public Health, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

The optimal length of a family medicine program and the most beneficial distribution between training in hospitals and general practice are not known. The intensiveness of the training and the quality of supervision affects the amount of training needed.

Several European countries have successful three year programmes, from which competent family medicine specialists seem to graduate. It is my personal impression, though, that a significant number of the newly educated family physicians from the three year programmes, feel neither proficient nor confident. These GPs often request some kind of support or specific continuous professional development activities during their first years of practice. In my view, since proficient and confident doctors are presumed to be a good investment for the society, this indicates that an extension of the programmes could be beneficial.

Why Are Proficiency and Confidence Needed?

In a country like Denmark, 90% of primary patient encounters are solved completely in general practice. If Danish GPs started to refer just 1% more patients to the hospitals, it would raise the patient flow through the Danish hospitals by 10%. Even a slight impact on the competence level in general practice, therefore, would have a significant impact on the hospital sector. If a country were to decide to use the same amount of time and energy on educating their specialists in family medicine as it does on educating its other specialists, it would probably make one of the strongest and most cost effective investments possible in its health care system.^[6]

I would therefore suggest a family medicine programme lasting 4 or 5 years, depending on national ambitions and expectations of the role of family medicine within the national health care organization.

High quality demands more than length of programme. Experiences from the Nordic countries and UK show it is also necessary to have an organization which defines the framework for the family medicine training, ensures the quality of the training, sets the professional standards, develops 'train the trainer' programmes and so forth. It is clear that this organization requires a profound and comprehensive insight into the professional context of family medicine.

This could be a national family medicine college such as the Royal College of General Practitioners in the UK^[7] or the Danish College of Family Medicine in Denmark. An alternative approach could be to allow university departments in family medicine to be responsible for set-

ting the standards for training. If this road is followed, these university departments would have to run their own family medicine clinics in order to keep in touch with real patients and the core content of family medicine as a clinical speciality. Family medicine should not, however, choose a model very different from the other specialities if the intended aim is confident and proficient family physicians. I would recommend that the authorities consider how hospital specialities are run in their country, and how the quality and professional standards are ensured, and then select similar procedures for family medicine.

The Use of Learning Goals in Family Medicine Training

Almost all family medicine training programmes have a curriculum with a set of learning goals. The documentation for the benefits of learning goals in clinical education is sparse. We do not know whether the missing evidence is due the quality of the goals used, due to the conditions for clinical training or simply because it is difficult to show proper educational effect in general.

We know that learning goals can be formulated both too broadly/generally, or focused too narrowly.^[8] If a broad goal such as "handle patients with acute medical problems" is used, it remains up to the individual trainer to define the specific outcome, based on his own experience and understanding. If the trainer is a hospital consultant, this understanding might be different from that of a GP trainer. Even between family physicians at university clinics and local working GPs, there can be difference in the conceptualizing of a goal. Very different training outcomes might be achieved when using very broadly formulated goals, despite the trainees are using the same learning goals in principle,^[8] unless the learning frames are defined very precisely.

If narrow goals are used, several hundreds, maybe thousands, of goals would have to be formulated in order to cover all the issues a family physician might handle. This could easily lead to a loss of not only the overview but also the complexity of family medicine. Training would become a tick box exercise instead of the development of medical expertise.

Another challenge for authors of curriculums is the educational dilemma of opportunistic vs. goal-oriented education.^[8] Opportunistic learning is learning from the 'coincidental', from the patients of the day, while goal-oriented education focuses on obtaining the pre-defined learning outcomes. If the training is "too" goal-oriented, there is a risk of losing good learning opportunities, because the trainee has to focus on the next goal on the list

instead of on the patient in front of him. In training without any goal however, there is a risk of missing important parts of the necessary learning, missing incentives for specific feedback and missing a framework for assessment. Clinical training relies on opportunistic learning and learning from all patient encounters. The “patient centered approach” should always be defended in family medicine. In general practice it is the patient’s perception of the problem, which is the starting point for the consultation. Learning goals in family medicine should support this perspective and not harm or disturb it by setting its own agenda. It is therefore important to achieve the right balance between goal-oriented and opportunistic learning. It is also necessary to understand that it is not possible to define all the necessary competences because of the unpredictable nature of a GP’s working life.

These conditions provide a real challenge for curriculum authors, since good learning goals are nevertheless necessary. We need them as necessary arguments, in order to define and argue for proper learning frameworks. Trainers need them in order to provide efficient feedback and trainees need them as “a pair of glasses”, to make it possible to see the family medicine perspective in the sea of incalculable learning opportunities.^[9] Furthermore, a set of authentic learning goals would show the world what a GP is capable of, which is often more than hospital doctors and society expect.

How to Write a Good Learning Goal

When you write a learning goal, the verb used, is of crucial importance because there is a taxonomy in learning objectives. If you phrase the objective as: “need to know” you ask for knowledge. If you use “can apply an intra uterine device.....” you ask for skills. If, however, you use “be able to handle patients with stomach complaints” you ask for performance. In the request for performance, knowledge, skills and attitudes will be embedded. Further, a request for knowledge cannot ensure that that knowledge will be properly applied in a clinical situation. Curriculum authors therefore always have to consider carefully their choice of verb in writing learning goals.

There has been a tendency to move away from nosological (diagnosis-oriented) and procedure-oriented goals towards speciality-oriented and outcome-based goals. This seems rational because neither a diagnosis-oriented nor a procedure-oriented curriculum takes full account of the complexity of general practice.

Furthermore, a very important part of the general practitioner’s competence is the ability to detect and define the problems of unselected patients. The GP must, so to speak, be able to navigate in the pre-diagnostic phase. The diagnosis-oriented curriculum, with goals such as “be able to treat patients with pneumonia”, does not therefore fully acknowledge the GP’s competence. If you instead formulate the goal as: “be able to diagnose, treat or (if needed) refer patients with a cough”, then the goal indicates that the GP has to be able make diagnostic distinctions between asthma, cold, congestive heart disease, gastro-intestinal reflux, cancer, psychological conditions, tuberculosis, pneumonia and other possible causes of the cough. He or she has to show that the diagnostic activities are relevant and cost efficient for the specific patient he or she encounters.

I am reluctant to recommend a specialty-oriented curriculum using goals such as “be able to treat patients with urological complaints or gynecological complaints”, since these hospital-oriented specialties define the competencies on selected patients, and the clinical experiences from hospitals cannot uncritically be transferred to the unselected patients in general practices. Furthermore, many entrance symptoms to general practice cannot be classified according to a hospital specialism. In which specialism would you, for example, place the patient who says: “I am so tired doctor”?

Outcome based learning goals describe the capacities or competences, which are needed when the trainee has entered the role of a family medicine specialist.

The learning goals are often arranged in frameworks, which describe different “areas of competence”. EURACT* has made one type of framework,^[10] another example is the CanMEDS** roles.^[11] The CanMEDS framework defines a number of doctors’ roles, such as medical expert, health advocate, communicator, academic, collaborator etc.

The specific learning goals are allocated within one of these “roles”. In the daily training, frameworks are often criticized by the GP trainer. They find these frameworks artificial compared with real life. However, the use of frameworks can easily be defended. In the case of a problematic trainee, the framework and the learning goal can give a specific understanding of the nature of the problem. It can provide a language, which can be used in the feedback. GP trainers’ “gut reactions” are probably a relatively reliable way of making judgements, but they provide lit-

*EURACT: European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine

**CanMEDS: Physician Competency Framework of Canada

tle aid to a trainee who needs constructive and specific feedback in order to improve.

Besides supporting the detection of learner problems, outcome- or competency-based education has additional advantages. In the attempt to define and describe the competencies of a GP, it becomes apparent which learning opportunities and feedback you need to train, obtain and develop the defined competences.

Looking at the competencies of an experienced GP and turning these competencies into the learning goals for future family physicians is, in theory, the perfect solution. In reality it is a great challenge and it is far from uncomplicated. First of all, it requires that we can define all the competencies a GP possesses, which is very difficult. It is also very complicated, if not impossible, to assess these broadly defined competences in a valid and reliable way. Problems quickly arise in attempting to define the competencies. It requires a mutual understanding of the concept “competence”.

What is a Medical Competence

As previously stated, it is a challenge to define the right outcome or competences in an operational sense.

In the literature, a competence is often defined as a combination of knowledge, skills and attitudes. This understanding is inspired by Aristoteles^[12] but does not, in my opinion, provide an operational understanding suitable for educational planning.

I prefer another definition, which considers competence as a combination of evidence-based knowledge, experience-based knowledge, a motivation and ability to assess and improve oneself, and an ability to perform the relevant skills in a given context.

In other words, a competence is more than to know and to know how to, it is also to know when, to know why, to know how it works and to know without conscious knowledge.

To know “when”, is the ability to initiate your knowledge and skills in the relevant situations, and to be able to transfer knowledge obtained in one context and use it in another context (transferable ability).

It is important not to regard “evidence” and “experience” as conflicting factors.

Best practice will always be:

Evidence based medicine; Performed by experienced minds; In a clinical setting which allows academic reflections, commitment to continuous development and is relevant for the patients.^[14]

To know “why” is the moral and meta-cognitive capacity required to ensure performance as a scholar. It is also the ability to place oneself, and the organization’s qualifications, into perspective.

To know “how it works” is the ability to monitor one’s own performance, which is a prerequisite for continuous development and deliberate practice.

To know “without conscious knowledge” implies that an important part of experience skills is based on tacit knowledge^[13] and if tacit knowledge is eliminated from competence there will be a reduction in the quality in health care.^[14]

In order to educate the best qualified future specialist doctors in family medicine, consideration must be given to strengthening and including:

1. The way in which evidence-based knowledge is updated,
2. The development of personal experience-based knowledge,
3. The support of deliberate practice,
4. The importance of context.

The Importance for Learning in Context

It has long been known that context is relevant for learning,^[15] and there is a growing literature describing contextual learning.^[16] In family medicine, Kramer et al. have shown that family medicine is best learned within general practice.^[17] We have similar findings from Danish training evaluations.^[18] In medicine there seems to be a hierarchy of medical specialisms, some doctors seeming to believe that a cardiologist is superior to a family physician, and some believe it is more challenging to work at a university than in a village family medicine clinic. I have a very deep respect for university professors but it is also very important that both the professor in cardiology and the family physician are competent if we want a high quality health care system.^[19] They require competencies in different areas for different professional tasks, and therefore they require training in different settings.

You can’t learn to play folk music on a violin exclusively by sweeping the floor in a famous concert hall, nor by playing the triangle in a symphony orchestra. You also need to train together with skilled folk music violinists. Learning goals only make sense if they are trained for in a realistic setting with relevant learning opportunities.^[8]

It seems quite straightforward, but the hierarchy-based understanding seems to distract logical considerations. This understanding suggests that there is a direct correlation between professional esteem and best learn-

ing outcome, unfortunately ignoring the type of the specifically needed skills.

In my opinion a proper family medicine programme should contain both training in general practice and/or family medicine at university clinics and at hospital departments. The common health problems are easily learned in family medicine clinics but there are also some less common though significant conditions relevant for all future family physicians. These conditions are best seen at specialised departments. The clinical pre-graduate training during university training is variable in intensity and clinical decision-making is best learned after graduation.^[8] Therefore postgraduate clinical exposure to patients with relevant and significant illnesses or complications is beneficial. Furthermore, it is an advantage if hospital doctors and family physicians have a substantial understanding of each others' working conditions. This would provide better collaboration between the sectors of health care and strengthen the information given to patients.^[4] Mutual understanding is also expected to optimize the quality in referrals.^[20]

As previously stated, the most beneficial distribution between training in hospitals and general practice is not known. The distribution of the training should be decided after a thorough analysis of the required competencies, the optimal learning frame, and the quality of training and of the accessibility to skilled trainers. If university clinics for family medicine are involved, it is important to consider how close this setting is to an ordinary family medicine clinic and to the type of patients and problems there.

In my experience, 1/2 to 2/3 of the time in general practice and 1/2 to 1/3 of the time at hospital departments is the best balance. It would be very difficult to argue for a training programme which had more training at hospitals than in general practice.

Focused Learning

We have to accept that the evidence for the benefits of introducing new learning goals is sparse.^[8] It seems to be the learning frames and learning opportunities which determine the learning outcomes and not the goals.^[8,21] If the value of clinical training is to be strengthened, we have to do more than write a new curriculum. It is evident that training, in combination with feedback, stimulates the development of medical expertise. A way forward could be to strengthen "focused learning". In "focused learning" the goals should primarily be used to define the most relevant context and proper learning frames in order to ensure exposure to learning opportunities. The goals should however also be used:

The ideal training for future family physicians:

- Is based primarily in general practice with supplementary placements in relevant hospital departments.
- Is carried out in close contact with the GP trainers, who are trained in giving feedback. Includes sufficient time for supervision, discussion and feedback.
- Defines learning opportunities from an authentic curriculum which respects the complex nature of a medical competence.
- Includes a feasible assessment strategy which supports the trainee's development of awareness of their own level of competence and which detects trainees with potential problems and provides these with fair and valid testing.

- To ensure the proper teaching qualities of the trainers, in order to provide proper feedback
- To ensure time and space for supervision and feedback in the daily training
- As a guide for the trainers' feedback and as a framework for educational discussions

Feedback is of major importance for the development of medical expertise and the more specific and constructive it is the better. Some trainers miss having a language and framework to support proper feedback^[22] and this could be provided within a proper curriculum. Focused learning would benefit from a clinically authentic curriculum whilst curriculum authors should be careful not to write a traditional "university like" curriculum. Instead they should try to describe the core areas of family medicine, in order to define frameworks for focused learning and feedback in a relevant context.

Meeting the Trainee

Proper training should also focus on how to meet the trainee in the most feasible way, when he or she enters the training programme.^[23] When trainees start their postgraduate specialist training they already have a significant amount of evidence-based textbook knowledge and a strong ambition to improve. The training should focus on how to maintain both this knowledge and their motivation. But the training should also focus on how to build up their personal experience-based knowledge and skills, and how to make their knowledge and skills operational in the context of general practice. The training should recognise that trainees need close support when they enter the programme, but at the same time ensure that the trainees become independent learners during the programme. The trainees have to be capable of working on their own as FP/GPs when they leave the programme. Therefore every programme should have inbuilt the development of the learner's responsibility.^[24]

Assessment

In all learning some kind of assessment is needed. However, the issue is complex and mis-used assessment may harm learning. The role of assessment in clinical training is not part of this article, but it requires significant consideration in connection with curriculum design.

References

1. Prince KJ, Boshuizen HP, van der Vleuten CP, Scherpbier AJ. Students' opinions about their preparation for clinical practice. *Med Educ* 2005;39:704-12.
2. Hays R. Foundation programme for newly qualified doctors. *BMJ* 2005;331:465-6.
3. Kjaer NK, Qvesel D, Kodal T. An evaluation of the 18- and 12-month basic postgraduate training programmes in Denmark. *Dan Med Bull* 2010;57:A4167.
4. Kjaer NK, Kodal T, Qvesel D. The role of general practice in postgraduate basic training. *Med Teach* 2010;32:e448-52.
5. Guldal D, Windac A, Allen J, Maagaard R, Kjaer NK. Educational expectations of GP trainers. A EURACT needs analysis. *Eur J Gen Pract* 2012. doi:10.3109/13814788.2012.712958
6. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gac Sanit* 2012;26(Suppl 1):20-6.
7. Royal College of General Practitioners. Available from: www.rcgp.org.uk.
8. Kjaer N, Kodal T, Qvesel D. Introducing competency-based postgraduate medical training: gains and losses. *International Journal of Medical Education* 2011;2:110-5.
9. Kjaer NK, Maagaard R, Wied S. Using an online portfolio in postgraduate training. *Med Teach* 2006;28:708-12.
10. EURACT. Available from: <http://woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>.
11. Ringsted C, Hansen TL, Davis D, Scherpbier A. Are some of the challenging aspects of the CanMEDS roles valid outside Canada? *Med Educ* 2006;40:807-15.
12. Aristoteles. Nicomachean Ethics. 350 BC; Book VI, 15-30.
13. Ponlany M. The tacit dimension. London: Routledge & Kegan Paul; 1967.
14. Kjaer NK. Between science and practice. Science in practice--a theoretical perspective on learning. [Article in Danish] *Ugeskr Laeger* 2003;165:3397-400.
15. Godden D, Baddely, AD. Context depending memory in two natural environments: on land and underwater. *Br J Psychol* 1975;66:325-31.
16. Mikkelsen J, Holm HA. Contextual learning to improve health care and patient safety. *Educ Health (Abingdon)* 2007;20:124.
17. Kramer AW, Dusman H, Tan LH, Jansen KJ, Grol RP, van der Vleuten CP. Effect of extension of postgraduate training in general practice on the acquisition of knowledge of trainees. *Fam Pract* 2003;20:207-12.
18. Evaluer.dk. www.evaluer.dk adresinden 01.07.2012 tarihinde erişilmiştir.
19. Starfield B. Challenges to primary care from co- and multi-morbidity. *Prim Health Care Res Dev* 2011;12:1-2.
20. Kjaer NK, Maagaard R. General practice education--why and in which direction? [Article in Danish] *Ugeskr Laeger* 2008;170:3506.
21. Trowler P, Cooper A. Teaching and learning regimes: implicit theories and recurrent practices in the enhancement of teaching and learning through educational development programmes. *Higher Education Research and Development* 2002;21:221-40.
22. Kjaer N, Tulinius, C. Learning in General Practice in Denmark Maastricht University 2003. www.telemedicin.dk/nk/ref adresinden 01.07.2012 tarihinde erişilmiştir.
23. Kierkegaard S. On my work as author. Chapter one, A, paragraf two, 1859.
24. Vermunt J, Verloop, N. Congruence and friction between learning and teaching. *Learning and Instruction* 1999;9:257-80.

Aile hekimliği uzmanlarının eğitimi ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında eğitim

The training of family medicine specialists and training in general practice

Niels Kristian Kjaer¹

Mezuniyet Sonrası Temel Eğitimin Bir Parçası Olarak Aile Hekimliği

Üniversiteden klinik pratiğe geçiş zorlayıcı olabilir.^[1] Bu nedenle birçok ülkenin yeni mezunları için uzmanlık eğitimine başlamadan önce mezuniyet sonrası temel eğitim programları vardır. Birleşik Krallık'taki temel eğitim programı böyle bir giriş programına örnektir.^[2] Birleşik Krallık ve birçok İskandinav ülkesinde aile hekimliği, mezuniyet sonrası temel tıp eğitimi programının bir parçasıdır. Danimarka'da yapılan bir çalışma iç hastalıkları ve cerrahi bölümleriyle birinci basamakta aile hekimliği uygulamasında verilen mezuniyet sonrası temel eğitimi karşılaştırmıştır.^[3,4]

Mezuniyet Sonrası Temel Eğitimin Bir Parçası Olarak Aile Hekimliği

Üniversiteden klinik pratiğe geçiş zorlayıcı olabilir.^[1] Bu nedenle birçok ülkenin yeni mezunları için uzmanlık eğitimine başlamadan önce mezuniyet sonrası temel eğitim programları vardır. Birleşik Krallık'taki temel eğitim programı böyle bir giriş programına örnektir.^[2] Birleşik Krallık ve birçok İskandinav ülkesinde aile hekimliği, mezuniyet sonrası temel tıp eğitimi programının bir parçasıdır. Danimarka'da yapılan bir çalışma iç hastalıkları ve cerrahi bölümleriyle birinci basamakta aile hekimliği uygulamasında verilen mezuniyet sonrası temel eğitimi karşılaştırmıştır.^[3,4]

Bu çalışma hastanelere kıyasla birinci basamakta gözetim ve öğrenme desteğinin daha iyi olduğunu göstermiştir.^[3,4] Çalışma aynı zamanda temel eğitimde aile hekimliğinin yer almasının, başta hastanelerde kariyer yapmak isteyenler üzere tüm genç doktorlar için yararlı olduğunu da göstermiştir.^[4]

Kapsamlı bir sağlık sistemini hedefleyen gelişen ülkeler, hangi uzmanlık dalını hedeflerse hedeflesinler, tüm mezunları için aile hekimliğini mezuniyet sonrası temel eğitim programı içine almayı düşünmelidirler.^[4]

Avrupa'da Aile Hekimliği Programları

Olasılıkla geleneklerdeki ve görev tanımlarındaki farklılıklar nedeniyle, Avrupa genelinde aile hekimliği uzmanlık eğitimi programları çeşitlilik gösterir. Ülkelerin çoğunda üç yıllık programlar vardır; bazılarında süre daha azdır ve giderek artan sayıda ülkede ise daha uzun süreli programlar bulunmaktadır.

Norveç'te en belirgin olmak üzere, esasen hastanelerde verilen eğitimin gittikçe daha çok aile hekimliği birimlerinde verilen eğitime doğru bir eğilim görülmektedir. Ancak bu gelişme, aile hekimliğinde eğitimin kalitesinin geliştirilmesini önemli kılmaktadır. Uygun öğrenme olanakları ve eğitici becerileri edinmiş aile hekimliği eğiticileri olmadan, eğitimin aile hekimliğine yayılmasının yararlı olmasını bekleyemeyiz.^[5]

Aile hekimliği eğitim süresinin optimum uzunluğu ve eğitimin hastaneler ile aile hekimliği arasında en yararlı dağılım oranı bilinmemektedir. Eğitimin yoğunluğu ve eğitsel gözetimin kalitesi gereksinim duyulan eğitim süresini etkilemektedir.

Birçok Avrupa ülkesinde yeterlik kazanmış aile hekimliği uzmanlarının yetiştiği üç yıllık başarılı programlar vardır. Buna karşın, benim kişisel görüşüm, üç yıllık programlardan yeni mezun önemli sayıda aile hekimliği uzmanı kendilerini yeterli ve emin hissetmemektedir. Bu aile hekimleri sıklıkla mesleğin ilk yıllarında bir çeşit destek ya da sürekli mesleki gelişim etkinlikleri istemektedir. Benim görüşüme göre, yetkin ve kendinden emin doktorlar toplum için iyi bir yatırım olduğundan, eğitim programlarının uzaması yararlı olabilir.

Yetkinlik ve Kendine Güven Neden Gereklidir?

Danimarka'da, belli bir sağlık sorunuyla ilk defa başvuran hastaların sorunları %90 oranında aile hekimliğinde

¹⁾ Aile Hekimliği Araştırma Birimi, Halk Sağlığı Enstitüsü, Güney Danimarka Üniversitesi, Odense, Danimarka

çözülmetedir. Danimarkalı aile hekimleri hastane sevklerini sadece %1 oranında artırsa, Danimarka hastanelerine hasta akışı %10 oranında artardı. Dolayısıyla aile hekimliğindeki yeterlik düzeyine etki edecek küçük bir müdahale bile hastane sektörü üzerinde anlamlı bir etki yapacaktır. Eğer bir ülke diğer uzmanların yetişmesi için harcadığı zaman ve enerjiyi aile hekimliği uzmanlarına harcamaya karar verse, olasılıkla sağlık sistemine yapabileceği en güçlü ve maliyet etkili yatırımı yapmış olurdu.^[6]

Bu nedenle, ulusal sağlık hizmeti örgütlenmesi içerisinde aile hekimliğinin rolüne ilişkin beklentilere ve isteklere bağlı olarak 4 yada 5 yıl süren bir aile hekimliği programı tavsiye ederim.

Yüksek kalite için programın uzunluğundan daha fazlasına gereksinim vardır. Kuzey ülkeleri ve Birleşik Krallık deneyimleri, aile hekimliği uzmanlık eğitimi için bir çerçeve çizen, eğitimin kalitesini güvenceye alan, mesleki standartları oluşturan, eğiticinin eğitimi programları geliştiren bir yapılanmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bu yapılanmanın aile hekimliğinin mesleki bağlamına ilişkin derin ve kapsamlı bir içgörüyü sahip olmayı gerektirdiği açıktır.

Birleşik Krallık'taki RCGP (Aile Hekimleri Kraliyet Koleji).^[7] veya Danimarka'daki DCFM (Danimarka Aile Hekimliği Koleji) gibi ulusal aile hekimliği birlikleri, bu tip yapılanmalara örnek olarak verilebilir. Eğitim standartlarını belirleme sorumluluğunun üniversite aile hekimliği bölümlerine verilmesi alternatif bir yaklaşım olabilir. Eğer bu yol seçilecek olursa üniversite bölümleri, klinik bir uzmanlık olarak aile hekimliğinin çekirdek içeriğiyle ve gerçek hastalarla temas kurmak için kendi aile hekimliği kliniklerini işletmek durumunda kalacaklardır. Bununla birlikte aile hekimliği kendine güvenen ve yetkin aile hekimleri yetiştirmeyi amaçlıyorsa seçtiği modelin diğer uzmanlıklardan fazla farklı olmaması gereklidir. Yetkili makamların ülkelerindeki hastane uzmanlıklarında bu işlerin nasıl yapıldığını, kalite ve mesleki standartların nasıl sağlandığını dikkate almalarını ve aile hekimliği için de benzer uygulamaları seçmelerini öneririm.

Aile Hekimliği Eğitiminde Öğrenme Hedeflerinin Kullanımı

Hemen hemen tüm aile hekimliği eğitim programlarında bir dizi öğrenme hedefini içeren müfredatlar bulunmaktadır. Klinik eğitimde öğrenme hedeflerinin yararları hakkındaki literatür sınırlıdır. Kanıt eksikliğinin nedeninin kullanılan hedeflerin kalitesinden, klinik eğitim koşullarından veya basitçe uygun eğitsel etkilerin gösterilmesinin genel zorluğundan kaynaklanıp kaynaklanmadığını bilmiyoruz.

Öğrenme hedeflerinin çok geniş/genel ya da çok dar ve odaklı hazırlanabileceğini biliyoruz.^[8] 'Akut tıbbi sorunları olan hastaları yönetebilmek' gibi genel bir hedef kullanıldığında, özgül çıktının tanımlanması eğiticinin kendi deneyimi ve anlayışına kalmaktadır. Eğitici bir hastane konsültanı ise, bu anlayış aile hekimliği eğiticisininkinden farklı olabilir. Üniversite kliniğinde veya bölgede çalışan aile hekimleri arasında bile hedeflerin kavramsallaştırılması açısından fark olabilir. Çok geniş oluşturulan hedefler kullanıldığında, eğitim alanlar ilkesel olarak aynı öğrenme hedeflerini kullansalar bile, öğrenme çerçeveleri çok kesin olarak tanımlanmadıkça çok farklı eğitim çıktılarına ulaşılabilir.^[8]

Eğer dar hedefler kullanılır ise bir aile hekiminin ele alabileceği bütün konuları kapsayacak şekilde yüzlerce hatta binlerce öğrenme hedefi oluşturulması gerekecektir. Bu da kolaylıkla aile hekimliğinin yalnızca genel bakışının değil karmaşıklığının da kaybolmasına yol açabilir. Eğitim tıbbi meslek deneyimi yerine bir kontrol listesi ezersizine dönüşebilir.

Müfredatları oluşturan uzmanlar için diğer bir zorluk da fırsatçı eğitim ile hedef yönelimli eğitim arasındaki eğitsel ikilemdir.^[8] Fırsatçı öğrenme günlük hastalardan raslantıyla gerçekleşen öğrenmedir; buna karşılık hedef yönelimli öğrenme önceden belirlenmiş öğrenme çıktılarını elde etmeye odaklanmaktadır. Eğer eğitim çok fazla hedef yönelimli ise, iyi öğrenme fırsatlarının kaçırılması riski vardır; çünkü öğrenen (uzmanlık öğrencisi) karşısındaki hastaya değil listedeki bir sonraki hedefe odaklanacaktır. Herhangi bir hedefi olmayan eğitimde ise, gerekli öğrenmenin önemli kısımlarını ve özgül geribildirim teşviklerini kaçırma ve değerlendirme için çerçeve eksikliği riski vardır. Klinik eğitim fırsatçı öğrenme ve tüm hasta karşılaşmalarından öğrenme temelinde gerçekleşir. Aile hekimliğinde her zaman "hasta merkezli yaklaşım" savunulmalıdır. Aile hekimliğinde hasta görüşmesinin başlangıç noktası hastanın kendi problemini nasıl algıladığıdır. Öğrenme hedefleri bu bakış açısını desteklemeli ve aile hekimleri kendi gündemlerini dayatarak engelleyici olmamalıdır. Bu nedenle hedef yönelimli ve fırsatçı öğrenme arasındaki dengenin sağlanması önemlidir. Aile hekiminin çalışma yaşamının öngörülemez doğasından ötürü gerekli tüm yeterliklerin tanımlanamayacağına anlaşılması da gereklidir.

Yine de iyi öğrenme hedefleri her zaman gerekli olduğundan, bu durumlar müfredat hazırlayanlar için önemli bir meydan okuma oluşturur. Uygun öğrenme çerçeveleri tanımlamak ve tartışmak için gerekli savlar olarak bu hedeflere gereksinmemiz vardır. Eğiticiler etkili geribildirim vermek, uzmanlık öğrencileri de etkin öğrenme fırsatları

denizinde aile hekimliği bakış açısından bakabilmek için, bu hedeflere ‘bir gözlük’ kadar gereksinim duyarlar.^[9] Bunun da ötesinde bir dizi özgün öğrenme hedefi, bir aile hekiminin genellikle hastane doktorlarınınkinden ve toplumun beklentisinden daha fazla olan yapabileceklerini tüm dünyaya gösterecektir.

İyi Bir Öğrenme Hedefi Nasıl Yazılır

Bir öğrenme hedefi yazarken, öğrenme hedeflerinin bir sınıflandırması olduğundan dolayı fiil seçimi çok önemlidir. Eğer bir hedefi “...’yı bilmesi gerekir” olarak ifade ederseniz bilgiyi sorgularsınız. Eğer “...RIA (rahim içi araç) uygular” dersiniz beceriyi sorgularsınız. Ancak eğer “mide yakınmaları olan hastaları yönetebilmelidir” dersiniz performansı sorgularsınız. Performans sorgusunun içine bilgi, beceri ve tutumlar girer. Bilgi sorgulaması bilginin klinik duruma uygun olarak kullanımını içermez. Bu nedenle müfredat hazırlayanlar öğrenme hedeflerini yazarken fiilleri dikkatle seçmelidirler.

Tanı ve girişim yönelimli hedeflerden uzmanlık yönelimli ve çıktıya dayalı hedeflere yönelme eğilimi vardır. Ne tanı ne de girişim yönelimli bir müfredat aile hekimliğinin karmaşıklığını tam olarak yansıtmadığı için bu akılcı görünmektedir. Dahası aile hekiminin yeterliğinin önemli bir bölümünü, seçilmemiş hastaların sorunlarını saptayabilme ve tanımlayabilme oluşturur. Doğrusunu söylemek gerekirse aile hekimi tanı öncesi evreyi de araştırabilmelidir. Bu nedenle “pnömonili hastaları tedavi edebilmelidir” gibi bir hedefi olan tanı yönelimli eğitim programı, aile hekiminin yeterliğini tam olarak açıklamaz. Bunun yerine hedefi “öksürüğü olan hastaları tanıyabilir, tedavi ve (gerektiğinde) sevk edebilir” şeklinde yapılandırırsanız, o zaman bu hedef aile hekiminin astım, soğuk algınlığı, kalp yetmezliği, gastrointestinal reflü, kanser, psikolojik durumlar, tüberküloz, pnömoni ve öksürüğün diğer olası nedenleri arasında ayırıcı tanı yapabileceğini gösterir. Aile hekmi, istediği tanısal etkinliklerin karşılaştığı özgül hasta için uygun ve maliyet etkili olduğunu gösterebilmelidir.

“Ürolojik veya jinekolojik yakınmaları olan hastaları tedavi edebilir” gibi hedefleri kullanan uzmanlık yönelimli bir müfredat önerilmesine karşıyım; çünkü bu hastane yönelimli uzmanlıklar seçilmiş hastalar üzerindeki yeterlikleri tanımlarlar ve hastanelerde edinilen klinik deneyimler aile hekimliği uygulamalarındaki seçilmemiş hastalara eleştiri süzgecinden geçirilmeden aktarılamaz. Dahası, ai-

le hekimliğine ilk başvurudaki yakınmalar hastane uzmanlığına göre sınıflandırılmaz. Örneğin “doktor o kadar yorgunum ki” diyen bir hastayı hangi uzmanlık dalı için uygun bulursunuz?

Çıktıya dayalı öğrenme hedefleri, uzmanlık öğrencisi aile hekimliği uzmanı olarak göreve başladığında gerekli olacak kapasite ve yeterlikleri tanımlamaktadır.

Öğrenme hedefleri sıklıkla farklı “yeterlik alanları” tanımlayacak şekilde çerçevelendirilmiştir. EURACT* bununla ilgili bir çerçeve geliştirmiştir,^[10] diğer bir örnek ise CanMEDS’in** tarif ettiği rollerdir.^[11] CanMEDS çerçevesi tıbbi uzman, sağlık savunmanı, iletişimci, akademisyen, işbirlikçi vb. birtakım doktor rollerini tanımlamaktadır.

Özgül öğrenme hedefleri bu "rollerden" biri için ayrılır. Günlük eğitimde bu tip çerçeveler genellikle aile hekimliği eğitici tarafından eleştirilmektedir. Onlar bu çerçeveleri gerçek yaşam ile karşılaştırdıklarında yapay bulmaktadırlar. Ancak çerçevelerin kullanımı kolaylıkla savunulabilir. Sorunlu bir uzmanlık öğrencisinin varlığında, çerçeve ve öğrenme hedefi sorunun doğasının açıklanmasında yararlı olabilir. Geribildirimde kullanılacak bir dil oluşturulmasını sağlar. Aile hekimliği eğiticilerinin “sezgisel reaksiyonları” göreceli güvenilir bir karar verme yöntemi olarak kabul edilebilir, fakat bunlar gelişimi için yapıcı ve özgül geribildirim gereksinim duyan uzmanlık öğrencisine çok az yardım sağlar.

Öğrenci sorunlarının saptanmasını desteklemenin yanı sıra, çıktı veya yeterliğe dayalı eğitimin ek üstünlükleri de vardır. Bir aile hekiminin yeterliklerini tanımlama ve açıklamaya giriştiğinizde, bu yeterlikleri geliştirmek için hangi öğrenme fırsatlarına ve geribildirime gereksinim duyulacağı da netleşecektir.

Deneyimli aile hekimlerinin yeterliklerine bakmak ve bunları geleceğin aile hekimlerinin öğrenme hedeflerinin içine katmak kuramsal olarak mükemmel bir çözümdür. Gerçekte bu büyük bir meydan okumadır ve oldukça karmaşıktır. Herşeyden önce aile hekiminin yeterliklerinin tamamını tanımlayabilmeyi gerektirir ki bu oldukça zordur. Ayrıca bu geniş bir şekilde tanımlanmış yeterliklerin geçerli ve güvenilir bir şekilde değerlendirilmesi olanaksız değilse bile oldukça karmaşıktır. Yeterlikleri tanımlama girişimleri esnasında hemen sorunlar ortaya çıkar. Öncelikle “yeterlik” kavramına ilişkin karşılıklı bir anlayış gereklidir.

*EURACT: Aile Hekimliği Eğiticileri Avrupa Akademisi (*European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine*)

**CanMEDS: Doktorlar için Yetkinlik Çerçevesi, Kanada (*Physician Competency Framework of Canada*)

Tıbbi Yeterlik Nedir?

Daha önce belirtildiği gibi, doğru çıktı ve yeterlikleri kullanılabilir anlamda tanımlamak hiç de kolay değildir.

Literatürde yeterlik genellikle bilgi, beceri ve tutumların birleşimi olarak tanımlanmaktadır. Aristo'dan esinlenen bu anlayış^[12] bana göre eğitim planlaması için uygun bir işleyiş sağlamaz.

Benim tercihim yeterliği, kanıta ve deneyime dayalı bilgiyle kendini geliştirme ve değerlendirme motivasyonu ve yeteneğinin ve belli bir bağlamda ilgili becerileri gerçekleştirme kabiliyetinin birleşimi olarak tanımlamaktır.

Diğer bir deyişle yeterlik bilgili olmaktan ve nasıl olduğunu bilmekten daha fazlasıdır; o aynı zamanda ne zaman ve nasıl olacağını, nasıl yapıldığını bilmek, hatta bilinçli bilgi olmadan bilmektir.

“Ne zaman” olduğunu bilmek, ilgili durumlarda bilgi ve becerilerinizi kullanmaya başlayabilme ve bir bağlamda elde edilen bilgiyi aktarabilme ve diğer bir bağlamda kullanabilme becerisidir (aktarma becerisi).

“Neden” olduğunu bilmek, öğrenci olarak performans kazanabilmek için gerekli ahlaki ve meta bilişsel kapasitedir. Aynı zamanda kişinin kendisini ve eğitim merkezinin özelliklerini belli bir perspektife oturabilme becerisidir.

“Nasıl yapıldığını” bilmek, sürekli gelişim ve titiz bir uygulama için gereken, kişinin kendi performansını izleme yeteneğidir.

“Bilinçli bilgi olmadan” bilmek, sözsüz aktarılan bilgiye dayalı deneyim becerilerinin önemli bir bölümünü ima eder^[13] ve eğer yeterlikten sözsüz aktarılan bilgi çıkarılırsa sağlık sisteminin kalitesinde bir düşme olacaktır.^[14]

Aile hekimliğinin gelecekteki en nitelikli uzman doktorlarını eğitmek için aşağıdakileri kapsama almaya ve güçlendirmeye önem verilmelidir:

- Kanıta dayalı bilginin hangi yolla güncellendiği
- Kişisel deneyime dayalı bilginin gelişimi
- Titiz bir uygulamanın desteklenmesi
- Bağlamın önemi

Kanıta ve “deneyimin” çatışan etkenler olarak görülmemesi önemlidir.

En iyi uygulama her zaman, kanıta dayalı olmalı; akademik yansımaları izin veren, sürekli gelişmeye açık ve hastalar için de uygun bir klinik ortamda deneyimli zihinler tarafından yapılmalıdır.^[14]

Bağlamında Öğrenmenin Önemi

Bağlamın öğrenmeyle ilişkisi uzun zamandan beri içinde bulunulan bilinmektedir^[15] ve bağlamsal öğrenmeyi tanımlayan literatür sayısı artmaktadır.^[16] Kramer ve ark. aile hekimliğinin en iyi olarak birinci basamak aile hekimliği uygulamasında öğrenildiğini göstermişlerdir.^[17] Danimarka'da yapılan eğitim değerlendirmelerinde benzer sonuçlarımız vardır.^[18] Tıpta bir uzmanlıklar hiyerarşisinin var olduğu görülmektedir; bazı doktorlar bir kardiyoğun aile hekiminden üstün olduğuna inanıyor gibidir ve bazıları da bir köy aile hekimliği kliniğinde çalışmaya göre üniversitede çalışmanın daha zor olduğuna inanmaktadır. Üniversite profesörlerine çok derin saygım vardır, ama eğer kalitesi yüksek bir sağlık sistemi istiyorsak hem kardiyojoloji profesörünün hem de aile hekiminin yetkin olması çok önemlidir.^[19] Her ikisi de farklı mesleki görevleri yerine getirmek için farklı alanlarda yetkinlik ve dolayısıyla farklı ortamlarda eğitim gerektirir.

Yalnızca ünlü bir konser salonunun yerlerini süpürerek veya bir senfoni orkestrasında zil çalarak, keman ile halk müziği çalmayı öğrenemezsiniz. Bununla beraber yetenekli halk müziği kemancılarıyla birlikte eğitim almanız gereklidir. Öğrenme hedefleri yalnızca ilintili öğrenme fırsatları yaratan gerçekçi bir ortamda öğretilirse anlam kazanır.^[8]

Bu çok açık gözükmeyle birlikte hiyerarşiye dayalı anlayış akılcı düşünmeden sapmalara yol açabilir gibi görünmektedir. Bu anlayış ne yazık ki özgül becerileri gözard ederek mesleki saygı ile en iyi öğrenme çıktıları arasında doğrudan ilişki olduğunu önermektedir.

Bana göre uygun bir aile hekimliği programı hem birinci basamak ve/veya üniversitelerdeki aile hekimliği kliniklerinde hem de hastanelerde eğitimi içermelidir. Sık görülen sağlık sorunları aile hekimliği kliniklerinde kolaylıkla öğrenilmektedir, fakat ayrıca geleceğin bütün aile hekimlerini ilgilendiren bazı az görülen ama önemli durumlar da vardır. Bu durumlar en iyi (hastane) uzmanlık bölümlerde görülebilir. Üniversitedeki klinik mezuniyet öncesi eğitimin yoğunluğu değişkendir ve klinik karar verme en iyi mezuniyet sonrasında öğrenilir.^[8] Bu nedenle ilintili rahatsızlıkları ya da komplikasyonu olan hastalarla mezuniyet sonrası temas yararlıdır. Dahası hastane doktorları ve aile hekimlerinin birbirlerinin çalışma koşullarını anlamaları da ek bir yarar sağlayacaktır. Böylece sağlık sektörleri arasında daha iyi işbirliği sağlanabilir ve hastalara verilen bilgilerin gücü artar.^[4] Sevlerdeki kalitenin artması için de karşılıklı anlayış beklenmektedir.^[20]

Daha önce de belirtildiği gibi, hastanelerde ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında yapılacak eğitimler arasındaki en yararlı dağılım bilinmemektedir. Gereken becerilerin, optimal eğitim çerçevesinin, eğitimin ve yetkin eğitimcilerle ulaşılabilirliğin kalitesinin ayrıntılı irdelen-

mesinden sonra eğitimin dağılımına karar verilmelidir. Üniversite aile hekimliği klinikleri eğitime katılacaksa, bu ortamın tipik aile hekimliği kliniklerine ve oralandaki hastalara ve sorunlara ne kadar yakın olduğu önemlidir.

Benim deneyimime göre, zamanın 1/2 ila 2/3'ü birinci basamak aile hekimliği uygulamasında ve 1/2 ila 1/3'ü hastane bölümlerinde geçirilirse en iyi zaman dengesi elde edilebilir. Hastanelerde geçirilen zamanı birinci basamaktan daha fazla olan bir eğitim programını savunmak çok zor olacaktır.

Odaklanmış Öğrenme

Yeni öğrenme hedeflerinin sunulmasının yararlarına ilişkin kanıtların az olduğunu kabul etmeliyiz.^[8] Görünen o ki öğrenme çerçeveleri ve öğrenme olanakları öğrenmenin hedeflerini değil çıktılarını belirlemektedir.^[8,21] Eğer klinik eğitimin değeri güçlendirilecekse, yeni bir eğitim programı yazmaktan daha fazla şey yapmalıyız. Geribildirim verildiği eğitimin tıbbi uzmanlığın gelişimini uyardığı açıktır. Bir sonraki adım “odaklanmış öğrenmenin” güçlendirilmesidir. “Odaklanmış öğrenmede” hedefler esasen, öğrenme fırsatlarına erişimi sağlayacak en ilintili bağlamın ve uygun öğrenme çerçevelerinin tanımlanması için kullanılmalıdır.

Bununla birlikte hedefler aşağıdakiler için de kullanılmalıdır:

- Uygun geribildirim verebilmek için eğiticilerin uygun eğitici niteliklerinin sağlanması,
- Günlük eğitimde gözetim ve geribildirim için zaman ve yer ayrılması,
- Eğiticilere geribildirim vermek için bir rehber ve eğitimsel tartışmalar için bir çerçeve olarak.

Geribildirim tıbbi uzmanlığın gelişmesi için temel öneme sahiptir ve ne kadar özgül ve yapıcı ise o kadar iyidir. Bazı eğiticiler uygun geribildirim destekleyici bir dil ve çerçeveden yoksundurlar^[22] ve bu eksiklik uygun bir müfredat ile giderilebilir. Klinik olarak özgün bir müfredatla odaklanmış öğrenme daha iyi sağlanabilir, bu nedenle müfredatı hazırlayanlar geleneksel “üniversite benzeri” müfredat yazmamaya dikkat etmelidirler. Bunun yerine, ilintili bir bağlamda odaklanmış öğrenme ve geribildirim çerçeveleri tanımlamak için aile hekimliğinin çekirdek alanlarını belirlemeye çalışmalıdırlar.

Geleceğin aile hekimleri için ideal eğitim:

- İlgili hastane bölümlerinde ek rotasyonları kapsar, ancak temel olarak aile hekimliği uygulamasında gerçekleşir.
- Geribildirim verme konusunda eğitim görmüş aile hekimliği eğiticileri tarafından yapılır ve gözetim, tartışma ve geribildirim için yeterli zaman ayrılır.
- Tıbbi yeterliğin karmaşık doğasına saygı gösteren özgün bir müfredatla öğrenme olanaklarını tanımlar.
- Uzmanlık öğrencisinin kendi yeterlik düzeyi konusunda farkındalığını geliştiren, potansiyel sorunları olanları belirleyen ve bunları adil ve geçerli bir sınamayla sağlayan uygulanabilir bir değerlendirme stratejisini içerir.

Uzmanlık Öğrencisi ile Tanışma

Uygun bir eğitim, eğitime başlarken uzmanlık öğrencisinin en iyi nasıl karşılanacağına da odaklanmalıdır.^[23] Mezuniyet sonrası uzmanlık eğitimlerine başlarken uzmanlık öğrencilerinin, hazır kanıta dayalı ders kitabı bilgileri ve gelişim için güçlü istekleri vardır. Eğitim hem bu bilginin hem de motivasyonun nasıl korunacağı ve sürdürüleceği üzerine odaklanmalıdır. Fakat eğitim aynı zamanda, kişisel deneyime dayalı bilgi ve becerilerin nasıl kazandırılacağı ile bu bilgi ve becerilerin aile hekimliği uygulaması bağlamında nasıl işlevsel kılınacağına da odaklanmalıdır. Eğitim programı eğitime başladıklarında uzmanlık öğrencilerinin yakın destek gereksinimlerini tanımalı, fakat aynı zamanda eğitimleri boyunca onların bağımsız öğrenenler olmasını da sağlamalıdır. Eğitimleri bittiğinde uzmanlık öğrencileri aile hekimliğinde kendi başlarına çalışabilecek kapasitede olmalıdır. Dolayısıyla her program öğrencide sorumluluk bilincini geliştirmelidir.^[24]

Değerlendirme

Her öğrenmede bir tür değerlendirme gereklidir. Ancak, bu konu karmaşık olup yanlış yapılan değerlendirme öğrenmeye zarar verebilir. Klinik eğitim sürecinde değerlendirmenin rolü bu yazının konusu değildir, ancak müfredat tasarlanırken ciddi anlamda üzerinde düşünülmesi gereken bir konudur.

Kaynaklar

Kaynak listesi 135. sayfada yer almaktadır.

Aile Hekimliği Akademisi (AHAD)

2. Aile Hekimliği Araştırma Günleri

Bildiri Özetleri

Abstracts presented at the Second Family Medicine Research Days, 13-15 April 2012, Istanbul, Turkey

Aşağıda özetleri yer alan bildiriler 2. Aile Hekimliği Araştırma Günleri kapsamında, 13-15 Nisan 2012 tarihlerinde, İstanbul Yeditepe Üniversitesi Kongre Merkezi'nde sunulmuştur.

Sözlü Bildiriler

(SB-01 — SB-23)

SB-01

Toplumda hipertansiyon kontrolünde yeni yollar

Emine Neşe Yeniçeri¹, Vildan Mevsim², Mevlüt Gökhan Tap¹, Dilek Güldal²

¹Kavaklıdere İlçe Hastanesi, Muğla; ²Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Hipertansiyon, özellikle erişkin popülasyonu etkileyen, dünyadaki en önemli sağlık sorunlarından biri olarak kabul edilmektedir. Kronik bir seyir göstermesi, yaşam tarzı değişiklikleri gerektirmesi ve sık görülmesi nedeni ile yüksek tansiyon aile hekimliğinin temel bakım konularından birisini oluşturur. Kolayca tanı konabilmesi ve tedavi seçeneklerinin çeşitliliğine rağmen, bu hastaların büyük çoğunluğunun kan basıncı kontrol altına alınamamaktadır. Bu çalışma yüksek tansiyon ile ilgili farkındalığı arttırmak, hipertansiyon hastalarını saptamak, saptanmış olan hastaların tedaviye uyumunu sağlamak için, hasta görüşmeleri dışında yeni yollar geliştirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Bu çalışmada Muğla ili Kavaklıdere ilçesinde pazar yerinde 18 yaşın üzerindeki kişilerin tansiyonları ölçülmüştür. 390 kişinin katıldığı bu kesitsel çalışmada, kan basıncı değeri 140/90'ın üzerinde olan 148 kişi, 140/90'ın altında olan ama daha önce tansiyon ilacı başlanmış ve bırakmış olan 12 kişi ve 140/90'ın altında olan ve tansiyon ilacını düzenli kullanmayan 4 kişi dahil olmak üzere toplam 164 hipertansiyonlu kişi izlenmiştir. Bu kişilerden bir hafta boyunca tansiyonlarını ölçmeleri ve kayıt etmeleri istenerek bu kayıtlarla birlikte hastaneye veya bağlı buldukları aile hekimine başvurmaları söylendi. Takip edilen 164 kişiden tarama sonrası sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunmayanlara birer ay ara ile 3 kez telefon açılarak hatırlatma yapıldı.

Bulgular: Çalışma süresince tansiyonu ölçülen 390 kişinin %46.9'u erkek, %53.1'i kadındı. Yaş ortalaması 58.1 ±16.0 olarak saptandı. Katılımcıların kan basıncı değerlerine göre %11.0'u Normal, %39.5'i Pre-hipertansiyon, %15.6'sı Evre 1 HT ve %33.8'i Evre 2 HT olarak saptandı. Kişilerin %8.5'nun daha önce hiç kan basıncını ölçtirmedeği öğ-

renilmiş, bunların %18.2'inde hipertansiyon saptanmıştır. 140 hastaya (%35.9) daha önce tansiyon ilacı başlandığı, halen ilaç kullanan hastaların %9.5'nun ilaçlarını düzenli kullanmadığı saptanmıştır. Evre 1 hipertansiyonu olanların Evre 2 hipertansiyonu olanlara göre daha az ilaç kullandıkları (p=0.00), buna karşılık Evre 1 HT olanlara Evre 2 HT olanlardan daha çok ilaç tedavisi başlandığı (p=0.00) gösterildi. Katılımcıların %48'inde önceden tansiyon yüksekliği saptanmış olduğu öğrenildi. Daha önce tansiyon yüksekliği saptanmayan hastaların %10.4'ünde Evre 1, %16.8 inde Evre 2 hipertansiyon saptandı. İzleme alınan 164 hastanın 35'ine iletişim bilgilerindeki eksik ve yanlışlıklar nedeniyle ulaşılamadı. Kalan 129 hastanın %14.7'si tarama sonrası ek bir arama yapılmaksızın, %25.5'i birinci telefondan sonra, %48.0'i ikinci telefondan sonra hekime başvurmuştur.

Sonuç: Yüksek tansiyon hastalarının saptanması, tedaviye başlanması ve tedavinin sürdürülmesi için normal hasta hekim görüşmeleri dışında farklı ortamlarda hastaların saptanması, farkındalıklarını artırabilir ve sağlık birimine yönlendirilmeleri ile tedaviye uyum ve hipertansiyonun kontrolü artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık, Hipertansiyon, Kontrol, Tedavi

SB-02

Aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların serviks kanseri taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışları
Nazım Uzunca, Şeyda Şahin, Eren Gökçe, Özlem Sancaktar, Ayfer Gemalmaz, Güzel Dişçiğil, Serpil Demirağ, Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Serviks kanseri tüm dünyadaki kadın kanserlerinin meme ve rektum kanserinden sonra 3. sıklıkta görülenidir. Kanser farkındalığının

oluşturulması, erken tanı ve tarama programları konusunda halkın eğitimi, aile hekimleri için öncelikli bir görevdir. Çalışmamızda kendi toplumumuzun serviks kanseri konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi; tarama girişimlerinin önündeki engelleri belirlemeyi ve tarama konusundaki farkındalığı artırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Aydın merkez ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine 2012 Mart ayı boyunca başvuran 21 yaş ve üzerindeki kadınlar çalışmamızın evrenini oluşturmuştur. Veriler yazılı onam alındıktan sonra, katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve kanser tarama konusundaki bilgi, tutum, davranışlarını sorgulayan iki bölümden oluşan anket formu yüz yüze uygulanarak elde edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza 561 kadın katıldı. Yaş ortalaması 43.09±14.39 olan katılımcılardan 280'i (%49.9) serviks kanserini bildiğini, 193'ü (%34.4) serviks kanserinin tarama ile erken tanınabileceğini belirtti. Tarama yöntemi olarak 'servikal smear' testini 139 kadın (%24.8) biliyordu. 561 katılımcının 204'ü (%38.4) son 3 yıl içinde smear testi yaptırmıştı. Katılımcılardan 17'si (%3) daha önce kanser tanısı almıştı; 206'sının (%36.7) ailesinde kanser tanısı almış bir veya daha çok kişi bulunmaktaydı. Ailesinde ve/veya kendisinde kanser tanısı bulunanların tarama yaptırmama oranları olmayanlara göre daha yüksekti. Katılımcıların 155'i (%27.7) doktorunun kendisine kanser taraması konusunda öneride bulunduğunu, kendisine hekim tarafından öneride bulunan katılımcıların 135'i (%84.4) bu öneriyi uduğunu belirtti. Katılımcıların 450'si (%80.2) kanser taramalarının kendi sağlıklarını olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyor ve 368'i (%65) ise kanser taraması yaptırmak istiyordu. Tarama yaptırmama nedeni olarak 143 kadın (%25.4) kendini risk altında görmediğini, 119'u ise (%21.2) bu konuda bilgisinin olmadığını belirtmekteydi.

Sonuç: Sonuçlarımız bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuran kadınların kanser taramalarının sağlığı geliştireceğini düşündüklerini ancak serviks kanseri ve taraması ile ilgili bilgi yetersizliklerinin bulunduğunu, taramaların çoğunlukla doktor önerisi ile yapıldığını ancak konuyla ilgili hekim ve hasta davranışlarının yetersiz olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Serviks kanseri, tarama, bilgi, davranış, birinci basamak.

SB-03

Aile sağlığı merkezlerine başvuran kişilerin kolorektal kanser taraması konusunda bilgi, tutum ve davranışları

Bayram Ali Üner, Nazım Uzunca, Mehmet Aydın, Ayşen Akcan, Güzel Dişciğil, Serpil Demirağ, Ayfer Gemalmaz, Okay Başak

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

Amaç: Tüm kanserler içinde üçüncü sıklıkta görülen ve kanserden ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer alan kolorektal kanserler, tarama programları ile erken tanınabilmektedir. Erken tanının önemi toplum tarafından bilinmedikçe erken tanı ve tarama programlarının başarılı olması olası değildir ve bu konuda başlıca görev aile hekimlerine düşmektedir. Çalışmamızda kendi toplumumuzun kolorektal kanser konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını değerlendirmeyi; tarama girişimleri önündeki engelleri belirlemeyi ve tarama konusundaki farkındalığı artırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Aydın merkez ilçede bulunan Aile Sağlığı Merkezlerine 2012 Mart ayı boyunca başvuran 50 yaş ve üzerindeki kişiler çalışmamızın evrenini oluşturmuştur. Yapılan bilgilendirme sonrasında olur verenler çalışmaya alınmıştır. Veri toplama aracı olarak iki bölüm-

den oluşan soru formu kullanılmıştır. Birinci bölümde sosyodemografik bilgiler içeren sorular, ikinci bölümde ise halkın kolorektal kanser taraması hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarını ve tarama girişimlerinin önündeki engelleri sorgulayan sorular bulunmaktadır. Soru formu katılımcılar ile yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 562 kişi katılmıştır. Yaş ortalaması 59.8 olan katılımcıların 184'i kadın, 378'i erkek idi. Yüz kırk beş katılımcı (%25.8) kolorektal kanserle ilişkili bilgi sahibi olduğunu, 68 katılımcı (%12.1) ise kolorektal kanserin erken tanınabileceğini belirtmişti. Katılımcılardan 32'si (%5.7) kolonoskopiyi, 13'ü (%2.8) gaitada gizli kanı (GGK) bir tarama yöntemi olarak biliyordu. Katılımcıların 23'ü (%4.1) herhangi bir kanser tanısı almıştı; 197'sinin (%35.1) ise ailesinde kanser tanısı alan en az bir kişi vardı. Kırk üçü (%7.7) son 1 yıl içinde GGK, 20'si (%3.6) son 5 yıl içinde sigmoidoskopi, 30'u (%5.3) ise son 10 yıl içinde kolonoskopi yaptırmıştı. Taramaların çoğunluğu (%66.2) doktor önerisiyle yapılmıştı. Bilgisizlik (182 kişi; %32.4), kendini risk altında görmeme (163 kişi; %29) en sık bildirilen tarama yaptırmama nedenleriydi. Katılımcıların çoğunluğu tarama yaptırmak istemekte (371 kişi; %66.0) ve taramaların sağlığı geliştireceğine inanmaktaydı (407 kişi; %72.4).

Sonuç: Sonuçlarımız bölgemiz aile sağlığı merkezlerine başvuranların kanser taramalarının sağlığı geliştireceğini düşündüklerini ancak kolorektal kanserle ilgili bilgi yetersizliğinin bulunduğunu, 50 yaşın üzerinde önerilen taramaların yeterince bilinmediğini ve yapılmadığını, taramaların çoğunlukla doktor önerisi ile yapıldığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Kolorektal kanser, tarama, bilgi, davranış, birinci basamak.

SS-04

9 ay 10 gün değil mi?

Ayşegül Kabanlı¹, Fulya Akpak², Nuri Seha Yüksel², Tolga Günvar³

¹3 No'lu Koşukavak Aile Sağlığı Merkezi; ²17 No'lu Altındağ Aile Sağlığı Merkezi; ³Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği AD

Araştırmanın Amacı: 37 haftadan önce gerçekleşen doğumlar "erken doğum" olarak tanımlanırken 37-42 hafta arasında gerçekleşen doğumlar ise "zamanında (term) doğum" olarak tanımlanmaktadır. Bu sınıflamanın temelinde bebeğin rahim içindeki gelişimini tamamlamış ve dış ortama adapte olabilecek durumda olması bulunmaktadır. Sezaryen nedeni ile gerçekleşen erken doğumların sayısı giderek artmış ve bunun bebek ve anne üzerine etkileri konusunda birçok araştırma yapılmıştır. DSÖ'nün 2002 yılında belirlediği ortalama sezaryen oranı %10-15, olup bu oran Amerika da %27.3, Hindistan da %41, Nijerya'da %22.8, Türkiye de ise %21.2'dir. Özellikle elektif olarak yapılan sezaryenler ile erken doğumların oluşmasının anne ve bebek üzerine etkileri konusunda araştırma sonuçları çelişkilidir. Gebelik süresi anne ve çocuk sağlığına etkileri birinci basamakta verilecek hizmeti önemli ölçüde etkileyecektir. Özellikle bakım planlarının ve içeriğinin, bu alana ayrılan kaynakların, yeniden gözden geçirilmesini gerektirecektir. Araştırmacıların normal spontan doğumların 40 haftadan önce olduğu konusundaki gözlemleri sonucunda bu araştırmada; ortalama gebelik süresinde bir değişiklik olup olmadığının saptanması, dolayısıyla tahmini doğum zamanının hesaplanması ile ilgili Naegele formülünün geçerliliğinin sorgulanması ve varsa gebelik süresindeki değişikliğin anne ve bebek sağlığı üzerine etkilerinin saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu amaçla kesitsel analitik bir çalışma planlanmıştır. Araştırmaya Mayıs 2007- Mayıs 2012 yılları arasında Altındağ-Koşukavak ASM Birimlerine bağlı 15-49 yaş kadınlardan 36 haftadan sonra doğum yapmış olanları dahil edilecektir. Bu sürede birden fazla doğum yapmış

olan kadınların son doğumları incelenecek, önceki doğumları çalışma dışı bırakılacaktır. Araştırmaya katılacak aile hekimliği birimlerinde son beş yıl içinde gerçekleşen ve çalışma kriterlerini karşılayan doğumların sayısının yaklaşık 600 olduğundan hareketle örneklem büyüklüğü %50 prevalans, %5 hata payı, ve %95 güvenirlilik ile 207 olarak hesaplanmıştır. Örneklem grubundaki hastalara rasgele seçim yöntemi ile ulaşılabilecek ve veriler anket yolu ile toplanacaktır. Veriler SPSS 16 programına girilerek analizlerde ki kare ve T testi uygulanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Erken doğum, fetal anomali, anne sağlığı.

SB-05

Diyabetik ayak amputasyonları ve sigara ilişkisi konusunda olgu-kontrol çalışması

Pınar Kalpakçı, Selman Erturhan, Recep Erol Sezer

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sivas

Giriş: Sigara kullanımı Tip-2 diyabete yakalanma riskini artırmaktadır. Diyabetli hastalarda sigara kullanımı ile metabolik kontrolün bozulduğu, mikrovasküler ve makrovasküler komplikasyonların arttığı bildirilmiştir. Buna karşılık sigara kullanımı bazı çalışmalarda diyabetik ayak ve diyabetik ayak amputasyonlarıyla ilişkisiz bulunmuştur. Bazı çalışmalara göre ise sigara, özellikle genç hastalarda bu açıdan risk artırıcı bir faktör olarak bildirilmiştir. Gerek diyabetin gerekse diyabetik ayak ve amputasyonlarının yaygınlıkları nedeniyle, ilişkili faktörlerin tam olarak tanımlanması önemlidir.

Amaç: Diyabetik ayak amputasyonlarıyla sigaranın ve diğer faktörlerin ilişkisini incelemektir.

Gereç ve Yöntem: Olgu-kontrol tipi inceleme yapılacaktır. Olgu Grubu; Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde son beş yılda amputasyon veya debridman işlemi için yatan hastaların tamamı olarak düşünülmüştür. Kontrol grubu; yaş, cinsiyet ve diyabet süresi yönünden olgu grubuna benzeyen, diyabetik ayağı olmayan endokrinoloji polikliniğine başvuran diyabetli hastalar olacaktır. Olgu ve kontrol gruplarından veriler bir anket formu aracılığıyla toplanacaktır. Anket formları olgulardan telefon görüşmesi aracılığıyla ve dosya bilgileriyle, kontrol grubundan ise yüz yüze görüşme tekniği ile toplanacaktır. Görüşmeleri araştırmacıların kendileri yapacaktır. Kontrol grubunun büyüklüğü olgu grubunun büyüklüğüyle eşit olarak alınacaktır. Dikkate alınacak diğer faktörler; yaş, cinsiyet, eğitim durumu, yaptığı iş, diyabet süresi, diyabetik ayak öncesi diyabet bakım düzeyi, diyabet öncesi ayak-kabı vurma öyküsü, alkol, periferik arter hastalığı, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliğidir. Veriler SPSS yazılımı ile tasnif ve analiz edilecektir. İstatistik analiz lojistik regresyonla yapılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Amputasyon, debridman, diyabet, diyabetik ayak, olgu-kontrol, sigara.

SB-06

Kişilerin çocukları hastalandığında sağlık bakımına başvurma zamanları ve bunu etkileyen faktörler

Fulya Akpak¹, Nuri Seha Yüksel¹, Ayşegül Kabanlı², Tolga Günvar³

¹Altındağ 17 Nolu Aile Sağlığı Merkezi, Bornova, İzmir; ²3 Nolu Koşukavak Aile Sağlığı Merkezi, Bornova, İzmir; ³Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, İzmir

Araştırma Amacı: Genellikle erişkinler hastalandıklarında sağlık kurumuna başvurmak için birkaç gün bekleme eğiliminde olup bunların önemli bir kısmı istirahat ederek hastalığın geçmesini beklemekte, bir

kısmı da kendi kendini evde bulunan ilaçlarla tedavi etmeye çalışmaktadır. Sağlık kuruluşlarına geç başvuranların yarısı hastanede işlemlerin uzun sürmesi ve zaman kaybının çok olması nedeniyle başvuruyu geciktirdiğini ifade etmiştir. Hastalanan çocukları söz konusu olduğunda ise aile hekimine getirme süreçleri ve tutumları farklılık göstermektedir. Aynı şiddetteki semptomlar için bile bu davranış değişebilmektedir. Bu nedenle kişilerin çocukları hastalandığında sağlık bakımına ne zaman başvurdukları ve bunu etkileyen faktörlerin neler olduğunun araştırılması hedeflenmiştir.

Araştırma Sorusu: Çocukları hastalandığında ebeveynler (primer bakım verenler) aile hekimlerine ne zaman başvurmuşlardır ve bunu belirleyen faktörler nelerdir?

Araştırma Türü: Kesitsel analitik tipte bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini 0-5 yaş grubunda 800 çocuk oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı, %5 hata payı ve %50 prevalans ile hesaplanarak 260 çocuk olarak bulunmuştur. Anket bu çocukların sağlık bakımından sorumlu kişilere yapılacaktır. Üç ay boyunca veri toplanacak, her gün yaklaşık 4-6 kişi; her iki çocukta bir olacak şekilde anket uygulanacaktır.

Araştırma Dışında Bırakma Kriterleri: Primer bakım veren kişi dışında birisi tarafından getirilmiş başvurular, çocuğu doktora getirme konusunda karar verme yetkisi olmayanlar, ilaç yazdırmaya gelenler, kontrole gelenler.

Anahtar Kelimeler: Başvuru zamanı, sağlık bakımı.

SB-07

Birinci basamakta periferik arter hastalığı'nın tanısında ankle brakiyal index (ABI) osilometrik ölçüm ve klasik dopler yöntemi ile ölçümü ve sonuçların karşılaştırılması

Ülkü Bulut, Tolga Günvar, Dilek Güldal

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

Amaç: 45 yaş ve üstü nüfusta periferik arter hastalığı (PAH) varlığını saptamakta klasik el dopler yöntemi ile osilometrik yöntemin karşılaştırılması sonucunda birinci basamakta en az zaman ve beceri gerektiren invaziv olmayan yöntemin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Yöntem: Bu araştırma bir tanı testi çalışmasıdır. Çalışma, Narlıdere bölgesinde ASM başvurusunda bulunan 45 yaş üstü hastalar arasından çalışmaya katılmayı kabul eden 300 kişi ile yapılacaktır. ABI> 1.3 olan hastalar, atrial fibrilasyon hastaları, özel manşon gerektirecek obez hastalar ile yara, flebit, aşırı ödem gibi ölçüm için kontrendikasyonu olan hastalar çalışmaya alınmayacaktır. Katılımcılara ait ABI risk faktörleri ve semptomları öykü ile belirlenecek, gerektiğinde ASM kayıtlarına başvurulacaktır. ABI değerlerinin ölçümü hem dopler hem de osilometrik olmak üzere her iki yöntemle aynı zamanda yapılacaktır. Her iki yöntemden herhangi biriyle ABI pozitif çıkanların dopler USG ile kontrolü yapılarak uyumsuzluğun hangi darlık derecesinde olduğu araştırılacaktır. Veriler SPSS programı 15.0 sürümünde değerlendirilecek, tanı testleri, sensitivite, spesifite, öngörü değerleri ve olabilirlik oranları açısından karşılaştırılacak, istatistiksel analizler için ki kare ve student t testi kullanılacaktır.

Tartışma Soruları: 1. Tanı testlerinin araştırıldığı çalışmalar hastalığın her dönemine ait örnekleri içermelidir. Birinci basamakta çalışma yapılması ağır hastaların dışarıda bırakılmış olmasına yol açar mı? 2. Yaş sınırı uygun mudur? 3. Tüm hastalara dopler USG uygulanamamasının getireceği sorunlar neler olabilir?

Anahtar Kelimeler: Ankle-brakiyal indeks, el dopleri, osilometrik ölçüm.

SB-08

Birinci basamaktaki aile hekimlerinin hipertansiyon tanı tedavi rehberlerini kullanma durumları ve rehber kullanılmasının önündeki engeller

Nur Gündoğan Güneş, Vildan Mevsim, Tolga Günvar

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

Giriş: Koruyucu sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirmek kanıta dayalı tıp uygulamasını pratiğe geçirmek amacıyla çeşitli hastalıklar için ulusal ve uluslararası rehberler geliştirilmiştir. Bu rehberler hasta yönetiminde sistematik olarak doğru karar vermek, hekimlerin klinik davranışlarını modifiye etmek ve uygun olmayan yaklaşımları önlemek amacıyla kullanılmaktadır. Günümüzde geleneksel yaklaşımdan kanıta dayalı tıp uygulamasına geçişte rehberlerin kullanımı giderek yaygınlaştırılmaya çalışılmakta ancak hekimlerin rehberle uyumuyla ilgili problemler göze çarpmaktadır. Çeşitli ülkelerde birinci basamakta yapılmış çalışmalarda rehber kullanımının yetersiz olduğu saptanmıştır. Ülkemizde de durumun benzer olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de yapılmış koruyucu sağlık hizmeti veren kurumlardaki hekimlerin hipertansiyon konusunda kanıta dayalı rehber kullanımının değerlendirilmesi ve rehber kullanımının önündeki engelleri saptamakla ilgili yeterince araştırma bulunmamaktadır.

Amaç: Bu çalışmada rehber kullanımının yaygınlaştırılması için günlük pratiğimize yerleştirmede engel olan faktörlerin ülkemiz açısından farklı olup olmadığını araştırmak, birinci basamak hekimlerinin rehber kullanımı ile ilgili bilgi toplamak ve hekimlerde bu konuda farkındalık kazandırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma kesitsel analitik olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni, İzmir metropolünde yer alan aile sağlığı birimlerinde çalışan birinci basamak hekimleri olup, küme örneklem yöntemiyle seçilen 100 ASM de görev yapmakta olan 384 hekime ulaşılmış hedeflenmektedir. Veri toplama yöntemi olarak yüz yüze görüşme ile anket uygulanması seçilmiştir. Veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından geliştirilen anket ve ölçekler kullanılacaktır. Araştırmada ilk geliştirilecek olan “Hipertansiyon Tanı ve Tedavi Rehberini Kullanma Durumunu Belirleme Ölçeği” için kuramsal form uzmanlar tarafından oluşturulacaktır. Daha sonra soru sayısına göre uygun sayıda bir gruba geliştirilen form uygulanarak faktör analizi sonuçlarına göre son haline getirilecektir. Araştırmada ikinci olarak geliştirilecek anket, hipertansiyon tanı ve tedavi rehberlerini kullanmanın önündeki engelleri saptamak amacıyla hazırlanacaktır. Bu anketin hazırlanması sürecinde önce açık uçlu hazırlanan sorular mail veya yüz yüze görüşme ile hekimlere sorulacaktır. Gelen yanıtlardan oluşturulan soru formu, araştırma evreninde olan, soru sayısına göre uygun sayıdaki hekime uygulanacak ve elde edilen verilerin faktör analizleri yapılarak ölçek son haline getirilecektir. Daha sonra bu hazırlanan veri toplama araçları örneklemdeki aile hekimlerine yüz yüze görüşme ile uygulanacaktır. Veriler “SPSS for Windows” istatistik paket programı kullanılarak analiz edilecektir. İstatistik analizlerde tanımlayıcı analizler, t testi, khi kare, korelasyon analizi kullanılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Birinci basamak, hipertansiyon, rehber uyumu.

SB-09

İdrar kaçırma bir hastalık mı?

Ceyda Müjgan Mermerkaya¹, Akın Ahmet Sivaslıoğlu², Murat Mermerkaya³, Cemil Işık Sönmez⁵, Feruza Turan Sönmez⁴, Basri Furkan Dağcıoğlu⁵

¹Kalaba A.S.M., Ankara; ²Ankara Atatürk E.A.H. Ürojenekoloji Kliniği, Ankara; ³İbni Sina Hastanesi Üroloji Kliniği; ⁴Yenimahalle Devlet Hastanesi Acil Servis; ⁵Ankara Atatürk E.A.H. Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Amaç: Bu çalışmamızda üriner inkontinansın çalışma popülasyonumuzdaki sıklığını, hastaların üriner inkontinansı ne kadar önemsediklerini ve muayene esnasında ne sıklıkla dile getirdiklerini araştırmayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Mayıs-Temmuz 2009 tarihleri arasında kadın hastalıkları ve doğum polikliniğimize başvuran ardışık 1061 hastaya, yüz yüze olarak üriner inkontinansı sorgulayan anket formu uygulandı. Hastaların yaşları, eğitim düzeyleri, gelir düzeyleri, meslekleri, medeni durumları gibi sosyo-demografik özellikleri, menapozal durumları, obstetrik anamnezleri (gebelik sayıları, doğum sayıları, düşük sayıları, küretaj sayıları, doğum şekilleri), başvuru şikâyetleri, şikâyetlerinin süreleri, fiziksel aktivite ile idrar kaçırması, ani sıkışıp idrar kaçırması, gece sık idrara kalkmaları (nokturi), ağırlı cinsel ilişki varlığı (disparuni), gaz-gaita kaçırıp kaçırmadıkları ve bunları doktorlarına söylememe nedenleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmadaki verilerin hepsi değerlendirildiğinde; hastaların yaş ortalaması 38.75 (min15-max 88) olup büyük çoğunluğunun ilkökul mezunu ve 500-1000TL arası gelir düzeyine sahip oldukları görüldü. Yine hastalarımızın büyük bir kısmı ev hanımı ve evli olup, premenapozal dönemdeydi. Ayrıca doğum şekli olarak normal doğum yapanların ve birden fazla sayıda gebe kalanların oranı daha fazlaydı. Hastalarımızın polikliniğimize birden fazla kez başvurdukları ve en sık başvuru şikâyetini kasık ağrısı olduğu saptandı. Çarpıcı bir şekilde, idrar kaçırma şikâyeti tüm hastaların %5.6’sı tarafından kendiliğinden ifade edilmiş iken, “fiziksel aktivite ile idrar kaçırıyor musunuz?” sorusuna hastaların %31.2’si, “aniden sıkışarak idrar kaçırıyor musunuz?” sorusuna ise hastaların %23.1’i evet cevabını verdi. Fiziksel aktivite ile idrar kaçırma, ani sıkışıp idrar kaçırma, gece sık idrara kalkma, ağırlı cinsel ilişki, gaz-gaita kaçırma şikâyeti olan hastaların bu sorunlarını doktora söylememelerinin nedeni sorulduğunda, en sık alınan cevap ‘önemsememim’ olmuştur. İkinci sırada ise ‘utanmaları’ ve sırasıyla ‘doktorunun sormaması’, ‘daha önceki doktoruna söylemeleri’ ve son olarak da ‘ameliyattan korkma’ olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Tüm bu veriler ışığında üriner inkontinans sorununun toplumda oldukça yaygın ve birinci basamakta kolaylıkla atlanabilecek bir durum olduğu söylenebilir. Aile hekimliğinin bütüncül ve kapsamlı yaklaşım prensipleri çerçevesinde, yakınıması olmayan hastalarda dahi üriner inkontinansın sorgulanması ve kadınlarımızın üriner inkontinans konusunda eğitilmesine yönelik yaygın ve devamlı eğitim programlarının geliştirilmesi faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: İdrar kaçırma, önemseme, inkontinans, önemseme, üriner inkontinans.

SB-10

Nilüfer 9 no’lu Fethiye Bulvar Aile Sağlığı Merkezi’ne kayıtlı popülasyonda (25.600 kişi) kronik hastalık sıklığının araştırılması

Serhat Işıldak¹, Hakan Demirci², Ebru Onuker Başaran¹, Mehmet Yaşar Kılıç¹, İsmail Serkan Ursavaş¹, Sermin Özdilekçi¹, Bahri Öztürk¹

¹Nilüfer 9 No’lu Fethiye Bulvar Aile Sağlığı Merkezi; ²Bursa Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Kronik hastalıklar aile hekimliği pratiğinin önemli bir kısmını oluşturur. Kronik hastalıkların prevalans değerleri yapılan araştırmalarla ortaya konmaktadır. Biz de bu çalışmamızda bölgemizde yaşayan popülasyonda kronik hastalıkların sıklığını araştırmayı ve elde ettiğimiz verilerle tıp literatürüne katkı sağlamayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada Nilüfer 9 No’lu Fethiye Bulvar Aile Sağlığı Merkezi’nde çalışan 7 aile hekimine kayıtlı toplam 25.600 hastanın bil-

gisayar kayıtları incelendi. Herhangi bir muayenede kronik hastalık kaydı yapılmış olması kronik hastalık tanısı için yeterli ölçüt olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışma grubunda 25.600 kişinin 2.5 yıllık kayıtları geriye dönük incelendi. 2009-2011 yılları arasında aile sağlığı merkezinde kayıtlı hastalara ait toplam kronik hastalık kaydı 5914 olarak belirlendi. Bunlardan esansiyel hipertansiyon 3108 (%52) hasta ile kronik hastalıklar içinde en fazla orana sahipti. Diabetes Mellitus (DM) tanısı konulan hasta sayısı 1495 (%25) olarak belirlendi. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) olan 205 (%3.5) kayıtlı hasta vardı. Bunları 198 (%3.3) osteoporoz, 139 (%2.3) kalp yetmezliği, 127 (%2) epilepsi ve 121 (%2) Benign Prostat Hipertrofisi (BPH) hastası takip etmekteydi.

Sonuç: 2010 yılında açıklanan TURDEP II verilerine göre ülkemizde hipertansiyon oranı %30'dur. DM sıklığı ise ülke genelinde %13,7 (Bursa için %20) olarak öngörülmektedir. Aynı araştırmanın raporlarına göre bu hastalardan yaklaşık %50'si hastalıklarının farkında değildir. Çalışmamızda tanı konmuş hasta sayısının hem hipertansiyon hem de DM için beklenenden az olduğu görüldü. Yapılan araştırma sonuçlarına göre ülkemizde KOA prevalansı yaklaşık %20'dir ancak bu hastalardan sadece %8.4'ü hastalığının farkındadır. Bölgemizde KOA tanısı alan hasta sayısı da beklenenin altındadır. Gerçek prevalans değerlerine ulaşmak için hastalık tanı ölçütlerinin standardizasyonu ve gerekli ekipmanın temini önemlidir. Hipertansiyon ve DM tanısında güncel tanı rehberlerine uyum yeterli olabilirken, KOA tanısında güvenilir spirometrik ölçümlerin yapılabilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, diabetes mellitus, hipertansiyon, KOA.

SB-11

Sivas'ta sağlık ocaklarına herhangi bir nedenle başvuran tip 2 diyabet hastalarında diyabet bakım kalitesi

Yılmaz Seçkin, Recep Erol Sezer

Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas

Bir toplumda diyabet komplikasyonlarının insidansının azaltılabilmesi ve ilerlemesinin yavaşlatılabilmesi için diyabet bakımı sürekli olarak izlenmeli ve geliştirilmelidir. Buna karşın Türkiye'de diyabet bakım kalitesini tanımlayan yayınlanmış çalışmalar azdır. Bu çalışmanın amacı, Sivas İl Merkezi'ndeki sağlık ocaklarına herhangi bir nedenle başvuran ve en az bir yıldır tip 2 diyabeti olan hastalarda diyabet bakım kalitesiyle ilgili bilgileri elde etmektir. Nisan-Mayıs 2007 arasındaki üç aylık dönemde Sivas İl Merkezi'ndeki her sağlık ocağında ardi ardına üç gün çalışılmıştır. 9.00-12.00 arasında sağlık ocağına herhangi bir nedenle başvuran tip 2 diyabetli hastalarının tamamına, bilinclendirilmiş onam alınmasını takiben yüz yüze görüşme ile bir anket uygulanmıştır. Bu hastaların kan basıncı ölçümleri yapılmış, HbA1C ölçümü için kan örnekleri alınmıştır. Çalışma grubunu oluşturan 19 sağlık ocağından 389 tip 2 diyabet hastası için ortalama yaş 58.1 [Minimum 34, maksimum 85, standart sapma (ss) ±9.9], diyabet tanısının konulduğu ortalama yaş 49.8 (Minimum 26, maksimum 82, ss ±5.6, %95 güven aralığı 49.8 ± 0.99), ortalama beden kitle indeksi 32.6 kg/m²(Minimum 19.4, maksimum 56.3, ss: ± 5.6) olarak bulunmuştur. %78.9'u kadın olan çalışma grubunun %55.5'i okuryazar değildir. HbA1C değeri <7% olanların oranı %19.5 iken, >10% olanların oranı %29.8 olarak bulunmuştur. Diyabetiklerin ancak %26.5'inde kan basıncı hedef değer olan <130/80 ile uyumludur. Hastaların kendi ifadelerine göre, son bir yılda, göz bebeği genişletilerek göz muayenesi olma oranı %53.2, ayak muayenesi olma oranı %12.3, proteinüri için idrar tetkiki yaptırma oranı %9,

HbA1C testi yaptırma oranı %1'dir. Hastaların %1'i son bir yılda grip aşısı olduğunu ifade etmiştir. Hastaların %40'ı, insülin kullananların %26.4'ü hipoglisemi belirtilerinin birini bile ifade edememiştir. Çalışma grubundaki bu hastalar her ne kadar birinci basamağa başvurmuş hastalar olsa da bunların %62.5'i son bir yılda en az bir kere diyabet nedeniyle uzman hekime gitmiş kişilerdir. Bu bulgular, etkili diyabet bakımı ve müdahaleleri konusundaki mevcut bilgiler ile bu konudaki uygulamalar arasında, en azından sağlık ocaklarından hizmet alan hastalarla ilgili, çok önemli açıklar olduğunu göstermektedir. Diyabet bakım kalitesini artıracak mekanizmaların saptanmasına ve uygulanmasına yönelik araştırma çalışmalarına ivedilikle gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: Tip 2 diyabet, diyabette bakım kalitesi, birinci basamak, Sivas.

SB-12

Birinci basamakta vulvovajinal kandidiazis tanısında sendromik tanı kriterlerinin kullanımı için "karar destek sistemi" geliştirilmesi

Emel Kuruoğlu¹, Vildan Mevsim², Ayşen Erdoğan³

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Fen Fakültesi, Bilgisayar Bilimleri Bölümü, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ³Armutlu 6 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, İzmir

Giriş: Vajinal enfeksiyonlar, birinci basamak sağlık kurumlarına jinekolojik nedenli başvuruların en sık görülen nedenidir. Vulvovajinal kandidiazis (VVK), ikinci en sık görülen vajinit etkenidir. VVK tanısında gold standart tanı yöntemi kültürdür, ancak maliyet etkin olmadığı ve sonuç için en az iki gün süre gerektirdiği için rutinde kullanımı zordur. Bu nedenle Erdoğan ve ark. tarafından yapılan tanı testi çalışmasında vulvovajinal kandidiazis tanısında birinci basamakta kullanılabilen, öykü ve jinekolojik muayene bulguları kullanılarak sendromik tanı bileşenleri oluşturulmuştur. 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, VVK tanısını koyabilirler. İstatistiksel olarak anlamlı bulunan kriterlerin duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif olabirlik 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. Hesaplanan +LR değerlerine göre kriterler 12 zayıf, altı orta ve iki kuvvetli kriter olarak üç gruba ayrılmıştır. Aile Hekimlerinin jinekolojik şikayetlerle başvuran hastayla görüşme sürecinde VVK tanısında sendromik tanı kriterlerini manuel kullanımları zaman kısıtlılığı ve hasta yoğunluğu nedeniyle mümkün değildir. Halbuki bilgisayar tabanlı geliştirilmiş bir programda bu kriterleri günlük pratiklerinde kolayca ve hızlı olarak kullanmalarının sağlanması hastalara doğru tanıyı ve tedaviyi vermelerini sağlayacaktır. Karar Destek Sistemi (KDS) kavramı, 1960'larda ortaya çıkmaya başlamıştır. Scott Morton ilk olarak bu terimi kullanmış ve böyle bir sistemin karakteristik özelliklerini; (1) çeşitli analitik yöntemleri ve verileri kullanarak yöneticiyi desteklemek, bunu yaparken yöneticiye yalnızca yardım etmek, yerini almak amacı gütmek, (2) yeterince yapısal olmayan problem alanları için tasarlanmış olmak ve (3) bilgisayarla karar verici arasında diyalog sağlanabilecek şekilde, etkileşimli olarak tasarlanmış olmak olarak sıralamıştır. KDS'nin elemanları; (1) Veri tabanı, (2) Model tabanı ve (3) Bilgisayar diyalogudur. Veri tabanı, kullanıcı ile model arasındaki etkileşimi sağlayan bir yazılımdır. Ham verilerin sisteme yüklendiği ve saklandığı bir ortamdır. Bu veriler karar vericilerin sonuçlarını görmek istediği se-

naryoların karar değişkenleridir. Bu çalışmada amaç, VVK'de hastalara doğru tanıyı koymak için gerekli model ve istatistiksel tekniklerin, zaman, hız ve güvenilirlik kazandıran bilgisayar teknolojisi ile birleştirilmesi olarak hedeflenmiştir.

Gereçler ve Yöntem: Aile Hekimlerinin VVK tanısında sendromik tanı bileşenlerini bilgisayar ortamında kullanabilmeleri için Karar Destek Sistemleri geliştirilecektir.

Tartışma Soruları: VVK tanısında karar destek sistemleri birinci basamakta kullanılabilir mi?

Anahtar Kelimeler: Vulvovajinal kandidiazis, sendromik tanı, karar destek sistemi, birinci basamak.

SB-13

Aile hekimlerine yönelik şiddetin etkileri?

Fatih Özcan

Kuruçeşme Aile Sağlığı Merkezi, İzmit, Kocaeli

Amaç: Son yıllarda ülkemizin hemen her yerinde çalışan hekim ve sağlık çalışanlarına yönelik sözlü ve fiziksel şiddet olaylarında artış yaşanmaktadır. Kocaeli'de çalışan aile hekimlerinin ve aile sağlığı merkezi çalışanlarının ne oranda sözlü ve fiziksel şiddete maruz kaldığını tespit etmek ve bu olumsuz olguları önlemek için alınması gereken önlemleri belirlemek amacıyla bu çalışma planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmada, Kocaeli ilinde bulunan 138 Aile sağlığı merkezinde çalışan 420 aile hekimine ve aile sağlığı elemanlarına, diğer aile sağlığı merkezi personeline (tıbbi sekreter, yardımcı personel gibi) yönelik belli bir zaman diliminde anket uygulaması yapılacaktır. Bu ankette, sağlık personelinin aile hekimliği merkezinde kaç kez sözlü ve fiili şiddete, hakarete maruz kaldığı, olayın üst makamlara, adli makamlara intikal edip etmediği, olayın sorumlularının her hangi bir ceza alıp almadığı, bu tür olayların önlenmesi için ne gibi önlemlerin alınması gerektiğinin sorgulanması hedeflenmektedir. Elde edilecek veriler istatistiksel olarak analiz edilecektir.

Bulgular: Henüz bulgular elde edilmedi.

Sonuç: Henüz sonuçlanmadı

Tartışma Soruları: 1) Aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanları, ne oranda hasta ve yakınlarının sözlü ve fiili şiddetine maruz kalıyorlar? 2) Meydana gelen şiddet olguları aile sağlığı merkezi çalışanlarını nasıl etkiliyor? 3) Aile sağlığı merkezlerinde olagelen ve istenmeyen bu olguların önlenmesi için neler yapılmalıdır?

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, hekime yönelik şiddet, sağlık personeline saldırı.

SB-14

Kadınlar rahim içi araç kullanımını neden bırakıyor?

Nur Şehnaz Hatipoğlu¹, Nilgün Özçakar²

¹Konak 24 Nolu A.S.M., İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Aile planlaması, ailelerin olanakları ve isteklerine göre istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla, bakabilecekleri kadar çocuk sahibi olmalarıdır. Aile planlaması hizmetlerinin temel amacı ise aşırı doğurganlığı önleyerek anne ve çocuk sağlığı düzeyini yükseltmektir. Aile planlaması yöntemleri arasında geriye dönüşümlü, güvenilir ve kontraseptif etkisi yüksek olan rahim içi araç (RİA) pek çok ülkede en çok kullanılan, uygulaması kolay, seksüel yaşamı bozmayan ve ucuz kontrasepsiyon yöntemidir. Ülkemizde de kontrasepsiyonda

geri çekmeden sonra en çok kullanılan yöntemdir. Uygulandıktan sonra uzun süre kullanılabilir olması, Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) ücretsiz uygulanması, sistemik etkisinin olmaması kadınları bu yöntemi seçmeye yönlendiren belli başlı sebeplerdir. Sorun olmadığı sürece yıldı bir kez kontrolü yeterlidir. Yan etki ve komplikasyonları oldukça az olmakla birlikte mestruel düzensizlik, kanamada artma, karın-kasık ağrısı veya enfeksiyon gibi nedenlerden dolayı RİA kullanımı sonlandırılabilir. En çok bırakılan dönem ilk 5 yıl olarak bilinmektedir. Çalışmamızda Aile Sağlığı Merkezimizde 2007 den bu güne kadar RİA uygulanan kadınların bu aile planlaması yöntemine devam durumlarını, kontrol yapıp yapılmadığını, ne kadar süredir kullandıklarını ve bırakmışlarsa nedenlerini araştırmayı planladık.

Amaç: Çalışmamızın amacı 2007 Mayıs - 2012 Mart tarihleri arasında Konak 24 no'lu ASM'de RİA uygulanan kişilerin yöntemine devam edip etmediklerini, etmiyorlarsa bırakma nedenlerini araştırmaktır.

Yöntem: Kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanan araştırmamızda RİA uygulanan kadınlar var olan kayıtlardan belirlenerek tümü ASM'ye çağrılacak, araştırmacı tarafından hazırlanan anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanacaktır. İstatistiksel analizlerde SPSS 16.0 programı kullanılacaktır, p<0.05 anlamlı kabul edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Aile planlaması, rahim içi araç, RİA bırakma.

SB-15

Birinci basamakta diyabetik nöropatiyi hangi yöntemle taramalıyız?

Ferhat Ekinci¹, Engin Altınöz¹, Saliha Serap Çifçili¹, Gülseren Akyüz²

¹Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: 2010 yılında tamamlanan TURDEP-II çalışmasının sonuçlarına göre ülkemizde diyabet prevalansı %13,7 olarak bulunmuştur. Öte yandan diyabet özellikle kronik komplikasyonları nedeni ile önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Diyabet yönetiminin önemli bir parçası olarak kanıta dayalı kılavuzlarda diyabetik hastalarda kronik komplikasyonların belli aralıklarla taranması önerilmektedir. Bu kronik komplikasyonlardan diyabetik periferik nöropati (DNP), nadiren mortaliteye sebebiyet vermekle birlikte diyabetteki morbiditenin ana nedenidir.

Yöntem: 30.03.2012 ve 01.07.2012 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine her hangi bir nedenle başvurmuş ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arası Diyabetes Mellitus (DM) hastaları çalışmaya dahil edilecektir. Çalışmaya alınan hastaların yaşı, kaç yıldır DM tanılı olduğu, kullandığı DM ilaç tipleri (oral antidiyabetik, insülin), DM kronik komplikasyonlarının varlığı, önceden araştırmacı tarafından hazırlanmış forma işlenecektir. Hastaya diyabetik nöropati skoru (DNS), vibrasyon algılama eşiği, Semmes Weinstein Monofilament testi Aile Hekimliği polikliniğinde uygulanacaktır. Aynı hastalara altın standart olarak Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon kliniğinde Elektronöromiyografi (ENMG) de uygulanacaktır. Hastalara DNS soruları sırayla birer kez sorularak olumlu yanıtlar pozitif olarak kaydedilecek, 4 yanıtın tamamının negatif olması haricinde DNS sonucu pozitif olarak yorumlanacaktır. Monofilament testi hasta yatar pozisyonunda iken bir ayakta, ayak üzerinde 12 noktaya uygulanacaktır. Hastanın hissetmediği noktalar pozitif olarak değerlendirilecektir. Diyapazon testi 128-256 Hz diyapazon çıplak ayak dorsalinde 1. metatars başı üzerine uygulanarak titreşim duygusu sorgulanacaktır. Hissetmemesi durumunda test sonucu pozitif olarak kaydedilecektir. Toplamda en az 200 hasta çalışmaya alınarak 8 gruba

ayrılacaktır. Klinik değerlendirmesi tamamlanan hastalar ENMG laboratuvarında polinöropati protokolüne uygun elektrofizyolojik değerlendirme yapılacaktır.

Bulgular: DPN tarama amacıyla kullanılacak diyabetik nöropati skoru, vibrasyon değerlendirme yöntemi ve monofilament testinin ayrı ayrı kullanılmasının veya birlikte kullanılmasının duyarlılık, özgüllük, pozitif öngörü değeri ve olabilirlik oranı hesaplanarak DPN taramasında en etkili yöntem tespit edilecektir.

Sonuç: Birinci basamakta kullanımı ve ulaşılabilirliği kolay olan bu yöntemlerin diyabetik periferik nöropatinin erken tanısında kullanılarak mortaliteyi ve morbiditeyi azaltacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik periferik nöropati, tarama yöntemleri, elektronöromiyografi.

SB-16

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastalar için de yeterli mi?

Dilek Güldal¹, Tolga Günvar¹, Vildan Mevsim¹, Emel Kuruoğlu², Ediz Yıldırım¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, Fen Fakültesi, İstatistik Bölümü, İzmir

Amaç: Bu niteliksel çalışmada birinci basamak sağlık hizmetleri konusunda hasta beklentilerinin ne olduğu, bu beklentilerin, aile hekiminin özellikleri ve tanımlanmış temel yeterlilikleri ile ne kadar örtüştüğünün araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Nitel araştırma olarak planlanan bu çalışmada, teori geliştirme modeli kullanılmıştır. Örneklem seçimi tipik örneklem yöntemiyle yapılmıştır. Veriler odak grup görüşmeleri ile toplanmış, içerik analizinde teori geliştirme metodu kullanılmış, NVivo 8 paket programından yararlanılmıştır.

Bulgular: İyi bir hasta hekim iletişimi, kapsamlı ve sürekli bakım, yakınlık ve hastalık ayırımı yapmaksızın kolayca ulaşabilecekleri bir hekim, kendileri ile empati yapılması ve tıbbi kararlarda kendilerine rehberlik edilmesi birinci basamakta çalışan aile hekiminden temel beklentilerini oluşturmaktadır. Aile hekimlerinin tıbbi bilgilerinin bu taleplerine yanıt verecek düzeyde olması, gerekli durumlarda bakımı kendileri adına koordine etmesini istemektedirler.

Sonuç: Araştırmaya katılanların aile hekimlerinden beklentileri tanımlanmış aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ile örtüşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği temel yeterlilikleri, hasta memnuniyeti, birincil sağlık bakımı, nitel araştırma

SB-17

Pap smear sonuçlarının servikal kanser risk faktörlerine göre değerlendirilmesi

Nurşah Özkan¹, Simten Genç², Pınar Özay Nayır³, Turan Özkan², Veli Mihmanlı²

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul; ²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, İstanbul; ³Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Serviks kanseri, kadınlarda endometrium kanserinden sonra en sık saptanan ikinci genital sistem kanseridir. Servikal kanser gelişiminde risk faktörleri belirlenmiş olup kadınlara bu risk faktörlerine göre tarama önerilmektedir. Çalışmamızın amacı hastanemizin kadın do-

ğum polikliniklerine başvuran hastaların pap smear sonuçlarını servikal kanser olası risk faktörlerine göre değerlendirmektir.

Yöntem ve Gereçler: Çalışmamız tanımlayıcı, gözleme dayalı bir araştırma olup, 01 Ocak–28 Şubat 2012 tarihleri arasında hastanemizin kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran ve smear testi uygulanan kadınlar dahil edildi. TAH+BSO operasyonu geçirmiş olanlar ve patoloji sonuçlarına ulaşamayan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Vakaların tümüne anket uygulandı. Pap smear sonuçları, Bethesda 2001 sınıflamasına göre patoloji kliniğinde değerlendirildi. ASCUS ve LGSIL, malignite(+); normal, reaktif, enfeksiyon, atrofi sonuçları malignite(-) olarak gruplandırıldı. Elde edilen veriler, spss 19.0 istatistik paket programı ile frekans ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirildi ve p<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmada toplam 405 katılımcının sonuçları değerlendirildi. Değerlendirmeye alınanların yaş ortalaması 40.0±11.3 (min:20, max:90). Yaşa göre dağılım, 18-35 yaş grubu %33.8'i (n=137), 36-55 yaş grubu %55.8'i (n=226), >=56 yaş grubu %10.0'ı (n=42) idi. İlk koitus yaşı ortalaması 20.0±3.7 (min:11, max:33) olup, ilk koitus yaşı <=16 olanlar katılımcıların %13.1'ini (n=53), 17-20 yaş grubundakiler %16.2'sini (n=187), >=21 yaş grubundakiler %40.7'sini (n=165) oluşturmaktaydı. Evlilik süresi ort:19.0±12.1 yıl idi. Medeni duruma göre katılımcıların %0.7'si (n=3) bekâr, %94'ü (n=381) evli, %5.1'i (n=21) dul idi. Menopozda olanlar katılımcıların %2'sini (n=85) oluşturmaktaydı. Kadınların %31.1'i (n=126) sigara içmekteydi. Hastaların %40.5'i (n=164) herhangi bir korunma yöntemi kullanmamaktaydı. En fazla kullanılan korunma yöntemleri geri çekme %23.5 (n=95) ve RİA %15.8 (n=64) olarak belirlendi. Gebelik sayısı ort: 4.8±2.1, doğum sayısı ort: 2.25±1.5 olarak bulundu. Patoloji sonuçlarına göre ASCUS %0.7 (N=3), LSIL %0.5 (N=2), enfeksiyon %5.9 (n=24), reaktif değişiklik %78.0 (n=316), normal %11.1 (N=45), smear yetersiz %3.7 (n=15) olarak bulundu. Patoloji sonuçları, serviks olası risk faktörleriyle yapılan karşılaştırmalar Ki kare testine göre anlamlı değildi (p>0.05). ASGUS ve LSIL sonuçları literatür sonuçlarıyla karşılaştırıldığında uyumlu bulundu ve ASGUS/LSIL oranı 1.4 olarak elde edildi. Malignite (+) olarak çıkan olgularımızın, yaş dağılımları 36-55 yaş grubundaydı, medeni durumlarına göre evli, ilk koitus yaşları 21 yaş altıydı, evlilik süreleri 11-20 yıl grubundaydı, sigara kullanmıyorlar, korunma yöntemi kullanmıyorlardı veya geri çekme kullanıyorlardı ve menopoz da değillerdi.

Sonuç: Pap Smear testi sensitivitesi ve spesifitesi düşük olmasına rağmen ucuz ve kolay ulaşılabilen bir tarama yöntemi olup, erken tanı ve tedavi olanağı sunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Pap smear, serviks karsinomu.

SB-18

Evde bakım verenlerin bakım yükü ve diğer faktörler

Nuri Seha Yüksel¹, Fulya Akpak¹, Ayşegül Kabanlı², Nilgün Özçakar³

¹Bornova 17 Nolu, Altında-1 A.S.M, İzmir; ²Bornova 3 Nolu, Koşukavak A.S.M, İzmir; ³Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Kronik ya da ölümcül hastalar kendileri kadar yakınları için de acı verici olmaktadır. Yatağa bağımlı veya günlük yaşamını ancak destekle sürdürebilen hastaların bakımı, bunu üstlenen aile fertlerinin yaşamında önemli bir yer tutmaktadır. Aile içindeki bu hastalık hali ailenin tüm dengesini bozabilmekte ve aile bireylerinin hastalığa karşı tepkileri, hastanın bu sağlık sorununa uyumunu ve tedavi sürecini etkilemektedir. Bu durumu kabullenme ve süreci yürütme noktasında hasta yakınları ciddi baskı altına girmektedir. Tıp hastalara yönelirken onlara bakım verenleri ihmal edebilmektedir. Hastaya bakmak ve tüm gün-

nünü ona ayırmak hasta yakınının tüm sosyal hayatını kısıtlar. Aile ilişkilerin ve üstlenilmiş sorumlulukların değişikliğe uğramasında etkili olabilmektedir. Bu durum aile bireylerinin iş ve eğitim gibi sosyal işlevselliğini bozabilmektedir. Sürecin uzunluğu, aile ferlerinde yetersizlik, değersizlik, umutsuzluk, suçluluk duygularını yaratmakta, yaşam kalitelerini düşürebilmektedir. Aile hekimleri hastalar kadar onlara destek olanlara da sağlık hizmeti vermekle yükümlüdür. Bu nedenle, aile hekimlerinin hasta yakınlarının yaşam kalitelerini ve sağlıklarını korumaya yönelik tutum geliştirilmesi ve yöntemler bulunması gerekmektedir.

Amaç: Araştırmamızın amacı yatağa bağımlı veya günlük yaşamını ancak destekle sürdürebilen hastaların bakımını üslenenlerin; bakım yükü, anksiyete/depresyon durumları ve algılanan sosyal destek durumunun belirlenmesidir.

Yöntem: Bu araştırma Bornova 17 nolu Alındağ-1 A.S.M ve 3 no'lu Koşukavak A.S.M bölgesinde yapılacaktır. Çalışmaya yatağa bağımlı veya günlük yaşamını ancak destekle sürdürebilen hastasının birincil bakımından sorumlu olan 100 hasta yakını ve kontrol grubu olarak sosyo-demografik özellikleri benzer, hasta bakımından sorumlu olduğu yakını olmayan 100 kişi alınacaktır.

Çalışmamızda;

- Araştırmacıların hazırladığı bakım verilen hastaya yönelik ve bakım veren yakınına yönelik sosyo-demografik bilgilerin alındığı anket
- Bakım verme yükü ölçeği,
- Hastane anksiyete-depresyon ölçeği
- Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeği (12 madde) uygulanacaktır.

Bakım verme yükü ölçeği (22 madde), Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Türkçe'ye 2006 yılında İnci tarafından uyarlanmıştır. Hastane anksiyete-depresyon ölçeği, HAD (14 madde), anksiyete ve depresyon belirtilerinin tarandığı, hastanın kendisi tarafından doldurulan bir ölçektir. HAD Türkçe geçerliliği Aydemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, ÇBASDÖ (12 madde), Zimet ve ark. (1988) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik çalışması Eker ve Arkar (1995) tarafından yapılmıştır. İstatistiksel analizlerde SPSS 16.0 programı kullanılacak, p<0.05 anlamlı kabul edilecektir.

Anahtar Kelimeler: Bakım verme yükü, anksiyete, depresyon, algılanan sosyal destek.

SB-19

Sağlam çocuk takibi sırasında gelişimin izlenmesi amacıyla denver II gelişimsel tarama testinin birinci basamakta kullanımı

Güler Şahoğlu Ünver, Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Birinci basamakta, 6-36 ay arası çocuklarda Denver II gelişim testi kullanılarak nöromotor gelişimin değerlendirilmesi, gelişimde gecikme saptanan çocukların ailelerine eğitim verilerek yapılan müdahalenin etkinliğinin saptanması ve olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Kadıköy ilçesinde seçilen 4 Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) bağlı nüfus içindeki 6-36 ay arasındaki sağlıklı çocuklar araştırmaya davet edileceklerdir. Katılımı kabul eden ailelerin çocuklarına Denver II gelişim testi uygulanacaktır. Ailelere gelişme geriliği risk faktörlerinin sorgulandığı anket formları dağıtılacak ve sonucunda gelişim geriliğinin risk faktörleri belirlenecektir. Sonucu şüpheli olarak saptanan çocukların ailelerine araştırmacı tarafından gelişimi destekleyici eğitimler

birebir ve yüz yüze olarak verilecektir. Bu çocuklar 3 ay sonra tekrar değerlendirilecektir. Ayrıca ASM'lerde çalışan doktor ve hemşirelere testin uygulanabilirliğini değerlendirecekleri bir anket uygulanacaktır.

Sonuç: Henüz sonuçlanmadı.

Tartışma Soruları: 1- Birinci basamakta çocuk gelişimi izleminde yapılandırılmış test ve ölçeklerin kullanımı bizlere artı değer kazandırır mı? 2- Denver II gelişim testi testör eğitimleri nasıl yaygınlaştırılabilir? 3- Birinci basamak sağlık çalışanları çocuk gelişimi ile ilgili kısa eğitimleri günlük uygulamada yapabilir mi? Anahtar Kelimeler: Denver II, nöromotor gelişim, sağlam çocuk takibi, birinci basamak

SB-20

Çocukluk çağı ve adölesan dönemde santral obezitesi olan hastaların bir yıllık takipte metabolik sendrom kriterleri açısından değerlendirilmesi

Zeynep Günay¹, Tolga Günvar², Dilek Güldal³

¹Kepez ASM, Çanakkale; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İzmir

Giriş: Metabolik Sendrom (MS); kardiyovasküler hastalık riskini 2-3 kat, Tip 2 Diyabetes Mellitus (DM) riskini 5 kat arttıran, santral obezite, hiperinsülinizm, hipertrigliseridemi ile karakterize bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Temel risk faktörü olan obezitenin genç popülasyonda giderek artması nedeniyle çocukluk çağı ve adölesan dönemde MS sıklığı da artmaktadır. Aile hekimlerinin rutin başvurular sırasında uyguladıkları boy-kilo-bel-kalça ölçümleri, çocukluk çağı ve adölesan dönemde oldukça önemli veriler sunmaktadır. Bu dönemde yapılacak müdahaleler MS gelişiminin engellenmesinde önemlidir. Ancak birinci basamakta gösterilen çabaların amacına ulaşım konusunda yeterli verimiz mevcut değildir. Bu çalışmanın amacı aile hekimlerinin bel çevresi %90 persentil ve üzerinde olan çocukların bir yıllık takibi ile MS kriterlerinde meydana gelen değişikliklerin gösterilmesidir.

Yöntem: Çalışma modeli kohort olarak planlanmıştır. Çalışmamız, aile hekimlerine kayıtlı, bel çevresi %90 persentil ve üzerindeki 7-17 yaş arası çocuklar arasında yürütülecektir. Bilinen bir evren büyüklüğünde güven seviyesi ve kabul edilebilir hataya göre önceden örneklem büyüklüğü hesaplanması formülüne göre yedi aile hekimliği birimine kayıtlı 1000 (tam sayı daha sonra belirlenecek) örnek arasından %5 hata payı ve %95 güven düzeyi ile 278 kişi rasgele olarak belirlenecektir. Örneklem sayısı her bir aile hekimliği birimindeki evren büyüklüğüne göre oransal olarak bölünecektir. Tüm çalışma popülasyonu 7-10 yaş, 10-16 yaş ve 16 ve üzeri olmak üzere üç sınıfa ayrılarak belirlenmiş MS kriterlerine göre ilk muayene ve testleri yapılarak kayıt edilecektir. Aile yapıları, ekonomik durum, ders başarıları gibi özelliklerini içeren bir anket uygulanacaktır. MS tanısı konulanlar bir üst basamağa sevk edilerek gerekli tedavileri almaları sağlanacaktır. Katılımcıların kendilerine ve annelerine besleme ve egzersiz ile ilgili standart eğitim verilerek uygun önerilerde bulunulacaktır. Aylık görüşmeler ile her bir katılımcının beslenme ve egzersiz uygulamaları not edilecek, eksik ve yanlış uygulamaların düzeltilmesi için önerilerde bulunulacaktır. MS tanısı alanların tedavilerine uyumları izlenecektir. Her bir katılımcı ve annesinin, katılımcının o ay için beslenme ve egzersiz önerilerine uyumu konusunda görüşlerini ifade eden Görsel Analog Ölçeğini(VAS) doldurmaları istenecektir. 6. ay ve 12. ayın sonunda ise ilk görüşmede incelenen tüm parametreler yenilenecektir.

Bulgular: Çalışmanın sonunda:1. MS tanı ölçütlerindeki değişim ve ilişkili olabilecek demografik değişkenler 2. Önerilere uymamanın MS riski üzerine etkisi 3.Yaş gruplarına göre diyet ve egzersiz uyumu oranları 4.MS olan ve tedavi alan grupla olmayan grubun kan basıncı, bel çevresi persentili değişimleri arasındaki fark, 5. MS olmayan, normo-

tansif ve prehipertansif gruplar arasında bir yıllık takip sonrası MS gelişme riski ve 6.7-10 yaş grubunda henüz MS tanısı konmamış grupta takip sonrası MS gelişme durumu araştırılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, çocukluk çağı, metabolik sendrom.

SB-21

Birinci basamakta hipertansiyon tedavisinde kan basıncı regülasyonunda dislipidemi tedavisinin etkisi

Mazlum Rüştü Yeşilyurt¹, Vildan Mevsim², Aylin Akdemir², Tolga Günvar²

¹Balçova Aile Sağlığı Merkezi, İzmir; ²Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

Giriş: Hipertansiyon (HT), yüksek görülme sıklığı ve kardiyovasküler hastalık ve böbrek hastalığı riski ile birlikteliği nedeniyle dünya genelinde önemli bir sağlık sorunudur. Diyabet ve dislipidemi de HT gibi kardiyovasküler risk faktörleri arasında yer almaktadır. Hipertansif hastalarda hedef lipid düzeylerinin araştırıldığı çalışmalarda hipertansif hastaların %59.5-61.4'ünde dislipidemi saptanmış ve hipertansif hasta grubunun %28.4'ünde metabolik sendrom, %25.8'inde DM birlikteliği görülmüştür. Türkiye'de yapılan bir çalışmada çok sayıda hipertansif hasta grubunda %44.7 metabolik sendrom, %31.1 DM ve %56.9 dislipidemi birlikteliği tespit edilmiştir. Statinler, plazma kolesterolünü düşürmenin yanı sıra kan basıncını da azaltırlar. Bu etki direkt olarak kan basıncı regülasyonu üzerindedir, muhtemelen lipid seviyesindeki azalma ile ilişkisizdir. Pek çok HT hastasının rutinde lipid düzeyleri incelenmemektedir. Türkiye'de birinci basamakta HT hastası başvurusu yoğun olmaktadır. Hasta yoğunluğu ve hastaya ayrılan sürenin yetersiz olması nedeniyle hastaların tansiyon ölçümleri rutinde yapılamamaktadır. Pek çok çalışmada HT'nun tespit, tedavi ve kontrol altına alınmasında yetersizlikler olduğu gösterilmiştir. Birinci basamağın HT tanımı ve tedavisinde çok önemli bir işlevi vardır. Birinci basamakta dislipidemisinin HT'nun kontrolüne etkisi konusunda yapılan çalışmalar yetersizdir. Bizim, bu çalışmadaki amacımız birinci basamağa başvuran hipertansif hastalarda dislipidemi varlığı araştırmak ve dislipidemisinin kontrolü ile hipertansiyon regülasyonuna etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Araştırma müdahale çalışması olarak planlanmıştır. Bu araştırmaya İzmir Balçova ilçesinde bulunan 3 Aile Sağlığı Birimi'nden hizmet alan hastalar dahil edilecektir. Araştırmaya 35 yaş üzerinde olan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve altı aylık sürede ASB'e başvuran hastalar dahil edilecektir. Araştırmaya en az 400 hastanın dahil edilmesi planlanmaktadır. Bu müdahale çalışmasında araştırmaya alınan hastaların bir yıl süreyle izlenmesi planlanmaktadır. Araştırmanın uygulanmasında, aile hekimine başvuran 35 yaş üzeri hastaların, bilgilendirilmiş yazılı onamları alındıktan sonra hasta bilgi formu, sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği uygulanacaktır. Hastaların kan basınçları ölçülecek, bel çevresi, vücut ağırlığı ve boyları ölçülecek ve kayıt edilecektir. Daha sonra hastaların lipid düzeyleri bakılacaktır. Hastaların saptanan durumlarına göre hastaya tedavileri verilecektir. Hastalara bir yıl içinde en az dört izlem (1. 3. 6. ve 12. ay) yapılacaktır. Hazırlanacak olan izlem protokolüne göre izlemleri yapılan hastalarda lipid düzeyleri ve tansiyonlarındaki değişim saptanacaktır. Veri analizinde SPSS 17.0 paket program kullanılacaktır. İstatistik analiz olarak tanımlayıcı istatistikler, khi kare, bağımlı gruplarda t testi ve lojistik regresyon analizi kullanılacaktır.

Tartışma Soruları: 1- Karıştırıcı faktörlerin etkisine karşı nasıl bir yöntem izlenebilir? 2- Bu araştırmada kontrol grubu alınabilir mi? Nasıl?

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon kontrolü, dislipidemi, birinci basamak.

SB-22

Sivas'ta diyabet ve diyabetik ayak prevalansı, 2008

Recep Erol Sezer¹, Sarper Yılmaz², Hafize Sezer³, Selman Erturhan¹

¹Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas; ²Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Plastik Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas; ³Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Sivas

Çalışmanın amacı, Sivas ilinde diyabet ve diyabetik ayak nokta prevalansını tahmin etmektir. Sivas'ta yanık taraması amacıyla yapılmış bir çalışma, bu amaç ile de kullanılmıştır. Küme örnekleme tekniği kullanılarak seçilen örneklem, her biri 53 haneden oluşan 34 kümede (24 kentsel, 10 kırsal) 8107 kişiyi kapsamıştır. Örnekleme giren her hane-nin her bireyi çalışma kapsamına alınmıştır. Evlerdeki görüşme ve değerlendirilmeler, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Plastik Cerrahi Anabilim Dalı kıdemli araştırma görevlileri tarafından 2008 yılı ilkbahar, yaz ve sonbahar aylarında yapılmıştır. Görüşmelerde bu konuyla ilgili şu sorular sorulmuştur: 1- Evde şeker hastalığı teşhisi almış kişi veya kişiler var mı?, 2- Evde ayağında geçmeyen (en az altı aydır süren veya ilerleyen) yarası olan kişiler var mı? Sivas ili için 2008 yılına ait bil-dirime dayalı diyabet prevalansı: %3.4 (%95 güven aralığı: %2.9 - %3.9) olarak saptanmıştır. Diyabet nokta prevalansı, 0-19 yaş grubunda cinsiyetle değişmeksizin binde 1, 20-29 yaş grubunda binde 5, 30-39 yaş grubunda %1.1, 40-49 yaş grubunda %5.1, 50-59 yaş grubunda %11.0, 60-69 yaş grubunda %16.7, 70-79 yaş grubunda %13.3, 80+ yaş grubunda %4.8 olarak bulunmuştur. Bu değer, >=20 yaş grubunda kadınlarda %6.1, erkeklerde %4.3 (p=0.003) olup toplamda %5.2'dir. Diyabetik ayak nokta prevalansı, diyabeti olanlar için %3.3, toplumda binde 1.1 olarak saptanmıştır. Diyabetik ayak, erkek diyabetiklerde %7.1, kadın diyabetiklerde %0.6 oranındadır (p=0.004). Bu çalışma ile diyabet ve diyabetik ayak prevalansı Sivas'ta il düzeyinde ilk kez tahmin edilmiş olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, diyabetik ayak, diyabet prevalansı, diyabetik ayak prevalansı, Sivas.

SB-23

Altmışbeş yaş ve üstü bireylerin fiziksel sosyal ve mental etkinlikleri ile bilişsel işlevleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Filiz Karakuş¹, Ediz Yıldırım¹, Nil Tekin², Dilek Güldal¹

¹Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ²SGK Dinlenme ve Bakım evi, Narlıdere, İzmir

Amaç: Demansın ilerlemesini durdurabilecek ve önleyebilecek herhangi bir tedavi yöntemi geliştirilememiştir. Altmışbeş yaş ve üzeri bireylerin bilişsel işlevlerinin korunması ve demansa ilerlemesinin geciktirilmesi için farmakolojik ajanlar denenmesinin yanında, nonfarmakolojik yaklaşımlardan biri olarak kabul edilen aktif yaşam tarzı yönteminin uygulanması da önemli olabilir. Amacımız 65 yaş ve üstü bireylerde aktif yaşam tarzı ile bilişsel işlevler arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmada Narlıdere ilçesine bağlı bir dinlenme ve bakımevinde yaşayan 65 yaş ve üzeri 250 kişi rastgele seçildi. Katılımcılara bilişsel işlevlerini değerlendirmek için standardize mini mental test (SMMT), etkinlik anketi ve sosyodemografik özellikleri araştıran bir anket uygulandı.

Bulgular: Katılımcıların SMMT'ye göre bilişsel işlevlerinin değerlendirilmesinde kadın cinsiyet (p=0.002), ileri yaş (p=0.027), düşük eğitim düzeyi (p=0.000), ev hanımı olmak (p=0.001) ve geçmişte düzenli işi ol-

Özetler

makam (p=0.010) birer risk faktörü olarak bulundu. Kronik hastalık değerlendirilmesinde koroner arter hastalığı tanısı bulunanlarda bilişsel bozulma daha az bulundu (p=0.008). Düzenli ilaç sorgulamasında ise antikoagülan kullananlarda bilişsel bozulma daha az bulundu (p=0.010). Katılımcıların etkinlik değerlendirmesinde fiziksel etkinlikleri ile bilişsel işlevleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Sosyal ve mental etkinlikleri ile bilişsel işlevleri arasında doğrusal anlamlı ilişki bulundu. Anlamlı bulunan etkinlikler şunlardır; Küçük tamir işleri ile uğraş (p=0.001), aile ve arkadaşlarla görüşme (p=0.008), herhangi bir yerde

gönüllü olarak çalışma (p=0.049), gezme amaçlı kafe ve restorana gitme (p=0.012), aile ve arkadaşlara yardım etme (p=0.000), kart, okey, tavla gibi oyunlar oynama (p=0.011), bulmaca, yapboz çözme (p=0.001).

Sonuç: Sosyal ve mental etkinliklere katılım, bilişsel işlevlerin bozulmasının engellenmesinde önemli bir rol oynayabilir. Altmış beş yaş ve üzeri kişilerin aktif yaşam tarzı değişikliklerine yönlendirilmesi, bilişsel işlevlerin korunmasına yapacağı katkı nedeni ile birinci basamakta koruyucu hekimlik yaklaşımı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlılık, bilişsel işlev, etkinlik.

Poster Bildiriler

(PB-01 — PB-06)

PB-01

Maternal obstetrik ve fetal neonatal sonuçlara grandmultiparitenin etkisi

İncim Bezircioğlu¹, Nilgün Yapan Göral², Ali Baloğlu¹, Levent Hiçyılmaz¹, Dilek Uysal¹

¹İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; ²İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Maternal obstetrik ve fetal neonatal sonuçların grandmultipar ve primiparlar arasında karşılaştırılması amaçlandı.

Yöntem: Retrospektif çalışma 1. Kadın Hastalıkları ve 1 Ocak 2008 ve 1 Ocak 2010 tarihleri arasında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği'nde yapılmıştır. Aynı dönemde başvuran 72 grandmultipar ve 513 ikinci doğumunu yapan primipar karşılaştırılmıştır. Veriler hastane tıbbi kayıtlarından elde edilmiştir. Antepart, intrapart ve neonatal özellikler iki grup arasında karşılaştırılmıştır. Bulgular: Primiparların yaş ortalaması grandmultiparlardan daha küçüktü. Grandmultiparlar primiparlara göre daha erken yaşta evlenmişti, antenatal bakım almıştı ve ölü doğum, ikiz ve pre-eklampsii öyküsü daha fazla idi. Mevcut gebeliklerde preeklampsii, postpartum kanama, fetal distrese grandmultiparlarda primiparlardan daha fazla rastlanmıştır. Grandmultiparların bebeklerinin doğum ağırlıkları daha düşüktür ve primiparların bebeklerine göre yenidoğan yoğun bakımı gereksinimi daha fazladır.

Sonuç: Çalışmamızda grandmultiparitenin preeklampsii, intrauterin gelişme geriliği ve postpartum kanama riskini artırdığı ve grandmultipar anne bebeklerinin daha fazla yenidoğan yoğun bakım gereksinimi olduğu gösterildi.

Anahtar Kelimeler: Grandmultiparite, obstetrik komplikasyonlar, neonatal komplikasyonlar.

PB-02

Kronik hastalığı olan hastaların alternatif tıpla ilgili, bilgi, tutum ve davranışları

Nurgül Balcı, Didem Sunay, Vildan Kantekin, Oğuz Tekin

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Amaç: Alternatif tıp tüm dünyada ilgi görmekte ve kullanımı giderek artmaktadır. Bu yöntemlerin bilinçli ve kanıta dayalı kullanılması çok

önemlidir. Bu nedenle sağlık sistemiyle ilk tıbbi temas noktasında bulunan aile hekimlerinin alternatif tıp yöntemlerini, toplumun bu tedavilere bakış açısını, riskleri ve yararlarını bilmeleri gereklidir. Bu çalışmada aile hekimliği polikliniklerine başvuran hastaların alternatif tıp uygulamaları ile ilgili görüş, bilgi ve yaklaşımlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Gözlemsel ve kesitsel nitelikteki çalışmaya, Aralık 2011-Mart 2012 tarihleri arasında aile hekimliği polikliniklerine başvuran kişiler dahil edildi. Katılımcılara sosyo-demografik özellikleri, tanısı konulmuş kronik hastalıkları, alternatif tıp yöntemleri ile ilgili bilgi ve tutumlarını araştırmak amacıyla hazırlanan anket formu uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 104 hastanın %24'ü 46-55 ve %25.0'si 56-65 yaş aralığındaydı ve %46.2'si erkek, %53.8'i kadın, %80.8'si evli, %35.6'si ev hanımıydı. Eğitim durumu; %6.7'si okur-yazar, %46.2'si ilköğretim, %20.2'si lise, %8.7'si yüksekokul, %18.3'ü üniversite mezunuydu. Aylık gelir; %15.4'ünde <=500 TL, %32.7'sinde 500-1000 TL, %45.2'sinde 1000-2000 TL ve %6.7'sinde >2000 TL idi. İlaçlarını düzenli kullananların oranı %81.7, düzenli doktor kontrolüne gidenlerin oranı %64.4'tü. Katılımcıların hastalıklarına iyi geleceğini düşünerek kullandıkları bitkisel ürünler; ıhlamur (%34.6), ceviz (%19.2), sarımsak (%12.5), yeşil çay (%12.5), zencefil (%12.5), limon (%11.5), nar suyu (%7.7), keten tohumu (%2.9), adaçayı (%1). Yüzde 33.7'si bir bitkisel ürün kullandığını belirtirken, %66.3'ü birden fazlasını tercih etmekteydi. Akupunktur yaptırdığını belirtenlerin oranı yüzde 3.8'di. Hastaların %26.9'u medyadaki sağlıkla ilgili önerilerle uyduğunu, %22.1'i eczacıların önerdiği ilaçları kullandığını belirtirken, %26.7'si önce doktoruna danıştığını söyledi. Tanıdıklarının önerilerine uyduğunu belirtenlerin oranı %17.3'tü.

Sonuç: Hastalar hastalıkları ile ilgili olarak bitkisel ürünleri tercih etmekle ve medyada sağlıkla ilgili önerileri dinlemekle beraber tıbbi tedavilerine ve doktorlarının tavsiyelerine uymaktadırlar. Her görüşmede hastaların kullandıkları ilaçlar ve yaşam tarzı değişiklikleri gözden geçirilirken alternatif tedavi yaklaşımlarını kullanıp kullanmadıkları da sorulmalıdır. Kişilerin kitle iletişim araçlarından gittikçe artan oranda faydalanmak istemeleri bu araçların bu tür tedavi yaklaşımlarının faydaları ve zararları konusunda toplumun bilinçlendirilmesi için doğru kulanılmasının önemini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Alternatif tıp, kronik hastalıklar, bilgi, tutum.

PB-03**Erişkin bireylerde her iki kol arasındaki sistolik ve diastolik kan basıncı farkının kardiyovasküler hastalık oluşturma riski****Pınar Topsever¹, Sabah Tüzün¹, Senem Aslan Tanyürek², Tolunay Gelgin³**¹Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul; ²Pendik 5 No.lu Aile Sağlığı Merkezi; ³Gazi Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi**Amaç:** Ayrılmamış hasta kabul eden birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvuran bireylerde her iki kol arasındaki sistolik ve diastolik kan basıncı farkının kardiyovasküler hastalıklar için bir risk faktörü olup olmadığını değerlendirmek.**Giriş:** Son dönemlerde hazırlanan hipertansiyon kılavuzlarında kan basıncı ölçümünün her iki koldan yapılması gerektiği belirtilmektedir ve yapılan çalışmalarda sağ kolda ölçülen kan basıncının sol koldan daha yüksek olabileceğini ortaya konmuştur. İki kol arasındaki sistolik kan basıncı farkının ≥ 20 mmHg ve diastolik kan basıncı farkının ≥ 10 mmHg saptanması halinde yüksek değer kabul edilmelidir. Kollar arasındaki kan basıncı farkının önemi kesin olarak bilinmemekle beraber, literatürde yapılmış olan bazı çalışmalarda iki kol arasındaki sistolik ve diastolik kan basıncı farkının aterosklerotik plaklara bağlı olarak gelişen periferik damar hastalıkları ve kardiyovasküler hastalıklarının belirtisi olabileceğine dair kanıtlar mevcuttur. Son dönemde yapılan bir meta-analizde kollar arasında sistolik kan basıncı farkının ≥ 15 mmHg olmasının periferik arter hastalıkları riskini 2.5 kat, serebrovasküler hastalık riskini 1.6 kat, kardiyovasküler mortalite riskini 1.7 kat artırdığı saptanmıştır. Bununla beraber birinci basamak sağlık hizmetlerinde olduğu gibi ayrılmamış hasta grupları arasında benzer bir çalışma bulunmamaktadır. Bu araştırma birinci basamakta iki kol arasındaki kan basıncı farkının prevalansını ve kardiyovasküler hastalıklar açısından riskini değerlendirmek amacıyla planlanmıştır.**Yöntem:** "Erişkin Bireylerde Her İki Kol Arasındaki Sistolik ve Diastolik Kan Basıncı Farkının Kardiyovasküler Hastalık Oluşturma Riski: Birinci Basamak Pilot Çalışması" adlı araştırma tanımlayıcı, gözlemsel ve çok merkezli olarak Mayıs - Aralık 2012 tarihleri arasında, İstanbul'un Anadolu yakasındaki 4 adet aile sağlığı merkezine başvuran 18-40 yaş arasındaki bireylerde planlanmıştır. Araştırmamıza katılmayı kabul eden bireylerden yazılı onamları alınarak sosyodemografik bilgilerini içeren form ve kardiyovasküler risk faktörü değerlendirme formunu doldurulmasının ardından kan basıncı ölçümleri bireyler 10 dakika oturarak dinlendikten sonra her iki koldan kalibrasyonu yapılmış olan Riester marka kan basıncı ölçüm cihazı ile 2 ayrı ölçüm yapılması planlanmıştır. Her iki kolda sistolik kan basıncı farkı ≥ 20 mmHg ve diastolik kan basıncı farkı ≥ 10 mmHg olan değerler anlamlı kabul edilecektir. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 15.0 programında değerlendirilerek, student t test ve korelasyon testleri ile analiz edilecektir.**Sonuçlar:** Araştırma henüz planlanma aşamasındadır.**Anahtar Kelimeler:** Kan basıncı farkı, Kardiyovasküler hastalık**PB-04****Birinci basamakta, depresyon tedavisinde bilişsel davranışçı psikoterapi****Tolunay Demirdamar Gelgin¹, Senem Aslan Tangürek², Sabah Tüzün³**¹Gazi Mahallesi Aile Sağlığı Merkezi; ²Pendik 5 No.lu Aile Sağlığı Merkezi; ³Acıbadem Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı**Giriş:** Depresyon dünyada hastalık yükü, iş gücü kaybı ve hayatı tehdit eden bir hastalık olması nedeniyle sağlık hizmeti sunucularının karşılaştığı önemli bir sağlık sorunudur ve dünyada yaklaşık 121 milyon kişiyi etkilemektedir. Ayrılmamış hastanın başvuru merkezi olan ASM depresyon hastalarının sık başvurduğu bir sağlık kuruluşudur ve çoğunlukla yetersiz tedavi edilmektedir.**Amaç:** Bu çalışmada depresyon tedavisinde, ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı psikoterapinin etkinliğinin birbiri ile kıyaslamasını hedeflenmektedir.**Yöntem:** Çalışma Mayıs-Ağustos 2012 arasında İstanbul Sultanbeyli ve Pendik ilçelerinde yer alan iki aile sağlığı merkezine kayıtlı depresyon tanısı alan hastalarda planlanmaktadır. Katılımcılar polikliniğe gelişlerine göre random olarak 3 gruba ayrılacaktır. Birinci gruba ilaç tedavisi, ikinci gruba bilişsel davranışçı psikoterapi, üçüncü gruba ilaç ve beraberinde bilişsel davranışçı psikoterapi verilecektir. Çalışmada bilişsel davranışçı psikoterapi uygulayacak her iki hekim terapisinin standartizasyonu için eğitime alınacaktır. Tüm hastalara iki hafta ara ile toplam dört hasta-hekim görüşmesi ve her görüşmede BECK Ölçeği uygulanması planlanmıştır. Veriler SPSS 15 programında değerlendirilecektir.**Bulgular:** Çalışma henüz planlanma aşamasında olduğundan henüz veri değerlendirmesi yapılamamıştır.**Anahtar Kelimeler:** Birinci basamak, depresyon, bilişsel davranışçı psikoterapi.**PB-05****İzmir ilinde bir anaokulunda eğitim gören çocukların ebeveyninin çocuklarının sağlıkları üzerine algıları: bir araştırmanın ara sonuçları****Mustafa Tokdemir, Murat Altuntaş, Abdurrahman Ersü, Tevfik Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel***Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir***Amaç:** Bu çalışmada İzmir ilinde bir anaokulunda eğitim gören çocukların anne ve babalarının çocuklarının sağlık durumları ile ilgili algılarının değerlendirilmesi amaçlandı.**Yöntem:** Araştırmada 2011-2012 öğretim yılında anaokuluna devam eden 51 öğrenci çalışmaya alındı. Öğrencilerin sağlık kayıtları hakkında bilgi alındı, 17 Ocak- 19 Ocak 2012 tarihleri arasında yürütülen çalışmada detaylı fizik muayeneleri yapıldı, boy ve vücut ağırlıkları ölçülerek persantil eğrilerine göre kayıt edildi. Ayrıca tüm öğrencilerin velilerine bir mektup ve bir anket yollandı. Elde edilen veriler "ara sonuçlar" şeklinde sunulmaktadır. Anne ve babaların ankete vermiş oldukları cevaplar aracılığıyla çocuklarının sağlıkları ile ilgili algılarının, elde edilen fizik muayene ve antropometrik ölçümlerle karşılaştırılmasının yapılması amaçlandı. İstatistiksel olarak ebeveynin verdiği cevaplarla öğrencilerin fizik muayene ve antropometrik değerlendirmeleri arasındaki uyum khikare testiyle araştırılacaktır. Araştırmacılar tarafından oluşturulan anketin geçerliliği ise crohnbach alfa testi ile değerlendirilecektir.**Bulgular:** Taramaya katılan 51 öğrencinin yaşa göre boy uzunlukları değerlendirilmiştir. Uç değerler olarak; öğrencilerin %5.9' u (3 öğrenci) 3 persantil altındaydı. Yaşa göre vücut ağırlığı ölçümlerinde ise %2'si 3-10 persantil, %9.8'i (beş öğrenci) ise 97 persantil üstü olarak belirlenmişti. Çalışmada; anne ve babalara çocuklarının sağlıkları hakkındaki düşünce ve görüşlerini sorgulayan bir anket yollandı. Anket içeriğinde; ebeveyne çocuklarının gelişimi, beslenmesi, ruhsal durumları ve genel olarak sağlıkları hakkında görüşlerini belirleyici sorular sorulmaktaydı.**Sonuç:** Bu çalışmada; anne ve babaların çocuklarının sağlıkları konusundaki görüşleri ve gerçeğe ne derece yakın/uygun olduğu saptanmak istendi.**Anahtar Kelimeler:** Anaokulu, ebeveyn, sağlık.

PB-06

Sildenafil kullanımı sonrasında ağız ve göz kuruluğu: bir olgu sunumu

Yılmaz Sezgin, Muhammet Ali Kılıç, Tolga Günvar, Vildan Mevsim

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

Giriş: Duyu, motor ve otonom sinir uyarısının bozulması ağız ve göz kuruluğuna neden olabilir. Bir aydan fazla süren göz kuruluğu sonrasında gelişen inflamasyonun; lakrimal bezlerde kalıcı fonksiyon kayıplarına neden olduğu belirtilmektedir. Bir fosfodiesteraz inhibitörü olan sildenafil; yüksek dozlarda hücre içine kalsiyum geçişini engelleyerek sinirsel uyarıları bozabilir. Vitamin B12 eksikliğinde, myelin sentez kusuruna bağlı tat, koku ve görme yetilerinde bozukluklar gelişebilir. Sildenafilin 27906 kullanıcı arasında 4 kişide keratokonjunktivit sikkaya neden olduğu 12 Mart 2012 tarihli FDA raporunda belirtilmiştir. Amacımız “ağız ve göz kuruluğunun farklı etiyolojik faktörlerine ve tedavisine” bir olguyla dikkat çekmektir.

Bulgular: Ağız ve gözde kuruluk şikayeti olan 46 yaşında erkek bekar hasta polikliniğimize başvurdu. Yaklaşık 45 gün önce başlayan şikayetleri üzerine, gittiği göz doktoru tarafından schirmer testi sonucunda hastaya suni gözyaşı tedavisi başlanmıştı. Şikayetleri düzelmeyen hasta Romatolojide Sjögren sendromu açısından taranmış ve yapılan tükürük bezi biyopsi sonucu; “foküs sayısı/ incelenen alan oranı Sjögren Sendromu için düşüktür” şeklinde rapor edilmişti. Hasta öyküsünde, 2 ay

ve 4 ay önce sildenafil 50 mg ikişer tablet aldığını ifade etmiştir. Göz kuruluğu için suni gözyaşı ve siklosporin göz damlası kullanılmaktaydı. Fizik muayenede anksiyöz ve yorgun görünümlü olan hastanın derisi nemli, gözleri hiperemikti. Kan basıncı, vücut ısısı ve nabızı normal sınırlarda değerlendirilen hastada, TFT normal olarak bulundu. Vitamin B12 seviyesi 216 pg/ml ve folik asit seviyesi 4.2 ng/ml olan hastaya do-dex ampul ve folat başlandı. Tedavinin ikinci ayında ağız kuruluğu düzelen hastanın göz kuruluğu ise devam etmekteydi.

Ağız ve göz kuruluğuna; sildenafilin kalsiyum iyonları üzerine olan etkisiyle salgı bezlerinin sinirsel uyarılmasının engellenmesi ya da vitamin B12 eksikliğine bağlı gelişen sinirsel uyarı bozukluğu neden olmuş olabilir. Sildenafil kullanıcılarında ender olarak göz kuruluğunun raporlanmış olmasının veya vitamin B12 eksikliği yaygın olmasına rağmen ağız ve göz kuruluğu yaptığını dair bir bilginin olmamasının nedeni; hem sildenafilin hem de vitamin B12 eksikliğinin farklı mekanizmalar üzerinden salgı bezlerinin sinirsel uyarılmasını bozarak birlikte etki göstermiş olmasını akla getirmektedir. Sildenafilin bırakılması ve vitamin B12 tedavisi sonrasında ağız kuruluğunun düzmesi ancak göz kuruluğunun devam etmesi; uzun süren göz kuruluğuna bağlı gelişen inflamasyonun lakrimal bezlerde kalıcı fonksiyon kaybına neden olmasını düşündürmektedir.

Sonuç: Ağız ve göz kuruluğu olgularına yaklaşırken multifaktöryel bir sorgulama sonucu birinci basamakta çözümlü olabilecek yaklaşımları akılda tutmak hem semptomların kronikleşmesinin hem de işgücü kaybı ve maliyet israfının önüne geçilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ağız ve göz kuruluğu, sildenafil, vitamin B12.

Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nin üçüncüsü gerçekleştiriliyor

Aile Hekimliği Araştırma günlerinin üçüncüsü 7-11 Kasım 2012 tarihlerinde İzmir'de gerçekleştirilecektir. Aile Hekimliği Akademisi Derneği tarafından düzenlenen ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) tarafından desteklenen bu etkinlik Aile Hekimliği alanında araştırmayı geliştirmek, ulusal veriler sağlamak ve araştırma etkinliğini birinci basamağa yaymak amacı ile döngüsel olarak yapılmaktadır. Araştırma Günleri'nde tamamlanmış çalışmaların yanı sıra araştırma ya da tez önerileri de sunulabilmektedir. Bu etkinlikte yer alan bildiriler aldıkları geribildirim doğrultusunda yeniden düzenlenerek TAHUD tarafından çıkarılan Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yayınlanmaktadır.

Aile Hekimliğinde araştırmayı geliştirmeye hizmet amacı ile her dönem olduğu gibi bu dönemde de araştırma kursları verilecektir. Her biri bir tam gün süren niteliksel araştırmalar, olgu kontrol çalışmaları, araştırma yöntemleri ve SPSS kullanımı olmak üzere dört kurs planlanmıştır. Kurslar 8-9 Kasım 2012 tarihlerinde gerçekleştirilecektir.

Araştırma günlerinde Prof. Dr. Thomas Freeman ve Prof. Dr. Moira Stewart aile hekimliğinde araştırmanın geldiği düzey ve biyopsikososyal yaklaşımın ölçülmesi ile ilgili birer konferans verecektir.

Kasım Ayında İki Önemli Konuğumuz Var

Textbook of Family Medicine kitabının yazarlarından Thomas Freeman ve aile hekimliği alanında araştırmalarıyla tanınan Moira Stewart ile İzmir'de biraraya geleceğiz. 7-8 Kasım 2012 tarihlerinde "Aile Hekimliğinin Bilimsel ve Felsefi Temellerinin Aktarılması İçin Eğitim ve Değerlendirme Modelleri" konulu çalıştayda karşılıklı görüş ve deneyimlerimizi paylaşacağız.

Çalıştayın Arkaplanı ve İçeriği

İki bölümden oluşacak çalıştayın birinci bölümünde eğitim modelleri ele alınacaktır. Aile hekimliği uygulamaları genel hekimlik yaklaşımına sahip olduğu için özellikle branş dışından uzmanlarca tıp eğitiminin genişletilmiş bir tekrarı olarak algılanmaktadır. Bunun diğer bir nedeni de disiplinin ayırt edici özelliklerinin nasıl aktarılacağı konusunun yeterince açık ve net olarak ortaya konmamış olmasıdır.

Ülkemizde Aile Hekimliği hızlı bir gelişme göstermektedir ve gelecek nesillerin sağlığında önemli bir belirleyici olacaktır. Bu nedenle bu alanın uzmanlarının disiplin ilkelere doğrultusunda eğitilebilmeleri için ne tür yöntemler kullanılması gerektiği ve eğiticilerin nitelikleri önemli bir tartışma konusudur. Çalıştayda farklı bakış açıları birleştirilerek bu sorulara yanıt verilirken, bugüne kadar önerilen ve uygulananların olumlu ve geliştirilmesi gereken yanları tartışılacaktır.

İkinci bölümde ise aktarılan eğitimin değerlendirilmesi için modeller tartışılacaktır. Eğitimin değerlendirilmesi sıklıkla çıktılar üzerinden yapılmaktadır. Ancak bir eğitimin etkinliğini en iyi performans gösterebilir. Performansı etkileyen bir çok faktörün varlığı, ölçülmesi ve değerlendirilmesinde zorluklara neden olmaktadır. Aile hekimliği eğitiminin bir tutum ve yaklaşım eğitimi olduğu göz önüne alınınca bu eğitimin nasıl değerlendirilmesi gerektiği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Çalıştayın bu bölümünde bir önceki gün geliştirilen farklı eğitim modellerinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi ile ilgili öneriler tartışılacaktır.

Aile hekimliği alanında eğitim ve araştırma ile ilgilenen tüm meslektaşlarımızı çalışmaya ve araştırma günlerine bekliyoruz.

WONCA Avrupa 2015 İstanbul Kongresi

Bildiğiniz gibi 2015 yılı WONCA Avrupa Konferansı yedi yıl sonra yeniden İstanbul'da yapılacaktır. Geçtiğimiz yıl ortak heyecan ve gayretlerle Avrupa Kongresi'ni bir kez daha ülkemize getirmeyi başardık. Merkez Yönetim Kurulu olarak görev süremiz içinde gerçekleşen bu olayı başarı olarak görüyor ve camiamıza hayırlı olmasını diliyoruz.

Kongre heyecanı şimdiden bizleri sardı. WONCA Avrupa'nın konferans hazırlıkları açısından bir zaman planı olsa da bu önemli etkinliği başarıyla gerçekleştirmek için hazırlıklara 2012 Mart ayından itibaren başlamış bulunmaktayız.

26 Ekim 2012 tarihinde Antalya'da yapılacak olan WONCA Avrupa Yönetim Kurulu toplantısı sırasında WONCA Avrupa 2015'in sözleşmesi imzalanacaktır.

Bu törende TAHUD Başkanı Prof. Dr. Okay BAŞAK'ın yanı sıra, WONCA Avrupa temsilcimiz Doç. Dr. Yeşim UNCU ve WONCA Avrupa Yönetim Kurulu'nda EGPRN "networkünü" temsilen bulunan Prof. Dr. Mehmet UNGAN da hazır bulunacaklar.

Bu arada bir yandan sözleşme hazırlıkları sürerken bir yandan da bu önemli bilimsel ve sosyal olayı üstlenebilecek güvenilir bir organizasyon firması arama sürecine de girdik. Sürecin en önemli yanı şartnamenin hazırlanması idi. TAHUD'un hazırladığı teknik şartnameye <http://www.tahud.org.tr/guncel/wonca-haber/wonca-avrupa-2015-kongresi-icin-sartname/521> adresinden ulaşabilirsiniz. Organizasyon firmalarından gelen tekliflerin değerlendirmesi amacıyla TAHUD MYK üyelerinin de içinde olduğu bir komisyon oluşturuldu. MYK üyelerinin dışında komisyonda Prof. Dr. Nezhir DAĞDEVİREN, Doç. Dr. Yeşim UNCU, Uzm. Dr. Ruşen TOPALLI ve Doç. Dr. Mehmet SARGIN yer aldılar. Firma belirlenme süreci Eylül ayının üçüncü haftası tamamlandı.

2015 Avrupa Kongresini ulusal bir hareket olarak gördüğümüz ve hepimizin katkılarıyla çok daha iyisini

yapabileceğimize inandığımızdan WONCA Avrupa 2015 İstanbul Kongresi sürecini 11. Ulusal Kongremizde resmen başlattık ve Konferansın düzenlenmesine katkısı olacağını düşünen herkesi Ulusal Kongremizde yaptığımız tanıtım ve görüş alma toplantısına davet ettik.

Yaklaşık elli kişinin özgün fikirlerle katkıda bulunduğu ve son derece verimli geçen oturumda ortaya konulan fikirleri Ulusal Kongremizden sonra hem toplantıya katılanlara hem de katılmayanlara ulaştırmak üzere toparlayıp bir rapor haline getirdik. Çalıştay raporuna ve üzerinde çalışılan konulara web sayfamızda "wonca haberleri" sekmesinden ulaşabilir ve önerileriniz varsa tahud@tahud.org.tr adresine iletebilirsiniz.

Kongrenin tanıtımları da unutulmadı. TAHUD olarak bize önerilen, WONCA Avrupa 2012 Viyana Kongresinde stand açma teklifini değerlendirdik ve 4-7 Temmuz tarihlerinde Avusturya'nın Viyana şehrinde yapılan Kongrede tanıtım çalışmalarımızı yaptık. Yeni ve modern bir kongre merkezinde gerçekleştirilen kongreye çeşitli ülkelerden yaklaşık 2600 Genel Pratisyen/Aile Hekimi katıldı. Türk ekibi 76 kişi idi. TAHUD genel sekreteri Kongre boyunca standda hazır bulundu. Kongreye bilimsel katkıları olan diğer Türk katılımcıların da desteği ile Kongrenin en kalabalık ve canlı standlarından birini oluşturduk ve ülkemizin tanıtımını hep birlikte yaptık. İki büyük boy posterimiz, nazar boncuklarımız ve lokumlarımızla hayli ilgi çektik. Şimdi sırada 2013 Prag WONCA Dünya Kongresi var. WONCA 2012 haberlerine, fotoğraflarına ve orada sunulan tüm bildiri özetlerine <http://www.tahud.org.tr/guncel/wonca-haber/fotograflarla-wonca-avrupa-2012-kongresi/520> adresinden ulaşabilirsiniz.

Kongre hazırlıklarımız başladığı hızla devam edecektir. TAHUD MYK olarak sizleri bilgilendirmeye ve işine katmaya devam edeceğiz. Kongreye katkılarınızı bekliyoruz.

İLAN

İLAN