

Editörler | Editors

Prof. Dr. Okay Başak
Doç. Dr. Zeynep Tuzcular Vural
Prof. Dr. Dilek Güldal
Doç. Dr. Pınar Topsever
Uz. Dr. Halûk 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 Genel Merkezi
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

Matbaa Çözümleri Sanayi ve Dış Ticaret Ltd. Şti., Tel: (0212) 674 39 80 (pbx)



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 Kulübü (2004)
İkincilik Ödülleri olan ve pek çok yarışmalı sergilere katılan ve kişisel sergileri olan sanatçı,
aynı zamanda Adnan Menderes Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi'nde yardımcı doçent
olarak görev yapmaktadır.

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 Urgan (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. Rake (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 (TAHUD) 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 Hekimliğini 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. İnceleme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.
- Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıtı 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 bu eksiklerden hangisini ve neden tamamlamayı amaçladığı belirtilmelidir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın aile hekimliğine beklenen katkısı ve uygulamada ne tür değişikliklere yol açmasının öngörüldüğü yer almalıdır. *Gereç ve Yöntem* bölümünde çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem büyüklüğüne nasıl karar verildiği ve örnekleme 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 önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazıların bulguları ile karşılaştırılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılmaması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği eklenmelidir. *Sonuç* bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara dayanılarak varılan ana sonuçlar vurgulanmalı, aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrardan kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

Kısa araştırma raporları: Araştırma konusu, amaçları ve elde edilen bulgular itibarıyla sınırlı kapsamı olan ve tam bir özgün araştırma yazısı gerektirmeyen durumlarda başvurulması uygun olan makale türüdür. Bir yazının kısa rapor olarak yayınlanması daha düşük kalitede olduğunu yansıtmaz. Hazırlanmasında araştırmalarla aynı kurallara geçerlidir, ancak özetlerin yapılandırılmış olma zorunluluğu yoktur. Kaynak sayısı 6'ya, şekil ve tablo sayısı 2'yi 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 zorunlu değildir; konunun özeline 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 hekimleri gelişmelerden 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 hakkında yazı yazılan olgu ya da olayın yer aldığı dergi sayısı belirtilerek görüşler bildirilebilir. 1000 sözcüğü geçmemelidir.

Ulusal ve uluslararası raporlar: Aile hekimliği alanında uluslararası kuruluşlar tarafından hazırlanmış önemli belge, bildirme 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 yapanın 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.

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

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve 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 durumlarda dışındaki 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 buldukları 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 açıklama- nı, anlaşılır olmalı, kısaltma içermemeli en çok 10 sözcükten oluşmalıdır.

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri diğerinin 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 adını Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOURER Reference Style Guide'ya uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler:

Makaleler için:

– Örnekleme: Akşit 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:

– Rakek RE. The family physician. In: Rakek 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 altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimler 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.turkailehekderg.org adresinde yer alan çevrimiçi (*online*) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.

Başmakale | Editorial

Bilim... Araştırma... Dergimiz... | 155

Science... Research... Our Journal...

Dilek Güldal

Araştırmalar | Research Articles

Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi? | 157

Influenza and influenza vaccine in family practice: is knowledge sufficient for practice?

Meral Akçay Ciblak, Neşe Nohutçu, İlhan Gürbüz, Selim Badur, Dilek Güldal

Bir kene çıkartma mesleki beceri dersi: Program geliştirme ve değerlendirme | 164

A tick removal procedural skills lesson: program development and evaluation

Murat Hökelek, Bektaş Murat Yalçın, Hacı Ömer Tontuş

İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri | 169

The epidemiological features of the newly onset colorectal cancer patients

Erkan Turan, Bektaş Murat Yalçın, İdris Yücel, Mustafa Ünal

Olgu Sunumu | Case Report

Asemptomatik akut aort diseksiyonu: Sessiz tehlike | 178

Asymptomatic acute ascending aortic dissection: silent danger

Halil İbrahim Erdoğan, Oğuzhan Yıldırım, Enes Elvin Gül, Hakan Akıllı

Durum Raporu | Position Paper

Family Medicine's academic contributions. Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey | 181

Aile Hekimliğinin akademik katkısı. Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Tom Freeman

Aile Hekiminin Kitaplığı | Library of Family Physician | 199

Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | 200

Dizin | Index | 203

DEVA
İLÂN

Bilim... Araştırma... Dergimiz...

Science... Research... Our Journal...

Dilek Güldal¹

Bilimsel bir derginin misyonu ne olmalıdır? Bu sorunun yanıtını ayırıştırın hiç şüphesiz ki “bilim” sözcüğüdür.

Bilim, içinde yaşadığımız çevreyi sosyal, psikolojik, ekonomik, fiziksel vb. tüm yönleri ile anlama gereksiniminden doğmuştur. Gözlemlere ve deneylere dayanılarak elde edilen veriler tek başlarına bilimsel bilgiyi oluşturmazlar. Bu verilerin birbiri ile ilişkilendirilmesi ve yorumlanması gerekir. Bilimin yan tutması burada başlar, veriler neye göre ilişkilendirilecek ya da yorumlanacaktır? Geniş bir çerçeveden bakıldığında farklı bilim alanlarının tanımlanmasında bakış açılarındaki farklılığın rol oynadığı görülecektir. Fizik kaynama olayını basınç, ısı gibi parametreler üzerinden açıklarken, kimya arka arkaya oluşan tepkimeler mantığı ile açıklamaya çalışacaktır. Aslında kaynama bunların tümünü içeren bir olay olmakla birlikte anlaşılabilmesi için belli yönleri soyutlanarak ele alınmıştır. Soyutladığımız yön, veriler içerisinde ayıklama yapmamızı, ilişki ve etkileşimleri belli bir açıdan kavramamızı ve açıklamamızı sağlar. Her bir açıklamayı takip eden yeni sorular ve yanıtları bu bakış açısına özgüdür. Böylece ortaya çıkan bilgi birikimleri disiplinleri oluşturur.

Bir disiplinin var oluşundaki en temel öge yapılandırılmış olduğu bilgi birikimi olmakla birlikte aile hekimliğinin bu konuda önemli eksikleri bulunmaktadır. Bu nedenle aile hekimliğinde araştırma sadece önemli bir gereksinim değil bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır.

Aile hekimliği araştırma açısından oldukça zengin bir ortama sahiptir. Gereksinim duyduğumuz tek şey gözlem yapmak ve yaptığımız gözlemleri kayıt etmektir. Pek çok kişi yeni buluşlar yapmanın sıradan hekimler için imkansız olduğuna inanmaktadır. Halbuki her bir aile hekimi kendi uygulama ortamında engin ve sınırsız bir kaynağa sahiptir. Bu kaynağın zenginliği aile hekimliğinin

her bir bireyi diğerinden ayrı ve eşsiz olarak algılamasına dayanmaktadır.

Disiplinimizde deneysel çalışmalara da yer olsa da temel olan gözlemsel çalışmalardır. Çünkü gerçek toplumlar üzerinde deney yapmak zordur. Kaldı ki deneyler bireysel farklılıkların en aza indirildiği gruplar ile yapılır, biz ise kendi uygulamalarımızda her biri farklı ve kendine özgü olan bireylerle uğraşırız.

Gözlemsel çalışmalar içerisinde sonuçlarına kısa zamanda gereksinim duyduğumuz çalışmalar prevalans çalışmalarıdır. Bu çalışmalar genel toplumu ya da kayıtlı hastalardan oluşan topluluğu yansıtan çalışmalar olabilir. Belli hastalıkların sıklığı kadar, bu hastalıkların sıklıkla hangi yakınma ve belirtiler ile başvurduğunun bilinmesi de önemlidir. Bu alanda elde edilecek bilgiler uyguladığımız özgün klinik yöntemin geçerliliğini sağlayacak, gereksiz tanı testleri kullanımını ve gereksiz tedavileri engelleyecektir.

Etiyoloji ve risk faktörlerinin belirlenmesine yönelik olgu kontrol çalışmaları önleyici hekimlikte önemli bir yere sahiptir. Kendi toplumumuzun risk haritasının belirlenmesinde aile hekimlerinden daha uygun konumda bir hekim kesimi bulunmamaktadır.

Prospektif gözlem çalışmaları için belli bir nüfusu sürekli izlemek üzere eğitilmiş aile hekimleri önemli bir avantaja sahiptirler. Bu tür çalışmaların zorluklarına karşılık özellikle kendi nüfusunu izleyen hekimler için ideal bir araştırma yöntemi olduğu söylenebilir. Kaldı ki birden fazla hekimin sonuçlarını bir araya getirmesi ile gösterilmek istenen etkinin gücü de artacaktır.

Tanı testlerinin birinci basamağa özgü sensitivite ve spesifitelerini ayırıştırın ya da bu ortama özgü yüksek sensitivite ve spesifiteye sahip tanı testlerinin geliştirilmesi-

¹ Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Editörü; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmir

ne yönelik metodolojik çalışmalar diğer tüm araştırma türlerinin gerçekleştirilmesinde önemli bir katalizör olacaktır. Ölçek geliştirmek üzere yapılan çalışmalar da benzer bir etkiye sahiptir.

Aile hekimlerinin en az sayısal verilere dayanan araştırmalar kadar yarar sağlayacakları bir başka araştırma türü de niteliksel araştırmalardır. Hastalarını “yüzde” ya da “hastalık” kategorilerinde görmeme eğiliminde olan aile hekimlerinin hastalarını anlamalarını sağlayacak araştırma yöntemi, niteliksel araştırmalardır. Niteliksel araştırmalar olayları bağlamı içerisinde incelemeyi amaçlarlar. Soyutlama yapmadıkları için sonuçları gerçeği yansıtmakta daha başarılıdır. Bu nedenle hastalıktan çok hastanın ön planda tutulduğu ve bir bütün olarak değerlendirilmeye çalışıldığı durumlar için çok uygundur.

Araştırma alanında deneyim ve birikimimiz arttıkça alanımızda yapılmış çalışmalardan üretilen sistematik derlemeler ve meta analizler uygulamayı etkileyecek kanıtlar üretilmesini sağlayarak önemli bir aşamaya öncülük edeceklerdir. Ancak bu tür çalışmalar önemli bir işbirliği ve ustalığı gerektirmektedirler.

Hangi tür olursa olsun araştırma yapmak çeşitli zorlukları içerir. Ancak bir araştırmacının başına gelecek en kötü iki şeyden birisi araştırmanın sonunda verilerini nasıl yorumlayacağını bilememesidir. Diğeri ise araştırma sonuçlarının, yer aldığı derginin sayfaları arasında entelektüel bir çaba olarak kalmasıdır. Her iki durumdan da kaçınmanın tek yolu, kişiyi araştırmaya iten gücün “araştırma yapmak” zorunluluğu değil, gözlemlerinden doğan anlama ve açıklama isteği olmasıdır. Günümüzde insan

ömrünün yetmeyeceği hız ve miktarda üretilen araştırmaların çok azının uygulamayı değiştirdiği bilinen acı bir gerçektir. Bu nedenle araştırmalar dikkatle yapılan gözlemlerin özgün sorulara dönüştürülmesi ile başlamalıdır. Araştırma sorusuna uygun bir yöntem ile titizlikle yürütülmesi, sonuçlarının özenle analiz edilerek olabildiğince geniş bir kesime duyurulması ile sonlandırılmalıdır. Bir araştırma ne kadar çok yeni sorulara yol açıyorsa bilgimize kattığı şeyler de o kadar fazla demektir.

Dergimizin misyonu aile hekimliğinin kendi uygulamasını yönetecek bilgi birikiminin oluşturulmasına zemin sağlamaktır. Bu misyonun yerine getirilmesinin ilk koşulu her bir aile hekiminin kendi uygulamasına bir araştırmacı gözü ile bakmasıdır. Bu nedenle aile hekimliğine özgü sorulara yanıt arayan ve aile hekimliği ortamında gerçekleştirilen araştırmalara giderek daha fazla yer vermekteyiz. Dahası dergimizde sadece geçerli ve güvenilir araştırmaların seçilerek yayınlanması değil araştırmaların başlangıcından makale haline gelmesine kadar ki tüm süreçte bir okul olmasını hedeflemekteyiz. Özellikle hakemlik sürecinde geribildirimler yolu ile, sadece araştırmacılar için değil hakemler için de bir eğitim ortamı yaratmaya çalışmaktayız. Değerlendirme için gönderilen makalelerde amacımız editörden yazara kadar her ilgilinin bu süreçten birşeyler öğrenmesini sağlamaktır.

En büyük sevincimiz araştırmacıların bu sürece gösterdikleri uyum ve destek olmaktadır.

Dostluk ve Sevgiyle

Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi?

Influenza and influenza vaccine in family practice: is knowledge sufficient for practice?

Meral Akçay Ciblak¹, Neşe Nohutçu², İlhan Gürbüz², Selim Badur³, Dilek Güldal⁴

Özet

Amaç: Mevsimsel grip özellikle risk gruplarında sağlık üzerine doğrudan etkisinin yanı sıra sosyal ve ekonomik açılardan da önemli kayıplara neden olan bir enfeksiyon hastalığıdır. Grip, hekimler için bir meslek hastalığı olarak sayılabileceği gibi, bulaştırmada aracı olabilmeleri ve hastalarını gripten korunmaya yönlendirebilmeleri açısından da önemli bir konuları vardır. Bu çalışmada aile hekimlerinin grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgi tutum ve davranışları araştırılmıştır.

Yöntem: Kesitsel analitik olarak planlanan çalışmada, iki metropol ilde çalışan aile hekimlerine internet üzerinden demografik bilgiler, tutum ve davranış özellikleri ile, bilgi düzeylerini araştırmaya yönelik bir anket uygulanmıştır. Veriler SPSS programının 16.0 versiyonuna girilerek önemlilik testlerinde χ^2 ve t testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 911 aile hekiminin %45.7'si her yıl düzenli aşı olduklarını belirtirken %75.3'ünün bilgi düzeyi yüksek, %20.6'sının orta, %4.1'inin düşük olduğu saptanmıştır. Bilgi düzeyi artışı ile aşı olma arasında anlamlı bir ilişki gözlenirken düzenli aşı yaptıran hekimlerin: sağlık çalışanlarının düzenli aşı yaptırması, hastalarını aşı olmaları için ikna etmeleri, hastalarını grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgilendirmeleri ve grip aşısının sigorta şirketlerince ödeme kapsamında bulundurulması gerektiğine daha çok katıldıkları saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu gruptaki hekimler mevsimi geldiğinde tüm hastalarına grip aşısı olmalarını önerme, aşı önerdikleri hastalarını izleme konularında daha öne geçmişlerdir ($p < 0.05$). Düzenli aşı yaptırmayan hekimlerin ise grip aşısını sadece risk gruplarına veya sadece salgın olduğunda önerme ya da ancak hastanın talebi olursa önerme parametrelerine daha çok katıldıkları belirlenmiştir ($p < 0.05$).

Sonuç: Hekimlerin grip ve grip aşısı ile ilgili bilgi düzeyleri gripin önlenmesine katkı sağlamakla birlikte yeterli olmamaktadır. Gelecekte hekimlerin bu alandaki tıbbi bilgilerini geliştirmek ve güncellemek üzere çeşitli eğitimlerin sürdürülmesinin yanı sıra tutum ve davranışlarını değiştirmeye yönelik çok yönlü etkinliklere gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Sağlık çalışanları, influenza, influenza aşısı.

Summary

Objective: In the risk groups, seasonal influenza not only presents health risk but also causes social and economical impact. Influenza is a vaccine preventable occupational disease for physicians. Therefore, physicians play an important role in transmission of influenza and in influencing their patients to protect themselves against influenza. The aim of this study was to investigate the knowledge level and behaviors of physicians towards influenza and influenza vaccination.

Methods: In this cross-sectional analytical study, physicians in two metropolises completed a web based questionnaire designed to determine the demographics, the knowledge level and behaviors of physicians towards influenza. Data were analyzed by 16.0 version of SPSS program. Chi-square and t test were used to determine the statistical significance of the results. Results were accepted as statistically significant if p value was lower than 0.05.

Results: Out of 911 family practitioners included in the study, 45.7% were receiving vaccination regularly. The knowledge level of 75.3% participants was high, 20.6% medium and 4.1% low. Increased knowledge level was correlated with increased vaccination rate. In addition, those who were vaccinated regularly believed more strongly that health care workers should get vaccinated, patients should be informed about influenza and vaccination, encouraged to get vaccinated, and influenza vaccination should be paid for by the insurance companies ($p < 0.05$). Physicians with high knowledge, recommended vaccination to their patients during the influenza season and followed their patients more effectively compared to those with less knowledge of influenza ($p < 0.05$). Physicians who did not regularly get vaccinated themselves agreed that vaccination should only be recommended for those in risk groups, or during strong epidemics or only when it was requested by the patients ($p < 0.05$).

Conclusions: Although knowledge level of the physicians is important in prevention of influenza it is not sufficient. Increasing knowledge level with current information is important however, there should be multidirectional trainings targeting to change the attitude and behaviors of the physicians towards influenza vaccination.

Key words: Health care workers, influenza, influenza vaccine.

¹ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, Yard. Doç. Dr., İstanbul

² T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, Dr., İzmir

³ İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı, Prof. Dr., İstanbul

⁴ Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., İzmir

Mevsimsel grip her yaşta insanı etkileyen, çoğu zaman kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Buna karşılık epidemilere yol açabilmesi, iş ve okula devamı aksatması, özellikle risk gruplarında hastaneye yatış ve ölümlere yol açması gibi nedenlerden dolayı önemli bir hastalıktır. Yıllık epidemiler nedeni ile hastalığı ağır geçirenlerin sayısı tüm dünyada 3-5 milyon civarında olup bunların 250-500.000'inin öldüğü bildirilmektedir.^[1]

Hastalıktan ve epidemilerin oluşmasından korunmada en etkin yöntem grip aşısıdır. Sağlıklı erişkinlerde do-laşımdaki virüslerle aşı içeriğindeki virüslerin örtüştüğü durumlarda aşının koruyuculuğunun %70-90 olduğu bildirilmektedir.^[2] Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından çeşitli risk grupları tanımlanmıştır.^[3] Son yıllarda sağlık çalışanlarının da bu listeye eklenmesi gündeme gelmiştir. Grip, hekimler için bir meslek hastalığı olarak sayılabileceği gibi özellikle bulaşmada aracı olmaları nedeni ile hekimlerin risk grupları arasında sayılmaları da doğaldır.

Öte yandan grip aşısının farklı gruplarda uygulanmasında sağlık çalışanlarının, özellikle hekimlerin rolü çok önemlidir.^[4,5] Sağlık çalışanlarının aşılmasını özendir-mek amacıyla Amerika Birleşik Devletleri başta olmak üzere birçok gelişmiş ülkede yasal düzenlemeler yapılmıştır.^[6] Bu duruma rağmen, sağlık çalışanlarının ve özellikle sağlık hizmetlerinde lokomotif görevini gören hekimlerin aşılama oranları yüz güldürücü değildir. Bu bağlamda çeşitli eğitim etkinlikleri ile hekimlerin grip aşısına ilişkin tutum ve davranışları olumlu yönde değiştirilmeye çalışılmaktadır. Ülkemizde de gripin önemi vurgulanarak, aşılamanın desteklenmesi amacı ile 2004 yılından başlayarak yasal düzenlemeler yapılmıştır.^[7] Çeşitli meslek örgütleri ve bilimsel kuruluşların bir araya gelerek kurdukları Grip Platformu bu alanda göze çarpan önemli gelişmelerden birisidir (<http://www.gripplatformu.com/>). Platform; toplum genelinde grip konusunda bilincin artırılması, doğru bilgilendirilmenin sağlanması ve korunma yollarının yaygınlaştırılması için bilimsel araştırmaları da içeren geniş bir etkinlik yelpazesine sahiptir.

Dünyada hekimlerin aşılama oranları ve aşılama oranlarını etkileyen nedenler üzerine bir çok araştırma yapılmış olmakla birlikte bunların büyük bir çoğunluğu ikinci basamakta gerçekleştirilmiştir. Halbuki birinci basamakta çalışan sağlık çalışanları ile hastane personelinin aşı olma nedenleri arasında farklılıklar olduğu gösterilmiştir.^[8] Ülkemizde ise bu alanda araştırmalar az sayıda olup özellikle birinci basamak (BB) hekimlerine yönelik herhangi bir çalışma mevcut değildir. Bu durum BB hekimlerinin grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının ne olduğu konusunda bir araştırma yapmamıza neden olmuştur.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel analitik olarak planlanan çalışma, ulusal boyutta sörveyans çalışmalarının yürütüldüğü illerden ikisinde (İzmir ve İstanbul) gerçekleştirilmiştir. Bu illerde aile sağlığı merkezlerinde (ASM) görev yapan aile hekimlerine Sağlık Müdürlükleri aracılığı ile elektronik ortamda ulaşılarak önceden hazırlanmış anketlere yanıt vermeleri istenmiştir. Anketler üç bölümden oluşmuştur; birinci bölümde yaş, cinsiyet, bulunduğu il ve aktif olarak birinci basamakta hekimlik süresini içeren demografik bilgiler yer alırken, ikinci bölümde grip hastalığı ve aşısı ile ilgili inanç, tutum ve davranışları araştıran beşli likert olarak hazırlanan sorular yer almıştır. Üçüncü bölümde ise grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgileri araştırılmış, yanıtların doğru, yanlış ya da bilmiyorum olarak işaretlenmesi istenmiştir. Bilgi soruları ASM'lere ücretsiz olarak dağıtılan Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi dergisinde yayınlanan bir makaleden yararlanılarak hazırlanmıştır.^[9] Bilgi sorularına verilen yanıtlarda doğru yanıtlar 1, yanlış ya da bilmiyorum olarak işaretlenenler 0 olarak kabul edilmiştir. Bu çerçevede en düşük 0 en yüksek 27 olmak üzere elde edilen puan aralığında; puanı 0-14 arasında olanlar bilgi düzeyi düşük, 15-20 arasında olanlar bilgi düzeyi orta, 21-27 arasında olanlar ise bilgi düzeyi yüksek olarak kabul edilmiştir.

Veriler SPSS programının 16.0 versiyonuna girilerek önemlilik testlerinde χ^2 ve t testi kullanılmıştır. İstatistiksel önemlilik için $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan ve Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır.

Bulgular

Çalışmanın gerçekleştirildiği tarihte İstanbul'da fiilen çalışan yaklaşık 2500, İzmir'de ise 1200 aile hekimi arasından toplam 911'i gönderilen anketi yanıtlamıştır. Bu hekimlerin 654'ü (%71.8) İzmir'de, 257'si (%28.2) İstanbul'da çalışmakta olup, 365'i (%40.1) kadın, 539'u (%59.2) erkektir. Katılımcıların 663'ününün (%72.8) aktif görev süresi 15 yıldan daha fazla olup, bu bilgiler **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Hekimlerin grip hastalığı ve aşısı ile ilgili düşünce, tutum ve davranışları değerlendirilirken, kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum diyenler bir arada ele alınmıştır. Buna göre sağlık çalışanlarının her yıl aşı olması gerektiğine katılımcıların %59.2'sinin, aile hekimlerinin grip aşısı olmaları için hastalarını ikna etmeleri gerektiğine %35.2'sinin katıldığı saptanmıştır. Gripin önemi ve grip-ten korunma ile ilgili hastalarını bilgilendirmesi gerekti-

ğine katılanların oranı ise %87.5'tir. Anketi yanıtlayanların %57.4'ü grip aşısının ödeme kapsamı içerisinde olması gerektiğini belirtmiştir. Aynı şekilde hekimlerin %19.9'u grip aşısını tüm hastalarına önerirken, sadece risk grubuna önerenler %79.8, sadece salgın olduğunda önerenler %21.8, talep olursa onaylayıp uygulayanlar ise %13.6 oranındadır; %59.2'si, aşı olmasını önerdikleri hastalarını izlediklerini belirtmiştir (Tablo 2).

Hekimlerin aşı olmalarının nedenleri değerlendirilerek kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum diyenler bir arada ele alınmıştır. Buna göre hekimlerin %60.6'sı kendisini korumak, %40.1'i ailesini korumak, %44.1'i hastalarına bulaştırmamak, %79.6'sı kendisini risk grubunda gördüğü ve %13.4'ü aşıya erişim ücretsiz olduğu için aşı yaptıklarını belirtirken, %21'i sadece salgın olduğunda ve %41.3'ü ise grip ve komplikasyonlarının ciddi sorunlara yol açtığına inandıklarından aşı yaptırmaktadırlar. Aşı olmama nedenleri araştırıldığında ise "sık grip olmadığım için" ifadesine kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum diyenlerin oranı %33.3, "etkili olmadığı için" diyenlerin oranı ise %19.8'dir. Her iki gruba kararsız olanları da ekleyince bu oranlar sırasıyla %57.4 ve %41.3'e yükselmektedir. Yan etkiler, riskli hasta görmüyorum, etkili değil, unutuyorum, bulamıyorum gibi nedenlere katılanların oranı %10'un altında kalmaktadır. Tablo 3 aşı olma ve olmama nedenleri konusunda katılımcıların ne düşündüklerini göstermektedir.

Hekimlerin bilgi düzeyleri incelendiğinde, yöntem bölümünde açıklandığı gibi hesaplanan puanlara göre düşük puanı olanlar %4.1, orta düzeyde puanı olanlar %20.6, yüksek puanı olanların oranı ise %75.3 olarak bulunmuştur. Hekimlerin bilgi sorularına verdikleri yanıtlar Tablo 4'te gösterilmiştir. Bilgi soruları için crohn-bach alfa düzeyi 0.840 olarak bulunmuştur.

Hekimlerin %45.7'si her yıl düzenli aşı olduklarını belirtirken %54.3'ü düzenli aşı olmadıklarını ifade etmişler-

Tablo 1. Katılımcıların buldukları il, cinsiyet, yaş ve görev sürelerinin dağılımı (n=911)

		S	%
İl	Istanbul	257	28.2
	Izmir	654	71.8
Cinsiyet	Kadın	365	40.1
	Erkek	539	59.2
	Belirtilmemiş	7	0.7
Yaş	<35	100	11.0
	36-45	452	49.6
	46-55	278	30.5
	55 üstü	48	5.3
	Belirtilmemiş	33	3.6
Aktif görev süresi	<5 yıl	116	12.7
	5-15 yıl	121	13.3
	>15 yıl	663	72.8
	Belirtilmemiş	11	1.2

dir. Düzenli aşı olma ya da olmama durumunun diğer parametrelerle ilişkisi incelendiğinde, İzmirden katılan hekimlerin ve erkeklerin arasında aşı olanların daha fazla olduğu ($\chi^2=32.076$, $p=0.001$; $\chi^2=12.591$, $p=0.013$), hekimlik süresi 5 yılın altında olanlar ile yaşı daha genç olanlarda aşılama oranının daha az olduğu gözlenmiştir ($\chi^2=15.735$, $p=0.015$; $\chi^2=14.697$, $p=0.023$). Düzenli olarak aşı yaptıran hekimlerin; sağlık çalışanlarının düzenli aşı yaptırmaları, hastalarını aşı olmaları için ikna etmeleri, hastalarını grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgilendirmeleri ve grip aşısının sigorta şirketlerince ödeme kapsamında bulundurulması gerektiğine daha çok katıldıkları saptanmıştır ($\chi^2=366.860$, $p=0.000$; $\chi^2=134.971$, $p=0.000$; $\chi^2=21.368$, $p=0.006$; $\chi^2=65.423$, $p=0.000$). Düzenli aşı yaptırmayan hekimlerin ise grip aşısını sadece risk gruplarına önerme veya sadece salgın olduğunda önerme ya da ancak hastanın talebi olursa önerme parametrelerine daha çok katıldıkları

Tablo 2. Hekimlerin grip aşısı ile ilgili tutumları ve aşıyı önerme davranışları (%) (n=911)

		1	2	3	4	5
Tutum	Sağlık çalışanları her yıl düzenli olarak grip aşısı yaptırmalıdır.	11.3	8.8	20.7	15.2	44.0
	Aile hekimleri hastalarını grip aşısı olmaları konusunda ikna etmeye çalışmalıdır.	15.6	14.2	35.0	15.1	20.1
	Aile hekimleri hastalarını gripin önemi ve korunma konularında bilgilendirmelidir.	4.0	1.8	6.7	16.5	71.0
	Grip aşısı geri ödeme kurumlarının ödeme sınırları içerisinde uygulanmalıdır.	12.3	6.9	23.3	14.8	42.6
Aşı önerme davranışı	Mevsimi geldiğinde hastalarımın tamamına grip aşısı olmalarını öneririm.	35.6	17.2	27.3	9.5	10.4
	Sadece risk grubunda olanlara grip aşısı olmalarını öneririm.	10.0	2.5	7.7	15.3	64.5
	Grip aşısını ancak salgın olduğunda öneririm.	43.4	14.2	19.6	9.4	12.4
	Grip aşısını ancak hastanın talebi olursa gündeme alırım.	45.2	19.8	20.4	7.2	6.4
	Grip aşısı olmalarını önerdiğim hastalarımın aşı olup olmadıklarını izlerim.	10.0	8.2	22.6	21.5	37.7

1: Hiç katılmıyorum - 5: Kesinlikle katılıyorum

Tablo 3. Hekimlerin aşı olma ve olmama ile ilgili nedenleri (%) (n=911)

		1	2	3	4	5
Aşı Olma	Kendini korumak	14.6	7.1	17.7	14.3	46.3
	Hastalarına bulaştırmamak	26.2	11.1	18.7	11.2	32.9
	Risk grubunda olduğu için	9.7	1.8	8.9	13.6	66.0
	Salgın olduğu için	47.7	13.3	17.9	7.6	13.4
	Ailesini korumak için	29.0	9.7	21.3	13.1	27.0
	Aşı ücretsiz olduğu için	67.7	9.0	9.9	4.4	9.0
	Grip ve komplikasyonları önemli olduğu için	19.7	15.5	23.5	14.1	27.2
Aşı olmama	Aşının yan etkileri	57.7	16.7	13.5	5.8	6.3
	Sık grip olmama	29.3	13.4	24.1	14.5	18.8
	Riskli hastası az	47.8	15.7	22.9	6.1	7.4
	Aşının etkisi az	42.0	16.7	21.5	9.1	10.7
	Unutuyor	67.6	10.4	12.7	3.5	5.8
	Bulamıyor	82.4	7.7	4.1	1.5	4.3

1: Hiç katılmıyorum - 5: Kesinlikle katılıyorum

belirlenmiştir ($\chi^2=35.808$, $p=0.000$; $\chi^2=47.565$, $p=0.000$; $\chi^2=39.133$, $p=0.000$).

Yine düzenli aşı yaptıran hekimler mevsimi geldiğinde tüm hastalarına grip aşısı olmalarını önerme, aşı önerdik-

leri hastalarını izleme konularında daha öne geçmişlerdir ($\chi^2=106.407$, $p=0.000$). Bu gruptaki katılımcılar, düzenli aşı yaptırmayan hekimlere göre, grip aşısı yaptıрма nedenleri arasında hastalarına bulaştırmama, risk grubunda ol-

Tablo 4. Bilgi sorularına doğru yanıt verenlerin oranları (n=911)

Bilgi	Doğru %
1 Influenza virüsünün antijenik yapısını hemaglutinin (H1,2,3) ve nöraminidaz (N1,2) adlı yüzey proteinleri belirler.	78.5
2 Kuluçka süresi 1-3 gündür.	85.5
3 Klinik olarak diğer akut solunum yolu enfeksiyonu yapan etkenlerden ayırt edilemez.	68.1
4 İnflüenzaya bağlı ölüm hızı binde 0.5-1.0 arasındadır.	59.7
5 Ölümlerin çoğunluğu, pnömoni komplikasyonu nedeniyle 65 yaş üzeri kişiler arasında görülmektedir.	90.1
6 İnflüzanın kesin tanısı, hastalığın ilk üç günü içinde ateşli dönemde alınan boğaz-burun çalkantısı ya da sürüntüsünden virüs izolasyonu ile olur.	88.4
7 Sonbahar kış aylarında yüksek ateşli solunum yolu enfeksiyonlarının aniden artışı influenza epidemisini düşündürmektedir.	88.5
8 Epidemisi 2-3 haftada en yüksek düzeye ulaşır ve 5-6 hafta sürer.	78.0
9 Tropikal ülkelerde yılın her dönemi hastalık görülebilirken diğer bölgelerde özellikle sonbahar ve kış aylarında salgınlar olur.	75.1
10 Aşının etkinliği virüsün antijenik yapısını hızlı değiştirmesi nedeniyle ancak %70-90 düzeyindedir.	85.3
11 65 yaşın üzerindeki risk grupları arasındadır.	96.5
12 Yaşlı bakım evinde kalanlar risk grupları arasındadır.	96.4
13 Astımlı çocuklar risk grupları arasındadır.	98.1
14 Kronik kardiyopulmoner hastalığı olanlar risk grupları arasındadır.	95.7
15 Uzun süreli aspirin tedavisi alanlar risk grupları arasındadır.	52.1
16 İnfluenza sezonunda gebeliğinin ikinci ya da üçüncü trimesterinde olacak kadınlar risk grupları arasındadır.	62.5
17 Diyabeti olanlar risk grupları arasındadır.	93.5
18 Pnömonokok, MMR, HIB ve OPV aşıları ile birlikte yapılabilir.	82.7
19 Emziren anneler grip aşısı olabilir.	73.9
20 Grip aşısı dokuz yaşından küçük bebeklere bir ay ara ile iki doz yapılmalıdır.	73.1
21 Altı aydan küçük bebeklere grip aşısı uygulanmaz.	86.5
22 Risk grupları için grip aşısı geri ödeme kurumları tarafından karşılanmaktadır.	94.6
23 Yan etkileri bir-iki gün sürer, ender olarak aşırı duyarlılık reaksiyonları görülebilir.	92.2
24 Yumurta alerjisi olanlara aşı uygulanmamalıdır.	85.6
25 İlaçla koruma epidemiden önce ya da sonrasında, bağışıklama yapılmamış ve riskli gruplara uygulanır.	72.6
26 İlaçla koruma bulaştıktan sonraki 48 saat içinde uygulanırsa hastalığın bulgularının şiddetini azaltabilir.	74.8
27 Aşılanmamış ancak hastalığı çok ağır geçirebileceği düşünülenlere ilaçla koruma yapılmalıdır.	76.5

ma, ailesini koruma, grip ve komplikasyonlarını tehlikeli bulma parametrelerine daha fazla katılmaktadırlar ($\chi^2=219.557$, $p=0.000$; $\chi^2=117.994$, $p=0.000$; $\chi^2=152.524$, $p=0.000$; $\chi^2=93.254$, $p=0.000$).

Düzenli aşı yaptırmayan hekimler ise hekimlerin salgın olması durumunda aşı yaptırdıklarına daha çok katılmaktadırlar ($\chi^2=93.456$, $p=0.000$). Yine bu grup, hekimlerin aşı olmama nedenleri arasında aşının önemli yan etkilerinin olduğu, sık gribe yakalanmama, yüksek riskli hastalarının az olması ve grip aşısının yeterince etkili olmadığı düşüncelerine daha çok katılmışlardır ($\chi^2=61.666$, $p=0.000$; $\chi^2=41.746$, $p=0.000$; $\chi^2=65.827$, $p=0.000$; $\chi^2=157.779$, $p=0.000$).

Katılımcıların bilgi düzeyleri ile diğer parametreler arasındaki ilişkiler araştırıldığında, görev süresi ile bilgi düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur. Bilgi düzeyi yüksek olan hekimlerin, bilgi düzeyi daha düşük olan hekimlere göre; sağlık çalışanlarının düzenli aşı yaptırması, hastalarını aşı olmaları için ikna etmeleri, hastalarını grip hastalığı ve aşısı ile ilgili bilgilendirmeleri ve grip aşısının sigorta şirketlerince ödeme kapsamında bulundurulması gerektiğine daha çok katıldıkları saptanmıştır ($\chi^2=46.806$, $p=0.000$; $\chi^2=20.076$, $p=0.010$; $\chi^2=15.539$, $p=0.049$; $\chi^2=22.913$, $p=0.003$). Yine bu hekimler arasında aşı önerdikleri hastaları takip edenlerin sayısı anlamlı olarak daha fazladır ($\chi^2=23.453$, $p=0.003$). Bilgi düzeyi yüksek olanlar hekimlerin kendilerini, hastalarını ve ailelerini korumak için ayrıca grip ve komplikasyonlarını tehlikeli buldukları için aşı olduklarına daha çok katılmaktadırlar ($\chi^2=34.127$, $p=0.000$; $\chi^2=19.103$, $p=0.014$; $\chi^2=16.007$, $p=0.042$).

Bilgi düzeyi daha az olanlar ise, sadece salgın ve hastanın talebi olunca grip aşısı önerdiklerini daha çok belirtmişlerdir ($\chi^2=20.668$, $p=0.008$; $\chi^2=17.784$, $p=0.023$). Öte yandan hekimlerin aşı olmama nedenleri arasında yüksek riskli olanlarla karşılaşma olasılığının az olması, grip aşısının etkisinden kuşku duyma bu grupta daha fazla belirtilmiştir ($\chi^2=16.617$, $p=0.034$; $\chi^2=34.655$, $p=0.000$).

Bilgi düzeyi ile aşı olma durumu arasındaki ilişki **Tablo 5**'de gösterilmiştir.

Tartırma

Çalışmamıza katılan hekimlerin arasında düzenli olarak aşı olanların oranı yarıdan daha azdır. Literatürde bu oran %2-80 gibi yıllara yayılan ve çok farklı düzeylerde bulunmuştur.^[10-12] Ülkemizde sağlık çalışanları arasındaki aşılama oranları ile ilgili sağlıklı veri bulunmamaktadır. Öte yandan çalışmamıza katılan hekimlerin grip ve grip aşısı ile ilgili bilgi düzeylerinin oldukça yüksek olduğu

belirlenmiştir. Nitekim bilginin hastalık ve aşı ile ilgili kişisel ve mesleki davranışları olumlu yönde etkileyeceği varsayılmaktadır.^[13] Ancak bilgi düzeyi orta ve yüksek olanların oranı %86 olduğu halde aşılama oranının yarının altında kalması bilginin bu yöndeki etkisinin sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatüre bakıldığında sağlık çalışanlarının aşı olmalarını etkileyen birçok faktör bulunsa da özellikle aşı hakkındaki inanışların, risk algısının ve aşıya ulaşabilme durumunun ortak etkenler olduğu gösterilmiştir.^[10]

Aşı Olmama Nedenleri

Aşının etkinliği ve yan etkileri ile ilgili inanışlar

Genel olarak bir tıbbi girişimin uygulanmasında dikkate alınan temel ölçütler etkinliği, istenmeyen etkileri, maliyeti ve uygulanabilirliğidir. Grip aşısının etkinliği, birleşimi bir önceki yıl ortamda bulunan virüslere göre uyarıldığı için değişebilmektedir.^[14-16] Bu nedenle aşının etkinliği %70-90 olarak belirtilmektedir. Ancak bu durum hekimlerin aşı uygulamaları üzerinde olumsuz bir etkiye sahip gibi görünmektedir. Çalışmamızda bu bilgiye sahip olan hekimlerin oranı %85.5 olarak saptanmakla birlikte hekimlerin beşte biri grip aşısının gripten korumada yeterince etkili olmadığını düşünmekte ve bu nedenle aşı olmadıklarını belirtmektedirler. Bu konuda kararsızları da eklediğimiz zaman oran %40'lara ulaşmaktadır. Yan etkiler ile ilgili durum da farklı değildir. Aşının güvenliliği ile ilgili birçok çalışma mevcuttur.^[17-19] Çalışmamızdaki hekimlerin onda dokuzu mevsimsel grip aşısının yan etkilerinin 1-2 gün süreceğini ve ender olarak aşırı duyarlılık reaksiyonları görülebileceğini ifade ederken, %12.1'i aşının önemli yan etkileri olduğu için hekimlerin aşı yaptırmadıklarını düşünmekte, kararsızlarla birlikte bu oran dörtte bir yükselmektedir. Aşının etkinliği ve güvenliği konusunda kuşku duyan hekimler hem kendilerine, hem hastalarına aşı önermede daha çekinik kalmaktadırlar.

Hastalığa ilişkin inanışlar

Öte yandan çalışmamızın sonuçlarına bakıldığı zaman, influenzaya bağlı ölüm oranlarını bilme %59.1, kli-

Tablo 5. Hekimlerin bilgi düzeyi ile düzenli aşılama olma durumları arasındaki ilişki ($\chi^2=22.163$, $p<0.000$)

Bilgi düzeyi	Düzenli aşı	
	Hayır (%)	Evet (%)
Düşük	77.1	22.9
Orta	63.5	35.4
Yüksek	48.9	50.6

nik olarak diğer akut solunum yolu enfeksiyonu yapan etkenlerden ayırt edilemeyeceğini bilme ise %68.5 ile en düşük bilme oranları arasındadır. Grip ve komplikasyonlarını önemli bulmayan hekimlerin oranı üçte bir civarında olup, kararsızları da eklediğimiz zaman bu oran yarıya geçmektedir. Bu durum mevsimsel grip hastalığının diğer solunum yolları enfeksiyonlarından klinik olarak ayırt edilememesinin ve çoğu zaman grip de dahil bu tür hastalıkların kendiliğinden iyileşmesinin, hekimlerin grip hastalığını aksine bilgilerine rağmen önlem alacak kadar önemsemediğini düşündürmektedir.

Risk Algısı

Hekimler arasında risk gruplarının aşı olması gerektiği ve risk gruplarına aşı olmalarını önerdiklerini belirtenlerin oranı (%79.8) oldukça yüksektir. Bunun nedenlerinden birisi risk gruplarının aşılarının geri ödeme kapsamı içerisinde olması olabilir. Kendilerini risk grubunda sayan hekimlerin oranı ise %79.6 olmakla birlikte hekimlerin yarıya yakın bölümünün sağlık çalışanlarının her yıl aşı olması gerektiğine katılmamakta, yarıdan biraz fazlası düzenli olarak grip aşısı olmadıklarını belirtmektedir. Bu durum uygulamada bilginin etkisinin sınırlı olduğunun diğer bir göstergesidir.

Çeşitli çalışmalarda hekimlerin aşı olma nedenleri arasında, iki parametre öne çıkmıştır. Bunlardan birisi bunun bir meslek hastalığı olması nedeni ile kendilerini korumak, diğer ise önemli bir bulaştırma odağı olmaları nedeni ile hastalarını ve ailelerini korumak olarak özetlenebilir.^[20,13] Bizim çalışmamızda ise ailelerine (%40.1) ve hastalarına (%44.1) bulaştırmamak için hekimlerin aşı olması gerektiğini düşünenler yarıdan azdır. Yine kendilerini korumak için aşı olmaları gerektiğini düşünenler %60.6 oranında olup, gripin komplikasyonlarının önemi nedeni ile aşı olunması gerektiğini vurgulayanlar %41.3'lere düşmektedir. Hekimlerin risk grubunda olduğu bilgisinin %79.6'lara ulaştığı halde bu yanıtlar bilme ile yapma arasındaki mesafenin başka bir göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır. BB hekimlerinin bu bilgilerinin davranışlarına yansımadaki çelişkinin nedeni kendi pratiklerinde grip nedeni ile kötüleşen hasta görmemeleri, ya da doğrudan pnömoni iken görüp influenza ile ilişki kuramamış olmaları olabilir.

Ne Yapılmalı?

Gri aşısının yaygınlaştırılması için çeşitli stratejiler geliştirilmiştir. Bunlar arasında eğitim ve promosyon başta olmak üzere, aşıya ulaşmanın kolaylaştırılması, yasal yaptırımlar, aşılama ile ilgili oranların izlenip geribildirim verilmesi, kıdemli meslektaşlarının, hocalarının ya da toplum önderlerinin aşı olması gibi "örnek olma"

stratejileri önemli bir yer tutmaktadır. Bu stratejiler çerçevesinde kurslar, eğitim materyalleri, internet sayfaları hazırlanmış, ödülleri, kampanyalar düzenlenmiş, bilgisayarlar ekran koruyucular, e-postalar, aşı kartlarını da içeren çeşitli hatırlatıcı sistemler geliştirilmiş, ek ya da genişletilmiş aşı klinikleri, akrana aşılması gibi bir çok girişimde bulunulmuştur.^[10,21-23]

Ancak tüm çabaların tek tek uygulanması ile sağlık çalışanları arasında aşılama oranlarının istenen düzeye ulaşamadığı ve minimum değişim sağlandığı gözlenmiştir.^[24] Hatta grip aşısının sağlık çalışanları için zorunlu hale getirilmesi gibi bazı uygulamalar başlangıçta oranları yükseltse de uzun vadede kalıcı sonuçlara ulaşamamış ve karşı çıkışlara yol açtığı gözlenmiştir.^[25-27]

Çeşitli çalışmalarda birden fazla stratejiyi kapsayan girişimlerin, özellikle de aşının potansiyel yararlarının gerçekçi bir ifadesinin bağışıklanmayı kabullenmeyi kolaylaştırdığı gösterilmiştir.^[27,28]

Sınırlılıklar ve Avantajlar

Başta da belirttiğimiz gibi çalışmaya katılan hekimlerin bilgi düzeyi yüksektir. Bunun bir nedeni araştırmanın gerçekleştirildiği ortam olabilir. Araştırmanın yapıldığı her iki şehirde üniversitelerin etkinliği, uluslararası ve ulusal toplantıların sıklıkla gerçekleştirilmesi, bu illerin birçok projenin merkezi olmaları gibi nedenlerle, burada çalışan hekimlerin bilgiye ulaşmaları daha kolaydır. Bu durum, metropoller dışında, kırsal bölgelerde yapılacak çalışmalarda, bilgi düzeyi ve buna bağlı olarak aşılama oranlarının daha düşük çıkacağı olasılığını gündeme getirmektedir ve bu nedenle farklı bölgelerde çalışma tekrarlanmalıdır. Öte yandan anket sorularının kolay olması ya da anketin internet üzerinden yapılmış olması nedeni ile bilgisi yüksek olanların daha çok yanıtlamış olabileceği gerçeği, bilgi puanının yüksekliğini açıklayabilir. Ancak, soruların TTB sürekliliği tıp eğitimi dergisinde çıkan bir derleme makalesi temel alınarak hazırlanmış olması soruların kolay olma olasılığını zayıflatmaktadır. Yine de bilgi düzeyinin örneklem seçimindeki bir yan tutma nedeni ile yüksek çıkmış olma olasılığı dikkate alınca bu durumun çalışmanın sonuçlarını yanlış olarak olumlu yönde değiştirmesi gündeme gelecektir. Halbuki bizim çalışmamızda bilgi düzeyinin yüksekliğine rağmen aşılama oranlarının hala yarıdan az olması çalışmanın sonuçlarının geçerli ve güvenilir olduğunun göstergesidir.

Çalışmaya katılım oranlarının İzmir ilinde %50'lerde iken İstanbul'da %10'lar civarında olmasına bağlı olarak sonuçlar iller bazında da değerlendirilmiş ve farklılıklar belirtilmiştir.

Sonuç

Influenza virüsü ve grip hastalığı ile ilgili bilgiler birinci basamakta çalışan hekimlerin grip aşısı ile ilgili bilgilerini etkilemekle birlikte gerekli tutum ve davranışları göstermeleri için yeterli değildir. Gelecekte hekimlerin bu alandaki tıbbi bilgilerini geliştirmek ve güncellemek üzere çeşitli eğitimlerin sürdürülmesinin yanı sıra tutum ve davranışlarını değiştirmeye yönelik çok yönlü etkinliklere gereksinim vardır. Bu etkinliklerin gerçekleştirilmesinde Grip Platformu gibi multidisipliner girişimlerin yanı sıra başta aile hekimlerinin ki olmak üzere meslek örgütleri, akademik birimler ve Sağlık Bakanlığı gibi kamu kurumları ve kuruluşlarına önemli görevler düşmektedir.

Kaynaklar

- World Health Organization. Influenza (Seasonal) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>. Accessed on June 11, 2012.
- Fiore AE, Bridges CB, Cox NJ. Seasonal influenza vaccines. *Curr Top Microbiol Immunol* 2009;333:43-82.
- World Health Organization. Influenza (Seasonal). Media Centre. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>. Accessed on June 11, 2012.
- Milman U, Ben-Moshe S, Hermoni D. The role of the patient care team in elderly people decision on influenza vaccination. *Patient Educ Couns* 2005;58:203-8.
- Humair JP, Buchs CR, Stalder H. Promoting influenza vaccination of elderly patients in primary care. *Fam Pract* 2002;19:383-9.
- Huynh S, Poduska P, Mallozzi T, Culler F. Mandatory influenza vaccination of health care workers: A first-year success implementation by a community health care system. *Am J Infect Control* 2012;40:771-3.
- Anonymous. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Talimatı (Social Security Institution Directive for Practice of Health). <http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/ESGK/GSS> Accessed on May 4, 2012.
- Rebmann T, Wright KS, Anthony J, Knaup RC, Peters EB. Seasonal influenza vaccine compliance among hospital-based and nonhospital-based healthcare workers. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2012;33:243-9.
- Aslan ÜB, Badilloğlu O. İnfluenza ve korunma. *TTB Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2000;8:12-3.
- Hofmann F, Ferracin C, Marsh C, Dumas R. Influenza vaccination of healthcare workers: a literature review of attitudes and beliefs. *Infection* 2006;34:142-7.
- Seale H, Macintyre CR. Seasonal influenza vaccination in Australian hospital health care workers: a review. *Med J Aust* 2011;195:336-8.
- Lu P, Bridges CB, Euler GL, Singleton JA. Influenza vaccination of recommended adult populations, U.S., 1989-2005. *Vaccine* 2008;26:1786-93.
- Hollmeyer HG, Hayden F, Poland G, Buchholz U. Influenza vaccination of health care workers in hospitals—a review of studies on attitudes and predictors. *Vaccine* 2009;27:3935-44.
- Orenstein WA, Bernier RH, Hinman AR. Assessing vaccine efficacy in the field. Further observations. *Epidemiol Rev* 1988;10:212-40.
- Barbera JP, Pena AA, Serrano FP, et al. Effectiveness of seasonal 2008-2009, 2009-2010 and pandemic vaccines, to Prevent influenza hospitalizations during the autumn 2009 influenza pandemic wave in Castellón, Spain. A test-negative, hospital-based, case-control study. *Vaccine* 2010;28:7460-7.
- Masaryková L, Balázi T, Fulmeková M, Lehocák L. Monitoring of effectiveness of some preventive measures against influenza. *Ceska Slov Farm* 2012;61:40-3.
- WHO Weekly epidemiological record No. 6, 2012, 87, 53-60. <http://www.who.int/wer/2012/wer8706.pdf>. Erişim: 12 Haziran 2012.
- Wood N, Sheppard V, Cashman P, et al. Influenza vaccine safety in children less than 5 years old: the 2010 and 2011 experience in Australia. *Pediatr Infect Dis J* 2012;31:199-202.
- Fiore AE, Bridges CB, Cox NJ. Seasonal influenza vaccines. *Curr Top Microbiol Immunol* 2009;333:43-82.
- Thomas RE, Jefferson T, Demicheli V, Rivetti D. Influenza vaccination for healthcare workers who work with the elderly. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;19:CD005187.
- Pearson ML, Bridges CB, Harper SA; Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC); Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Influenza vaccination of health-care personnel: recommendations of the healthcare infection control practices advisory committee (HICPAC) and the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). *MMWR Recomm Rep* 2006;55:1-16.
- Cadena J, Prigmore T, Bowling J, et al. Improving influenza vaccination of healthcare workers by means of quality improvement tools. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32:616-8.
- Wortberg S, Walter D. Recallsystems in primary care practices to increase vaccination rates against seasonal influenza. *Dtsch Med Wochenschr* 2010;135:1113-7.
- Lam PP, Chambers LW, MacDougall DM, McCarthy AE. Seasonal influenza vaccination campaigns for health care personnel: systematic review. *CMAJ* 2010;7:182(12):E542-8.
- Rakita RM, Hagar BA, Crome P, Lammert JK. Mandatory influenza vaccination of healthcare workers: a 5-year study. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2010;31:881-8.
- Seale H, Leask J, MacIntyre CR. Awareness, attitudes and behavior of hospital healthcare workers towards a mandatory vaccination directive: two years on. *Vaccine* 2011;29:3734-7.
- Hakim H, Gaur AH, McCullers JA. Motivating factors for high rates of influenza vaccination among healthcare workers. *Vaccine* 2011;29:5963-9.
- Cadena J, Prigmore T, Bowling J, et al. Improving influenza vaccination of healthcare workers by means of quality improvement tools. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2011;32:616-8.

Geliş tarihi: 10.08.2012

Kabul tarihi: 26.11.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.12.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Meral Akçay Ciblak
İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi,
Viroloji ve Temel İmmünoloji Bilim Dalı,
Ulusal Influenza Referans Laboratuvarı,
Çapa 34390 İstanbul
Tel: 0212 414 20 00
e-posta: ciblakm@yahoo.com

Bir kene çıkartma mesleksel beceri dersi: Program geliştirme ve değerlendirme

A tick removal procedural skills lesson: program development and evaluation

Murat Hökelek¹, Bektaş Murat Yalçın², Hacı Ömer Tontuş³

Özet

Amaç: Yeni geliştirilmiş olan bir kene çıkartma mesleksel beceri dersinin tanımlanması ve öğrencilerin yazılı geri bildirimleri ve yıl sonu Nesnel Yapılandırılmış Klinik Sınavı (NYKS) puanları irdelenerek dersin etkinliğinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinde okuyan ikinci sınıf öğrencileri (s=145, %99.0), tarafımızdan üretilen kene maketlerinin kullanıldığı yeni geliştirilmiş bir vücuttan kene uzaklaştırma mesleksel beceri dersi aldılar. Öğrencilerin verdiği yazılı geribildirimleri dikkate alarak (s=112, %76.1) daha gerçekçi bir taklit sağlamak üzere kene maketlerini geliştirdik. Aynı dersin yıl sonu NYKS öncesi yapılan telafisinde öğrenciler yeni kene maketlerindeki keneleri çıkarmaya çalıştılar ve yeniden geribildirim verdiler (s=102, %69.3). Her iki dersin yazılı geribildirim sonuçları ve öğrencilerin bu dersin yıl sonu gerçekleştirilen NYKS puanları değerlendirildi.

Bulgular: Genel puanlama açısından ilk yapılan dersle kıyaslandığında geliştirilmiş ikinci mesleksel beceri eğitiminin daha üstün bulunduğu ifade edilmiştir (p<0.016). Ayrıca ikinci uygulama öğrencilerce daha gerçekçi ve uygun olarak değerlendirilmiştir (p<0.001). Öğrencilerin becerinin yararlılığı konusundaki fikirlerinin (p<0.001) ve beceriyi şu an yapabilecek durumda olma güvenlerinin (p=0.02) ilkine kıyasla daha arttığı izlenmiştir. Öğrencilerin NYKS puan ortalaması 9.55±0.59 (en az=7, en çok=10) idi.

Sonuç: Bu yeni mesleksel beceri dersi mezuniyet öncesi ve sonrası dönemde vücuttan kene çıkartılması becerisinin öğrenilmesi için oldukça ümit vermektedir.

Anahtar sözcükler: Mesleki beceriler, keneler, Kırım Kongo kanamalı ateşi, ölçme-değerlendirme, tıp eğitimi.

Summary

Objective: To describe a recently developed tick removal procedural skills course and to assess its effectivity by analyzing students' written feedbacks and their Objectively Structured Clinical Exam (OSCE) results.

Methods: The second year students (n=145, 99.0%) in Ondokuz Mayıs University Medical School attended to a newly developed tick removal procedural skills training by using tick model kits produced by ourselves. Taking account of students' first written feedback, (n=112, 76.1%) we revised the tick model kits in order to provide a more realistic simulation. Students tried to remove ticks again during the review session of procedural skills training scheduled before end of year OSCE (n=102, 69.3%). The results of two written feedback were compared and OSCE results were analyzed.

Results: The second version of the procedural skills course was superior (p<0.016), more realistic and more appropriate (p<0.001) when compared with the first one according to general rating. The usefulness of the skill (p<0.001) and confidence to perform the skill (p=0.02) were found higher in the revised version. The students mean OSCE score was 9.55±0.59 (min=7, max=10).

Conclusions: This is a promising procedural skills course for pre- and post-graduate students to increase their skills for tick removal from body parts.

Key words: Clinical skills, ticks, Crimean-Congo hemorrhagic fever, assessment, medical education.

Keneler aralarında Lyme hastalığı, kayalık dağlar lekeli ateşi, ensefalit, tularemi ve Q ateşi gibi dünyanın değişik bölgelerinde ciddi hastalıklara sebep olabilen atropod vektörlerdir.^[1,2] Ülkemizde ise ke-

nelere bağlı olarak yaşanan en büyük sağlık sorunlarından birisi Kırım Kongo kanamalı ateşidir (KKKA). KKKA, *Ixodida* ailesine mensup olan *Hyalomma marginatum* adlı sert kabuklu kene türünün tükürük bezlerinde

¹⁾ İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Prof. Dr., İstanbul

²⁾ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aile Hekimliği Uzmanı, Doç. Dr., Samsun

³⁾ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Genel Cerrahi Uzmanı, Yard. Doç. Dr., Samsun

yaşayan Arbo virüslerin, kene kan emerken konakçıya geçişi ile meydana gelir.^[3] Ülkemizde 2012 yılı itibarıyla 4453 KKKA vakası tespit edilmişken bunlardan 218'i ölmüştür.^[4] Hastalık şu an için ülkemizde Orta Anadolu ve Karadeniz bölgesinde endemiktir.^[5]

KKKA hastalığının etkin bir tedavisi (anti-viral ajan veya antikor) henüz tanımlanmış değildir ve bu hastalara sadece destek tedavisi verilebilmektedir. Koruyucu stratejiler arasında şu an için aşı çalışmaları yapılmakta olup, klinik uygulama geçirilebilmesi için ciddi bir süreye ihtiyaç duyulacak gibi görünmektedir. Kenelerin sık olduğu bölgelerde koruyucu kıyafet giyilmesi, pantolon paçalarının çorap içine konulması ve böcek kaçıracı sprey ile vücudun ilaçlanması gibi kenenin vücuda yapışmasını mekanik olarak engelleyecek önlemler alınması önerilmektedir. Yapışan kenenin vücuttan uzaklaştırılması ise çok önemli bir işlemdir.

Hastalığın oluşmasını engellemeye yönelik en önemli faktör; uygun bir teknikle hasta ile vücuda yapışan kene arasındaki bağlantının kesilmesi gibi gözükmektedir.^[6] Ülkemizde mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde bu konuya hem teorik hem de pratik olarak yeteri kadar önem verilmemektedir. Bölgemizde endemik olan bu hastalık için tarafımızdan bir mesleki beceri laboratuvarı (MBL) dersi tasarlanmış ve uygulanmıştır. Çalışmamızda bu ders tanımlanmış ve öğrencilerden alınan yazılı geribildirimlere ve yapılan sınav sonuçlarına dayanarak dersin etkinliği değerlendirilmiştir.

Gereç ve Yöntem

Vücuttan Kene Uzaklaştırma MBL Dersi

Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMU) Tıp Fakültesinde öğrenci merkezli, yapılandırılmış, toplum yönelimli sistematik ve seçmeli derslere dayanan bir eğitim modeli uygulanmaktadır. Probleme dayalı öğrenme oturumları, sınıf dersleri ve çok disiplinli laboratuvar eğitimlerinin (anatomi/histoloji/fizyoloji gibi) yanı sıra ilk üç yıldaki en önemli eğitim etkinliği klinik ve mesleki beceri laboratuvarı (MBL) dersleridir. İlk üç yıldaki MBL derslerinde (Procedural Skills Laboratories) çekirdek müfredata uygun bir şekilde belirlenmiş olan 36 adet uygulamalı beceri öğrenciler tarafından kazanılmaktadır. Dersler yıllar içinde basitten (sıhhi el yıkama gibi) daha karmaşığa (steril idrar sondası uygulanması gibi) doğru yapılandırılmaktadır. OMU Tıp Fakültesi Tıp Eğitim Birimi (TEB) tarafından bölgemiz için önemli bir sağlık sorunu olan KKKA'nın önlenmesine yönelik olarak 2009-2010 eğitim-öğretim yılında vücuttan kene uzaklaştırılması ile ilgili olarak bir MBL dersi verilmesi kararlaştırılmıştır.

Dersin Modellenmesi

Aynı kurulda yer alan Aile Hekimliği, Tıp Eğitimi ve Enfeksiyon Hastalıkları anabilim dallarından üç öğretim üyesi bu dersin hazırlanması için çalışmaya başlamışlardır. İlk olarak kanıta dayalı tıp ilkeleri uyarınca modern ve sıhhi kene çıkartma yöntemleri belirlenmiş ve bunlar bir uygulama kılavuzu haline getirilmiştir (Ek 1). Yapay kene üretimi için gerçek ölü kenelerin kalıbı alınmış ve resin bir dolgu maddesi kullanılarak bu kalıplar doldurulmuştur. Ayakları için ipek iplikler ve kenenin deriyi deldiği ağız organeli olan hipostomasını taklit etmek üzere 90 derece bükülmüş ve inceltilmiş 0.1 mm şırınga iğnesi kullanılmıştır. Daha sonra boyanan kene maketleri gerçekçi hale getirilmişlerdir. Bu keneler daha sonra erişkin kol enjeksiyon maketinin (NASCO, LF00698U, Adult Injectable Arm) üzerine hipostomalarından yapıştırılmıştır (Resim 1).

Dersin Uygulanması ve Değerlendirme

Fakültemizde öğretim görmekte olan 145 dönem 2 öğrencisi 20 kişilik gruplar halinde (yaklaşık her grup için 1.5 saat) vücuttan keneyi uzaklaştırma MBL dersini almışlardır. Yapılan 10 dakikalık kuramsal sunumdan sonra kenelerle ilgili beşer dakikalık iki belgesel gösterilmiştir. İlgili öğretim üyelerince parça-bütün-parça tekniği ile gösterimi yapılan kene çıkarma işlemi tüm öğrencilerce en az bir kez uygulanmıştır. Dersin sonunda öğretim üyelerinin önünde uygulama açısından yeterli bulunan öğrencilerin yeterlilik karneleri imzalanmıştır (145 öğrenci, %100).

Öğrenciler son olarak ders hakkında tüm beceriler için kullanılan standart bir MBL yazılı geribildirim formunu doldurmuşlardır. Geribildirim formu, ger-



Resim 1. Model kol üzerine yerleştirilmiş ilk kene maketlerinin ince uçlu bir pens ile tutulması.

çekleştirilen beceri dersinin 1 ile 10 (1= çok kötü, 10= mükemmel) arasında puanlanmasını isteyen bir ve ders tekniği, gerçekçiliği ve uygulanabilirliği konularında beşli Likert ölçeği (1= kesinlikle katılmıyorum, 2= katılmıyorum, 3= fikrim yok, 4= katılıyorum, 5= kesinlikle katılıyorum) ile değerlendirilen on ifadeden oluşmaktaydı. Öğrencilerden alınan geribildirimlerden kenelerin kol maketinden çok kolay ayrıldığı ve dolayısıyla gerçeklik duygusunun eksik olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca üretilenler içinden en büyük örnekler seçildiği için maket keneler doğadaki çoğu benzerlerinden iri bulunmuştur.

Öğrencilerin yıl sonu nesnel yapılandırılmış klinik sınavı (NYKS) öncesinde aynı ders (telafi) bir kez daha aynı öğrenci grubuna uygulanmıştır. Bu kez kene maketleri daha küçük örneklerden hazırlanmış (Resim 2) ve hipostomalarının (şırınga iğnesi) ucuna çok az miktarda Japon yapıştırıcı (siyanoakrilat) sürülerek kol maketine daha sağlam bir şekilde yapışmaları sağlanmıştır (Resim 3). Tüm öğrenciler bu yeni maket ile bir kez daha pratik yapmışlar ve arkasından yazılı geribildirim vermişlerdir. Her iki yazılı geribildirim sonuçları bağımlı değişkenler olarak kabul edilmiştir. Bu veriler birbirleri ile karşılaştırılırken bağımlı gruplarda t-testi kullanılmıştır. Tüm öğrenciler bu beceriden yıl sonu nesnel yapılandırılmış klinik sınavına girmişlerdir. Öğrencilerin bu sınavdan aldıkları sonuçların cinsiyete göre karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t-testi kullanılmıştır. Bütün veriler SPSS 13.0 programı aracılığı ile değerlendirilmiştir. İstatistiksel anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Bulgular

İlk uygulamada 112 (%76.1) yıl sonu uygulamasında ise 102 (%69.3) dönem 2 öğrencisi yazılı geribildirim vermiştir. Öğrencilerin doldurdukları geribildirim formlarındaki sorular, farklı kene modelleriyle yapılan iki uygulamada bu sorulara verilen cevapların ortalamaları ve istatistiksel değerlendirmeler Tablo 1'de gösterilmiştir. Öğrenciler yıl sonu gördükleri derste kullandıkları kene maketinin ilk gördükleri MBL dersinde kullandıkları kene maketine göre çok daha üstün olduğunu bildirmişlerdir ($t=2.450$; $p < 0.016$). Yıl sonu uygulamada kullanılan materyal daha gerçekçi ve uygun olarak değerlendirilmiştir ($t=4.819$; $p < 0.001$). Öğrenciler ikinci uygulamadan sonra bu beceriyi ileriki meslek yaşantılarında daha kullanılabilir bulurken ($t=2.745$; $p < 0.001$), beceriyi kullanabilme yeterliğini hissetme oranları da artmıştır ($t=1.985$; $p=0.02$). Çarpıcı olarak becerinin öğrenilmesinin gereksiz olduğunu düşünen öğrencilerin fikri ikinci uygulamadan sonra



Resim 2. Yeni kene maketlerinin ile ilk hazırlananlarla büyüklük açısından karşılaştırılması (yeni maket sağdakidir [eskinin yarısı büyüklükte]).

olumlu olarak değişmiştir ($t=2.639$; $p < 0.001$). Öğrencilerin beceri ile ilgili yıl sonu NYKS skor ortalaması 9.55 ± 0.59 (en az=7, en çok= 10) puan olarak gerçekleşmiştir. Kız (ortalama 9.55 ± 0.65) ve erkek (ortalama 9.58 ± 0.58) öğrencilerin aldıkları yıl sonu NYKS puanları arasında her hangi bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tartışma

Bu çalışmada bildiğimiz kadarıyla dünyada ilk kez vücuttan kene uzaklaştırılması için tasarlanmış bir mesleki beceri dersi tanımlanmış ve değerlendirilmiştir. Konuyla ilgili literatürde, bugüne kadar konakçının vücutundan kenenin doğru bir şekilde uzaklaştırılabil-



Resim 3. Yeni hazırlanmış ve yapıştırılmış kene maketinin manken koldan uzaklaştırılması (yeni maketin vücuttan uzaklaştırılırken gösterdiği direnç dikkat ediniz!).

Tablo 1. Çalışma grubunun karakteristik özellikleri

İfadeler	İlk ders Ortalama puan	Yıl sonu dersi Ortalama puan	t değeri	P
Beceri uygun basamaklandırılmıştı	4.80±0.4 (En az=4, en çok=5)	4.86±0.3 (En az=4, en çok=5)	0.522	0.603
Hazırlanmış materyal ve maketler uygundu	4.12±0.7 (En az=2, en çok=5)	4.86±0.3 (En az=3, en çok=5)	4.189	0.001
Eğitici uygun geribildirim verdi	4.74±0.7 (En az=2, en çok=5)	4.86±0.3 (En az=3, en çok=5)	0.256	0.475
Sunum öğrenmemi kolaylaştırdı	4.77±0.4 (En az=3, en çok=5)	4.86±0.3 (En az=4, en çok=5)	0.637	0.525
Beceri için ayrılan süre yeterli idi	4.75±0.5 (En az=3, en çok=5)	4.86±0.5 (En az=1, en çok=5)	0.698	0.486
Eğitici ile iyi iletişim kurabildim	4.49±0.5 (En az=1, en çok=5)	4.82±0.3 (En az=2, en çok=5)	1.773	0.079
Bu becerinin gereksiz olduğunu düşünüyorum	2.34±0.1 (En az=1, en çok=5)	1.07±0.2 (En az=2, en çok=5)	2.639	0.001
Kendi başıma uygulama yaparak iyi öğrendim	4.48±0.7 (En az=2, en çok=5)	4.57±0.8 (En az=3, en çok=5)	0.423	0.673
Bu beceriyi uygulayabilecek düzeydeyim	4.24±0.8 (En az=2, en çok=5)	4.89±0.5 (En az=2, en çok=5)	1.985	0.02
Bu beceriyi profesyonel hayatımda kullanabilirim	4.12±0.2 (En az=2, en çok=5)	4.79±0.4 (En az=2, en çok=5)	2.745	0.001
Dersi genel olarak 1 ile 10 arasında puanlayınız	8.67±0.9 (En az=5, en çok=10)	9.34±0.6 (En az= 8, en çok=10)	2.450	0.016

*Bağımlı gruplarda t testi

mesi için iki farklı yaklaşımın ön plana çıktığı görülmektedir. Bunlardan ilki mekanik (cerrahi forsepsler, cımbızlar, ilmekler ve tek kullanımlık jiletler vb), ikincisi de kimyasal uzaklaştırma (tırnak cilası, petrol jölesi, %70 isoproprenal, lidokain enjeksiyonu, epinefrin ile lidokainin beraber kullanılması ve kloroprokain vb) yöntemleridir.^[3,6-9]

Bugün için vücuda yapışmış kenelere bağlı hastalıkların önlenmesinde temel prensip kenenin tükürük bezlerindeki hastalık yapıcı ajanların vücuda geçişinin engellenmesi için bu bezlerin salgısını tetikleyecek her türlü yaklaşımdan kaçınmaktır. Kene vücuda yapışık iken stres altına girdiğinde (sigara veya ateşle yaklaşıldığında, üzerine irri-ten madde sürüldüğünde, vücudu delindiğinde vb) kasılmakta ve kusarak tükürük bezlerinin içeriğini çok hızlı bir şekilde konakçıya vermektedir. Kimyasal ajanların olumsuz bir yönü de kenelerin solunum hızları çok düşük olduğundan (dakikada 3-15 kez) üzerlerine sürülen madde nedeniyle ölene kadar geçen sürede patojeni iletmeye zaman bulabilmesidir. Kene elle gövdeden çekilip çıkarılmaya çalışıldığında eğer başı koparsa tükürük bezlerinden virüs geçişi yine devam etmektedir. Kenenin ağız organeli hipostoması deri altında koparak kalırsa alerjik reaksiyonlar veya ikincil enfeksiyonlar izlenebilmektedir. Dolayısıyla

bugün için kene çıkarılmasında doğru yöntem, ilk önce kenenin hipostomasından cerrahi bir araçla yakalanması ve böylece konakçı ile kenenin tükürük bezindeki virüs ir- tibatının ortadan kaldırılmasıdır. Kenenin çene kasları yoruluncaya kadar kene nazikçe yukarıya doğru çekilmeli (hipostomasının kopmamasına dikkat ederek) kene konak- çıyı bıraktığında ise ortamdan uzaklaştırılmalıdır. Hollan- da'da yapılan bir çalışmada kimyasal madde sürülen kene- lerin konakçıları ortalama yarım saatte bıraktığı, keneyi kendi etrafında döndürmektense dikey olarak doğrudan yukarıya nazikçe kaldırmanın deri altında belirgin şekilde daha az hipostoma kalıntısının kalmasına yol açtığı rapor edilmiştir.^[10]

Sonuç

OMÜ MBL müfredatı kapsamında dünyada tıp eğiti- minde ilk kez vücuttan kene çıkarılması kanıta dayalı tıp prensipleri çerçevesinde uygulamalı olarak öğretilmiştir. Alınan yazılı öğrenci geribildirimleri yoluyla gerek kene maketlerinin boyunun küçültülmesi gerekse de kenenin vücuda yapışmasının taklit edilebilmesi dersin gerçekçili- ğini artırmıştır. Öğrencilerin erken klinik buluşmasının sağlanmasının yanı sıra bu becerilerin standardize edilme- si nedeniyle, malpraktis ve etik sorunların önlenmesi baki-

mından MBL uygulamaları son yıllarda tıp eğitimi için vazgeçilmez bir unsur haline gelmiştir. Tarafımızca geliştirilen bu yeni eğitim yaklaşımı, konakçı vücudundan kenenin doğru bir şekilde uzaklaştırılabilmesi bakımından mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi için oldukça umut vericidir.

Kaynaklar

1. Foley JE, Nieto NC. Tularemia. *Vet Microbial* 2010;140:332-8.
2. Schulze TL, Jordan RA, Schulze CJ, Mixson T, Papero M. Relative encounter frequencies and prevalence of selected Borrelia, Ehrlichia, and Anaplasma infections in *Amblyomma americanum* and *Ixodes scapularis* (Acari: Ixodidae) ticks from central New Jersey. *J Med Entomol* 2005;42:450-6.
3. Gammons M, Salam G. Tick removal. *Am Fam Physician* 2002;66:643-6.
4. Türk Tabipleri Birliği Kırım Kongo Kanamalı Ateşi Bilimsel Değerlendirme Raporu. Bölüm 1: Türkiye'de ve Dünyada Kırım Kongo Kanamalı Ateşi. Birinci baskı. Ankara 2010. Türk Tabipler Birliği Yayınları p. 7 http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kirim_kongo_rpr.pdf (Son güncellenme tarihi: 3/10/2012)
5. Günes T, Engin A, Poyraz O, et al. Crimean-Congo hemorrhagic fever virus in high-risk population, Turkey. *Emerg Infect Dis* 2009;15:461-4.
6. Moehrle M, Rassner G. How to remove ticks? *Dermatology* 2002;204:303-4.
7. Celenza A, Rogers IR. The knot method of tick removal. *Wilderness Environ Med* 2002;13:181.
8. Needham GR. Evaluation of five popular methods for tick removal. *Pediatrics* 1985;75:997-02.
9. Stewart LR Jr, Burgdorfer W, Needham GR. Evaluation of three commercial tick removal tools. *Wilderness Environ Med* 1998;9:137-42.
10. De Boer R, van den Bogaard AE. Removal of attached nymphs and adults of *Ixodes ricinus* (Acari: Ixodidae). *J Med Entomol* 1991;30:748-52.

Ek 1. OMÜ Tıp Fakültesi, vücuda yapışmış olan kenenin uzaklaştırılması MBL dersi öğrenim rehberi

Vücuda Yapışmış Olan Kenenin Uzaklaştırılması Öğrenim Rehberi

Amaç

Vücuda yapışmış olan kenenin uzaklaştırılması



Araçlar

Kene maketi, kol maketi, genel kullanım eldiveni, ince ve eğik uçlu penset, alkol, povidon iyot, gazlı bez, taşıma kabı

Basamaklar

1. Genel kullanım eldivenleri giyilir ve vücuda yapışan tüm keneler tespit edilir (koltuk altı ve diz arkası dâhil).
2. Kenenin çıkartılması için uygun uçlu penset veya ucu eğik bir forseps seçilir.
3. Dominant el ile tutulan penset ya da forseps ile kene vücuda yapıştığı yerden, tutunma organlarından yakalanır.
4. Dominant el ile kene yavaşça vücudu bırakana kadar yukarıya çekilir.
5. Çıkarılan kenenin ağız organellerinin (hypostoma) tam olarak çıkarıldığından emin olunur.
6. Çıkarılan kene;
 - İncelenecek ise içinde alkol olan kapaklı tüpe,
 - İmha edilecek ise içinde çamaşır suyu bulunan kapaklı tüpe konulur.
8. Isırılan yer povidon iyot ile merkezden başlayarak dairesel bir hareketle silinir
9. Eldivenler çıkarılır.
10. Hasta kene kaynaklı hastalıklarla ilgili bilgilendirilir, gerekirse uygun merkeze yönlendirilir.

Geliş tarihi: 29.06.2012

Kabul tarihi: 17.10.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 28.11.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Bektaş Murat Yalçın
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kurupelit 55132 Samsun
Tel: 0362 312 19 19
e-posta: myalcin@omu.edu.tr

İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri

The epidemiological features of the newly onset colorectal cancer patients

Erkan Turan¹, Bektaş Murat Yalçın², İdris Yücel³, Mustafa Ünal⁴

Özet

Amaç: Ondokuz Mayıs Üniversitesi (OMÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi'nde ilk kez kolorektal kanser (KRK) tanısı konulan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ile olası risk faktörlerinin değerlendirilmesi.

Yöntem: Ocak 2005 – Aralık 2008 tarihleri arasında OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'ndeki elektronik veri tabanı araştırılarak patolojik ön tanıları içinden "kolon" ve "adenokarsinom" anahtar kelimeleri taranarak kayıtlarına ulaşılabilen 123 hasta retrospektif olarak incelendi. Tüm hastaların demografik özellikleri, aile hikâyeleri ve eşlik eden hastalıklarının yanı sıra KRK'leri ile ilgili çeşitli klinik verileri, sigara ve alkol kullanma öyküleri ve beden kitle indeksleri (BKI) dosya kayıtları ve telefon görüşmeleriyle kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 123 hastanın 66'sı (%53.7) erkek, 57'si (%46.3) kadındı. Kolorektal kanser erkeklerde ve kadınlarda 51-80 yaşları arasında daha sık izlenmekteydi. Hastaları doktora getiren en önemli üç yakınma sırasıyla dışkıarken kan gelmesi (%62.6), kabızlık (%51.2) ve karın ağrısıydı (%47.2). Olguların büyük çoğunluğunu 51 yaş ve üzerindeki kişiler oluşturmaktaydı (s=101, %82.1). Hastaların %13.8'inin en az bir birinci derece akrabasında KRK öyküsü vardı. Erkekler, kadın olgularla kıyaslandığında hem günde iki kat daha fazla miktarda sigara içmekteydi (t= 3.670, p<0.001) hem de sigaraya daha erken yaşta başlamışlardı (ortalama 7.06 yıl) (t= 3.531, p<0.001). Tüm olgularımızın 26'sı (%21.1) obez iken kadın olguların BKI ortalamaları erkeklerle nazaran belirgin olarak daha fazlaydı (kadın= 28.14±4.52 kg/m² ve erkek= 25.57±3.54 kg/m², t= 3.533, p<0.001). Her iki cinsiyette de kanserin en sık yerleşim yeri kadınlarda %33.3 ve erkeklerde %40.4 oranları ile rektum idi.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda hastanemizde ilk kez tanı alan KRK'li hastaların epidemiyolojik özelliklerinden yaş, erkek cinsiyet ve aile öyküsü; klinik olarak dışkıarken kan gelmesi, kabızlık ve karın ağrısı dikkat çekicidir. Bu özellikler kanserin erken tanısı için aile hekimlerine yol gösterici olabilir.

Anahtar sözcükler: Kolorektal kanser, adenokarsinom, aile özellikleri, risk faktörleri.

Summary

Objective: We aimed to investigate the sociodemographic, and clinical features with probable risk factors in the patients who were newly diagnosed as colorectal cancer (CRC) in Ondokuz Mayıs University Hospital.

Methods: We have included 123 patients determined from the database of the Ondokuz Mayıs University Medical Faculty Hospital between January 2005 and December 2008 with the keywords of "colon" and "adeno-carcinoma" as pathological pre-diagnoses. The demographic features of the patients, their family stories and accompanying diseases as well as different clinical features related to the colorectal cancers, smoking and alcohol status, and body mass indices were retrospectively investigated from patient records and telephone calls.

Results: Of the 123 patients included in the study, 66 (53.7%) were men and 57 (46.3%) were women. The frequency of CRC is increased between the ages of 51 and 80. Most of the cases (n=101, 82.1%) were at the age of 51 and over. 13.8% of the patients had at least one first degree relative with CRC. The most frequent symptoms were occult blood in gaita (62.6%), constipation (51.2%) and abdominal pain (47.2%). Men smoke more (on average two times more) (t= 3.670, p<0.001) and started smoking earlier (on average 7.06 years) (t= 3.531, p<0.001) compared with women. The average of BMI in women was 28.14±4.52 and in men 25.57±3.54 kg/m². Obesity was found in 26 cases (21.1%). The most frequent localization of cancer was rectum in both gender, with rates of %33.3 and %40.4 respectively in women and men.

Conclusions: Our results points out that the epidemiological features as age, male gender and family history, clinical features as blood on stool, constipation and abdominal pain are remarkable among the patients of CRC who are newly diagnosed in our hospital. These features may lead family physicians to diagnose CRC earlier.

Key words: Colorectal carcinoma, adenocarcinoma, family characteristics, risk factors.

¹ Gürgentepe Devlet Hastanesi, Uzman Dr., Ordu

² Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Samsun

³ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı, Prof. Dr., Samsun

⁴ Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Samsun

Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre kolorektal kanser (KRK) her iki cinsiyette en sık görülen üçüncü kanser türüdür.^[1] Kanserle ilişkili en sık ölüm nedenleri arasında erkeklerde ikinci ve kadınlarda ise üçüncü sırayı almaktadır.^[2] Her yıl bir milyona yakın kişi KRK'ye yakalanmakta ve beş yüz bin civarında kişi KRK nedeniyle ölmektedir.^[3] Ülkemizde ise en sık görülen 10 kanser sıralamasında 7.24/100.000 insidans ile 7. sırada olup, yılda yaklaşık 5000 yeni vaka görülmekte ve yaklaşık 3200 kolorektal kansere bağlı ölüm gerçekleşmektedir.^[4] Yaşa bağlı insidans ve mortalite oranı sırasıyla 100.000'de 37.5 ve 14.1 iken, erkeklerde daha yüksek olup sırasıyla 100.000'de 52.2 ve 20.5 olarak saptanmıştır.^[5] Yaşla beraber her iki cinsiyette de görülme sıklığı artmaktadır ve özellikle 75 yaş üzerinde her iki cinsiyette en sık görülen kanserdir.^[6] Her iki cinsiyet için yaşam boyu KRK gelişme riski %13.2 civarındadır.^[7]

Hastalığın etiolojisinde erkek cinsiyet,^[8] ileri yaş,^[8] adenomlar,^[9] genetik faktörler ve aile hikâyesi (familial adenomatöz polipozis ve diğer otozomal dominant gastrointestinal polipozis sendromları),^[10] obezite, yaşam tarzı ve beslenme alışkanlıkları,^[11] kronik inflamatuvar bağırsak hastalıkları,^[12] radyasyon,^[13] diyabetes mellitus (DM) gibi eşlik eden bazı kronik hastalıkların varlığı^[14] rol oynamaktadır.

Aile hekimliği açısından KRK birinci basamak hekimliğinde önlenabilir kanserler içinde öncelikli yere sahiptir. Etkin bireysel risk değerlendirmesi (aile hikâyesi ve diğer risk faktörleri vb.) ve seçiciliği ve duyarlılığı yüksek tarama programlarıyla (gaitada gizli kan, sigmoidoskopi, kolonoskopi vb.) erken dönemde yakalanabilen ve tedavi şansı yüksek bir hastalıktır.^[15] Hastalığın yavaş gelişimi nedeniyle aile hekimlerinin kendilerine kayıtlı kişilerin yıllık periyodik fizik bakılarında yıllar içinde hastalığı yakalama şansları yüksektir. T.C. Sağlık Bakanlığı da dâhil olmak üzere pek çok kurum KRK'nin öncelikle birinci basamakta taranması gerektiği konusunda fikir birliği içindedir.^[4,16] Buna karşılık ülkemizde KRK epidemiyolojisi ve risk faktörleri ile ilgili çalışmalar istenilen düzeyde değildir. Bazı yöresel çalışmalar yapılmış olsa da^[17-20] ülke genelini kapsayan, hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri ve olası risk faktörleri üzerine yapılmış bir çalışma bulunmamaktadır. Ayrıca bilindiği kadarıyla bu hastaların tanı almadan önce ilk ortaya çıkan yakınmaları ve hekime başvuru nedenleri konusunda herhangi bir araştırma gerçekleştirilmemiştir.

Bu çalışmada orta Karadeniz bölgesinin en ileri referans merkezi olan Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2005 ile Aralık 2008 tarihleri arasında ilk kez kolorektal kanser tanısı konulan hastaların sosyodemografik

ve klinik özellikleri ile olası risk faktörleri retrospektif olarak incelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Çalışmamızın hasta evrenini 2005 ile 2009 yılları arasında OMÜ Tıp Fakültesi hastanesinde KRK tanısı konan hastalar oluşturmaktadır. Bu amaçla ilk olarak OMÜ Tıp Fakültesi Hastanesi elektronik veri tabanı, 2005 yılı Ocak ayı başından 2008 yılı Aralık ayı sonuna kadar olan dönemde patoloji ön tanıları içinden "kolon" ve "adenokarsinom" anahtar kelimeleri ile tarandı. Elektronik veri tabanı programından toplam 433 hastanın isim ve dosya numaralarına ulaşıldı. Hastanemiz arşivinden bu kayıtlı hastaların dosyaları arandı. İlk başta tespit edilen 433 hastanın 162'sinin dosyasına ulaşılamadı ve 24 hastada başka bir hastalık ya da malignite mevcuttu. Dosyasına ulaşılan 247 KRK'li hastanın 13'ü hasta dosya bilgileri araştırmada hedeflenen bilgileri asgari düzeyde sağlayacak kadar eksik olması, yedisi KRK nüksü olması (ilk tanıları 2005 yılından önce konmuş) ve diğer yedisi geçen süre içinde ölmesi nedeniyle çalışma dışı bırakıldılar.

Dosyalarındaki bazı eksik bilgilerin tamamlanması için geriye kalan 220 hastaya telefon ile ulaşılması hedeflendi. Bu gruptan 21 hastanın dosyalarında kaydedilmiş olan telefon numaralarının yanlış olduğu ve 51 hastanın geçen süre içinde öldüğü öğrenildi. Üç hasta çalışmaya katılmayı ret etti. Yirmi iki hastaya ise defalarca telefonla aranmasına rağmen (ortalama bir aylık bir sürede ve en az yedi farklı zamanda) ulaşamadı. Geri kalan 123 hastaya (ana grubun %55.9'u) ise telefonla ulaşıldı.

Bu 123 hasta çalışma örneklemini olarak kabul edildi. Dosyalarından hastaların demografik verileri (adı, soyadı, cinsiyeti, yaşı, doğum yılı, mesleği, halen yaptığı işi, dosya numarası, doğum yeri, ikamet yeri, telefon numarası, medeni durum, aylık hane geliri, eğitim düzeyi, toplam eğitim yılı, sigara ve alkol kullanım öyküsü (başlama yaşı, kullanım yılı), antropometrik verileri (boy, kilo, beden kitle indeksi [BKİ]), eşlik eden diğer kronik hastalıklar (hipertansiyon, diyabet, KOAH vb.), KRK açısından risk oluşturan bazı faktörler (pelvik radyoterapi öyküsü, birinci ve ikinci dereceden akrabalarda kanser öyküsü, daha önceden adenomatöz polip varlığı vb.) ve KRK ile ilgili bazı özellikler (ilk tanı tarihi, kanserin histopatolojik özelliği, evresi, lokalizasyonu, hastanın tanı aldığı andaki yaşı, ilk ortaya çıkan yakınmalar, ilk başvurudaki yakınmaları ve başvuru fizik muayenesinde hepatomegali varlığı) belirlendi ve daha önceden yapılandırılan formlara kaydedildi. Hastalar telefon ile arandığında yapılan çalışma ile ilgili kısa bir bilgilendirmeden sonra hastalardan sözlü onam alındı. Ardından yukarıda bahsedilen konularda eksik olan bilgiler sorgulanarak tamamlandı. Çalış-

ma için Ondokuz Mayıs Üniversitesi Etik Kurulundan gerekli onay alındı.

Hastaların toplanan verileri SPSS (version 11.0) programına girildi. Bu veriler arasındaki ilişkiler ki-kare, bağımsız gruplarda Student t-test, One Way ANOVA, Pearson korelasyon testi ile analiz edildi. Anlamlılık düzeyi olarak $p < 0.05$ kabul edildi.

Bulgular

Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alınan 123 hastanın 66'sı (%53.7) erkek, 57'si (%46.3) kadındı. Erkek hastaların ortalama yaşı 62.82 ± 13.76 yıl (28-90 yaş arası) iken, kadın hastaların ortalama yaşı 62.21 ± 12.68 yıl (22-84 yaş arası) idi. Yaş ortalamaları bakımından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$). Erkek/kadın oranı 1.16/1 olarak tespit edildi. Kolorektal kanser her iki cinste 51-80 yaşları arasında daha sık izlenmekteydi. Tüm olguların %82.1'i (101 hasta) 51 yaş ve üzerinde idi. Çalışmaya alınan hastaların diğer sosyodemografik özellikleri **Tablo 1**'de sunulmuştur.

Sigara ve Alkol Kullanma Alışkanlıkları

Erkek hastalar kadınlara göre daha fazla sigara kullanma alışkanlığına sahiptiler ($\chi^2=39.281$; $p < 0.001$), sigaraya daha erken başlamışlardı ($t=3.531$; $p < 0.001$) ve dolayısıyla daha çok yıl sigara kullanmışlardı ($t=4.813$; $p < 0.001$). Bir günde içilen sigara adedi değerlendirildiğinde erkekler ortalama iki kat daha fazla sigara içmekteydiler ($t=3.670$; $p < 0.001$). Erkeklerin %48.5'i halen alkol kullanmakta ya da geçmişte alkol kullanmışken kadınlarda bu oran %26.8 idi ($\chi^2=33.471$, $p < 0.001$). Erkekler ile kadınlar arasında alkole başlama yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p > 0.05$).

Beden Kitle İndeksi

Kadın hastaların BKİ (28.14 ± 4.52 kg/m^2) erkeklerden (25.57 ± 3.54 kg/m^2) istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde daha fazlaydı ($t=3.533$; $p < 0.001$). Tüm olguların 26'sı (%21.1) obez (BKİ 30 kg/m^2 ve üzeri), 52'si (%42.3) fazla kilolu ($25 \leq \text{BKİ} < 30$), 44'ü (%35.8) normal kilolu ($18.5 \leq \text{BKİ} < 25$) ve biri (%0.8) düşük kilolu idi.

Tablo 1. Çalışma grubunun karakteristik özellikleri

Özellik	Erkek		Kadın		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Cinsiyet	66	53.7	57	46.3	123	100	
Meslek	Çiftçi	10	15.2	18	31.6	28	22.8
	İşçi	13	19.7	5	8.8	18	14.6
	Memur	12	18.2	1	1.8	13	10.6
	Ev hanımı	0	0.0	33	57.9	33	26.8
	Serbest meslek	31	47.0	0	0.0	31	25.2
İkamet şekli	Doğduğu yerde yaşamıyor	10	15.2	14	24.6	24	19.5
	Doğduğu yerde yaşıyor	56	84.8	43	75.4	99	80.5
Medeni durumu	Hiç evlenmemiş	0	0.0	2	3.5	2	1.6
	Evli	62	93.9	34	59.6	96	78
	Eşi ölmüş	4	6.1	21	36.8	25	20.3
Aylık hane gelir düzeyi	<700 TL	24	36.4	25	43.9	49	39.8
	700-1500 TL	31	47.0	25	43.9	56	45.5
	1500-2000 TL	9	13.6	4	7.0	13	10.6
	2000-2500 TL	2	3.0	1	1.8	3	2.4
	2500-3000 TL	0	0.0	1	1.8	1	0.8
	>3000 TL	0	0.0	1	1.8	1	0.8
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	3	4.5	18	31.6	21	17.1
	Okuryazar	10	15.2	15	26.3	25	20.3
	İlköğretim mezunu	38	57.5	21	36.9	59	48.0
	Lise mezunu	11	16.7	3	5.3	14	11.4
	Üniversite mezunu	4	6.1	0	0.0	4	3.3

Tablo 2. Olgularda ailede kanser öyküsü

Aile öyküsü		Erkek		Kadın		Toplam	
		s	%	s	%	s	%
1. dereceden akrabada KRK	Yok	55	83.3	51	89.5	106	86.2
	Bir kişi	10	15.2	5	8.8	15	12.2
	Birden fazla	1	1.5	1	1.8	2	1.6
1. dereceden akrabada diğer kanserler	Yok	47	71.2	39	68.4	86	69.9
	Bir kişi	14	21.2	14	24.6	28	22.8
	Birden fazla	5	7.6	4	7.1	9	7.3
2. dereceden akrabada KRK	Yok	63	95.5	51	89.5	114	92.7
	Bir kişi	3	4.5	5	8.8	8	6.5
	Birden fazla	0	0	1	1.8	1	0.8
2. dereceden akrabada diğer kanserler	Yok	57	86.4	46	80.7	103	83.7
	Bir kişi	8	12.1	5	8.8	13	10.6
	Birden fazla	1	1.5	6	10.5	7	5.7

Olguların Klinik Özellikleri ve Risk Faktörleri

Bütün hastaların %13.8'inin birinci dereceden akrabalarından en az birinde KRK öyküsü mevcuttu. Erkeklerin %28.8'inde ve kadınların %31.6'sında birinci dereceden akrabaların en az birinde KRK dışı bir kanser öyküsü bulunmaktaydı. Ancak cinsiyetler arasında birinci ($\chi^2=3.176$; $p>0.05$) ve ikinci dereceden ($\chi^2=2.116$; $p>0.05$) akrabada KRK öyküsü sıklığı açısından anlamlı bir fark yoktu. Olgularımızın birinci ve ikinci dereceden akrabalarında KRK ya da diğer kanserlerin varlığı **Tablo 2'**de gösterilmiştir.

Olgularımızda en sık eşlik eden kronik hastalıklar ise sırasıyla hipertansiyon, diabetes mellitus ve KOAH'tı. Tüm hastalarımızın eşlik eden hastalıkları, görülme

oranları ve cinsiyet açısından karşılaştırılması **Tablo 3'**te gösterilmiştir.

Eşlik Eden Maligniteler

Hastalara en sık eşlik eden ikinci maligniteler incelendiğinde erkeklerde sırasıyla beş kişide (%7.6) prostat, bir kişide (%1.5) mide ve yine bir kişide (%1.5) mesane kanseri izlenmişti. Kadınlarda ise beş kişide (%8.8) endometriyum ve bir kişide (%1.8) meme kanseri saptanmıştı.

Histopatolojik Sınıflandırma

Olguların histopatolojik tanıları cinsiyet açısından **Tablo 4'**te karşılaştırılmıştır. Buna göre histopatolojik tanı açısından cinsiyetler arasında ($\chi^2= 0.316$; $p=0.957$) ve hasta yaşı ile kanser diferansiyasyon derecesi arasında is-

Tablo 3. Eşlik eden hastalıklar

Hastalık	Erkek (s=66)		Kadın (s=57)		Toplam (s=123)	
	s	%	s	%	s	%
Hipertansiyon	17	25.8	24	42.1	41	33.3
Diabetes Mellitus	10	15.2	7	12.3	17	13.8
KOAH	6	9.0	5	8.8	11	8.9
Konjestif kalp yetmezliği	6	9.0	3	5.3	9	7.3
Koroner arter hastalığı	10	15.2	2	3.5	12	9.7
Benign prostat hiperplazisi	3	4.5	-	-	3	2.4
Migren	0	0.0	2	3.5	2	1.6
Peptik ülser	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Epilepsi	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Kronik böbrek yetmezliği	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Bronşial astma	1	1.5	0	0.0	1	0.8
Serebrovasküler olay	1	1.5	0	0.0	1	0.8

Tablo 4. Olguların histopatolojik tanıları

Adenokarsinom		Erkek		Kadın	
		n	%	n	%
Diferansiyasyon derecesi	Diferansiyasyon bilgisi yok	31	47,0	27	47,4
	lyi diferansiye	24	36,4	20	35,1
	Orta diferansiye	9	13,6	9	15,8
	Kötü diferansiye	2	3,0	1	1,8

tatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktu (F= 0.811; p= 0.781). Tanı konulduğunda 15 hasta (%12.2) A, 54 hasta (%43.9) B, 36 hasta (%29.3) C ve 18 hasta (%14.6) D evresindeydiler. Tanı konulduğu andaki hastalık evresi açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamadı ($\chi^2= 0.150$; p= 0.05). Hasta yaşı ile tanı konulduğu andaki hastalık evresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktu (F= 0.867; p>0.05).

Yerleşim

Erkek ve kadın olgularımızda kanserin en sık yerleşim yeri sırasıyla %33.3 ve %40.4 oranlarla rektum idi. Kanser lokalizasyonu (yerleşim yeri) açısından erkekler ve kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($\chi^2=6.355$; p>0.05). Cinsiyetlere göre kolorektal kanser yerleşim bölgeleri **Tablo 5**'te sunulmuştur.

Fizik Bakı ve Yakınmalar

Tüm olgularımızda ilk ortaya çıkan en sık üç yakınma sırasıyla karın ağrısı (85 hasta, %69.1), kabızlık (81 hasta, %65.9) ve karında şişkinliği (69 hasta, %56.1). Erkek ve kadın olgularda ilk ortaya çıkan en sık yakınmalar **Tablo 6**'da gösterilmiştir. Tüm olgularımızda hekime başvuru nedeni olan ilk üç yakınma sırasıyla dışkılariken kan gelmesi (77 hasta, %62.6), kabızlık (63 hasta, %51.2) ve karın ağ-

rısı (58 hasta, %47.2) idi. Erkek ve kadın olgularda en sık başvuru yakınmaları **Tablo 7**'de verilmiştir. İlk fizik muayene esnasında on hastada (%8.1) hepatomegali vardı. Hastaların ilk yakınmalarının başladığı andan itibaren kolorektal kanser teşhisi konulana kadar geçen süre (ay), hasta yaşı ile ilişkili değildi (r=0.094, p>0.05). Bu süre erkek olgularımızda ortalama 7.48±7.54 ay (1-36 ay arası), kadın olgularımızda ise ortalama 6.98±7.92 ay (1-48 ay arası) idi (t= 0.360; p>0.05).

Tartışma

Çalışmamızda yer alan hastalar içinde erkekler çoğunlukta idi, ancak erkek/kadın oranı birbirine yakındı (1.16/1). Erkek ve kadın hastalarımız arasında yaş açısından bir fark bulunmamaktaydı. Tarama stratejileri açısından önemli olan bu sonuçlar ülkemizde yapılan çeşitli çalışmaların sonuçları ile uyumluluk göstermektedir. İzbul ve Müderriszade'nin^[21] 170 kolorektal kanserli olgu ile Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde yaptığı çalışmada, %54.7'si erkek ve %45.3'ü kadın olan (oran 1.2/1) hastaların yaş ortalamaları (erkeklerde 64 ve kadınlarda ise 65 yaş) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Gürsoy ve arkadaşlarının^[16] Kayseri ve yöresinde gerçekleştirdikleri geriye dönük bir başka çalışmada ise, 250 kolorek-

Tablo 5. Cinsiyete göre kolorektal kanser yerleşim bölgeleri*

Yerleşim	Erkek		Kadın		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Çekum	6	9.1	4	7.0	10	8.1
Sağ kolon	11	16.7	12	21.1	23	18.7
Transvers kolon	1	1.5	4	7.0	5	4.1
Sol kolon	5	7.6	2	3.5	7	5.7
Sigmoid	12	18.2	9	15.8	21	17.1
Rektosigmoid	9	13.6	3	5.3	12	9.7
Rektum	22	33.3	23	40.4	45	36.6
Toplam	66	100	57	100	123	100

*Ki-kare testi, p>0.05

Tablo 6. Erkeklerde ve kadınlarda ilk ortaya çıkan en sık yakınmalar

İlk ortaya çıkan yakınmalar	Erkek		Kadın		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Karın ağrısı	45	68.2	40	70.2	85	69.1
Kabızlık	44	66.7	37	64.9	81	65.9
Karında şişkinlik	38	57.6	31	54.4	69	56.1
Halsizlik, yorgunluk	36	54.6	30	52.6	66	53.7
Dışkılarken kan gelmesi	9	13.6	10	17.5	19	15.4
İshal	11	16.7	7	12.3	18	14.6
Bulantı, kusma	7	10.6	9	15.8	16	13.0
Kilo kaybı	8	12.1	7	12.3	15	12.2

tal kanserli hastanın %57.6'sı erkek (ortalama yaş 57.6 ± 13.8), %42.4'ü kadın (ortalama yaş 56.5 ± 10.9) ve erkek/kadın oranı 1.3/1 olarak saptanmıştır. İlginç olarak bu çalışmada hastaların %12'sinin 40 yaşından önce tanı aldığı rapor edilirken bizim çalışmamızda bu oran %6.5'tir.

Literatürde farklı sonuçlar gösteren çalışmalar da vardır. Özgören ve arkadaşlarının^[17] Van'da gerçekleştirdikleri 69 kolorektal kanserli hasta serilerinde hem erkek/kadın oranı tersine dönmüştür (1/1.3) hem de hastalar daha gençtir (ortalama yaş kadınlarda 47, erkeklerde ise 48.3). Bu çalışmada KRK'li hastaların çoğunluğunun kadın olması ve hastaların yaş ortalamalarının bizim çalışmamızın ortalamasından oldukça düşük olması (yaklaşık 14 yıl) ilginçtir.

Çalışmada incelenen tüm hastaların sadece %1.6'sı 30 yaşın altında idi. Olguların tanı yaşları ele alındığında, kolorektal kanser görülme sıklığının 40'lı yaşlardan itibaren

artmaya başladığı ve 61-70 yaşlar arasında (7. dekad) pik yaptığı gözlenmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumunun "2006 Aile Yapısı Araştırması"na göre ülkemiz genelinde 18 ve daha yukarı yaştaki bireylerin %33.4'ü sigara kullanmaktadır. Erkeklerde sigara kullanım oranı %50.6 iken, kadınlarda %16.6'dır.^[22] Benzer şekilde çalışmamızdaki olguların yarısından fazlasının bir dönem sigara kullanmış ya da halen kullanmakta olduğu anlaşılmıştır. Erkekler hem kadınlara göre daha erken sigaraya başlıyorlar (ortalama 7 yıl) hem de daha yoğun bir şekilde sigara kullanıyorlardı (ortalama günde bir paket).

Ülkemizde alkol kullanımı ve alışkanlıkları üzerine olan çalışmalar genellikle üniversite veya lise öğrencileri arasında yapılmakta olup yaşam boyu en az bir kez alkol kullanma oranı %58 ile %90 arasında değişmektedir.^[23] Türkcan ve ark. İstanbul genelinde yaptıkları bir çalışmada %25.6 oranında alkol kullanımı olduğunu bulmuşlardır.^[24] Konya Seydişehir'de yapılan bir başka çalışmada

Tablo 7. Erkek ve kadın olgularda en sık doktora başvuru yakınmaları

En sık başvuru yakınmaları	Erkek		Kadın		Toplam	
	s	%	s	%	s	%
Dışkılarken kan gelmesi	39	59.1	38	66.7	77	62.6
Kabızlık	35	53.0	28	49.1	63	51.2
Karın ağrısı	28	42.4	30	52.6	58	47.2
Karında şişkinlik	29	43.9	23	40.4	52	42.3
Kilo kaybı	27	40.9	24	42.1	51	41.5
Halsizlik, yorgunluk	26	39.4	17	29.8	43	34.9
İshal	7	10.6	5	8.7	12	9.8
Bulantı, kusma	6	9.0	3	5.3	9	7.3
İştahsızlık	1	1.5	1	1.8	2	1.6
Solukluk	0	0.0	1	1.8	1	0.8
Genel Durumda kötüleşme	0	0.0	1	1.8	1	0.8

ise benzer şekilde halen alkol kullanmakta olanların oranı %26.1 olarak tespit edilmiştir.^[25] Çalışmamızda ise hastaların %50.2'si bir dönem alkol kullanmış ve %3.0'ı halen alkol kullanmaktaydı.

Obezite, yoğun enerjili diyetin fazlaca alımı ve sedanter yaşam tarzından kaynaklanan pozitif enerji dengesinin bir sonucu ve kolorektal kanser için bir risk faktörüdür.^[26] Çalışmamızdaki BKİ ortalamalarına dayanarak olgularımızın %60'undan fazlasının aşırı kilolu veya obez olduğu söylenebilir. Ülkemizde yapılan değişik çalışmaların benzer yaş gruplarındaki sonuçlar değerlendirildiğinde obezite oranları TOHTA'da %38.4 ve TURDEP I'de %35 olarak rapor edilirken bizim çalışmamızda bu oran %21 civarındaydı.^[27,28] Çalışmamızdaki obezite oranlarının diğer çalışmalardakine göre düşük olması araştırılan nüfusun özelliğinden kaynaklanıyor olabilir.

Kolon kanserlerinin %6-10'unun ailesel eğilimi olan bireylerde görüldüğü^[29] ve kolorektal kanseri olan bireylerin yaklaşık 1/3'ünün birinci derece akrabalarında da kanser olduğu bilinmektedir.^[10] Bizim çalışmamızda da 66 olgunun (%53.7) birinci ya da ikinci dereceden akrabalarının en az birinde kolorektal kanser ya da kolorektal dışı kanser öyküsü bulunmaktaydı. Bu bulgular, olgularımızda aile öyküsüne literatürde bahsedilenden daha fazla oranda rastlandığını göstermekte, öykünün ve tıbbi kayıt sistemlerinin sağlıklı işleminin önemini vurgulamaktadır.

Hastaların yakınmalarının başlangıcı ile tanı konulması arasında geçen sürenin prognoz açısından önemli açıktır. Çalışmamızda bu süre 17.37 ± 11.56 ay idi (ort. 510 gün). Gürsoy ve arkadaşları^[18] ise bu süreyi 175.4 ± 207.4 gün olarak tespit etmişlerdir. Çalışmamızda izlenen bu sürenin göreceli uzunluğunun nedenlerinin (hasta, doktor ve sağlık sistemi vb.) araştırılması bölgemiz açısından önem taşıyacaktır.

Somali ve arkadaşlarının İzmir'de 146 evre II ve III hastası ile yapmış oldukları retrospektif bir çalışmada, hastaların %58.9'u erkek, %41.7'si kadın olup, yaş ortalaması 56.4 olarak hesaplanmış ve olguların %25.4'ünde ek hastalık tespit edilmiştir.^[20] Bizim çalışmamızda ise ek hastalığı olanların yüzdesi %54.5 idi. Artmış KRK riski ile DM arasında güçlü bir ilişki olduğu son yapılan çalışmalarla doğrulanmıştır.^[30,31] Hastalarımızla benzer yaş grupları karşılaştırıldığında Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması'na alınan olguların %8.5'inde DM tanısı olduğu belirtilmiştir.^[32] Onat ve arkadaşlarının 2006 yılında Düzce'de 3401 kişilik bir örneklem grubuyla yapmış oldukları çalışmada ise bu oran %14 olarak tespit edilmiştir.^[33] En son olarak sonuçları bir hayli tartışılan TURDEP II çalışmasında benzer yaş gruplarında bilinen

ve yeni DM oranı daha önceki çalışmalara göre ciddi bir şekilde yüksek olarak (%31) açıklanmıştır.^[34] Oysa ki TURDEP I çalışmasında bu oran %19 civarında idi.^[28] Çalışmamızda ise kadın olgularımızın %12.3'sinde ve erkek olguların ise %15.2'sinde DM mevcuttur; ülkemizde yapılan prevalans çalışmalarıyla kıyaslandığında (TURDEP II hariç) olgularımızda diyabet sıklığı yüksektir (%13.8).

Çalışmamızda olguların ilk ortaya çıkan başlıca üç yakınmaları içinde en sık belirtileni %69.1 oranla karın ağrısı idi; bunu %65.9 oranla kabızlık ve %56.1 oranla karında şişkinlik izledi. Ülkemizde yapılan benzer çalışmalarda sadece başvuru yakınmaları irdelenmiş olduğu için ilk ortaya çıkan yakınmalarla ilgili karşılaştırma yapılamadı. İlk ortaya çıkan yakınmalar özellikle aile hekimlerinin birinci basamakta KRK olgularını erken yakalaması açısından daha önemlidir. Kolorektal kanserli hastaların en sık olarak İzbul ve ark'nın çalışmasında rektal kanama (%60.5) ve ileus (%23.3); Özgören ve ark'nın çalışmasında dışkılama düzensizliği (%26) ve karın ağrısı (%24); Gürsoy ve ark'nın çalışmasında ise rektal kanama (%39.0) ve karın ağrısı (%38.0) nedeniyle doktora başvurdıkları belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da en sık ifade edilen dışkıda kan gelmesi oldukça çarpıcıdır (%62.6) ve bir tarama testi olarak gaitada gizli kan testinin önemini vurgulamaktadır. Tüm dünyada kanserin erken evrede yakalanması için büyük bir çaba sarf edilmekte ve bu konuda büyük başarılar sağlanmaktadır. Örnek vermek gerekirse ABD'de 50 yaş üzerinde kalın barsak kanseri açısından gizli kan testi %23 oranında yapılırken, sigmoidoskopi ya da kolonoskopi yaptırma oranı %37'lerdedir.^[35]

Çalışmamızın her retrospektif çalışmada olabilecek bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Retrospektif çalışmalar kayıt sistemleri oturmuş ve standardize edilmiş sağlık kuruluşlarında değerli bilgiler sağlamaktadır. Kayıtlardaki bilgiler, başka bir organizasyon veya sistemce denetlenmedikçe dosyaları dolduran sağlık çalışanlarının (hekimler, tıbbi sekreterler v.b.) tutumlarına bağlı kalmaktadır. Örnek vermek gerekirse sağlık kurumlarına ödeme yapmak için hastanın tıbbi kayıtlarının tam olmasının şart koşulduğu bazı durumlarda (Medicaid veya Medicare vb.) veri toplanması oldukça kolaydır. Bu tıbbi kayıtlar sağlık yöneticilerine geniş, pahalı ve zahmetli toplum temelli çalışmalar yapmak yerine, onbinler ve yüzbinler olarak ifade edilen çalışma gruplarını inceleyen retrospektif çalışmalar yapılmasına izin vermiştir.^[36] Sağlık finans modelinden bağımsız olarak benzeri bir sistemin işletilmesi ülkemizin en önemli ihtiyaçlarından birisidir. Daha mikro düzeyde olsa da dosyalardaki bilgiler açısından çalışmamız da aynı nesnel sorunları yaşamış olabilir.

Diğer bir konu da üniversite hastanemizin bölgedeki en ileri sevk merkezi olmasına rağmen sonuçlarımızı bir bölge için genellememizin söz konusu olmadığıdır. Samsun iline diğer şehirlerden de sevkler sıkça yapılmaktadır. Bunun dışında Sağlık Bakanlığı'na bağlanmadan önce SSK Bölge Hastanesi ilimizde hizmet vermekteydi. Farklı bir finans ve sigorta sistemine bağlı olan bu hastaların sevk koşulları net değildi ve bazı durumlarda üniversite hastanesi yerine doğrudan en yakın anakent olan Ankara'ya sevk ediliyorlardı. Çalışmamızda bu nedenle bölge-
miz ve ilimizdeki KRK'li hastaların çok büyük bir kısmına ulaşamamış olabiliriz. Ayrıca bir şekilde kendi elektronik veri tabanımızda taranan hastaların %40'lık bir bölümüne ulaşılammıştır. Bu tür bir çalışmalar için ulaşılan hasta sayısı yüksek bir oranda olsa da ulaşılmayan hastalara ait veriler sonuçlarımızı etkilemiş olabilir. Ancak sadece üç hastanın çalışmaya katılmayı reddetmesi hasta uyumu açısından çalışmamızın başarılı olduğunu göstermektedir. Çalışmamızın diğer güçlü bir yanı da Karadeniz bölgesinde KRK hastalarının epidemiyolojisinin yanı sıra klinik özellikleri ile de ilgili çalışma olmasıdır.

Sonuç

Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere göre kolorektal kanser özellikle erkeklerde biraz daha fazla gözlenirken, en sık görülme yaşı 51-80 arasındadır. Tüm hastaların %13.8'inin en az bir birinci derece akrabasında KRK öyküsü vardır. Hastaların yaşı ile tanı konulduğu andaki hastalık evresi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Hastalarımızda ilk ortaya çıkan en sık yakınmalar karın ağrısı, kabızlık ve karında şişliktir. En sık üç başvuru yakınması ise dışkıda kan gelmesi, kabızlık ve karın ağrısı olarak bulunmuştur. Dolayısıyla mikro düzeyde kanamayı tespit eden gaitada gizli kan taramasının önemi bu sayede tekrar vurgulanmıştır. Bulgularımıza göre kanserin en sık yerleşim yeri her iki cinsiyette de rektumdur. Dolayısıyla dijital fizik bakı bu tip hastaların erken yakalanması için önem taşıyabilir. Sayılan özellikler aile hekimlerinin hastalarında kolorektal kanserden şüphelenmelerine yardımcı olabilir.

Kaynaklar

- Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2006. *CA Cancer J Clin* 2006;56:106-30.
- Dube C, Rostom A, Lewin G, et al. The Use of aspirin for primary prevention of colorectal cancer: a systematic review prepared for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med* 2007;146:365-75.
- Boyle P and Leon ME. Epidemiology of colorectal cancer. *Br Med Bull* 2002;64:1-25.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Savaş Dairesi Başkanlığı. Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezleri Yönetmeliği. KSDB 49, Ankara, 2008.
- Hawk ET, Limburg PJ, Viner JL. Epidemiology and prevention of colorectal cancer. *Surg Clin N Am* 2002; 82:905-41.
- Edwards BK, Howe HL, Ries LAG, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1973-1999, featuring implications of age and aging on U.S. cancer burden. *Cancer* 2002;94:2766-92.
- Köşüş A, Ateş M, Köşüş N. Alt gastrointestinal sistem belirtileri ile başvuran kadınlarda endoskopi bulguları. *Türkiye Klinikleri J Med Sci* 2008; 28:635-9.
- Karahasanoğlu T. Kolorektal kanserler: Tanı ve cerrahi tedavi. Göksoy E, Uzunismail H, editörler. Gastrointestinal sistem hastalıkları'nda. İ.Ü. İstanbul; Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Sempozyum Dizisi No: 23; 2001. s. 271-9.
- Göral V. Kolorektal polipler ve polipozis sendromları. *Güncel Gastroenteroloji* 2003;7:32-40.
- Kinzler KW, Vogelstein B. Lessons from hereditary colorectal cancer. *Cell* 1996;87:159-70.
- Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, et al. Physical activity, obesity and risk for colon cancer and adenoma in men. *Ann Intern Med* 1995;122:127.
- Lakatos L, Mester G, Erdelyi Z, et al. Risk factors for ulcerative colitis-associated colorectal cancer in a Hungarian cohort of patients with ulcerative colitis; results of a population-based study. *Inflamm Bowel Dis* 2006; 12:205-11.
- Kendal WS, Nicholas G. A population-based analysis of second primary cancers after irradiation for rectal cancer. *Am J Clin Oncol* 2007;30:333-9.
- Giovannucci E. Insulin, insulin-like growth factors and colon cancer: a review of the evidence. *J Nutr* 2001;131(11 Suppl):3109S-20S.
- Tinmouth J, Ritvo P, McGregor SE, et al. ColonCancerCheck Primary Care Invitation Pilot project: family physician perceptions. *Can Fam Physician* 2012;58:e570-7.
- AHRQ Evidence Reports. Enhancing the Use and Quality of Colorectal Cancer Screening. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44526/> Son güncellenme tarihi 14.11.2012.
- Özgören E, Kisli E, Aydın M, ve ark. Kolorektal kanserlerde tedavi yaklaşımlarımız. *Van Tıp Dergisi* 2001;8:124-7.
- Gürsoy Ş, Er Ö, Canöz Ö, ve ark. Kayseri ve yöresinde kolon kanserlerinin özellikleri. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003;2:60-3.
- Menteş BB, Ege B, Üner A, ve ark. Kolorektal kanserlerin tedavi sonuçları: tek merkezli, 200 vakalık seri. *Gazi Tıp Dergisi* 2007;18:97-103.
- Somali İ, Öztöp İ, Füzün M, ve ark. 1993-2002 yılları arasında kolorektal kanserli hastalarda uygulanan 5-fluorourasil temelli adjuvan tedavi sonuçları. *Türk Hematoloji-Onkoloji Dergisi* 2005;15:29-36.
- İzbul T, Müderriszade M. KKTTC'de kolorektal kanserli olguların retrospektif irdelenmesi. *Akademik Gastroenteroloji Dergisi* 2003;2:7-10.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Türkiye kalp ve damar hastalıklarını önleme ve kontrol programı. http://www.tkdonline.org/PDFs/Turkiye_kalp_ve_damar_hastaliklarini_onleme_ve_kontrol_programi.pdf / Erişim tarihi: 12/05/2009.
- Türkcan A. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000;11:40-8.
- Türkcan A, Akvardar Y, Aytaşlar S. İstanbul'da alkol kullanım yaygınlığı. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya, 1999.
- Turan M, Çilli AS, Aşkın R, Herken H, Telcioğlu M, Kucur R. Cage testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri* 1999;2:217-21.
- Stattin P, Lukanova A, Biessy C, et al. Obesity and colon cancer: does leptin provide a link? *Int J Cancer* 2004;109:149-52.
- Hatemi H, Turan N, Arık N, Yumuk V. Türkiye Obezite ve Hipertansiyon taraması sonuçları (TOHTA). *Endokrinde Yönelişler Dergisi* 2002;11:1-15.
- Satman İ, Yılmaz T, Şendül A, ve ark. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey. *Diabetes Care* 2002;25:1551-6.

29. Akpınar H. Kolorektal kanser. Tözün N, Şimşek H, Özkan H, Şimşek İ, Gören A, editörler. Klinik gastroenteroloji ve hepatoloji'de. Ankara: MN Medikal&Nobel; 2007. s. 971-5.
30. Luo W, Cao Y, Liao C, Gao F. Diabetes mellitus and the incidence and mortality of colorectal cancer: a meta-analysis of 24 cohort studies *Colorectal Dis* 2012;14:1307-12.
31. Larsson SC, Orsini N, Wolk A. Diabetes mellitus and risk of colorectal cancer: a meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2005;97:1679-87.
32. Altun B, Arıcı M, Nergizoğlu G, et al.; for the Turkish Society of Hypertension and Renal Diseases. Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in Turkey (the PatenT study) in 2003. *J Hypertens* 2005;23:1817-23.
33. Onat A, Hergenç G, Uyarel H, et al. Prevalence, incidence, predictors and outcome of type 2 diabetes in Turkey. *Anadolu Kardiyol Derg* 2006;6: 314-21.
34. Satman İ, Yılmaz T, Şendül A, ve ark. TURDEP II. Ön sonuçlar. 32. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kongresi, 13-17 Ekim 2010, Antalya.
35. Smith RA, Cokkinides V, Eyre HJ; American Cancer Society. American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer, 2003. *CA Cancer J Clin* 2003;53:27-43.
36. Riley GF, Warren JL, Potosky AL, Klabunde CN, Harlan LC, Osmond MB. Comparison of cancer diagnosis and treatment in Medicare fee-for-service and managed care plans. *Med Care* 2008;46:1108-15.

Geliş tarihi: 29.06.2012

Kabul tarihi: 21.11.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.12.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Bektaş Murat Yalçın
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi,
Aile Hekimliği Anabilim Dalı,
Kurupelit 55132 Samsun
Tel: 0362 457 60 00
e-posta: myalcin@omu.edu.tr

Asemptomatik akut aort diseksiyonu: Sessiz tehlike

Asymptomatic acute ascending aortic dissection: silent danger

Halil İbrahim Erdoğan¹, Oğuzhan Yıldırım¹, Enes Elvin Gül², Hakan Akıllı³

Özet

Aort diseksiyonu; tanısı konulmadığında veya tanı konulmasında geç kalındığında yüksek mortaliteyle seyreden acil klinik bir durumdur. Tedavi edilmediği takdirde her saat mortalitesi %1-2 oranında artmaktadır. Hastalar yırtıcı vasıfta, sırta yayılan, çok şiddetli göğüs ağrısından senkop, hemiparezi, hemipleji gibi nörolojik bozukluklar, akut miyokard enfarktüsü ve akut böbrek yetmezliği gibi çok geniş klinik yelpazeyle karşımıza çıkabilmektedir. Sunacağımız vakada tipik şikayetleri olmadığı halde baş ağrısı ile başvuran hastada fizik muayene, elektrokardiyogram ve akciğer grafisinden şüphelenilerek ciddi bir akut aort diseksiyonu vakasının yakalanabileceğini sunmaya çalıştık.

Anahtar sözcükler: Aort diseksiyonu, acil servis, asemptomatik.

Summary

Aortic dissection is a life-threatening emergency clinical condition when diagnosis was failed or delayed. The mortality rate of patients with aortic dissection is 1-2% per hour in untreated patients. The patients may present with following symptoms and clinical conditions: severe and tearing chest or upper back pain, syncope, paralysis of one side of body, myocardial infarction, and acute renal failure. In this case report, we present a patient with headache where detailed physical examination, electrocardiogram, and chest radiograph supported a diagnosis of aortic dissection with atypical presentation.

Key words: Aortic dissection, emergency service, asymptomatic.

Olgu Sunumu

Kırk dört yaşında erkek hasta baş ağrısı şikayeti ile gittiği acil serviste ölçülen kan basıncı değerlerinin 170/80 mmHg olması üzerine oral yoldan 25 mg kaptopril verilerek tansiyonu kontrol altına alınmış ve amlodipin 10 mg/gün reçete edilerek kardiyoloji kliniğine yönlendirilmiştir. Anamnezinde sistemik hastalık için düzenli ilaç kullanımı öyküsü ya da daha öncesine ait hissettiği göğüs ağrısı şikayeti yoktu. Yapılan muayenesinde sağ brakial kan basıncı değeri 170/90 mmHg, sol brakial kan basıncı değeri 160/70 mmHg, kalp hızı 80 atım/dk ve ritmik idi. Oskültasyonda aort odağında 4/6 diyastolik üfürüm mevcut idi. Periferik nabızları eşit olarak palpe edildi. Akciğer muayenesi normal idi. EKG'sinde V4-V6 derivasyonlarda bifazik T-dalgaları tespit edildi (Şekil 1). Akciğer grafisinde kardiyotorasik oran kalp lehine artmış olarak saptandı. Hastanın transtorasik ekokardiyografisinde ejeksiyon frak-

siyonu %60, asandan aorta çapı 57 mm ve orta-şiddetli aort yetersizliği tespit edildi. Ayrıca asandan aortada diseksiyon flebi ile uyumlu görünüm izlendi. Hastanın hemodinamik olarak genel durumu stabil olduğundan diseksiyon tipi için bilgisayarlı tomografi çekildi. Çıkan aorta transvers çapı 54 mm ve dilate olup, çıkan aorta sol tarafından arkus aorta düzeyine kadar uzanım gösteren diseksiyon izlendi (Şekil 2). Her iki ana karotid arter, subklaviyen çıkışları ve sağ trunkus brachiocefalikus normal olarak tespit edildi. Hastanın koroner anjiyografisi yapıldı. Koroner arterleri normal olarak tespit edilen hasta aort diseksiyonu nedeniyle opere edildi. Hasta 10 gün sonra şifa ile taburcu edildi.

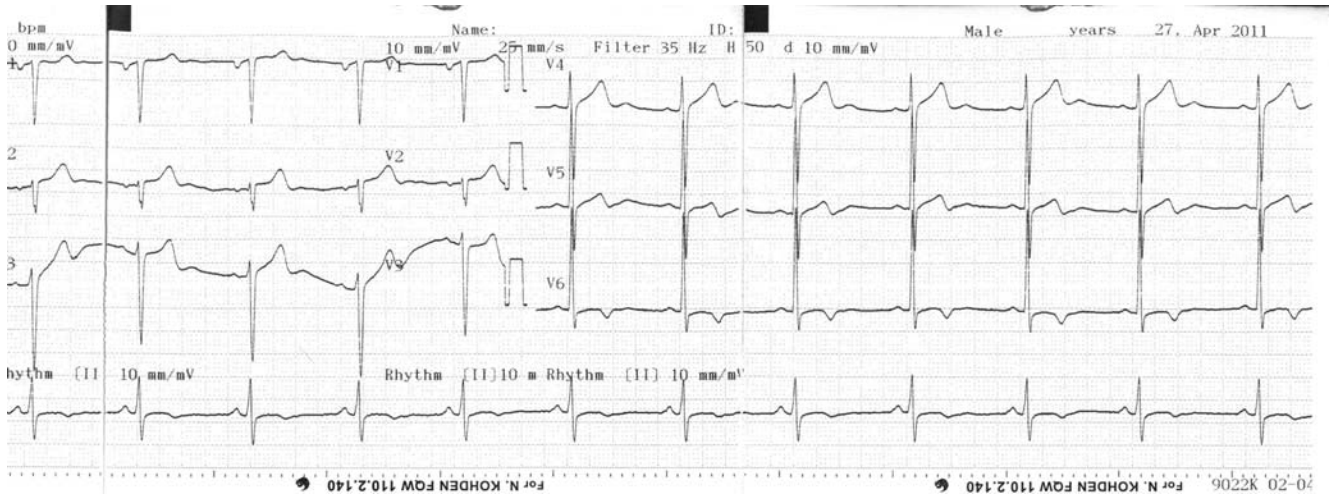
Tartışma

Akut aort diseksiyonu nadir görülen, acil tanısı konup tedavisi başlanması gereken ve mortalitesi yüksek olan

¹ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Araştırma Görevlisi, Konya

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Dr., Konya

³ Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi, Kardiyoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Konya

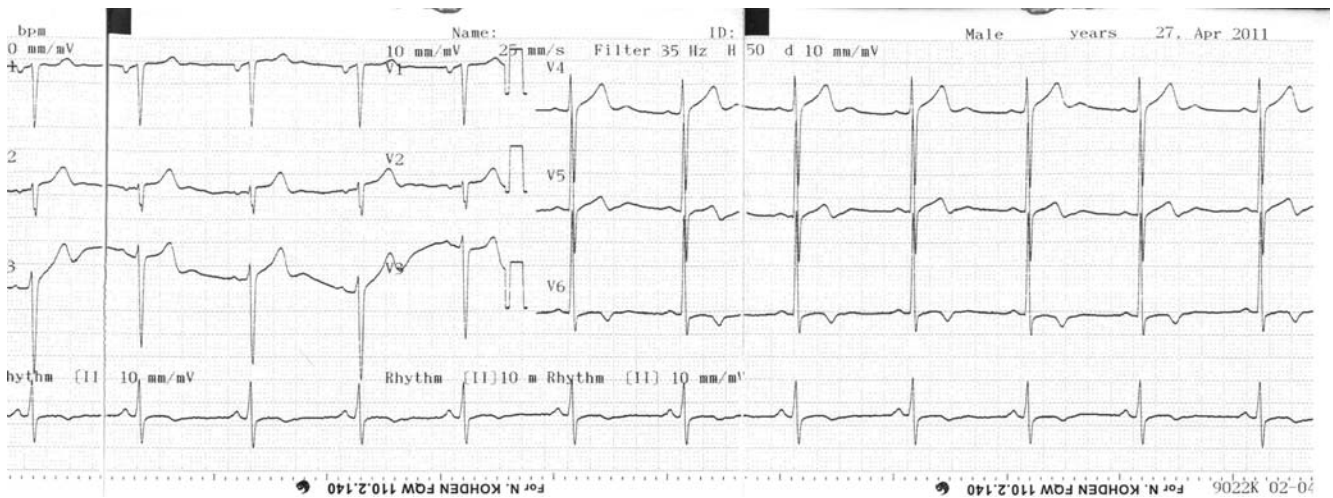


Şekil 1. Hastanın EKG'sinde V4-V6 derivasyonlarda bifazik T-dalgaları tespit edildi.

linik durumların başında gelmektedir. Klinik olarak hastaların şikayetleri benzer olmakla birlikte atipik şikayetlerle gelen hastalar da olabilmektedir. Tipik ağrısı olmadan kliniğine başvuran hastalar kayda değer sayıdadır. 2011 yılında Hiroshi ve arkadaşlarının^[1] yayınladığı bir çalışmada 2002 ile 2007 yılları arasında aort diseksiyonu tespit edilen hastaların %17 sinde ağrısız, %83 ünde ise ağrılı olan aort diseksiyonu tespit edilmiştir. Her iki grubun da mortalitesinde anlamlı farklılık bulunmamasına rağmen ağrısız aort diseksiyonu grubunda morbidite ağırlı gruba göre daha yüksek saptanmıştır. Bu çalışma sonucu itibarıyla diseksiyon tanısı için tipik bulgular olma-

sa bile hipertansif hastaların rutin muayene ve takibinin önemini bir kez daha vurgulamıştır.

Kliniğimize başvuran ve tipik göğüs ağrısı şikayeti olmayan hasta EKG ve akciğer grafisindeki anormallikler sayesinde tanı almış olsa da, her hastada aynı duruma rastlanmayabilir. Hipertansiyon tanısı konulan hastaların ilk andan itibaren düzenli takiplerinin yapılması hem kısa hem de uzun dönemde hayat kurtarıcı olabilmektedir. Acil servislere atipik şikayetlerle başvuran ancak yüksek tansiyon değerleri olan, özellikle de her iki kolda nabız ya da tansiyon farkı olan hastalarda diseksiyon açısından uyanık olunmalıdır. Özellikle ağrısız aort diseksiyonu patofizyolojisin-



Şekil 2. Toraks CT de çıkan aorta transvers çapı 54 mm ve dilate olup, çıkan aorta sol tarafından arkus aorta düzeyine kadar uzanım gösteren diseksiyon izlendi.

de rol oynayan diabetes mellitus varlığı, ileri hasta yaşı ve başvuru esnasında kan basıncı değerlerinin normal olması gibi durumlar hastanın geç tanı almasına sebep olabilir.^[2,3] Oysa ki muayene sırasında duyulan bir üfürüm, hissedilen nabız farkı, EKG veya akciğer grafisinde farkedilen anormal bir bulgu erken tanı koymayı sağlayabilir; daha da önemlisi böyle bir durumun atlanmasına engel olabilir.

Kaynaklar

1. Imamura H, Sekiguchi Y, Iwashita T, et al. Painless acute aortic dissection - Diagnostic, prognostic and clinical implications. *Circ J* 2011;75:59-66.
2. Park SW, Hutchison S, Mehta RH, et al. Association of painless acute aortic dissection with increased mortality. *Mayo Clinic Proc* 2004;79:1252-7.
3. Velibey Y, Altay S, Karaca G, et al. Ağrısız akut aort diseksiyonu: Sıklığı artan ancak tanı oranı artmayan bir kardiyovasküler acil durum. *MN Kardiyoloji* 2011;18:1.

Geliş tarihi: 15.08.2012

Kabul tarihi: 03.10.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 27.11.2012

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Halil İbrahim Erdoğan

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Meram Tıp Fakültesi,

Kardiyoloji Anabilim Dalı,

Akyokuş, Meram, Konya

Tel: 0332 223 60 72

e-posta: drhalilibrahimerdogan@gmail.com

Family Medicine's academic contributions

Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey

Aile Hekimliğinin akademik katkısı
Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Tom Freeman¹

Summary

In this paper which is mainly based on my speech in the Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey, in November, 2012, I have tried to place family medicine in the wider landscape of academic medicine and provide some sense of how it has grown in its own right as an academic discipline with unique contributions to provide. In order to understand the unique contributions of Family Medicine, I have first explained two concepts that will help to build a framework to understand where we fit into the larger academy of medicine. Following that I have presented some further details of the specific contributions of academic Family Medicine and concluded with what I see as some key challenges ahead. As an academic discipline, it has established a firm foundation over the past 40 years.

Key words: Family practice, holistic medicine, research priorities.

Özet

Esas olarak Kasım 2012'de İzmir, Türkiye'de gerçekleştirilen Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nde yaptığım konuşmamın yer aldığı bu yazıda, aile hekimliğinin genel akademik tıp içindeki yerini saptamaya ve sağladığı akademik katkılar ile özünde akademik bir disiplin olarak nasıl geliştiği hakkında bir parça bilinç oluşturmaya çalıştım. Aile hekimliğinin kendine özgü katkısını anlayabilmek amacı ile önce genel akademik tıp içinde nerede yer aldığımızı anlamamız yolunda bir çerçeve oluşturacak iki temel kavramı açıkladım. Bunun ardından aile hekimliğinin özgün akademik katkılarının ayrıntılarını sundum ve bizi beklediğini düşündüğüm bazı zorluklardan söz ettim. Aile hekimliği, akademik bir disiplin olarak, geride bıraktığımız 40 yılda sağlam temeller inşa etmiştir.

Anahtar sözcükler: Aile hekimliği, bütüncül tıp, araştırma öncelikleri.

I begin by expressing my thanks to the organizers of this conference, and particularly Dr. Guldal, for inviting me to address this assembly. I look forward to learning more about Family Medicine here in Turkey and enjoying your wonderful country. It is thrilling to be so close to Pergamon, the home of Galen, perhaps the greatest of Hippocratic physicians of antiquity. I bring you greetings from my home Department of Family Medicine at Western University in London, Ontario, Canada.

I take as my point of departure or beginning, the recognition that family medicine, as an academic discipline has existed for almost 50 years in some countries. It is appropriate to ask then, how successful has it been in establishing an academic or research base? What has family medicine contributed to academic medicine in general?

The organization of this talk will be as follows:

- Two major views of human illness
- How paradigms change

- How academic family medicine began
- The evolution of the academic base of family medicine
- Challenges to academic family medicine

In order to understand the unique contributions of Family Medicine, I am going to present to you two concepts that will help to build a framework to understand where we fit into the larger academy of medicine. Following that I will present some further details of the specific contributions of academic FM and conclude with what I see as some key challenges ahead.

The first landmark concept is that it is important to distinguish between two great world views or cosmologies in medicine that have their roots in antiquity. I recognize that there is a danger of oversimplification. Keeping that warning in mind however, bear with me.

On the one hand we have what is known as the Hippocratic or physiological or environmentalist view of

¹ Family Medicine, Schulich School of Medicine and Dentistry Western University, London, Ontario, Canada

human illness and disease that holds that illnesses arise out of an imbalance between the organism and its environment; they occur when the organism's ability to adapt to the changing environmental pressures are exceeded and, as the organism tries to adjust, symptoms arise and physiological and psychological systems try to compensate. Our ability to adapt is linked of course to our genetic make-up, nutrition, psychological make-up, social supports and so forth. We can remain in balance for greater or lesser periods of time depending on the challenges in our physical and psychological environment, but as Renee Dubos argues, 'health is a mirage'. This idea is one that can be extended to include the social environment as well which can act to aid our adaptation or tip it over the edge into illness. An example that I often see in my clinical practice is the elderly couple who together have learned to compensate for each other's disabilities. Perhaps one partner has declining physical health but remains cognitively intact and the other is showing signs of cognitive decline but continued physical health. Together the couple is in balance within a limited scope, but we all know that eventually something will occur to throw it out of balance. Sometimes it can be a very minor event, but it proves just enough to exceed the ability of the couple to adapt and it is no longer possible for them to remain in their own home and they must seek another more supportive living environment.

In the environmental or Hippocratic approach, the goal of treatment is to restore balance in the physical, psychological and social areas. Treatment takes the form of a regimen and is modified as the course of the illness progresses. This approach is captured nicely in this quotation from Hippocrates advising physicians entering a new city: "to consider its situation, how it lies as to the winds and the rising of the sun...whether it is naked and deficient in water, or wooded and well watered, and whether it lies in a hollow, confined situation, or is elevated and cold; and the mode in which he inhabitants live, and what are their pursuits, whether they are fond of drinking and eating to excess, and given to indolence, or are fond of exercise and labor and not given to excess in eating and drinking."^[1]

On the other hand is what is called the biomedical or structuralist view point which sees disease or illness as something from outside the organism that is inflicted upon it resulting in a change in its structure or function. Diseases are independent entities in nature. In the standard clinical method, we seek to categorize patients with a disease label. This point of view is reflected often in our language in medicine when we speak of diseases as if they have an existence of their own...as if they could somehow exist separately from the person they afflict. We call this 'reification of disease' and it has a number of consequences

Table 1. Differences between the Hippocratic and Biomedical schools of thought*

Hippocratic	Biomedical
Organisms and illnesses	Organs and diseases
Individual description	Classification
Concrete	Abstract
High-context	Low-context
Holistic	Reductive
Regimen	Specific remedy
Prognosis	Diagnosis

*Adapted from Textbook of Family Medicine. 3rd ed, McWhinney IR, Freeman T, 2009.

to our approach to therapeutics. We talk about 'managing' diseases as if they are something that can be manipulated. We seek a specific medicine or surgery to remove the disease and cure the patient. For the remainder of this presentation I am going to refer to this point of view as biomedicine since that is the name by which it has become known in our time (Table 1).

It is, of course, an oversimplification to say that these world views are completely distinct and separable in the real world. In the real clinical world we use both of them at different times. It is true, however, that at any given historical time, one of these cosmologies is the dominant one and the other takes a back seat.

The Hippocratic one was the dominant one, in fact, for most of recorded history. You will recognize it in such phrases as 'starve a cold; feed a fever' and in the longstanding tradition of bloodletting to reduce bodily heat. The ancient practice of altering one's diet to balance the four humors is part of this tradition. The environmentalist-adaptive or Hippocratic approach re-emerged in the 20th century in the field of public health and health promotion. It wasn't until well after the scientific revolution of the 17th century that it was challenged and indeed, in North America it was not until the early 20th century with the reforms led by Abraham Flexner^[2] and William Osler^[3] that things began to tilt toward the biomedical approach. This latter approach has been greatly strengthened by the successes of science and the emergence of new technologies and was the undisputed dominant world view of medicine in the 20th century.

So, the first concept is the two world views in medicine. The second concept on which to build a framework is Thomas Kuhn's idea around paradigms and paradigm changes. Now I will not go into his important writings in great detail, but wish to point out that his book *The Structure of Scientific Revolutions*,^[4] published in 1962 is recognized as one of the most influential books on the history of science ever written. It goes without saying

that the very word paradigm, though not originating with Kuhn, became a common part of our language after the publication of this book. In the Kuhnian sense, a paradigm in science defines what is to be observed, the kinds of questions that are supposed to be asked, how these questions are to be structured and finally, how the results of scientific investigations should be interpreted. In the absence of a paradigm, all observations are equally important and it is impossible to move forward or to even define direction. Once a dominant paradigm is established it is possible for scientists to engage in what he called 'normal science' in which it is possible to make progress to a greater understanding of that portion of the universe in which the scientist is engaged.

One of the paradoxes of well defined paradigms is that anomalies occur and, over time, accumulate. Anomalies are occurrences that don't fit or can't be explained within the paradigm. I'm sure you can think of many clinical issues that you've faced that don't fit into the dominant paradigm of biomedicine and I will come back to some of them later.

There are a number of possible responses to anomalies:

- a) they can be ignored completely;
- b) they can be incorporated into a suitably revised paradigm.

This may take some time and involve technological or methodological innovations. This in fact, helps justify ignoring them to begin with, with the expectation that they can be dealt with later. However, over time anomalies become difficult to avoid and there occurs greater dissatisfaction with the prevailing paradigm. As this occurs, it is common to see the practitioners in a field return to consideration of the basic assumptions inherent in their paradigm and there occurs a literature that is more philosophical in nature. Other signs of impending paradigm change are the proliferation of competing paradigms that, to a greater or lesser extent, attempt to explain the anomalies. There can be a long period of change during which things take on the appearances similar to the pre-paradigm stage with no clear consensus about how to proceed. Eventually a new paradigm takes hold, usually introduced by someone completely new to the field or from outside the field altogether. There occurs a complete shift to the new paradigm that almost overnight becomes the dominant world view for that field and which will define a new period of 'normal science', this time with questions and methods defined in a completely new way.

Now let's combine these two concepts, the idea of Kuhnian revolutions and that of the two contrasting cosmologies of medicine to see where family medicine fits.

As I mentioned, in North America the medical reforms of Flexner and the tremendously influential work of

William Osler launched an era in which the biomedical view has dominated the medical landscape. It is important to recognize that one of the reasons for the great success of biomedicine was that it proved to be dramatically effective against infectious diseases which dominated the medical landscape of that time. The truly remarkable advances in technology and pharmacology have revolutionized medical care. Like all revolutions it incited great enthusiasm. George Engel, the founder of the biopsychosocial framework in the 1960's was quoted as saying: "the basic premise of today's scientific medicine...is that the 'book of man' [sic] is written in the language of the biological sciences, ultimately molecular genetics and biochemistry."^[5] The Center for Molecular and Genetic Medicine at Stanford is quoted as saying: "the 'new medicine' is based on the present belief that almost all human diseases are, in some way, genetically determined, and that given precise understanding of structure, organization and the regulatory processes of genes many diseases can be prevented or cured".^[5]

Despite the enormous successes of biomedicine, and just as described by Kuhn, anomalies within the biomedical model began to accumulate. Problems that biomedicine could not explain or deal with arose. For example, inherent in the conceptual and organizational structure of biomedicine and consistent with Western philosophy since Descartes is the separation of the mind and the body. Given the foregoing statements it is clear that biomedicine deals principally with the body. The mind is left to, what is at times a peripheral branch of medicine called psychiatry. Despite this, as long ago as 1983 it was possible to cite over 1300 studies showing the influence of mental/emotional states on pathogenic changes. These represented a direct refutation of the separation of mind and body and were glaring examples of anomalies to the dominant biomedicine paradigm.

The placebo response is another major anomaly and a good example of one way in which a paradigm can deal with phenomena that 'don't fit'. It has not proved possible to explain the placebo response within the biomedical paradigm, so it is set aside and controlled for in experiments. Direct studies to deepen our understanding of this have been late in getting started and not well funded. The placebo effect varies between 10 and 90%.^[6] We now know that the placebo response is not only found in subjective responses such as anxiety and pain, but also in measurable physiological processes. In a powerful recent example of this, patients with end stage coronary disease were randomly assigned to receive angiogenesis and laser myocardial revascularization therapy or placebo without laser. Those in the placebo arm showed improvement in mean angina class, exercise treadmill time and quality of life and these improvements were maintained at the two year follow-up.^[7]

Further, recent evidence indicates that most of the newer antidepressants are barely better than placebo.^[8] It is indeed an anomaly of biomedicine that we don't spend as much time and effort learning to understand and perfect the placebo response, but, rather treat it as something to be controlled.

Family practice has perhaps been more likely to see the flaws in the biomedical paradigm because we see patients in the early stages of illness and our commitment is ongoing. Once a specialist has dealt with that portion of a patient's problem within his/her expertise, they are finished with them and no longer see them on their list of patients. For family physicians, we continue to care for those patients with conditions such as fibromyalgia and chronic fatigue syndrome and myriad other ailments for which the biomedical model offers no relief.

As described by Kuhn we see that as questions and anomalies arose and the limitations of biomedicine became more apparent, there occurred an increase in the literature around philosophy and ethics. Recall that Kuhn said that as anomalies arise and people begin to question the dominant paradigm, there is tendency to look at the fundamental assumptions and beliefs of the paradigm.

Beginning with 3 journals in the 1970s and expanding by 3 more journals in the 1980s, 5 more in the 1990s and 3 in the 2000's, journals devoted to philosophy and ethics in medicine and health care began to be published. This is evidence that there was a turning inward by medicine and a questioning of basic assumptions (Table 2).

Not only did the profession begin to reconsider its basic assumptions, the public, frustrated with some of the shortcomings of mainstream medicine, increasingly turned to what has become known as alternative medicine. This has been a phenomenon found in both developing and developed countries. In the U.S. a national survey found that 1/3 of respondents had used at least one unconventional or alternative therapy over a 12 month period.^[9]

It shouldn't be supposed however, that mainstream biomedicine was ready to yield to or even acknowledge these controversies. In a 1985 editorial, the NEJM wrote: "It is time to acknowledge that our belief in disease as a direct reflection of mental state is largely folklore." In general, biomedicine proceeded as if there were no such controversy.^[5]

In the midst of these symptoms of increasing questioning and recognition of the shortcomings of biomedicine, a new discipline in medicine arose, born in part in response to societal pressures for more accessible and personal care. I will not get into here whether family

Table 2. Journals of medicine, philosophy and ethics and their initial year of publication

Journal of Medical Ethics	1975
Journal of Medicine and Philosophy	1976
Studies in Philosophy of Medicine	1977
Theoretical Medicine	1983
Journal of Medical Humanities	1989
HEC Forum (Healthcare Ethics)	1989
Kennedy Institute of Medical Ethics	1991
Cambridge Quarterly of Healthcare ethics	1992
Journal of Law and Medical Ethics	1993
Medicine, Healthcare and Philosophy	1998
Theoretical Medicine and Bioethics	1998
BMC Medical Ethics	2000
American Journal of Bioethics	2001
Philosophy, Ethics Humanities In Medicine	2006

medicine represented a rebirth of an old discipline called general practice or was something new altogether. The name itself signaled a departure as it reflected the influence of the social sciences on medical thinking and emphasized the importance of context, including the family, on health and illness.

In Canada, departments of family medicine began to be established in medical schools beginning with Western University, McMaster and Calgary in 1968 and by 1976 there were 16 such departments across the country. One of the most prolific and celebrated thinkers in family medicine, Dr. Ian McWhinney arrived in Canada to become the first Chair in Family Medicine in Canada. His numerous publications have become the mainstay of many academic departments of family medicine around the world and were essential to the founding of family medicine as an academic discipline. With the background that I've described, let's look at what academic family medicine has contributed to academic medicine in general. To begin:

McWhinney identified 4 characteristics of any discipline (Table 3).^[10]

Table 3. Four characteristics of any discipline identified by McWhinney

1. Unique field of action
2. A defined body of knowledge
3. An active area of research
4. A training which is intellectually rigorous

Our field of action is in the community and it is partly because of the proximity of our practices to where our patients live and work that family medicine saw the importance of context to diagnosis and therapeutics. The relevance of the social sciences to medicine and the incorporation of some of the thinking there was one of the unique characteristics of family medicine in its early years. Our relationship with patients is unique as our commitment to them is often prior to any medical problems; it is comprehensive in scope and longitudinal in time. It is this relationship that lies at the root of what makes family medicine unique. Other disciplines in medicine are defined by their focus on systems (e.g. cardiology, endocrinology), particular therapeutic approaches (e.g. surgery). Only family medicine defines itself by the physician's relationship to the patient. A survey carried out by the Centre for Studies in Family Medicine in 2004, of family physicians and specialists in our region asked questions about the reasons these practitioners chose to live in their present practice community and, also, what kept them there. The commonest reason for FPs to locate in a particular community varied depending on whether they were in rural communities, larger urban sites or in a city with an Academic Health Science Center. Prominent among the reasons were closeness to family, growing up in the area and, finally, opportunities for a full range of practice. In contrast, for specialists, the most common reasons for locating their practices where they did were opportunities for full range of practice, the presence of supportive and skilled medical colleagues and workload. When asked what kept them in the community in which they practiced...and here is the key point..., family physicians most commonly identified their relationship with patients as

the reason, whereas specialists identified most commonly the relationship with colleagues. The picture that emerges here confirms the commitment of FPs to their patients, but one cannot get around the impression that these FPs were, by their upbringing and the high value placed on family, a different kind of practitioner than specialists. By their personal history and natural inclination, they are more embedded in their community.

Turning now to the second and third items in McWhinney's characteristics of a discipline, how well has FM done in articulating a defined body of knowledge and active area of research? Consistent with the needs of an academic discipline, FM has developed its own literature that has helped to define its knowledge base. Such literature, whether consisting of peer reviewed papers or textbooks involves both a discussion internal to the discipline and elements of an external discussion with others in the larger field of medicine. For this section of this presentation, I want to acknowledge and thank Lynn Dunikowski of the College of Family Physicians Library for her invaluable assistance and support in developing this information. What I shall present is a pilot study that we are in midst of expanding upon.

Beginning as early as 1955 there arose a small number of journals devoted to family medicine coinciding with the founding of colleges of family practice. There then occurred a steady increase in the 1970s as academic departments became more established. There have been a total of 22 English language journals devoted specifically to family medicine with 19 remaining in publication (Figures 1 and 2). There are many other family medicine journals, in languages other than English, such as here in

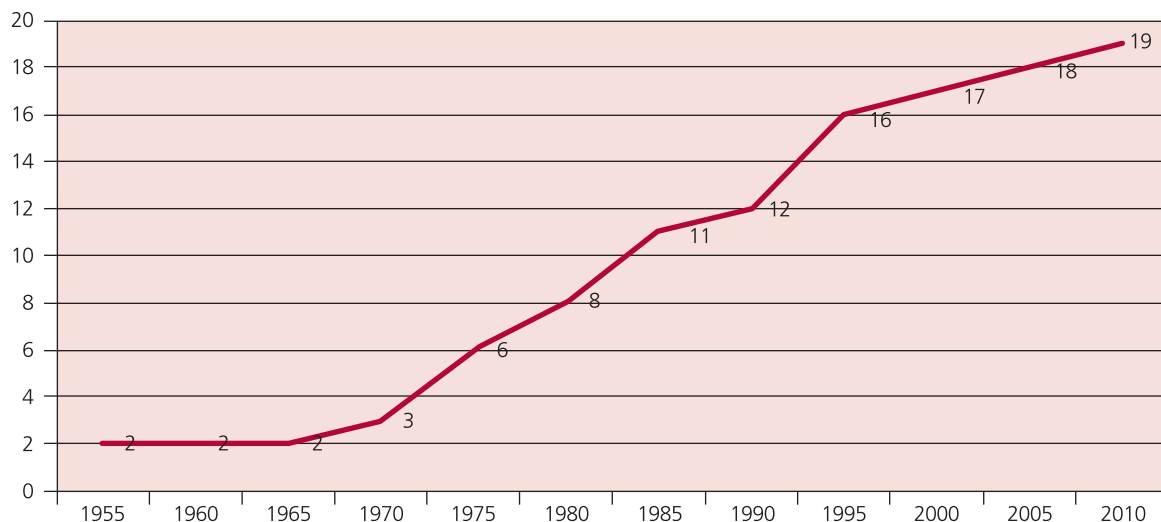


Figure 1. Number of family medicine journals by year.

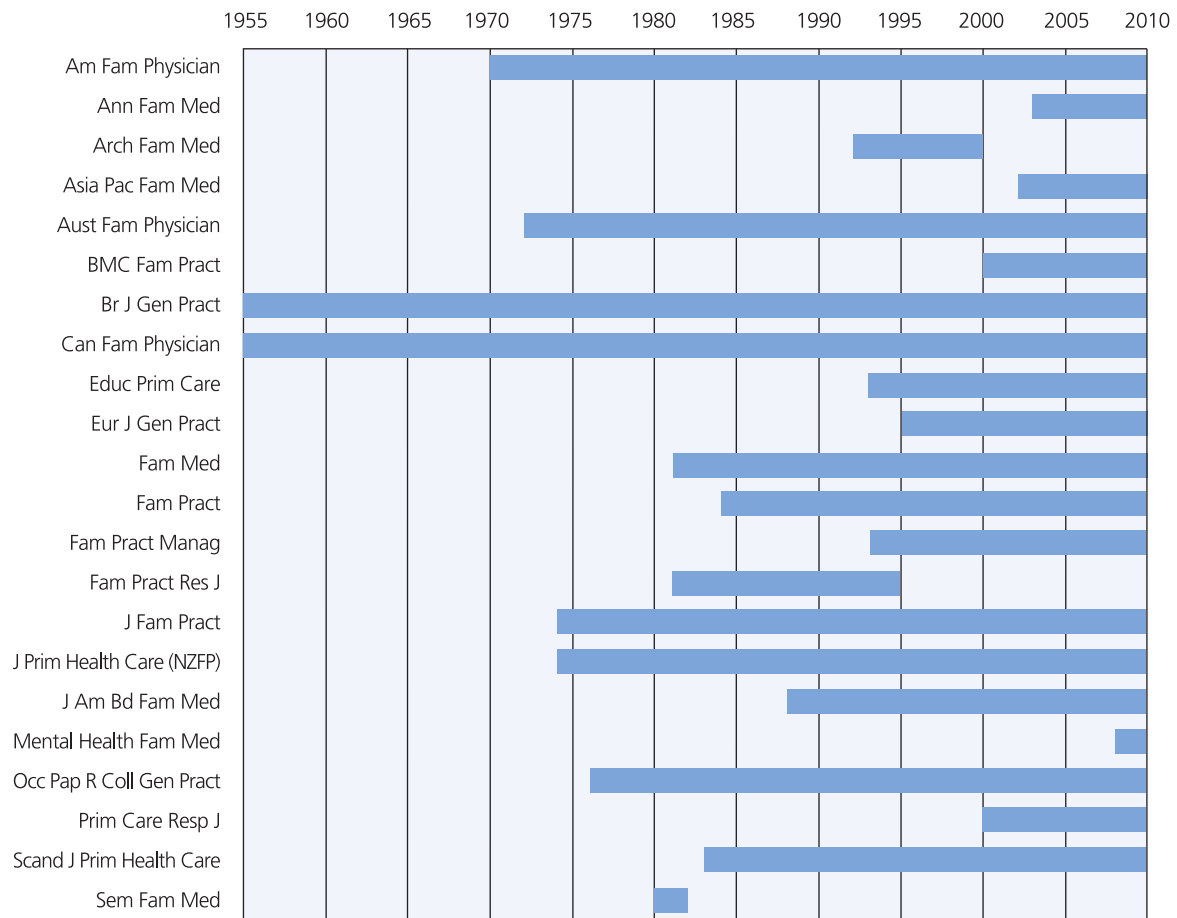


Figure 2. Family medicine journals publication timeline.

Turkey. The impact factor of these journals varies between 0.5 and 4.5. These scores are in the range of impact factor scores of all general medical journals, shown on [Figure 3](#) by the heavy red line.

Textbooks typically help to define a field of activity and given that they tend to be a distillation or summary of knowledge it is to be expected that there would be a time lag in the increase in number of textbooks when compared to published literature and this is apparent for textbooks in family medicine/family practice/primary care ([Figure 4](#)).

Let's examine a little of what the literature in family medicine tells us about what has preoccupied the discipline. In a review of the family medicine literature between 1980 and 1985, Culpepper and Becker⁽¹⁾ reported roughly 4 areas of research interest. These were the early days of FM research.

Themes of family medicine research, 1980-85 were:

1. The care of families and their problems
2. Theoretical frameworks in family health

3. Methods work to study families and their effects on health
4. Original research in family and health

These are quite appropriate and understandable topics for a new discipline in the midst of defining itself.

To look at what currently occupies our interests in research and scholarship we examined the top 12 English language journals in family medicine and the 5 most frequently cited articles in each of them over the decade 2000-2010. I then categorized these papers using a card sort method and derived the following themes. So, just to be clear, these represent the dominant themes in family medicine journals as measured by the number of times that articles were cited.

Themes of family medicine research, 2000-2010 were:

1. Clinical issues: by far the greatest number of commonly cited papers in FM literature fall into this category. They can be subdivided into the following:

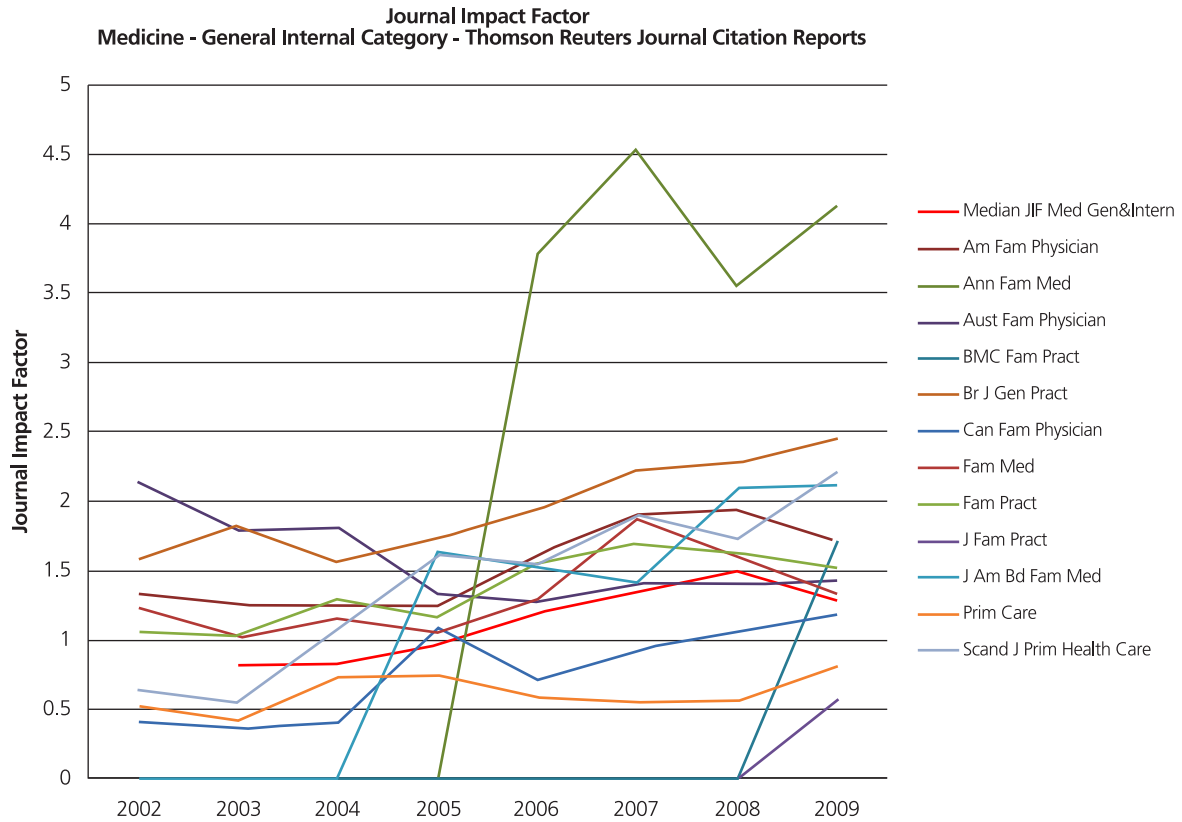


Figure 3. Journal impact factors.

- Specific diseases and their complications (e.g. Obesity: assessment and management in primary care. Lyznicki JM et al 2001 Am Fam Phys 63(11):2185-96, cited 98 times)
- Therapies; (e.g. Are pneumococcal polysaccharide vaccines effective? Meta-analysis of the prospective trials. Moore, RA et al 2000 BMC Family Practice 1, art.no.1:1-10, cited 85 times)
- Counseling and its role in approach to the patient (e.g. Does counseling help patients get active? Systematic review of the literature. Petrella RJ, Lattanzio CN 2002 Can Fam Phys 48 (Jan):72-80, cited 43 times)
- The use of questionnaires to help direct practice (e.g. Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse)

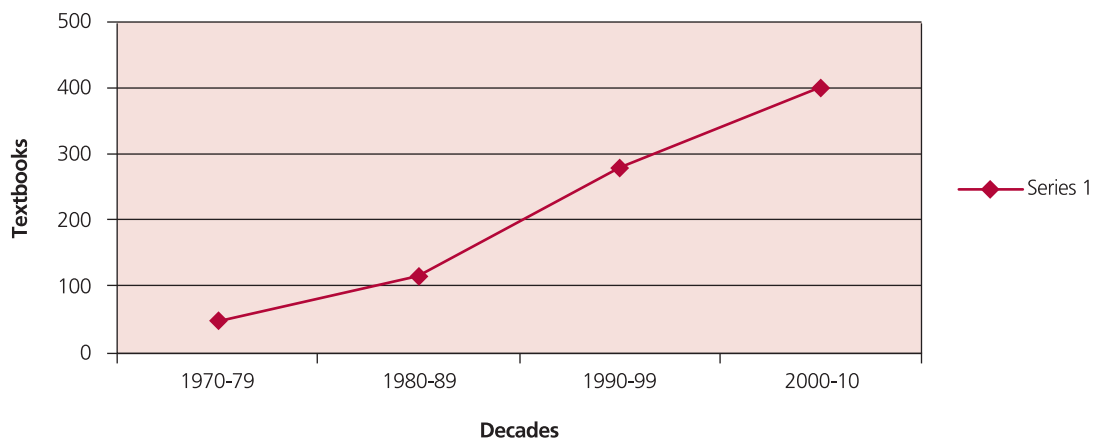


Figure 4. Textbooks in family medicine/family practice/primary care.

or dependence in a general practice population. Aertgeerts B et al 2001 *Br J Gen Pract* 51 (464):206-210, cited 86 times)

2. Epidemiology in family practice (e.g. The community prevalence of chronic pelvic pain in women and associated illness behavior. Zondervan KT et al 2001 *Br J Gen Pract* 51(468):541-47, cited 76 times)
3. Patient experiences (e.g. Barriers to help seeking in people with urinary symptoms. Shaw C et al 2001 *Family Practice* 18(1):48-52, cited 87 times)
4. Research methods (e.g. Understanding interobserver agreement: The kappa statistic. Viera AJ, Garrett JM 2005 *Family Medicine* 37(5):360-63, cited 162 times)
5. Physician issues (e.g. Influences on GPs' decision to prescribe new drugs - The importance of who says what. Prosser H et al 2003 *Family Practice* 20(1):61-8, cited 103 times)
6. Conceptual (e.g. Mind-body medicine: State of the science, implications for practice. Astin JA et al 2003 *J Am B Fam Pract* 16 (2):131-47, cited 130 times)

The three most commonly cited articles in the FM literature in the past 10 years were:

1. The impact of patient centered care on outcomes. Stewart MA et al 2000 *J Fam Pract* 49(9):796-804, cited 385 times
2. The Future of Family Medicine: A collaborative project of the Family Medicine Community. Martin JC et al 2004 *Ann Fam Med* 2 (Suppl. 1):S3-S32, cited 313 times
3. Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. Rubak S et al 2005 *55 (513):305-312*, cited 188 times.

So, this helps define what we as a discipline have been talking about within our own journals and find important enough to be citing. This is part of what I have called our internal discussion. What then has been the impact of academic FM on medicine in general, the external discussion? It is harder to generate any data or information on this, but I would argue for the following areas:

1. The importance of considering context in the approach to patients beginning with proximal context such as family, and occupation and distal context such as neighborhood, and environment. Many disciplines outside of medicine are recognizing the importance of context as well. The discipline of family medicine comes closest of any discipline to merging or bridging the divide between the environmental-adaptive approach and the structuralist approach.
2. The importance of the subjective. Here I am referring to taking into account patient's own experiences of ill health. There has evolved a rich literature in print and

in blogs of illness narratives that help inform clinicians about their patients' experiences.

3. Emphasis on the humanities in medicine. Of course FM is not alone in this, but typically our departments have contributed greatly to raising the issue of a more humane approach to medical care to balance off what is an increasingly technological, instrumental approach to health care.
4. Attention to marginalized populations brought about, in part, because we practice in the community setting and are as a result more aware of these unmet needs. Family medicine faculties are often leaders in establishing and maintaining standards of equity in the university and wider community.
5. We talk, though not loudly enough, of healing, something that is largely alien within Academic Health Science Centers where curing is most often the utopian goal.
6. Related to this is a characteristic of all truly accomplished physicians that sometimes is called clinical wisdom. It is a trait that family physicians are uniquely positioned to perfect. Robertson Davies, a Canadian novelist and playwright refers to this as: "that breadth of spirit which makes the difference between the first rate healer and the capable technician."^[12] The philosopher, Stephen Toulmin cautions: "Many of those who practice the clinical arts may set out to maintain the kind of spirit that Davies calls Wisdom, but the narrower their viewpoint and the more academic their preoccupations, the less likely they are to succeed."^[13]
7. Finally, in the list of family medicine's contributions to the academy, is the patient centered clinical method which represents a significant departure from the standard clinical method. The Patient Centered Clinical Method^[14] has been clearly defined and research carried out to understand it better. It has been shown that it improves health outcomes and that it can be taught. It is widely endorsed and embraced even outside FM, though frequently not well understood.

I have tried to place the emergence of FM as an academic discipline within the broader field of medicine and to examine the nature of our internal and external discussion. I want to turn now to what I see as the key challenges for FM's future academic development.

1. First and foremost I believe that we in academic departments of family medicine need to devote more time to scholarly activities. In the Canadian National Physician Workforce Survey of 2010,^[15] FP respondents reported that they spent 1.11 hours/week in teaching and education and only 0.68 hours/week in research. In contrast, specialists reported 2.20 and 2.53

hours/week in these activities respectively, a 2-3 fold difference. The reasons for this are certainly complex, but explain the frequently observed inability of medical students to view family medicine as academically challenging. This must change.

2. We must continue to deepen our intellectual base by furthering the development of academic post-residency programs and fellowships in research. The Masters in Clinical Science in FM at Western University has graduated 86 family physicians who have taken leadership positions such as Deans of Medicine, Department Chairs, curriculum developers etc. A recently launched PhD program has attracted a great deal of interest and graduated its first student this fall. Many countries outside of North America have doctoral programs in family medicine. These programs and the graduates from them are the chief way in which we can influence the greater field of medicine.
3. No academic development in FM can take place apart from the clinical base. We must strengthen and maintain connections between clinicians and researchers. This closeness also means that further academic development will be closely intertwined with changes occurring in the practice of FM. Team based care, is becoming increasingly common and has significant implications for how family practice is carried out.
4. We must take into account the ramifications of the 'information explosion' and digitization of information. Computer scientist Herbert Spencer tells us that as information increases, attention falls. Since the 1960's the ability to manipulate data and information has increased by 10M times. This means that our attention relative to the amount of information has grown increasingly scarce.^[16] If knowledge is taken to be the product of information and attention, one effect of the information explosion has been that knowledge has changed from something that is stored like stock in a factory (e.g. in books) to a flow (e.g. Wikipedia). This environment resists attempts to appreciate what is deep and nuanced in favor of what is fast and focused. As a discipline we need to examine what this means for the framework used in the clinical encounter. In research, the 'just in time' approach to knowledge serves to narrow our field of vision and reduces the chance of serendipitous discoveries. What is eroded is the deep, integrative mode of knowledge, precisely the kind of activity in which a fully engaged family physician is best.

In conclusion, I have tried to place FM in the wider landscape of academic medicine and provide some sense of how it has grown in its own right as an academic discipline with unique contributions to provide. As an academic discipline, it has established a firm foundation over the past 40 years.

References

1. Reiser SJ. Technological medicine: the changing world of doctors and patients. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 131.
2. Flexner A. Medical education in the United States and Canada: a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin No. 4., New York City: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin number Four (1910)
3. Osler W. The principles and practice of medicine: designed for the use of practitioners and students in medicine. New York: D. Appleton and Company; 1892.
4. Kuhn T. The structure of scientific revolutions. International Encyclopedia of Unified Science. Vol. 2, Number 2. Chicago: The University of Chicago Press; 1962.
5. Ross L. The challenge to biomedicine. *J Med Philos* 1989;14:165-91.
6. Moerman DE. Placebo effects in the treatment of ulcer disease. *Medical Anthropology Quarterly* 1983;14:3.
7. Rana J, Mannam A, Donnel-Fink L, et al. Longevity of the placebo effect in the therapeutic angiogenesis and laser myocardial revascularization trials in patients with coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2005;95:1456-9.
8. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med* 2008;5:e45.
9. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 1993;328:246.
10. McWhinney I R. General practice as an academic discipline: reflections after a visit to the United States. *Lancet* 1966;19:419.
11. Culpepper L, Becker L. Family medicine research: two decades of developing its base. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. Family medicine: the maturing of a discipline. New York, NY: The Howarth Press; 1987.
12. Davies R. Can a doctor be a humanist? In: The Merry Heart: Selections 1980-1995. Toronto, ON: McClelland and Stewart; 1996.
13. Toulmin S. Return to reason. Cambridge: Harvard University Press; 2003.
14. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press; 2003.
15. <http://nationalphysiciansurvey.ca/wp-content/uploads/2012/07/2010-National-Q18.pdf>
16. Nicholson P. Information-rich and attention-poor. *Globe and Mail* 2009;September 9.

Aile Hekimliğinin akademik katkısı*

Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Family Medicine's academic contributions

Family Medicine Research Day, İzmir, Turkey

Tom Freeman¹

Konuşmama bu toplantıyı düzenleyenlere ve özellikle beni davet ederek sizlere seslenebilmemi sağlayan Dr. Güldal'a teşekkür ederek başlamak istiyorum. Türkiye'deki aile hekimliği hakkında daha çok şey öğrenilebilir ve ülkenizin güzelliklerinin tadına varmak için sabırsızlanıyorum. Antik çağın, Hipokrat'ın izinden giden belki de en büyük hekim Galen'in memleketi Bergama'ya bu kadar yakın olmak çok heyecan verici. Ayrıca size, çalıştığım Kanada'nın Ontario eyaleti Londra şehrindeki Western Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'ndaki çalışmamın arkadaşlarımla en içten selamlarımı iletiyorum.

Öncelikle bir tıp disiplini olarak kabul edilen aile hekimliğinin, bazı ülkelerde 50 yılı aşkın bir süredir akademik olarak varlığını sürdürdüğünü belirtmeliyim. Bu noktada disiplinin akademik veya araştırma alanında kendine bir temel oluşturmada ne kadar başarılı olduğunu sorgulamak uygun olacaktır. Aile hekimliği genel akademik tıba nasıl katkı yapmaktadır?

Bu tartışmayı aşağıdaki başlıklar çerçevesinde gerçekleştireceğiz:

- İnsan sağlığı ve rahatsızlığına iki temel bakış açısı
- Paradigmalar nasıl değişir?
- Akademik aile hekimliği nasıl başlamıştır?
- Aile hekimliğinin akademik temellerinin evrimi
- Akademik aile hekimliğinin önündeki zorluklar

Aile hekimliğinin kendine özgü katkısını açıklayabilmek amacı ile genel akademik tıp içinde nerede yer aldığımızı anlamamız için bir çerçeve oluşturacak iki temel kavramdan söz edeceğim. Bunun ardından aile hekimliğinin özgün akademik katkılarının ayrıntılarına gireceğim ve bizi beklediğini düşündüğüm bazı zorluklardan söz ederek konuşmamı bitireceğim.

İlk olarak, kökleri antik çağlara kadar uzanan iki temel dünya görüşü veya evrenbilim arasındaki farkları ayırt etmeliyiz. Burada bir aşırı basitleştirme tehlikesi olduğunun farkındayım. Bunu akılda tutmakla birlikte biraz daha sabrederek beni dinlemeye devam etmenizi rica ediyorum.

Bir yanda Hipokratik veya fizyolojik veya "doğacı" olarak adlandırabileceğimiz dünya görüşü bulunmaktadır. Bu görüşe göre rahatsızlık, organizma ve bulunduğu ortam arasındaki dengenin bozulması sonucunda oluşur. Organizmanın değişen çevre koşullarının yarattığı baskıya uyum sağlama çabası semptomları meydana getirir. Fizyolojik ve psikolojik sistemler ise bu durumu telafi etmeye, dengelemeye çalışır. Elbette uyum sağlama kapasitemiz genetik ve psikolojik altyapımıza, beslenmemize, sahip olduğumuz sosyal desteğe ve daha pek çok faktöre bağlıdır. Fiziksel ve psikolojik çevremizdeki değişimlere uyum sağlama potansiyelimiz zamana ve koşullara göre değişkenlik gösterir. Ancak Rene Dubos'nun ileri sürdüğü gibi "sağlık bir illüzyondur". Bu görüş sosyal faktörleri de kapsayacak şekilde genişletilebilir. Sosyal etmenler sağlığımızı korumamıza yardım edebilecekleri gibi bizi hastalık uçurumunun kenarından aşağı da itebilirler. Kendi klinik deneyimimde yaşlı insanların birbirlerinin rahatsızlıklarını/sakatlıklarını telafi etmeyi ve dengelemeyi öğrendiklerini sıklıkla görüyorum. Bazen çiftin üyelerinden biri zihinsel olarak sağlam ama fiziksel açıdan sorunlu, diğer ise fiziksel olarak sağlam ancak bilişsel açıdan sorunlu olabiliyor. Bu çift sınırlı bir çerçevede denge durumlarını koruyabiliyor. Ancak eninde sonunda bu hassas dengeyi bozacak bir şey olacağını biliyoruz. Bazen çok küçük bir olayla bu denge altüst oluyor ve çiftin kendi başlarına yaşamaları olanaksız hale geliyor. Bunun sonucunda çift, yeni bir yaşam ortamı arayışına yöneliyor.

Doğacı veya Hipokratik yaklaşımda tedavinin temel amacı fiziksel, psikolojik ve sosyal alanlarda dengenin yeniden kurulmasıdır. Tedavi, rahatsızlığın seyrine göre değişiklik gösteren bir «rejim» şeklindedir. Hipokrat'tan bir alımda bu yaklaşım çok güzel bir şekilde özetlenmektedir. Hipokrat yeni bir şehre gelen hekimlere «şehrin güneşli ya da rüzgarlı olmasını, kurak ya da yeşillikler içinde olmasını, sakinlerinin yemeye içmeye aşırı düşkün veya çalışkan ve hareketli olmalarını göz önünde bulundurmalarını» salık vermektedir.^[1]

¹⁾ Western Üniversitesi Tıp ve Dış Hekimliği Fakültesi, Aile Hekimliği Profesörü, Londra, Ontario, Kanada

*Çeviren: Tolga Günvar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., İzmir, Türkiye

Diğer tarafta ise biyomedikal veya yapısalcı olarak adlandırabileceğimiz bakış açısı bulunmaktadır. Bu görüş rahatsızlıkları veya hastalıkları organizmadan soyutlayarak, onları organizmaya musallat olup yapısal ve işlevsel bozulmaya neden olan varlıklar olarak algılar. Hastalıklar doğadaki bağımsız varlıklardır. Standart klinik yöntemde hastaları sınıflandırarak hastalık kategorileri ile etiketlemeye çalışırız. Bu yaklaşım sıklıkla, hastalıklardan sanki kendi başarılarına bir varlıklarmış, sanki etkiledikleri bireylerden bağımsız bir şekilde var olabilirlermiş gibi söz ettiğimizde, tıp dilindeki konuşmamıza da yansımaktadır. «Hastalığın cisimleştirilmesi» adını verdiğimiz bu durum bizim tedavi yaklaşımımız üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Sanki idare edilebilecek bir şeyden bahseder gibi “hastalık yönetimi”nden söz ediyoruz. Hastalığı ortadan kaldıracak ve hastayı iyileştirecek özgün ilaç ya da cerrahi yöntemler peşinde koşuyoruz. Bu noktadan sonra bu bakış açısını, günümüzde kullanılan şekli ile “biyomedikal” olarak adlandıracağım (Tablo 1).

Gerçek yaşamda bu iki bakış açısının birbirlerinden kesin sınırlarla ayrılabilmesini öne sürmek, elbette durumu aşırı basitleştirmek olacaktır. Aslında, gerçek klinik dünyada, farklı zamanlarda her iki bakış açısını da kullanıyoruz. Tarih boyunca bu dünya görüşlerinden zaman zaman biri ön plana çıkmış, diğeri daha arka planda kalmış, sonra da bunun tam tersi olmuştur.

Aslında yazılı tarih boyunca daha uzun süre ön planda kalan Hipokratik yaklaşım olmuştur. Bunu «üşütünce karnımı pek tut ki ateşlenme» gibi ifadelerde ve vücut ısısını düşürmek için “kan çekme” gibi geleneksel uygulamalarda görebiliriz. Bireyin beslenme bileşenlerine ve düzenine müdahale ederek dört ruh halini dengeleme şeklindeki geleneksel uygulama da bunun bir diğer örneğidir. On yedinci yüzyılda başlayan bilimsel devrimin meydan okuması ile gerilemeye başlayan bu yaklaşım yirminci yüzyılın başlarında halk sağlığı ve sağlığı geliştirme alanında yeniden güç kazanmış, Abraham Flexner^[2] ve William Osler'in^[3] önderliğindeki reformlara kadar da biyomedikal yaklaşıma boyun eğmemiştir. Biyomedikal yaklaşım bilimsel başarılar ve ortaya çıkan yeni teknolojiler ile giderek güçlenmiş ve tartışmasız bir şekilde yirminci yüzyıl tıbbının başat bakış açısı olmuştur.

Evet, ilk kavramımız tıptaki iki temel dünya görüşü idi. Çerçevemizi oluşturacak ikinci kavram ise Thomas Kuhn'un paradigmlar ve paradigma değişimi ile ilgili görüşleri olacaktır. Burada onun çok önemli yazılarının ayrıntılarına girmeyeceğim, ancak 1962'de yayınlanan ve bilim tarihinin en ilham verici eserlerinden biri olarak kabul edilen *The Structure of Scientific Revolutions*^[4] adlı kitabına dikkat çekmek istiyorum. “Paradigma” (değerler dizisi) ifadesi, her ne kadar bu eserde kullanılmamış olsa da, kitabın yayımlanmasının ardından dilimizde önemli bir yer

Tablo 1. Hipokratçı ve Biyomedikal düşünce ekolleri arasındaki farklar*

Hipokratçı	Biyomedikal
Organizma ve rahatsızlık	Organlar ve hastalıklar
Bireysel tanımlama	Sınıflandırma
Somut	Soyut
Yüksek bağlam	Düşük bağlam
Bütüncül	İndirgeyici
Tedavi rejimi	Özgün reçete
Prognoz	Tanı

*Textbook of Family Medicine. 3rd ed, McWhinney IR, Freeman T, 2009'dan uyarlanmıştır.

edinmiştir. Paradigma, Kuhn'un bakış açısına göre, bize neyi gözleyeceğimizi, hangi soruları sormamız gerektiğini, bu soruların nasıl sorulacağını ve son olarak yanıtlarının nasıl yorumlanması gerektiğini tanımlar. Eğer bir paradigma yoksa tüm gözlemler eşit derece önemlidir ve ilerlemenin, hatta hangi yöne doğru gidileceğini tanımlamanın olanağı yoktur. Bir paradigma oluştuğunda bilim insanı için “normal bilim” olarak adlandıracağı şeyi yapmak ve evrenin ilgilendiği parçası hakkında daha derin bir kavrayışa ulaşmak yolunda ilerlemek mümkün olur.

İyi tanımlanmış paradigmların çelişkilerinden biri de gözlenen sapmalar ve bunların zaman içinde birikmesidir. Sapmalar paradigmaya uymayan ya da paradigma ile açıklanamayan olgulardır. Siz de eminim baskın biyomedikal paradigma ile açıklayamadığımız pek çok klinik olgu ile karşılaşmışsınızdır. Bunların bazılarından ilerde söz edeceğim. Bu sapmalara iki şekilde tepki verilir:

- Tamamen görmezden gelinirler;
- Paradigmanın uygun bir şekilde revizyonu ile paradigma içine dahil edilirler.

Bu süreç biraz zaman alır ve yeni teknolojik ve yöntemsel açılımlar gerektirir. İleride başa çıkılabilecekleri yönündeki umut korunarak bu sapmaların görmezden gelinmesi haklı kılınır. Ancak zaman ilerledikçe bu sapmalar artık görmezden gelinemezler ve hakim paradigma hakkındaki hoşnutsuzluk artar. Bu gerçekleşirken, sıklıkla söz konusu alanda çalışanların paradigmanın temel varsayımlarını sorgulamaya başladıkları görülür ve felsefi yanı daha ağır basan bir literatür oluşmaya başlar.

Paradigma değişiminin habercilerinden biri de sapmaları mümkün olduğu kadar açıklamaya çalışan alternatif paradigmların çoğalmasındır. Uzun bir değişim dönemi yaşanabilir. Bu dönem boyunca, paradigma öncesi evreyi andıran bir şekilde, hangi yöne doğru ilerleneceği hakkında bir fikir birliği sağlanamaz. Bunu paradigma değişimi izler ve bu neredeyse bir gecede olur. Yeni paradigma söz konusu alanın hakim bakış açısı haline gelerek, yepyeni soruları ve yöntemleri ile yeni bir “normal bilim” dönemini tanımlar.

Şimdi aile hekimliğinin nerede yer aldığını görebilmek için bu iki kavramı birleştirelim: Kuhn'un devrimler hakkındaki görüşleri ve tıbbın iki karşıt bakış açısı.

Daha önce belirttiğim gibi, Kuzey Amerika'da Flexner tarafından gerçekleştirilen reformlar ve William Osler'in ilham verici müthiş çalışmaları biyomedikal yaklaşımın tıp alanında hâkimiyet kurduğu bir çağın başlamasına yol açmıştır. Biyomedikal yaklaşımın büyük başarısının nedenlerinden birisinin, tıbbın o dönemde mücadele ettiği en önemli sorunlardan biri olan bulaşıcı hastalıklar konusundaki dramatik etkinliğinin kanıtlanması olduğunu fark etmek önemlidir. Teknoloji ve farmakoloji alanındaki dikkate değer gelişmeler tıbbi bakımda çığır açmıştır. Bu durum, tüm devrimler gibi, büyük bir coşkuya yol açmıştır. Biyopsikososyal modelin yaratıcısı George Engel 1960'larda "günümüz bilimsel tıbbının en temel öncülünün 'insanın kitabı'nın moleküler, genetik ve biyokimya gibi biyolojik bilimlerin dili ile yazılması"^[5] olduğunu söylemiştir. Stanford Moleküler ve Genetik Tıp Merkezi de "yeni tıbbın bütün hastalıkların bir şekilde genetik olarak belirlendiği ve genlerin yapı, organizasyon ve düzenleyici mekanizmalarının daha iyi anlaşılması ile çoğu hastalığın önlenileceği veya tedavi edilebileceği yönündeki güncel inanıştan temel aldığı"^[5] ifade etmektedir.

Biyomedikal tıbbın göz kamaştırıcı başarılarına rağmen, tam da Kuhn'un ifade ettiği gibi, biyomedikal paradigmanın açıklayamadığı sapmalar birikmeye devam etmiştir. Biyomedikal tıbbın açıklayamadığı veya çözemediği sorunlar görülmüştür. Örneğin biyomedikal tıbbın kavramsal ve örgütsel yapısına nüfuz etmiş, Dekart'tan sonraki Batı felsefesi ile son derece tutarlı olan "zihin beden ayrıklığı" gibi. Bu noktaya kadar anlattıklarımız ışığında biyomedikal tıbbın sadece beden ile ilgilendiği açık bir şekilde görülmektedir. Zihin, tıbbın psikiyatri adı verilen ve o zamanlarda kenarda yer alan bir dalına kalmıştır. Buna rağmen 1983'te bile zihinsel/duygusal süreçlerin patolojik değişiklikler üzerindeki etkisini gösteren 1300'ün üzerinde makaleye atıf yapmak mümkündür. Bunlar zihin beden ayrıklığı tezini çürüten ve hâkim biyomedikal paradigmanın sapmalarını apaçık göz önüne seren örneklerdir.

Bir diğer büyük sapma olan "plasebo etkisi", aynı zamanda bir paradigmanın kendisine 'uymayan' bir görüngü ile başa çıkma yollarından biri için güzel bir örnek oluşturmaktadır. Biyomedikal paradigma plasebo etkisini kendi içinde açıklayamamış ve bu olgu bir köşeye itilerek sadece deneyler dünyasına hapsedilmiştir. Plasebo etkisi ile ilgili daha derin bir kavrayışa ulaşmamızı sağlayacak çalışmalar hem başlatılmakta çok geç kalınmışlar hem de yeterli maddi destek bulamamışlardır. Plasebo etkisi %10 ile 90 arasında değişmektedir.^[6] Günümüzde plasebo etkisinin sadece anksiyete veya ağrı gibi öznel tepkilerde değil ölçülebilir fizyolojik süreçlerde de görüldüğünü biliyoruz. Bunun

yüksek kanıt değerine sahip son örneklerinden biri, son dönem koroner arter hastalarının rastgele iki gruba ayrıldığı ve bir grubun anjiyogenez ve lazer miyokardiyal revaskülarizasyon tedavisi aldığı diğer gruba ise lazer içermeyen plasebo tedavisinin uygulandığı çalışmadır. Çalışmanın plasebo kolunda yer alan hastalar ortalama anjina sınıfı, efor testi süresi ve yaşam kalitesi alanlarında iyileşme göstermişlerdir ve bu iyileşme iki yıllık izlem süresince korunmuştur.^[7] Dahası, son zamanlarda en yeni anti-depresanların plasebo karşısında son derece az bir üstünlük gösterdiğine işaret eden kanıtlar ortaya çıkmıştır.^[8] Plasebo etkisini anlamak ve geliştirmek yönünde çaba sarf etmek yerine ona kontrol edilmesi gereken bir şey gibi davranmak tam bir biyomedikal sapmadır.

Aile hekimliği, hastalarımızı rahatsızlıklarının erken evrelerinde görmemiz ve onlara karşı olan yükümlülüğümüzün süregelen olması nedeniyle, biyomedikal paradigmanın kusurlarının belki de daha rahat fark edilebildiği bir alandır. Diğer dal uzmanları, bir hastanın sorununun kendi uzmanlık alanlarını ilgilendiren kısmına müdahale ettikten sonra onunla işleri biter ve bir daha o hastayı görmezler. Aile hekimleri ise fibromiyalji, kronik yorgunluk sendromu ve biyomedikal modelin herhangi bir çözüm öneremediği pek çok başka rahatsızlık nedeni ile hastalarını görmeye devam ederler.

Kuhn'un tanımladığı gibi, ortaya çıkan sorular ve sapmalarla biyomedikal modelin sınırlılıkları daha görünür hale geldikçe felsefe ve etik literatüründe bir artış meydana gelmiştir. Kuhn'un sapmaların artması ile birlikte insanların egemen paradigmayı sorgulamaya başlayacaklarını ve paradigmanın temel varsayım ve inanışlarının gözden geçirilmesi yönünde bir eğilim olacağını ifade eden sözlerini anımsayın.

Tablo 2'de tıp, felsefe ve etik dergileri ile yayımlanmaya başladıkları yıllar görülmektedir. Tıp ve sağlık hizmetinde felsefi ve etik konuların tartışıldığı dergilerin sayıları 1970'li yıllarda 3 ile başlamış, bu dergilere 80'lerde 3, 90'larda 5 ve 2000'li yıllarda da 3 dergi daha eklenmiştir. Bu tıpta yaşanan içe dönüşün ve temel varsayımların sorgulanmasının bir kanıtıdır.

Süreç sadece meslek üyelerinin temel varsayımları sorgulamaya başlaması ile sınırlı değildir. Egemen tıp anlayışının eksikliklerinden mağdur olmuş ve yılmış halk, giderek artan bir şekilde, alternatif tıp olarak bilinen uygulamalara yönelmiştir. Bu, hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gözlenen bir olgudur. Birleşik Devletler'de yapılan bir ankette katılımcıların üçte birinin son 12 ay içinde en az bir kez alternatif veya tamamlayıcı tıp yöntemlerini kullandıklarını göstermiştir.^[9]

Bununla birlikte, egemen biyomedikal tıbbın bu ihtilaf karşısında, bırakın teslim bayrağını çekmeyi bu sapmaların varlığını bile kabul etmeye hazır olduğu sanılmamalıdır.

1985 yılında NEJM'daki bir başyazıda "Artık, hastalıkların zihinsel durumun doğrudan bir yansıması olduğu şeklindeki inanışımızın folklorik bir olgu olduğunu kabul etmenin zamanıdır" denilmektedir.^[5]

Biyomedikal tıbbın kusurlarının giderek artan oranda sorgulandığı ve tanımlandığı bu ortamda yeni bir tıp disiplini doğmuştur. Bu doğum, bir dereceye kadar, daha ulaşılabilir ve kişisel nitelikte bir sağlık hizmeti yönündeki toplumsal baskılar sonucunda gerçekleşmiştir. Burada aile hekimliğinin en eski tıp disiplini olan genel pratisyenliğin bir anlamda yeniden doğuşunu mu temsil ettiği, yoksa başlı başına yeni bir disiplin mi olduğu tartışmasına girmeyeceğim. Disiplinin adı, kendi başına, sosyal bilimlerin tıbbi düşünce üzerindeki etkisine ve sağlık ve hastalık üzerinde, aile başta olmak üzere, bağlamın önemine vurgu yapan bir çıkış noktasını işaret etmektedir.

Kanada'da tıp fakültelerindeki ilk aile hekimliği anabilim dalları 1968 yılında Western Üniversitesinde, McMaster ve Calgary'de kurulmuş ve 1976 yılına kadar sayıları 16'ya ulaşmıştır. Aile hekimliğinin en üretken ve en tanınmış düşünürlerinden biri, Dr. Ian McWhinney Kanada'ya gelerek ülkedeki ilk aile hekimliği anabilim dalı başkanlığı görevini üstlenmiştir. Dünya çapında pek çok aile hekimliği anabilim dalı için dayanak noktası oluşturmuş ve aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak kuruluşuna temel teşkil etmiş çok sayıda yayını mevcuttur.

Şu ana kadar tanımladığım çerçevede şimdi, akademik aile hekimliğinin genel akademik tıbbı ne katkısı olduğuna bakalım. Öncelikle, McWhinney bir disiplinin sahip olması gereken dört özelliği tanımlamıştır^[10] (Tablo 3).

Bizler toplumun içinde çalışmaktayız. Bu, kısmen de olsa, çalıştığımız yerin hastalarımızın yaşadıkları ve çalıştıkları yerlere yakın olmasını sağlamak içindir. Bu yakınlık aile hekimliğine, bağlamın tanı ve tedavi üzerindeki etkisinin önemini yaşayarak görme fırsatı vermektedir. Sosyal bilimlerin tıp ile olan bağıntısı ve bu alandaki bazı düşüncelerin özümsemesi aile hekimliğinin başlangıç dönemlerindeki en özgün niteliklerinden biri olmuştur. Hastalarımızla kurduğumuz ilişki de son derece kendine özgüdür. Bu, onlara karşı yükümlülüğümüzün herhangi bir tıbbi sorundan önce geldiği, kapsamlı bir çerçeveye sahip ve süreklilik gösteren bir ilişkidir. Bu ilişki, aile hekimliğini kendine özgü kılan niteliklerin kökeninde yer almaktadır. Diğer tıp disiplinleri sistemler (örn. kardiyoloji, endokrinoloji) veya belli tedavi yaklaşımları temelinde (örn. cerrahi) tanımlanırlar. Sadece aile hekimliği kendisini hasta – hekim ilişkisi temelinde tanımlar.

Üniversitemizin Aile Hekimliğinde Araştırma Merkezi 2004 yılında bir araştırma gerçekleştirdi. Bölgemizde çalışan aile hekimlerine ve diğer dal uzmanlarına hizmet verdikleri toplum içinde yaşamayı seçmelerinin nedenleri ve aynı zamanda onları orada neyin tuttuğu ile ilgili sorular

Tablo 2. Tıp, felsefe ve etik alanındaki dergiler ve yayınlanmaya başladıkları yıllar

Journal of Medical Ethics	1975
Journal of Medicine and Philosophy	1976
Studies in Philosophy of Medicine	1977
Theoretical Medicine	1983
Journal of Medical Humanities	1989
HEC Forum (Healthcare Ethics)	1989
Kennedy Institute of Medical Ethics	1991
Cambridge Quarterly of Healthcare ethics	1992
Journal of Law and Medical Ethics	1993
Medicine, Healthcare and Philosophy	1998
Theoretical Medicine and Bioethics	1998
BMC Medical Ethics	2000
American Journal of Bioethics	2001
Philosophy, Ethics Humanities	2006

soruldu. Aile hekimleri için o toplumda yerleşme nedenleri kırsal bölgede, daha büyük bir ilçede veya Akademik Sağlık Bilimleri Merkezinin yer aldığı bir şehirde yaşıyor olmalarına bağlı olarak değişkenlik göstermekteydi. Öne çıkan nedenler arasında aileye yakınlık, o bölgede büyümüş olmak ve son olarak kapsamlı bir mesleki uygulama için var olan fırsatlar yer almaktaydı. Diğer dal uzmanları için ise, tersine, çalıştıkları yerde yaşamalarının nedenleri arasında önceliği kapsamlı bir mesleki uygulama için var olan fırsatlar almakta, bunu destek sağlayabilecek kalifiye meslektaşlarının varlığı ve iş yükü izlemekteydi. Onları çalıştıkları topluluk içinde tutan şey sorulduğunda ise... ve işte, püf noktası burada... aile hekimleri hastaları ile ilişkilerini, diğer dal uzmanları ise meslektaşları ile ilişkilerini ön plana çıkarmaktaydılar. Burada ortaya çıkan tablo aile hekimlerinin hastalarına karşı duyumsadıkları yükümlülüğü teyit etmektedir. Ayrıca bu tablo, kaçınılmaz bir şekilde, aldıkları eğitim ve aileye verdikleri büyük değer ile aile hekimlerinin diğer dal uzmanlarından farklı türde hekimler oldukları izlenimini yaratmaktadır. Kişisel geçmişleri ve doğal eğilimleri sonucunda toplumla daha bütünleşmiş durumdadırlar.

Şimdi McWhinney'in, bir disiplinin sahip olması gerektiğini ifade ettiği özelliklerin ikincisi ve üçüncüsüne ge-

Tablo 3. McWhinney'e göre bir disiplinin sahip olması gereken dört özellik

1. Kendine özgü çalışma alanı
2. Tanımlanmış bir bilgi birikimi
3. Kendine özgü, aktif bir araştırma alanı
4. Düşünsel olarak özenli bir eğitim süreci

lelim: Aile hekimliği kendine özgü bilgi birikimini ve aktif araştırma alanını oluşturmakta ne kadar başarılıdır? Aile hekimliği de, bir akademik disiplinin gereksinimleri ile uyumlu bir şekilde, kendi bilgi temelini tanımlayacak literatürü oluşturmuştur. Bu literatürü oluşturan hakemli dergiler ve ders kitaplarında hem disiplinin kendine yönelik iç tartışmaları hem de daha geniş bir çerçevede diğer disiplinler ile yaptığı tartışmalar yer almaktadır. Sunumunun bu bölümü için Aile Hekimliği Koleji Kütüphanesi'nden Lynn Dunikowski'ye, bu bilgileri bir araya getirmemdeki paha biçilemez yardımları ve desteği nedeniyle teşekkür etmeliyim. Şimdi size sunacağım yürütmekte olduğumuz bir araştırmanın pilot çalışmasının verileridir.

1955 yılına göz attığımızda aile hekimliği kolejlerinin kuruluşları ile eş zamanlı yayınlanmaya başlayan az sayıda aile hekimliği dergisi ile karşılaşırız. Ardından, 1970'lerde aile hekimliği anabilim dallarının kuruluş ve gelişmelerindeki hızlanma ile dergi sayısında istikrarlı bir artış görülür. Bu dönemde İngilizce yayınlanan 22 aile hekimliği dergisinin 19'u bugün hala yayın hayatını sürdürmektedir (Şekil 1 ve Şekil 2). Türkiye'de olduğu gibi, İngilizce dışındaki dillerde yayınlanan çok sayıda aile hekimliği dergisi bulunmaktadır. Bu dergilerin "etki çarpan"ları* 0.5 ile 4.5 arasında değişmektedir. Şekil 3'te koyu kırmızı çizgi ile gösterilen bu değerler tüm genel tıp dergilerinin etki çarpanı değerlerinin yelpazesi içindedir.

Ders kitapları, tipik olarak, bir disiplinin çalışma alanını tanımlamaya yardımcıdırlar. Bilgi birikimini damıtma

veya özetleme eğilimi gösterdikleri için de ders kitaplarının sayılarındaki artışın süreli yayınlardakine göre biraz daha gecikmeli olması beklenir. Bu durum aile hekimliği/birinci basamak ders kitapları için de böyledir (Şekil 4).

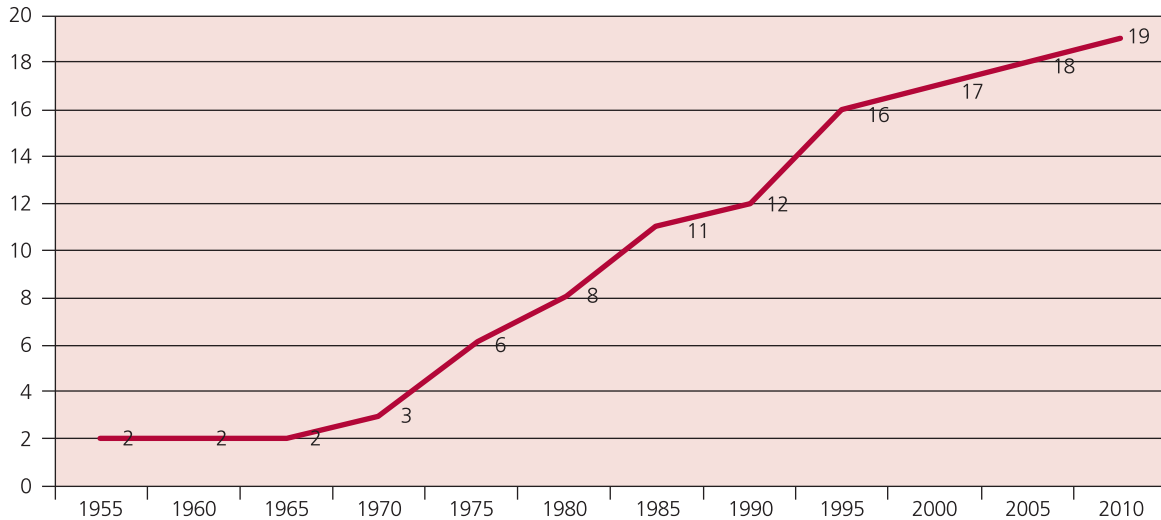
Şimdi, aile hekimliği literatürünün bize disiplinin ilgilendiği başlıca konular hakkında ne söylediğine bakalım. 1980-1985 yılları arasındaki aile hekimliği literatürünü gözden geçiren Culpepper ve Becker^[1] aile hekimliğinde araştırmaların yoğunlaştığı kabaca 4 alan belirlemişlerdir.

1980-85 yılları arasındaki başlıca aile hekimliği araştırma alanları:

1. Ailelerin bakımı ve sorunları
2. Aile sağlığının teorik çerçevesi
3. Aileler ve sağlık üzerindeki etkilerini araştırma yöntemleri
4. Aile ve sağlık ile ilgili özgün çalışmalar.

Bunlar kendini tanımlama sürecindeki bir disiplin için oldukça uygun ve anlaşılabilir başlıklardır.

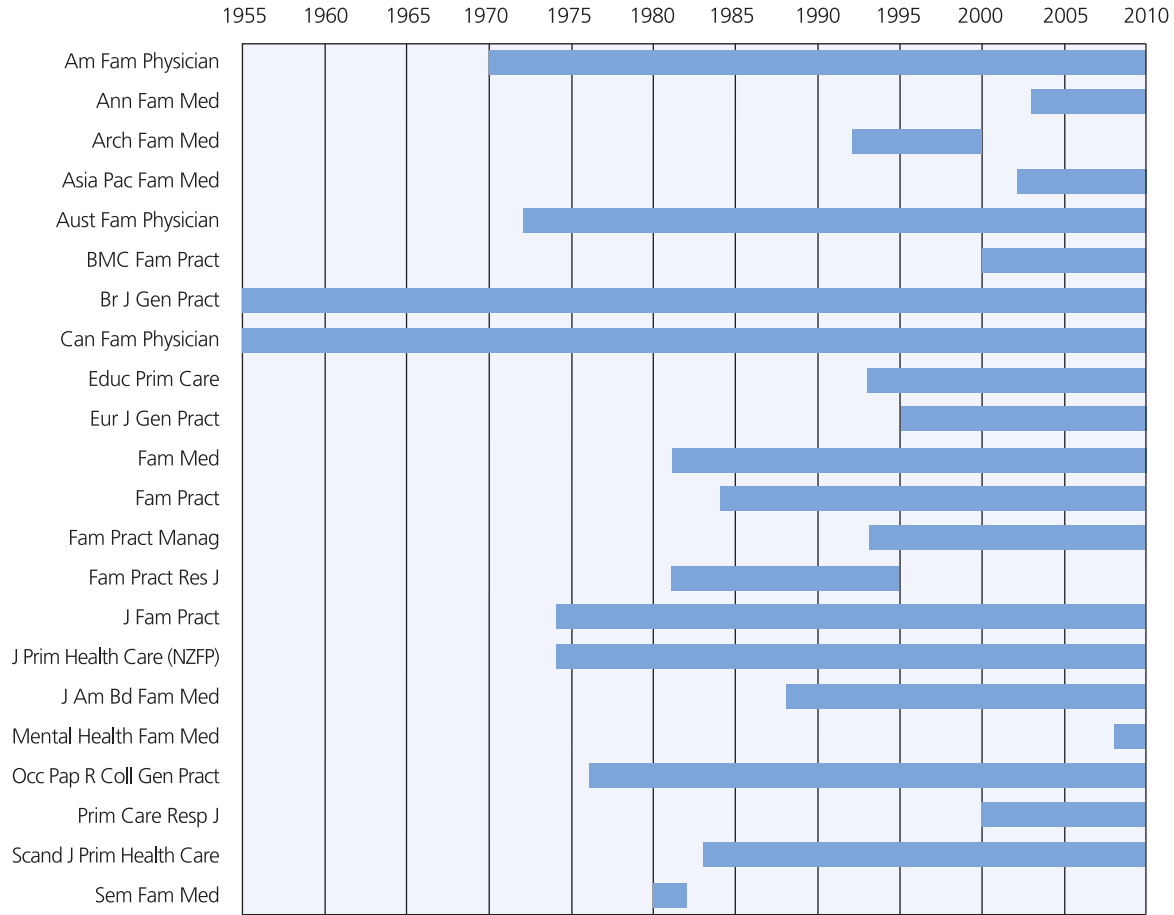
Günümüzdeki araştırma ve bilimsel ilgi alanlarımızı belirleyebilmek amacı ile önde gelen 12 İngilizce aile hekimliği dergisinde yayınlanan makaleler içinden her bir dergi için 2000-2010 yılları arasında en fazla atıf alan 5 makaleyi inceledik. Daha sonra ben, bu makaleleri "kart dizme yöntemi"^{**} ile sınıflandırdım ve aşağıdaki temaları elde ettim. Daha açık bir şekilde ifade etmek gerekirse, bu temalar, makalelerin atıf sayıları temelinde, aile hekimliği dergilerindeki başlıca araştırma ve ilgi alanlarını temsil etmektedir.



Şekil 1. Yıllara göre yayınlanan aile hekimliği dergisi sayıları.

*Impact Factor (Ç.N)

**Kart dizme yöntemi (Card Sorting): Verileri sınıflandırmak amacı ile kullanılan, her bir verinin kartlar üzerine yazılarak bir ya da birden fazla kişi tarafından gruplandırılması temelinde uygulanan, düşük maliyeti ve etkinliği nedeni ile tercih edilen bir yöntem (Ç.N)



Şekil 2. Aile hekimliği dergilerinin yayın dönemi çizelgesi.

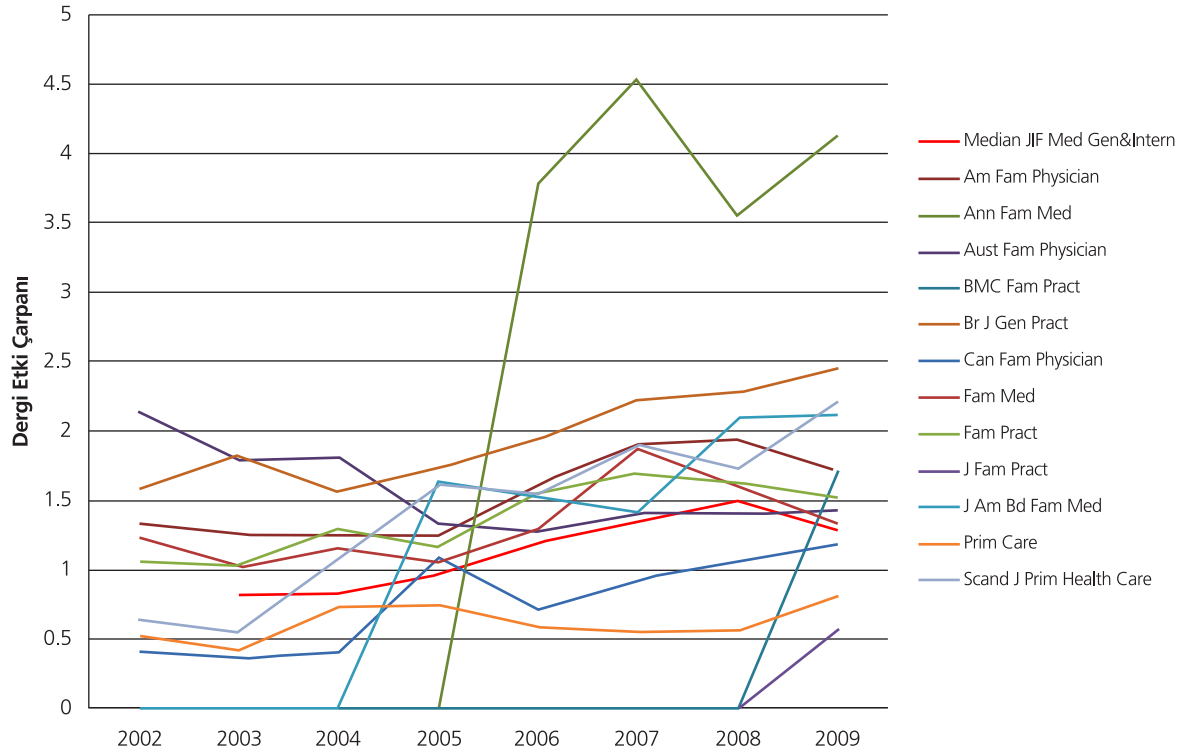
2000-2010 yılları arasında aile hekimliğinde başlıca araştırma alanları:

1. Klinik konular: Aile hekimliğinde sıkça atf alan makalelerin büyük bir çoğunluğu bu sınıfa girmektedir. Bu sınıftaki makaleler aşağıdaki gibi gruplanabilir:
 - a. Özgün hastalıklar ve komplikasyonları (örn. Obezite: birinci basamakta değerlendirme ve yönetim. Lyznicki JM ve ark. 2001 Am Fam Phys 63(11): 2185-96, 98 atıf)
 - b. Tedaviler (örn. Polisakkarit pnömokok aşılı etkin mi? Prospektif çalışmaların meta-analizi. Moore, RA ve ark. 2000 BMC Family Practice 1, art.no.1: 1-10, 85 atıf)
 - c. Danışmanlık ve hasta yaklaşımındaki rolü (örn. Danışmanlık hastaların harekete geçmelerine yardım ediyor mu? Sistemantik literatür derlemesi. Petrella RJ, Lattanzio CN 2002 Can Fam Phys 48 (Jan):72-80, 43 atıf)
 - d. Anket kullanımının doğrudan uygulamaya katkısı (örn. Aile hekimliği popülasyonunda alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığının saptanmasında anket-

ler ve laboratuvar testlerinin tarama amaçlı kullanımı. Aertgeerts B ve ark. 2001 Br J Gen Pract 51 (464):206-210, 86 atıf)

2. Aile hekimliğinde epidemiyoloji: (örn. Kadınlarda kronik bel ağrısının toplumdaki prevalansı ve hastalık davranışı ile ilişkisi. Zondervan KT ve ark. 2001 Br J Gen Pract 51(468):541-47, 76 atıf)
3. Hasta deneyimleri: (örn. Üriner semptomu olan bireylerin yardım arama davranışı önündeki engeller. Shaw C ve ark. 2001 Family Practice 18(1):48-52, 87 atıf)
4. Araştırma yöntemleri: (örn. Gözlemciler arasında fikir birliğini kavramak: Kappa istatistiği. Viera AJ, Garrett JM 2005 Family Medicine 37(5):360-63, 162 atıf)
5. Hekimler ile ilgili konular: (örn. Aile hekimlerinin yeni ilaçları reçete etmeleri üzerindeki etkiler – Kimin, ne dediği ne kadar önemli? Prosser H ve ark. 2003 Family Practice 20(1):61-8, 103 atıf)
6. Kavramsal: (örn. Zihin – beden tıbbı: Bilimin durumu, uygulama ile ilgili çıkarımlar. Astin JA ve ark. 2003 J Am B Fam Pract 16 (2):131-47, 130 atıf)

Dergilerin Etki Çarpanları
Genel ve Dahili Tıp Kategorisi - Thomson Reuters Dergi Atf Raporları



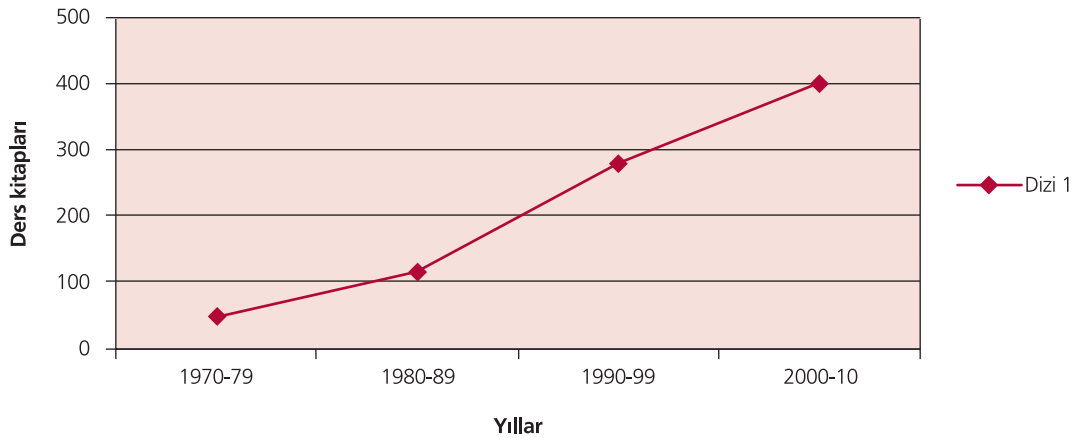
Şekil 3. Dergilerin etki çarpanları.

Son on yıllık dilimde aile hekimliği literatüründe en fazla atfı alan 3 makale şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Hasta merkezli bakımın çıktılar üzerindeki etkisi. Stewart MA ve ark. 2000 J Fam Pract 49(9):796-804, 385 atf.
2. Aile Hekimliğinin Geleceği: Aile Hekimliği Topluluğu için işbirliğine dayalı bir proje. Martin JC ve ark. 2004 Ann Fam Med 2 (Ek. 1):S3-S32, 313 atf.

3. Motivasyonel görüşme: Bir sistematik derleme ve meta-analiz. Rubak S ve ark. Br J Gen Pract 2005; 55 (513):305-312, 188 atf.

Yukarıdaki tablo, bir disiplin olarak kendi dergilerimizde hangi konuları tartıştığımızı ve neleri atfı yapacak kadar önemli gördüğümüzü ifade etmektedir. Bu, benim “içsel tartışmamız” olarak adlandırdığım olgunun bir parçasıdır. Peki, “dışsal tartışma” olarak ifade edilebilecek, ya-



Şekil 4. Aile hekimliği/birinci basamak ders kitapları.

ni, akademik aile hekimliğinin genel akademik tıbbi etkisi ne durumdadır? Bu konuda herhangi bir veri ya da bilgi toplamak pek kolay olmasa da savlarımı aşağıdaki alanlar şeklinde ifade edebilirim:

1. Hasta yaklaşımında, aile ve iş ortamı gibi yakın bağlamdan başlayarak komşular ve çevre gibi uzak bağlama uzanan bir şekilde, bağlamın göz önüne alınmasının önemi. Tıp dışındaki başka disiplinler de bağlamın öneminin farkına varmışlardır. Aile hekimliği disiplini, tüm disiplinler arasında, çevresel-uyumsal yaklaşım ile yapısalcı yaklaşımı birleştirmeye veya aralarında köprü kurabilmeye en yakın duran disiplindir.
2. Öznelğin önemi. Burada hastanın kendi rahatsızlığı ile ilgili yaşadığı deneyimin göz önüne alınmasını kastediyorum. Hekimlere hastalarının deneyimleri hakkında bilgi edinmelerinde yardımcı olabilecek hem yazılı, hem de bloglarda ifade edilmiş zengin bir “hastalık öyküleri” literatürü bulunmaktadır.
3. Tıbbın insancıl yönü üzerine vurgu. Elbette aile hekimliği bu konuda yalnız değildir. Ancak, özellikle bizim anabilim dalımızın sağlık bakımında daha insancıl bir yaklaşım konusunda önemli katkılar sağlayarak giderek ön plana çıkan teknolojik ve aygıtsal yaklaşımı dengelemeye çalıştığını ifade etmeliyim.
4. Göz ardı edilen marjinal toplulukların dikkate alınması. Bizler toplum içinde çalıştığımız için bu grupların karşılanmamış gereksinimlerinin daha çok farkında oluyoruz. Aile hekimliği öğretim üyeleri genellikle, üniversitelerinde ve toplumda, eşitliğin sağlanması ve sürdürülmesi çalışmalarına önderlik etmektedirler.
5. Yeterince yüksek sesle olmasa da, “iyileşme” kavramını vurguluyoruz. Bu kavram, sıklıkla ütopyik bir amaç olan “tedavi etme” kavramının hegemonyası altındaki Akademik Sağlık Bilimleri Merkezleri için bir uzaylı gibidir.
6. Yine buna ilişkin olarak, gerçek anlamda olgunlaşmış tüm hekimlerin bir özelliği olan “klinik bilgelik”. Aile hekimleri bu özelliğin mükemmelleşmesine son derece elverişli bir konumda bulunmaktadırlar. Kanadalı roman ve oyun yazarı Robertson Davies bunu şu şekilde ifade etmektedir: “Birinci sınıf bir şifacı ile ehil bir teknisyen arasındaki farkı belirleyen manevi mesafe.”^[12] Felsefeci Stephen Toulmin de şöyle bir uyarıda bulunmuştur: “Hekimlik sanatını icra edenlerin çoğu Davies’in ‘bilgelik’ olarak tanımladığı maneviyatı hedefleyerek yola çıkmış olabilirler. Ancak bakış açıları daraldıkça ve akademik meşguliyetleri arttıkça başarıma şansları da azalacaktır.”^[13]
7. Aile hekimliğinin akademik katkıları listesinin son maddesinde, standart klinik yöntemden anlamlı bir şekilde ayrılan, hasta merkezli klinik yöntem yer almaktadır. Hasta Merkezli Klinik Yöntem^[14] net bir şekilde tanımlanmış ve daha iyi anlaşılması amacı ile pek çok araştırma yapılmıştır. Bu yöntemin öğretile-

bildiği ve sağlık çıktılarını iyileştirdiği kanıtlanmıştır. Her ne kadar sıklıkla iyi anlaşılmamış olduğu görülse de, aile hekimliği dışında da kabul edilmekte ve benimsenmektedir.

Bu noktaya kadar aile hekimliğinin ortaya çıkışının genel tıp içindeki yerini saptamaya ve içsel ve dışsal tartışmalarımızın doğasını incelemeye çalıştım. Şimdi, aile hekimliğinin akademik gelişimi önünde durduğunu düşündüğüm engellerden söz etmek istiyorum.

1. İlk olarak ve her şeyden önce aile hekimliği akademik birimlerinin eğitim ve araştırma etkinliklerine daha fazla önem vermeleri gerektiğine inanıyorum. 2010 yılında yapılan Kanada Ulusal Hekim İşgücü Anketi^[15] sonuçları, aile hekimlerinin haftada 1.11 saatlerini eğitime ve 0.68 saatlerini ise araştırmaya ayırdıklarını, diğer dal uzmanları için ise bu sürelerin sırası ile 2.20 ve 2.53 saat olduğunu ortaya koymuştur. Arada 2-3 kat gibi bir fark bulunmaktadır. Elbette bunun nedenleri karmaşıktır. Ancak bu bulgu neden tıp öğrencilerinin aile hekimliğini akademik anlamda ilgi çekici bir disiplin olarak görmediklerini açıklamaktadır. Bu durum değişmek zorundadır.
2. Akademik uzmanlık sonrası programları ve araştırma burs programları ile entelektüel birikimimizi derinleştirmeye devam etmeliyiz. Western Üniversitesi’nin Aile Hekimliğinde Klinik Bilimler Yüksek Lisans Programı’nı şu ana kadar tamamlayan 86 aile hekimi fakülte dekanı, anabilim dalı başkanlığı ve müfredat geliştirme gibi görevler ile lider pozisyonlarda görev almışlardır. Yeni başlatılan ve büyük ilgi gören bir doktora programı ise ilk mezunlarını bu sonbaharda verecektir. Kuzey Amerika dışında da pek çok ülkede aile hekimliği doktora programları vardır. Bu programlar ve bu programların mezunları bizim genel tıp alanına etki edebilmemizin başlıca yoludur.
3. Aile hekimliğinin akademik gelişimi klinik birikim olmadan sağlanamaz. Klinisyenler ve araştırmacılar arasındaki bağı güçlendirmeli ve korumalıyız. Bu bağ, aynı zamanda, akademik gelişim ile aile hekimliği klinik uygulamasında gerçekleşen değişimlerin örtüşmesini sağlayacaktır. Ekip temelli hizmet artarak yaygınlaşmakta ve aile hekimliğinin nasıl yapılacağı ile ilgili önemli çıkarımlar sağlamaktadır.
4. “Bilgi patlaması” ve bilginin dijitalizasyonu ile gelen dallanıp budaklanmayı da göz önüne almalıyız. Bilgisayar bilimcisi Herbert Spencer bizi, bilgi arttıkça dikkatin azaldığı konusunda uyarmaktadır. 1960’lardan bu yana veri ve bilgi işleme kapasitemiz 10 milyon kat artmıştır. Bu, bilgi miktarına göre dikkatimizin hızla seyredildiği anlamına gelmektedir.^[16] Eğer bilgi sahip olduğumuz veri ve ona yönelttiğimiz dikkatin bir ürünü ise, bilgi patlaması bu ürünü fabrikada stoklanan (örn. kitaplar) bir şeyden akan bir şeye (örn. Wikipedia) dö-

nüştürmüştür. Bu ortam, derin ve incelikli olanı dikkate alma çabasına direnmekte ve hızlı ve odaklanmış olan lehine davranmaktadır. Bir disiplin olarak bunun klinik görüşmelerimizde kullandığımız çerçeve için ne anlama geldiğini sorgulamalıyız. Araştırma alanında bilgiye “sadece şu anda” gözlüğü ile yaklaşmak görüş alanımızı daraltmakta ve rastlantısal keşifler yapma şansımızı azaltmaktadır. Dört başı mamur bir aile hekiminin en etkin olduğu alanda, derin ve bütünlük bilgisi alanında şiddetli bir aşınma yaşanmaktadır.

Sonuç olarak, bu konuşmamda, aile hekimliğinin genel akademik tıp içindeki yerini saptamaya ve sağladığı akademik katkılar ile özünde bir akademik disiplin olarak nasıl geliştiği hakkında bir parça bilinç oluşturmaya çalıştım. Aile hekimliği, bir akademik disiplin olarak, geride bıraktığımız 40 yılda sağlam temeller inşa etmiştir.

Kaynaklar

Kaynak listesi 189. sayfada yer almaktadır.

Aile Hekimliği

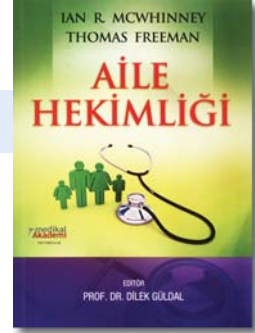
Yazarlar: Ian R. McWhinney, Thomas Freeman

Çeviri Editörü: Dilek Güldal, **Yardımcı Editörler:** Tolga Günvar, Okay Başak

Çevirenler: Ediz Yıldırım, Gizem Limnili, Mehtap Kartal, Nilgün Özçakar, Tolga Günvar, Vildan Mevsim, Zeynep Günay

Medikal Akademi Yayıncılık, 1. baskı, İstanbul, 2012; 15.5x23.4 cm, 461 s.

ISBN: 978-605-462-600-7



McWhinney'in ünlü kitabının ikinci baskısını mutlu bir tesadüf eseri birkaç yıl önce edinmiş, bu ufuk açıcı kitaptan yararlanmış, yazılarımda alıntılar yapmıştım.

8-11 Kasım 2012 tarihlerinde İzmir'de düzenlenen 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri'ne gittiğimde büyük bir sürprizle karşılaştım: Bu önemli kitap dilimize kazandırılmış, üstelik kitabın ikinci yazarı Thomas Freeman ile kitaba katkıda bulunan eşi, epidemiyolog Moira Stewart karşımızdaydı. Kanadalı çift iki gün erken gelmiş, gezdikleri Efes, Bergama ve Asklepon'dan çok etkilenmişlerdi. Biz de oluşturdukları çalışma gruplarında kitabın ele aldığı hekimliğin felsefi boyutları üzerine kendi aramızda tartışmak ve sonrasında Freeman ile birlikte vargılarımızı değerlendirmek fırsatını bulduk.

Erdinç Yavuz arkadaşımız 14 Kasım 2012'de aile grubunda kitap hakkında önemli bir tanıtım yazısı yayınladı. McWhinney'in imzasını taşıyan ilk iki baskıyı (Aile Hekimliğine Bir Giriş; 1981, Bir Aile Hekimliği Ders Kitabı; 1989) yazarlar "bir yıl boyunca sayfa sayfa elden geçirmiş, zamanı geçtiğine karar verilen bölümler kitaptan çıkartıp, hatırı sayılır ölçüde yeni maddeler eklemiş"ler.

Çeviri editörü Prof. Dr. Dilek Güldal önsözünde şu noktaları vurguluyor: "Bu kitap, aile hekimliğinin nereden doğduğu, neden ve nasıl bir disiplin olduğu, bir aile hekiminin ne gibi özellikleri olması gerektiği konularında yazılmış en temel kitaplardan birisidir. Yıllarca kitabı birçok meslektaşımıza, asistanımıza ya da aile hekimliğini öğrenmek isteyen diğer uzman hekimlere orijinal dilinden okumaları için tavsiye ettim. Ama kitabın felsefi ve sosyal içeriği, okunabilmesi ve anlaşılabilirliği için çok iyi bir yabancı dil bilgisi gerektiriyordu. Bu nedenle aile hekimliğinin temellerini çok ustaca anlatsa da kitabın gerektiği kadar okunmadığını endişeyle gözlemledim. (...) Elinizdeki kitap aile hekimliğinin evrensel ilkelelerini tüm yönleri ile aktaran bir ders kitabı-klasik haline gel-

miştir. Bu esere ekleyeceklerimiz birikene kadar dilimize çevirisi ile yetineceğiz."

Kitabın önsözü şu cümle ile açılıyor: "İki tür ders kitabı vardır: Bir alandaki bilgileri kapsamayı hedefleyenler ya da o alanı tanımlamak ve kavramsallaştırmayı amaçlayanlar. Bu kitap ikinci türündendir." Kitap bu ana fikir çerçevesinde dört bölümden oluşuyor.

Temel İlkeler; [3-248] bölümü (I) (Aile Hekimliğinin Kökeni, Aile Hekimliğinin İlkeleri, Rahatsızlık ve Toplum, Aile Hekimliğinin Profili, Aile Hekimliğinin Felsefi ve Bilimsel Temelleri, Hastalık, Acı Çekme, İyileşme, Hasta - Hekim İletişimi, Klinik Yöntem, Sağlığın Geliştirilmesi ve Hastalıkların Önlenmesi, Sağlıkta ve Hastalıkta Aile) başlıkları altında kitaba ruhunu veren aile hekimliği yaklaşımını tarihî, felsefi, toplumsal yönleriyle ele alıyor.

Klinik Sorunlar [251-335] bölümü (II) üç belirti; (Akut Boğaz Ağrısı, Baş ağrısı, Halsizlik), bir fizyolojik değişken/risk faktörü; (Hipertansiyon), biri de geleneksel hastalık sınıflaması (Diyabet) çerçevesinde aile hekiminin olguya/olgulara nasıl ve ne şekilde yaklaşması gerektiğini inceliyor.

Aile Hekimliğinin Uygulanması [363-424] (III) (Evde Bakım, Kayıtlar, Konsültasyon ve Sevk, Sağlık Meslekleri, Toplumsal Hizmet Ağı, Alternatif veya Tamamlayıcı Tıp, Aile Hekimliği Biriminin Yönetimi) ile **Eğitim ve Araştırma** [425 - 444] (IV) (Sürekli Öğrenme, Aile Hekimliğinde Araştırma) bölümleri aynı anlayışın günlük tıbbî pratikteki uygulanışını ele alıyor. Kitabın sonunda yer alan, özenle hazırlanmış 17 sayfalık indeks bölümü yazar ve editörlerin titiz çalışmasını vurguladığı gibi kitabın kullanımını da kolaylaştırıyor.

Bu değerli kitabın dilimize arı bir Türkçeye kazandırılmasından mutlu oluyoruz. Ama hayat hep kazanç ve kayıplarla ilerliyor. Milyonlarca ışık yılı uzaktaki bir yıldız söndüğü halde biz onun ışığını görmeyi sürdürdüğümüz gibi, kitabın Türkçe baskısı sürerken McWhinney'yi yitirdiğimizi öğreniyoruz; 28 Eylül 2012.

EURACT 2012 sonbahar dönemi konsey toplantısı Adana'da yapıldı

En son Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (EURACT) Konsey Toplantısı 1-3 Kasım 2012 tarihleri arasında 25 üyenin katılımı ile Adana'da yapılmıştır. Ev sahipliğini Türkiye adına EURACT Konsey üyesi olarak benim üstlendiğim bu toplantı, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) maddi ve manevi destekleriyle gerçekleşmiştir. Konsey toplantısı kapsamında; Yönetim Kurulu toplantısı, Konsey çalışma oturumları, Komite ve Çalışma Grupları çalışmaları yapılmıştır. Adana'daki Konsey toplantısında EURACT Konsey toplantılarında bir ilk olarak, EURACT ve EGPRN (European General Practice Research Network - Avrupa Genel Pratisyenlik/Aile Hekimliği Araştırma Ağı) ortak toplantısı gerçekleştirilmiş, toplantıya EGPRN Türkiye temsilcisi ve Wonca Avrupa Yönetim Kurulu üyesi Prof. Dr. Mehmet Ungan ve TAHUD başkanı Prof. Dr. Okay Başak da katılmıştır.

EURACT Konseyi'nin 2010-2012 dönemi toplantıları Kasım 2010 Belçika Leuven, Mayıs 2011 Estonya Talin, Kasım 2011 Portekiz Faro ve Mart 2012 İsrail Kudüs toplantılarıdır. Faro Konsey Toplantısında dile getirdiğim "uzaktan ve part-time uzmanlık" hakkındaki Kanun Hükmünde Kararname sorunu büyük ilgi çekmiş ve EURACT Konseyi bazı önerilerde bulunmuştur. TAHUD'un Wonca Europe, UEMO ve EURACT'a ayrı ayrı mektuplar yazarak durumu bildirmesi önerilmiş ve bunun üzerine EURACT'den protesto mektubu yazılabileceği dile getirilmiştir. Letonya, Slovakya ve Türkiye'nin benzer sorunları "burning issue" olarak ele alınmıştır.

EURACT Nedir?

Avrupa Aile Hekimliği Eğiticileri Akademisi (The European Academy of Teachers in General Practice and Family Medicine - EURACT) Mart 1992'de kurulmuştur. Akademi'nin amacı; öğrenme ve öğretme yoluyla aile hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesini sağlayarak Avrupa'da aile hekimliği hizmetlerinde yüksek standartlara erişilmesine katkıda bulunmaktır.

EURACT'a halen 39 ülke üyedir. EURACT ile ilgili ayrıntılı bilgilere www.euract.eu web adresinden ulaşılabilir.

Komiteler

EURACT Konseyi bünyesinde çalışan dört kalıcı komite bulunmaktadır:

- Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi (Basic Medical Education). Başkan Francesco Carelli (İtalya).
- Uzmanlık Eğitimi (Specialty Training). Başkan Alma Eir Svavarsdottir (İzlanda).
- Sürekli Mesleki Gelişim (Continuous Professional Development). Başkan Ruth Kalda (Estonya).
- Üye Hizmetleri (Member Services Committee). Başkan Esra Saatçı (Türkiye).

Başkanlığını yürüttüğüm Üye Hizmetleri Komitesinin temel çalışma alanları; EURACT tanıtım ve yayın etkinlikleri, Wonca Dünya (20th World Conference 25-29 Haziran 2013 Prag, 2016 Rio de Janeiro) ve Avrupa (WONCA Europe Conference 2-5 Temmuz 2014 Lizbon, 21-25 Ekim 2015 İstanbul) kongrelerine katılım ve EURACT'ın görünürlüğünü artırma etkinlikleri (tanıtım, workshoplar, booth, dokümanlar, keynote), EURACT doküman hazırlıkları (örn. EUPA, EURACT Position Paper), yeni Avrupa aile hekimliği tanımı ve yeni aile hekimliği merkezi uzmanlık sınavı çalışmaları, diğer kuruluşlarla işbirliği (AMEE, EGPRN, EQUIP, EURIPA, Vasco de Gama, IAMSE, UEMO, EUPA, Wonca-Europe), ülke veri tabanlarının oluşturulması ve web sitesinde erişilebilir olmasının sağlanması, EURACT üyeliğine başvuruların basitleştirilmesi, web sitesine her üye ülkenin ulusal uzmanlık derneği linkinin konması, üyelik aidatını ödeyen her üyeye yeni hazırlanan EURACT sertifikalarının gönderilmesi gibi etkinliklerdir. EURACT üyesi olmanın başlıca kazanımları prestij; bilgi edinme, kurslara erişim ve kayıt ücretlerinde indirim; o ülkede düzenlenen EURACT kurslarına, WONCA çalıştaylarına (workshop), AMEE konferanslarına ve EURACT Newsletter'a erişim; EURACT Educational Agenda ve Educational Expertise Framework gibi belgelere erişimdir.

EURACT Kursları önümüzdeki dönemde de devam edecektir:

- EURACT Bled Kursları (22nd International Course Eylül 2013, Slovenya, Bled)
- Leonardo Eğitici Eğitimi Kursları (20-24 Mart 2013 Polonya, Krakow Birinci Düzey Kursu ve 2014 yılında İkinci Düzey Kursu)
- Advanced Teaching Skills Course (2013 Kıbrıs Rum Kesimi)
- Assessment Course (2012 Gürcistan, 2013 Sırbistan)

Çalışma Grupları

EURACT Konsey bünyesinde belli bir görev için kurulan ve görevin tamamlanmasından sonra dağılan çalışma grupları da vardır. Bugün için aktif dört çalışma grubu bulunmaktadır:

- Konferanslar/Eğitim (Conferences/Education Task Force)
- Eğitim Araştırmaları (Educational Research Task Force)

- Websitesi (Website Task Force)
- Eğitim Çerçevesi (Educational Framework Task Force)

Bu çalışma gruplarına ek olarak iki yeni çalışma grubu (task force) oluşturulmuştur: Aile hekiminin yeni Avrupa tanımı (new European definition) ve Avrupa sınavı (European license examination) çalışma grupları yeni Avrupa aile hekimliği tanımı ve yeni aile hekimliği merkezi uzmanlık sınavları konularında çalışmalarına başlamıştır.

Türkiye ve EURACT

Türkiye EURACT içinde 104 üye ile en fazla üyeye sahip ülke konumundadır. Kasım 2010 – Kasım 2012 tarihleri arasında Türkiye toplam 46 yeni üye kaydı gerçekleştirmiş ve bu dönemde en çok yeni üye kaydı yapan ülke olmuştur. Üye sayımızı nasıl böyle arttırabildiğimiz merak konusu olmuş ve takdirle karşılanmıştır. Aile hekimliği uzmanı olan ve EURACT'a henüz üye olmayan meslektaşlarımı üye olmaya, üye olanları ise EURACT etkinliklerine katkıda bulunmaya davet ediyorum, saygılar sunuyorum.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde Aile Hekimliği Uzmanları

Derginizin 2012;16(2) sayısının Aile Hekimliğinden Haberler bölümünde yayınlanan ‘Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin yeni bir üyesi: Aile Hekimliği Uzmanı’ başlıklı yazıda^[1] Sayın Çayır disiplinimiz adına farklı bir deneyiminden ve aile hekimliğine farklı bir bakıştan bahsetmektedir. Aile Hekimliği Uzmanı Dr. Çayır’ın bir Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi’nde (YYBÜ) çalışması, birinci basamak hekimi olan aile hekimliği uzmanlarının ikinci ya da üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, günümüz şartlarında yenidoğan yan dal uzmanlığını yapan hekimlerin görevlendirildiği yerlerde de görev yapabileceğini kanıtlamaktadır. Bu durum disiplinimiz adına gurur verici bir uygulamadır.

YYBÜ’de çalışmak uzmanlık eğitimim esnasında benim için farklı bir deneyim olduğu gibi, sonrasında da ‘Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi’ adlı tezimi de yaptım. Sayın Çayır’ın da yazısında bahsettiği gibi YYBÜ’ler çok özel koşullarda çalışılan yerlerdir. Hem çok farklı hasta grubu hem de çok özen gösterilmesi gereken hasta yakınları ile birlikte olduğunuz özel mekanlardır. Hastalarınızdan gözünüzü ayıramazsınız, çünkü her an bağlı bir entübasyon tüpü çıkabilir ya da tıkanabilir. YYBÜ’de görevli her personel devamlı görev başındadır ve hiçbir zaman gece olmaz.

Ne yazık ki, sesleri tiz çıkan ya da hiç çıkmayan hasta grubunuzla birlikte, gözleri korkulu ve endişeli ya da yaşlar içinde olan, yenidoğan bebeğini henüz hiç kucasına alamamış anneler, o yoğun temponun içinde sizden yardım bekler. Çalışmamızda YYBÜ’de izlenen 78 bebeğin annesiyle postpartum 3. gün ve sonrasında yaptığım görüşmeler sonucunda bebekleriyle temas eden ya da onları görmeye giden 41 annenin durumluk-sürekli kaygı düzeyinde artış olduğunu, hospitalizasyon süresi arttıkça ve gestasyonel yaş düştükçe kaygı düzeylerinin ve depresyona eğilimlerinin arttığını saptadık. Öte yandan düşük doğum ağırlıklı bebeklerin annelerinin kaygı düzeyleri daha yüksekti ve eğitim düzeyi arttıkça depresyon azalmakta, kaygı düzeyleri düşmekteydi. Anne yaşı ile depresyon varlığı ve kaygı düzeyleri arasında ilişki saptamadık, ancak doğum

öyküsünde düşük riski ya da intrauterin bebek ölümü olan annelerin sürekli kaygı düzeyleri yüksekti. Preterm bebek annelerinde kaygı artarken, özellikle konjenital anomalili bebekleri olan annelerde kaygı ile birlikte depresyona eğilim de artış göstermekteydi.^[2] Bu bebeklerin sağlık problemlerinin bir ömür süreceği, anne ve bebeğin uzun dönem takiplerinin aile hekimi tarafından devam ettirileceği düşünüldüğünde bu hasta grubu özel bir ilgi ve bakım gerektirmektedir.

Çayır’ın da yazısında bahsettiği gibi annelerin YYBÜ’de desteğe ihtiyaçları vardır. Yaşamla ve zamanla savaşın verildiği YYBÜ’lerde sağlık çalışanları annelere bebekleri hakkında bilgi vermek için ancak birkaç dakika ayırabilmektedirler. YYBÜ’lerde annelerin yaşamakta olduğu emosyonel travma, postpartum dönemin değişimleriyle ortaya çıkan sağlık problemleri ne yazık ki sorgulanamamaktadır. Yurtdışında birçok merkezde bu sorunu çözmek için psikolog ve sosyal hizmet görevlileriyle birlikte çalışılmaktadır,^[3] ancak ülkemizde ne yazık ki bu uygulamalar mevcut değildir. Bu nedenlerden dolayı hem YYBÜ’lerde hem de hastane çıkışında aile hekimlerinin birçok görevi bulunmaktadır. Uzmanlık eğitimimiz esnasında YYBÜ’lerde edindiğimiz bilgi ve beceri ile annelere tedavi edici, rehabilite edici ya da danışmanlık hizmetleri verebiliriz. Birinci basamakta da hem anne hem de bebeğin takiplerinin gerçekleştirilmesi ve annenin bilgilendirilmesi, annenin duygu durumunun belirli aralıklarla değerlendirilmesi, aynı durumdaki annelerin bir araya getirilerek paylaşım ve psikolojik destek programları oluşturulması, birinci basamakta çalışan ve bireye bütüncül yaklaşan aile hekiminin görevleri arasında yer almaktadır.

Kaynaklar

1. Çayır Y. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinin yeni bir üyesi: Aile Hekimi Uzmanı. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi* 2012;16:103.
2. Uludağ A, Ünlüoğlu İ. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Bebeklerin Annelerinde Stres Oluşturan Faktörler; Stresle Başa Çıkmada Birinci Basamağın Rolünün Belirlenmesi. *Konuralp Tıp Dergisi* 2012;4:19-26.
3. Preyde M, Ardal F. Effectiveness of a parent “buddy” program for mothers of very preterm infants in a neonatal intensive care unit. *CMAJ* 2003; 168:8.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 16 (2012)

Hakem Dizini

Reviewer Index for Volume 16 (2012) of the Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 16 (2012) içeriğine, makale değerlendirme sürecinde hakemlik yaparak katkı veren, aşağıda adları yazılı meslektaşlarımıza Editörler Kurulu olarak teşekkür ederiz.*

The Editorial Staff of the Turkish Journal of Family Practice expresses their appreciation to the following colleagues who have reviewed manuscripts for Volume 16, 2012

Doç. Dr. Hülya Akan

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tuncay Müge Alvr

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Yrd. Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bülent Bozdoğan

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ceyhan Ceyhan

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kardiyoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Serap Çifçili

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selma Çivi

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Güzel Dişçigil

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tamer Edirne

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayfer Gemalmaz

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Günay Gürleyik

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma
Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği

Doç. Dr. Mehtap Kartal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. M. Mümtaz Mazicioğlu

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Vildan Mevsim

Dokuz Eylül Üniversitesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Arin Namal

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Tıbbi Deontoloji ve Etik Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ali Rıza Odabaşı

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ekrem Orbay

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Diyabet Polikliniği

Doç. Dr. Nilgün Özçakar

Dokuz Eylül Üniversitesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Esra Saatçi

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Recep Erol Sezer

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Erkan Melih Şahin

Çanakkale Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. İsmet Tamer

Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Aile Hekimliği Polikliniği

Doç. Dr. Yeşim Uncu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Mehmet Ungan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Arzu Uzuner

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Pemra Cöbek Ünal

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu

Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bektaş Murat Yalçın

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Füsün Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Aile Hekimliği Anabilim Dalı

*İsimler soyadı sırasına göre yazılmıştır. / The names are in alphabetical order.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 16 (2012)

Konu Dizini

Subject Index for Volume 16 (2012) of the Turkish Journal of Family Practice

Aile Hekimliği Uygulamaları | Family Practice

Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri hastaların beklentileri ile uyumda mıdır? *Do the core competencies of family medicine relevant to patients' expectations?* Güldal D, Günvar T, Mevsim V, Kuruoğlu E, Yıldırım E **107**

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

QUALICOPC: Birinci basamak sağlık hizmetlerini kalite, maliyet ve eşitlik açısından değerlendiren çok ülkeli bir çalışma. *QUALICOPC: a multi-country study evaluating quality, costs and equity in primary care.* Akman M, Kalaça S, Sargın M, Tuncel B, Ünlüoğlu I, Uğurlu M, Schäfer WLA, Boerma WGW ve Groenewegen PP **68**

Uzman olmayan hekimlerin sürekli mesleki gelişim ve öğrenme gereksinimleri: Kesitsel bir çalışma. *Continuous professional development and learning needs of non-vocationally trained physicians: a cross-sectional study.* Topal K, Saatçi E, Baştürk R, Çallı Demirkan N **113**

Başmakale | Editorial

1997'den bugüne. *Since 1997.* Çağlayaner H **105**

Bilim... Araştırma... Dergimiz... Science... Research... Our Journal... Güldal D **155**

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nde yeni döneme girerken 2. *Turkish Journal of Family Practice: at the beginning of a new era 2.* Akman M **53**

Yeni döneme girerken. *At the beginning of a new era.* Başak O **1**

Çocuk ve Ergen Sağlığı | Child and Adolescent Health

D hipervitaminozu: Olgu sunumu. *D hypervitaminosis: a case report.* Kara S, Yıldırım Baş F, Öngel K **93**

Güvensiz internet kullanımı ile ilgili bir olgu sunumu: Sanal taciz. *A case report about unsafe use of internet: online harassment.* Şener MT, Set T, Dursun OB **127**

PFAPA sendromu. "Periyodik yüksek ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit". *Case report: PFAPA syndrome. "Periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis and adenitis"* Çelikkcan G, Kahveci R, Özkara A **15**

Sigara içen, obez adolesan bir hastaya yaklaşım. *Management of a adolescent and obese patient who visits Ondokuz Mayıs family practice smoking quitance polyclinic.* Unal M, B. Yalçın M, Pirdal H **87**

Durum Raporu | Position Paper

Family medicine training in Turkey: some thoughts. *Türkiye'de aile hekimliği eğitimi: Bazı düşüncüler.* Metsemakers JFM **23**

Family Medicine's academic contributions: Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey. *Aile Hekimliğinin akademik katkısı: Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir.* Freeman T **181**

The training of family medicine specialists and training in general practice. *Aile hekimliği uzmanlarının eğitimi ve birinci basamak aile hekimliği uygulamasında eğitim.* Kjaer NK **130**

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

Enfeksiyon Hastalıkları | Infectious diseases

Aile hekimliğinde grip ve grip aşısı: Bilmek uygulama için yeterli mi? *Influenza and influenza vaccine in family practice: is knowledge sufficient for practice?* Akçay Ciblak M, Nohutçu N, Gürbüz I, Badur S, Güldal D **157**

Kronik Hepatit C hastalarında Hepatit B enfeksiyonu ile karşılaşma sıklığı: Geriye dönük bir çalışma. *The frequency of hepatitis B virus infection in patients chronically infected with hepatitis C virus: a retrospective study.* Akca F, Demir Akca AS, Aydemir S, Aktunç E **3**

Halk Sağlığı | Public Health

Amalgam dolguların insan dokuları üzerindeki etkileri. *Effects of amalgam fillings on human tissues.* Martı Akgün Ö, Akgün H **83**

Otopark çalışanlarında kan kurşun, kadmiyum, krom ve total antioksidan düzeyinin değerlendirilmesi. *Evaluation of blood lead, cadmium, chromium and total antioxidant levels of car park workers.* Arda Sürücü H, Kale E, Ertem M, Canoruç N **61**

Kadın Sağlığı | Women's Health

Obesite hirsutizmli kadınlarda hirsutizmin şiddetini artırır. *Obesity increases the severity of hirsutism in hirsute women.* Cebeci F, Onsun N, Pekdemir A, Cinkaya A, Arda H **119**

Kardiyovasküler Sorunlar | Cardiovascular Disorders

Asemptomatik akut aort diseksiyonu: Sessiz tehlike. *Asymptomatic acute ascending aortic dissection: silent danger.* Halil Erdoğan I, Yıldırım O, Gül EE, Akıllı H **178**

Onkoloji | Oncology

İlk kez tanı konan kolorektal kanser hastalarının epidemiyolojik özellikleri. *The epidemiological features of the newly onset colorectal cancer patients.* Turan E, Yalçın BM, Yücel I, Ünal M **169**

Kanser hastalarında depresyon ve anksiyete düzeyleri ve hastalıkla başa çıkma tutumlarının ilişkisi. *Relationship between depression and anxiety levels and attitudes of coping with disease in cancer patients.* Aydoğan Ü, Doğaner YÇ, Borazan E, Kömürcü Ş, Koçak N, Öztürk B, Özet A, Sağlam K **55**

Özetler | Abstracts

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

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.* **141**

Safra Kesesi Hastalıkları | Gallbladder Disorders

Safra taşı olan olgularda lipid profilleri. *Lipid profiles of patients with gallstones.* Öner C, Güneri MC **123**

Tıp Eğitimi | Medical Education

Bir kene çıkartma mesleksel beceri dersi: Program geliştirme ve değerlendirme. *A tick removal procedural skills lesson: program development and evaluation.* Hökelek M, Yalçın BM, Tontuş HÖ **164**

Uyku Bozuklukları | Sleep disorders

Polisomnografi tanımı ve endikasyonları. *Polysomnography diagnosis and indications.* Kuzu Okur H **11**

Yaşlı Sağlığı | Geriatrics

Yaşlılarda sık görülen deri hastalıkları. *Common skin diseases of the elderly.* Parlak A, Küçükuslu N, Aydoğan Ü **72**

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 16 (2012)

Yazar Dizini

Author Index for Volume 16 (2012) of the Turkish Journal of Family Practice

Akca F. 3	Freeman T. 181	Özkara A. 15
Akçay Ciblak M. 157	Groenewegen PP. 68	Özseven L. 8
Akgün H. 83	Gül EE. 178	Öztürk B. 55
Akıllı H. 178	Güldal D. 107, 155, 157	Parlak A. 72
Akman M. 53, 68	Güneri MC. 123	Pekdemir A. 119
Aktunç E. 3	Günvar T. 107	Pirdal H. 87
Arda H. 119	Gürbüz İ. 157	Saatçi E. 113
Arda Sürücü H. 61	Hökelek M. 164	Sağlam K. 55
Aydemir S. 3	Kahveci R. 15	Sargın M. 68
Aydoğan Ü. 55, 72	Kalaça S. 68	Schäfer WLA. 68
Badur S. 157	Kale E. 61	Set T. 127
Başak O. 1, 18	Kara S. 93	Şener MT. 127
Baştürk R. 113	Kjaer NK. 130	Tontuş HÖ. 164
Boerma WGW. 68	Koçak N. 55	Topal K. 113
Borazan E. 55	Kömürcü Ş. 55	Tuncel B. 68
Canoruç N. 61	Kuruoğlu E. 107	Turan E. 169
Cebeci F. 119	Kuzu Okur H. 11	Uğurlu M. 68
Cinkaya A. 119	Küçükuslu N. 72	Ünal M. 87, 169
Çağlayaner H. 105	Martı Akgün Ö. 83	Ünlüoğlu İ. 68
Çallı Demirkan N. 113	Metsemakers JFM. 23	Yalçın BM. 87, 164, 169
Çelikcan G. 15	Mevsim V. 107	Yıldırım Baş F. 93
Demir Akca AS. 3	Nohutçu N. 157	Yıldırım E. 107
Doğaner YÇ. 55	Onsun N. 119	Yıldırım O. 178
Dursun OB. 127	Öner C. 123	Yücel İ. 169
Erdoğan Hİ. 178	Öngel K. 93	
Ertem M. 61	Özet A. 55	

Koyu basılmış sayfa numaraları ilgili yazarın birinci isim olduğu makaleleri belirtmektedir. / Bold page numbers indicate papers in which the relevant author is the first author.