

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

# Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi



Cilt 17 Sayı 1 | 2013 |

Volume Number

3 AYDA BİR YAYIMLANIR  
PUBLISHED QUARTERLY

## Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi

Derya Sıkar, Levent Yaşar, Betül Battaloğlu İnanç, Nurgül Yaşar

## Mastalji, anksiyete ve ilişkili faktörler: Vaka-kontrol çalışması

Nurgül Balcı, Vildan Kantekin, Didem Sunay, Osman Aydın, Nadir Turgut Çavuşoğlu, Yusuf Ergün, Oğuz Tekin, Onat Çakıt



## Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler

Gizem Limnili, Nilgün Özçakar

## Sezaryen skarında insizyonel endometriozis olgusu

Levent Hekimoğlu, Serhat Tatlıkazan

**Baş Editör | Editor-in-Chief**

Prof. Dr. Okay Başak

**Editörler | Editors**

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  
Uz. Dr. Emrah Kırımlı  
Yrd. Doç. Dr. Ümit Aydoğan

**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  
Ziaur Rahman Cad. No: 7/10 Çankaya 06650 Ankara

**Yazışma Adresi | Business Correspondence**

e-posta: [medya@deomed.com](mailto:medya@deomed.com)

**Teknik Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator**

İlknur Demirel, [ilknurd@deomed.com](mailto:ilknurd@deomed.com)

**Grafik Tasarım | Graphic Design**

Tolga Erbay, [tolgae@deomed.com](mailto:tolgae@deomed.com)

**Sayfa Düzeni | Application**

Nurgül Özcan, [nurgulozcan@deomed.com](mailto: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](mailto: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](http://www.deomed.com)

**Baskı ve Cilt | Printing and Binding**

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



**Kapak Resmi:** Gürcan Nalkıran "Narlar" (2011) 50X60 cm, tuval üzerine yağlı boya

Ressam, grafiker. Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Resim ABD - Grafik Ana Sanat Dalı 1982 mezunu. Sanatsal anlamda resim çalışmalarına 1998 yılından itibaren Yusuf TAKTAK atölyesinde başladı. 2002-2006 yılları arasında yaşadığı ABD New Mexico eyaletinde devam etti. Renkçi ve dışavurumcu bir anlayışı benimseyen sanatçı birçok karma ve kişisel sergi açtı. Halen çalışmalarını İstanbul'daki atölyesinde sürdürmektedir.

**Ulusal Danışma Kurulu | National Advisory Board**

**Prof. Dr. Zekeriya Aktürk** (Aile Hekimliği)  
Atatürk Üniv. Tıp Fak. / Erzurum

**Prof. Dr. Nafiz Bozdemir** (Halk Sağlığı)  
Çukurova Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Adana

**Doç. Dr. Esra Saatçi** (Aile Hekimliği)  
Çukurova Üniv. Tıp Fak. / Adana

**Prof. Dr. Recep Erol Sezer** (Halk Sağlığı)  
Cumhuriyet Üniv. Tıp Fak. - Aile Hek. ABD / Sivas

**Doç. Dr. Mehmet Uğurlu** (Aile Hekimliği)  
Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi / Ankara

**Prof. Dr. Mehmet Ungan** (Aile Hekimliği)  
Ankara Üniv. Tıp Fak. / Ankara

**Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu** (Aile Hekimliği)  
Eskişehir Osmangazi Üniv. Tıp Fak. / Eskişehir

**Uluslararası Danışma Kurulu | International Advisory Board**

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

**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

**Prof. Dr. Waris Qidwai** (Family Medicine)  
Aga Khan University / Karachi, Pakistan

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

**Prof. Dr. Moira Steward** (Epidemiology & Biostatistics)  
The Schulich School of Medicine and Dentistry, The University of Ontario / Ontario, Canada

**Assoc. Prof. Nabil D. Sulaiman** (Family Medicine)  
College of Medicine, University of Sharjah / United Arab Emirates

**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 tanımlarını, 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 tanımları, 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 karar varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıt 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 örneklemin nasıl yapıldığı belirtilmeli, kullanılacak olan araçlar (anket, tanı yöntemi vb) ayrıntılı olarak tanımlanmalı 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 birinden 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 makalelere 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 görülduğünde 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; özgin 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 (özgin araştırma, derleme vb) için farklı yapılandırılır. Örneğin özgin 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](http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html)

Örnekler:

**Makaleler için:**

– Örnek: 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:**

– Raker RE. The family physician. In: Raker 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](http://www.turkailehekderg.org) adresinde yer alan çevrimiçi (*online*) sürümü aracılığıyla yapılabilmektedir. Dergi elektronik ya da geleneksel posta yoluyla yazı kabul etmemektedir.

## Başmakale | Editorial

### Hekimlik teknisyenlik değildir! | 1

Medicine is not a technical task!

Okay Başak

## Araştırmalar | Research Articles

### Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi | 3

Demographic features and indications of pregnant women with previous cesarean section

Derya Sıkar, Levent Yaşar, Betül Battaloğlu Inanç, Nurgül Yaşar

### Mastalji, anksiyete ve ilişkili faktörler: Vaka-kontrol çalışması | 8

Mastalgia, anxiety and related factors: case-control study

Nurgül Balcı, Vildan Kantekin, Didem Sunay, Osman Aydın, Nadir Turgut Çavuşoğlu, Yusuf Ergün, Oğuz Tekin, Onat Çakıt

### Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler | 13

The characteristics of applications to home health care service and expectations

Gizem Limnili, Nilgün Özçakar

### Acil önünde ve hastane çevresinde konaklayan hasta yakınları | 18

Patients' relatives spending the night in front of the emergency department and around hospital

Behçet Al, Suat Zengin, Şahin Kartal, Mehmet Murat Oktay, Aycan Akçalı, Cuma Yıldırım

## Olgu Sunumları | Case Reports

### Sezaryen skarında insizyonel endometriozis olgusu | 23

Incisional endometriosis after caesarean section: a case report

Levent Hekimoğlu, Serhat Tatlıkazan

### Orofarengeal tularemi tedavisinde streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksisite gelişimi: Olgu sunumu | 26

Development of vestibulotoxicity by streptomycin usage for treatment of oropharyngeal tularemia: a case report

Nail Özgüneş, Fatma Yılmaz Karadağ, Selcen Aksoy Demirci, Fikri Can Arıbal

## Durum Raporu | Position Paper

### Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri | 29

Developmental features of family medicine as a discipline in our country

Okay Başak

## Özetler | Abstracts

### Aile Hekimliği Akademisi (AHAD) 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri | 37

Abstracts presented at the Second Family Medicine Research Days, 8-11 November 2012, Izmir, Turkey

## Aile Hekimliğinden Haberler | News from Family Practice | i

İLAN

# Hekimlik teknisyenlik değildir!

Medicine is not a technical task!

Okay Başak<sup>1</sup>

Yeni Sağlık Bakanımızın göreve başlamasıyla yeni Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin yayınlanması, zamansal olarak örtüştü. Yeni Bakan, birinci basamakta aile hekimliği (AH) uygulaması ile ilgili sorunların ve rahatsızlıkların arttığı bir dönemde göreve başladı. Umarız birinci basamağın güçlenmesi ve aile hekimliği disiplininin geleceği adına yeni bir dönem, yeni bir başlangıç olur.

## Nihayet AH Uygulama (Saha) Eğitimi...

Yeni Yönetmelikte önemli bir yenilik var. Bilindiği üzere, 1985 yılında tümüyle hastane rotasyonlarından oluşan 36 aylık bir programla başlayan aile hekimliği uzmanlık eğitimi, 2010 yılındaki Tıpta Uzmanlık Kurulu (TUK) kararlarıyla yeniden yapılandırılmıştı; zorunlu rotasyonlar 18 aya indirilerek, 18 aylık sürenin de birinci basamakta aile hekimliği uygulama eğitimi (saha eğitimi) için ayrılması sağlanmıştı. Tartışmalı bir KHK ile 2011 yılında yasada yapılan değişiklik, yalnızca kişilerle yapılabilen aile hekimliği sözleşmesinin, aile hekimliği uzmanlık eğitimi veren kurumlarla da yapılabilmesinin önünü açmıştı. Şimdi yeni yönetmelik, eğitim kurumlarının birinci basamakta aile hekimliği uygulaması yapabildiğini ve aile hekimliği eğitimi verebilmesini sağlayacak bazı düzenlemeler getirmektedir.

Yönetmeliğin genel olarak aile hekimliği uygulaması ile ilgili bütünü yazımın son kısmına bırakarak, önce aile hekimliği uygulama eğitimi ile ilgili değerlendirmemi yapmak istiyorum. Kurulduğu 1990 yılından bu yana Derneğimiz ve kurulmaya başladıkları 1993 yılından bu yana üniversite anabilim dallarımız, tümüyle hastane rotasyonlarından oluşan uzmanlık eğitimi müfredatının aile hekimliği disiplini ve uzmanlık alanı için uygun olmadığını ve uzmanlık eğitiminin en az yarısının birinci basamak (BB) uygulama ortamlarında yapılması gerektiğini savundu. Ancak mezun olan AH uzmanlarının BB sağlık kuruluşlarına ve özellikle sağlık ocaklarına ataması yapılmadığı gibi, aile he-

kimliği eğitim birimlerinin eğitim amaçlı olarak kendilerine sağlık ocağı bağlanması talepleri de bir türlü karşılık bulmadı. 2003 yılında aile hekimliği uygulamasına geçiş kararı alınırken, en öncelikli talebimiz, yine AH uzmanlık eğitimi müfredatında AH uygulama eğitimine yer açılması ve AH eğitim birimlerine aile hekimliği uygulaması olanağı sağlanarak uygulama eğitiminin başlatılması idi.

Görüldüğü gibi 20 yıldır dile getirdiğimiz ve 10 yıldır sırasını beklediğimiz AH uygulama eğitiminin kapısı ancak 2010 yılında aralanabilmiştir. Son üç yılda yapılan mevzuat düzenlemeleriyle AH uzmanlık eğitiminde AH uygulama eğitimi, 2013 yılında gerçekleştirilme noktasına gelmiştir. Yeni yönetmelikte eğitim aile hekimliği birimleri ve eğitim aile sağlığı merkezlerinin yapılmasının tanımlanması, eksiklerine ve düzenleme yapılması gereken yönlerine karşın AH uygulama eğitimi sürecinde önemli bir aşamadır. Aile hekimliği eğitimcilerinin buradaki temel kaygısının eğitim olduğunu ve uzun süredir çok istedikleri uygulama eğitiminin başlamasında kazanç beklentilerinin ön planda olmadığını belirtmeliyim. Burada bir önemli noktayı daha vurgulamak isterim ki yeni yönetmelikle yolu açılan AH uygulama eğitimi, mevcut AH uzmanlık eğitiminin temel bir parçası, hatta ana gövdesidir. Yine tanımlanan eğitim aile hekimliği birimleri ve eğitim aile sağlığı merkezleri, başka amaçlara yönelik olarak ve özellikle “yarı zamanlı alternatif uzmanlık eğitimi modeli” için düşünülmemeli ve yorumlanmamalıdır. AH uygulama eğitimi AH disiplini ve uzmanlık alanı adına uzun süredir istediğimiz bir gelişmedir ve AH uzmanları ve akademisyenleri olarak, bunun dışında kullanılmasına karşı duyarlı olmalıyız.

## Hekimlik mi, Teknisyenlik mi?

Gelelim yeni yönetmeliğin getirdiklerine ya da ‘götürdüklerine’... Daha baştan belirtmeliyim ki şimdye kadar yönetmelikte yapılan değişiklikler ve düzenlemeler, genellikle aile hekimliği uygulamasını geliştirici ve sunulan sağ-

<sup>1</sup> Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Baş Editörü; Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

lık hizmetlerinin kalitesini artırıcı olmaktan çok, tersine mevcut modeli, aile hekimliği uygulama ilkelerinden ve özelliklerinden uzaklaştıran nitelikte olmuştur.

AH uygulaması sürecinin başından beri yürütmenin, yalnızca birinci basamak sağlık sisteminin örgütlenme ve yönetme kontrolünü değil, fakat aynı zamanda aile hekiminin mesleğini icra etme kontrolünü de elinde tutma anlayışının gelişmelere damgasını vurduğunu görmekteyiz. Sosyalleştirme öncesi hükümet tabipliğinin ağır görevleri, sosyalleştirme ile gerçekleşen sağlık ocakları örgütlenmesine ve pratisyen hekim görev tanımına aynen aktarılmış ve üstüne yeni görevler eklenmişti. Başlangıçta aile sağlığı merkezlerinde çalışacak aile hekimlerinin görev tanımı yapılırken, daha sağlık ocağı uygulamasında iken ayrışmaya başlayan topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrı yapılandırılarak ve kendisine kayıtlı nüfus tanımlanarak aile hekimine yüklenen görevlerin sınırlandırılması, aile hekimliği uygulama özelliklerinin yaşama geçirilmesi açısından olumlu bir durumdu. Ancak daha baştan aile hekimini hantallaştıracak ve gerçek aile hekimliği uygulamasından uzaklaştıracak ek görevlerin çokluğu dikkat çekiciydi. Yaklaşık sekiz yıllık süreçte bu eklemeler sürekli arttı. Sağlık sisteminin tüm eksikleri sürekli aile hekimleriyle kapatılmaya çalışıldı. Diğer bir deyimle, AH uygulama özellikleri ve en iyi BB sağlık hizmeti sunumunun nasıl yapılacağı değil, sağlık sisteminin eksiklerinin kapatılması öncelendi.

Burada ülkemize özgü önemli bir dinamik olarak, hasta-hekim ilişkilerindeki gelişmelerden de söz etmek gerekmektedir. Bugün ne yazık ki hastanın her dediğinin ve istediğinin yapılması yönünde aile hekimlerinde bir baskı söz konusudur. Hasta memnuniyetinin, sağlık reformlarının doğruluğunun değerlendirilmesinde, yürütme tarafından tek ölçüt olarak kullanılmasının bunda payı büyüktür. Hastanın istediği zaman ve istediği ilaçların yazılması, tetkiklerin yapılması aile hekimlerinde bir alışkanlık haline geliyor ve BB hekimliği yeniden bir reçete yineleme ve triyaj hekimliğine doğru gidiyor; aile hekimleri de birer teknisyene dönüşüyor.

Hekimlik bilim olduğu kadar bir sanattır aynı zamanda. Hekimlerden kanıta dayalı hekimlik uygulaması beklenir. Hekimin, alanında var olan en güncel kanıtları değerlendirerek, hastanın beklenti ve isteklerini dikkate alarak ve kendi biriken deneyimini kullanarak hasta için en doğru kararı, yine hasta ile birlikte alması bu uygulamanın esasıdır. Buradaki hasta beklenti ve isteklerinin dikkate alınmasını, hasta dayatması olarak yorumlamamak gerekir. Tam tersine hekim burada karar süreçlerine hasta-yı da katarak, her bir hasta için bireysel kanaat oluşturmak ve inisiyatif koymak durumundadır. Bunun için karşılıklı güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisinin gelişmesi gerek-

mektedir. Hekimlerin bu ilişkinin gelişmesindeki sorumluluklarını yerine getirebilmeleri için, hizmet sunumunun, başta yeterli zamanı ayırabilmelerine olanak sağlayacak şekilde buna uygun olarak organizasyonu gerekir. Bu organizasyonun gerçekleştirilmesinin ve halkın bu yönde bilinçlendirilmesi ve yönlendirilmesinin sorumluluğu yürütmeye aittir.

Sosyal Güvenlik Kurumunun SUT uygulamaları ve Sağlık Bakanlığının yönetmelik düzenlemeleri aile hekimlerini sürekli kısıtlama eğilimindedir. Bu kısıtlamalar ve ek görevler yükü altında aile hekimleri giderek her şeyi önlerine konulduğu şekliyle yapma davranışına itilmekte, hekimlik mesleğinin kazandırdığı bilgi ve becerileri kullanma tutumları geliştirememektedir. Şu ilacı yaz, bunu yazamazsın, rapor veremezsin, hastanın dediğini her koşul altında yap, onun yararına/zararına olduğunu düşünmene ve bunu ona anlatmaya çalışmana gerek yok, kendi deneyiminin önemi yok, kanaat oluşturma, inisiyatif koyma, söylemeni yap yeter... Ne yazık ki gidilmekte olan yol budur. Böyle bir uygulama hekimlik değil, teknisyenlik isteğinin ifadesidir.

Bu arada aile hekimlerinden doldurması beklenen sağlık hizmeti sunum boşlukları büyüyerek devam ediyor. Neredeyse salgın haline gelmekte olan bulaşıcı olmayan hastalıkların yönetimi için aile hekiminin daha çok zaman bulabilmesi, bunların önlenmesi ve kontrolünün giderek artması, bireylere sunulan tüm sağlık bakımının koordinasyonunun sağlanması, hastaların sağlık anlayışlarının geliştirilmesine yönelik sağlık eğitiminin verilmesi, bunlar yapılırken maliyet-etkili bir uygulama geliştirilerek sağlık maliyetlerinin azaltılması... aile hekimliğinden ve aile hekimlerinden beklenen tüm bu çıktılar giderek hayal oluyor.

Şimdiye kadar yapılan değişiklikleri de dikkate alarak yeni yönetmeliğin bütününe baktığımızda bunları görüyoruz. Dolayısıyla, tek tek maddelerini değerlendirmenin fazla anlamı kalmamaktadır. Son zamanlarda aile hekimleri arasında bu yönetmeliğin onarılmayacağı, yeni bir anlayışla baştan yeniden yazılması gerektiği yönündeki görüşler artmaktadır.

Evet, AH uygulama yönetmeliği, yaklaşık sekiz yıllık uygulama deneyimi dikkate alınarak ve AH uygulama özelliklerinin yaşama geçirilmesine olanak verecek bir anlayışla yeniden yazılmalıdır. Buna bizler, disiplinin akademisyenleri ve sahadaki uygulayıcılar öncülük etmeliyiz. Ulusal planların, hükümetlerin ve kısa dönemli çıktılarının çok ötesinde amaçlara hizmet etmesi gerektiği konusunu karar vericilere anlatmak için mutlaka yollar bulmalıyız.

Sonraki sayımızda görüşmek dileğiyle...

# Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi

## Demographic features and indications of pregnant women with previous cesarean section

Derya Sıkar<sup>1</sup>, Levent Yaşar<sup>2</sup>, Betül Battaloğlu İnanç<sup>3</sup>, Nurgül Yaşar<sup>4</sup>

### Özet

**Amaç:** Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi antenatal polikliniğine başvuran eski sezaryenli gebelerin, sosyodemografik özelliklerini, ilk sezaryen endikasyonlarını, demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonları açısından hastaneler arasındaki farklılıkları ve sosyoekonomik faktörlerin, sezaryen istemindeki rolünü araştırmayı amaçlamıştır.

**Yöntem:** Ağustos 2006-Mart 2007 tarihleri arasında Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi antenatal polikliniğine başvuran 476 eski sezaryenli gebenin katıldığı kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 28.4±4.6 olan gebelerin %68.4'ü 20-29 yaş grubundadır; toplam gebelik sayısı 2.8±1.3, parite ortalaması 1.4±0.7, yaşayan çocuk sayılarının ortalaması 1.3±0.6'dır. İlk sezaryen endikasyonları arasında akut fetal distres, makat geliş ve sefalopelvik uygunsuzluk ilk sıraları almaktadır. Eğitim düzeyi ve çalışma durumunun sezaryen tercihi üzerinde etkili olduğu saptanmıştır (p<0.001). Özel hastanelerle devlet hastaneleri arasında, ilk sezaryen endikasyonları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p<0.001). Devlet hastanelerinde, makat geliş nedeniyle sezaryen daha sık yapılmaktadır. Eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından ilk sezaryenini özel hastanelerde olanlar ile devlet hastanelerinde olanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla p=0.026 ve p=0.023). İsteğe bağlı sezaryen olan kadınlar özel hastaneleri daha çok tercih etmektedirler (p=0.002).

**Sonuç:** Eğitim düzeyi ve çalışma durumu, sezaryen tercihi üzerinde önemli faktör olup, çalışan ve belli bir eğitim seviyesine sahip olan kadınlar, sezaryeni ve özel hastaneleri daha fazla tercih etme eğilimindedirler.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen, özel hastane, kamu hastanesi.

### Summary

**Objective:** The aim of this study is to evaluate sociodemographic factors, previous cesarean section indications and their differences according to hospital types (private/public) among the pregnant women with previous cesarean section who attended to Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital antenatal clinic.

**Methods:** A cross sectional analytic study is planned among 476 pregnant women with previous cesarean section who were attended to Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training Hospital's antenatal clinic between August 2006-March 2007.

**Results:** 68.4% of the participants were between 20-29 years old, average age was 28.4±4.6, average number of pregnancies was 2.8±1.3, average number of parity was 1.4±0.7 and average number of living children was 1.3±0.6. Educational level and working status had significant impact on cesarean preference (p<0.001). Indications for cesarean section were, acute fetal distress, breech presentation and cephalopelvic disproportion and there was statistically significant difference between private and public hospitals (p<0.001). The most common reason for cesarean section was breech presentation in public hospitals. Cesarean indications differs significantly between private and public hospitals regarding to educational level (p=0.026) and working status (p=0.023) of participants. Women with on-demand cesarean section mostly preferred private hospitals (p=0.002).

**Conclusions:** Educational level and working status were two important factors on preferring cesarean section. Well educated and working women prefer caesarean section and private hospitals more.

**Key words:** Cesarean section, private hospital, public hospital.

Son yıllarda, sezaryen ile doğum oranı tüm dünyada artış göstermektedir. Bu artışın nedenleri arasında; ilk gebelik yaşının ileri olması, paritenin azalması,

ultrasonografi ve fetal monitorizasyonun yaygın olarak kullanılması, yardımcı üreme tekniklerinin yaygın kullanılması, hasta istemi gibi nedenler yer alır.<sup>[1,2]</sup> Sezaryen

<sup>1</sup> Düzce Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği, Aile Hekimliği Uzmanı, Düzce

<sup>2</sup> Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Doç. Dr., İstanbul

<sup>3</sup> Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Ebelik Bölümü Başkanı, Yard. Doç. Dr., Mardin

<sup>4</sup> Uşak Gülsüm Aydoğan Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uşak



oranı Amerika Birleşik Devletleri'nde %23, İngiltere'de %21.3, İtalya'da %32, Brezilya'da %38'dir. Gelişmiş ülkeler içinde, en düşük sezaryen oranı Çekoslovakya (%14), Hollanda (%14) ve İsviçre'de (%10) görülmektedir.<sup>[3]</sup> Ülkemizde ise, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) verilerine göre sezaryen oranı %21'dir.<sup>[4]</sup> Günümüzdeki uygulamalarda sezaryen endikasyonu olarak en sık bildirilen nedenlere bakıldığında; geçirilmiş sezaryen, fetal distres, doğum yolu distosisi, prezantasyon anomalileri (özellikle makat geliş) gibi nedenler ilk sıralarda yer almaktadır.<sup>[2]</sup> Tıbbi ilerlemeler, cerrahi tekniklerdeki gelişmeler, enfeksiyonla mücadelede başarı, kan transfüzyonu, anesteziye gelişmeler ve pek çok etken sayesinde vajinal doğum ile sezaryen doğum arasındaki mortalite ve morbidite farkı azalmıştır. Ancak yine de sezaryen ile doğum, maternal ve perinatal mortalite ve morbiditeyi arttırmaktadır.<sup>[1]</sup> 1970-1990 yılları arasında sezaryen sıklığı %5'lerden %20-25 düzeylerine çıkmış, 1997'lere kadar inişe geçmişse de bu tarihten itibaren sıklığı tekrardan artmıştır. Bu oranlar ülkeden ülkeye farklılıklar gösterse de sezaryen sıklığı genel olarak tüm dünyada artış göstermiştir.<sup>[2,5]</sup> Sezaryen oranlarındaki bu tırmanış, mevcut operasyonun anne ve bebek sağlığı açısından artmış riske sahip olması ve vaginal doğum ile karşılaştırıldığında maliyet artışı getirmesi nedeniyle önemli bir sağlık problemi haline gelmiştir. Ayrıca bu operasyon maternal mortalite ve morbidite ile perinatal morbiditede risk artışı oluşturmaktadır. Vajinal doğumlarla karşılaştırıldığında çok yüksek maliyet de getirdiğinden özellikle ABD'de son zamanlarda sezaryen oranlarının azaltılmasına yönelik programlar uygulanmaya başlanmıştır.<sup>[6]</sup> Komplike olmayan vajinal doğum, sezaryen doğuma göre daha güvenilirdir. Bu nedenle, sezaryen, üzerinde daha dikkatli düşünülmesi gereken bir konudur.

Doğumun uzun ve sancılı bir süreç olması, doğum sırasında vücudunun kontrolünü kaybeden anne adaylarının duyacakları sıkıntıdan çekinmeleri "isteğe bağlı sezaryen" kavramını gündeme getirmiştir.

Öte yandan sezaryen ile doğumdaki artışın nedenleri arasında hekimlerin bu konudaki tutumlarının da rol oynadığı düşünülmektedir. Normal doğum sırasında travay süresinin sezaryen ile doğuma göre uzun olması, beklenmedik zamanda başlaması nedeni ile hekimin plan yapmasını engellemesi, ekonomik karşılığının daha tatmin edici olması hekimlerin sezaryen endikasyonlarını daha geniş tutmalarına neden olabilir. Sezaryen ile ilgili ekonomik avantajlar son zamanlarda Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından çeşitli düzenlemelerle ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

Çalışmamızda eski sezaryenli gebelerin, sosyodemografik özelliklerinin, ilk sezaryen endikasyonlarının, demografik özellikler ve ilk sezaryen endikasyonları açısından hastaneler arasındaki farklılıkların ve sosyoekonomik

faktörlerin sezaryen istemindeki rolünün incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışmamız, kesitsel ve analitik tipte bir araştırmadır. Ağustos 2006-Mart 2007 tarihleri arasında Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi antenatal polikliniğine başvuran 476 eski sezaryenli gebe çalışma kapsamına alındı. Çalışmaya, ilk sezaryen endikasyonunu bilen gebeler ile ilk sezaryenini isteğe bağlı olarak yaptıranlar dâhil edildi. İlk sezaryenini üniversite hastanelerinde olanlar çalışmaya alınmadı. Çalışmaya dâhil edilen gebelerin, sözlü ve yazılı onamları alınarak, yüz yüze anket uygulandı. Çalışma için Bakırköy Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi etik komitesinden onay alındı. Ankette, gebenin demografik bilgileri, ilk sezaryen endikasyonu, ilk sezaryenin hangi hastanede yapıldığı ile ilgili sorular yer aldı. Çalışmaya alınan olguların özel veya kamu hastanesinde sezaryen olma endikasyonları karşılaştırıldı. Bunun dışında, ilk sezaryenlerini kendi isteğiyle olan gebelerin yaş, eğitim düzeyi ve çalışma durumu incelenerek bu faktörlerin sezaryen tercihindeki etkileri araştırıldı.

İstatistiksel analizler için SPSS 10 (*Statistical Package for Social Sciences*) programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel metodların (ortalama, standart sapma) yanı sıra verilerin karşılaştırılmasında student t testi, niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, p<0.05 anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

## Bulgular

Ankete katılan gebelerin yaşları 16-44 arasında olup, ortalama 28.5±4.7'dir. Olguların yaş, öğrenim durumu, doğum yerleri, ve çalışma durumlarına göre dağılımları **Tablo 1**'de gösterilmiştir. Gravida 2 ile 11 arasında değişmekte olup ortalama 2.9±1.4, parite 1 ile 8 arasında değişmekte olup ortalama 1.4±0.8 ve yaşayan çocuk sayısı 0 ile 6 arasında değişmekte olup ortalama 1.3±0.7'dir. Katılımcıların parite, gravida ve yaşayan çocuk açısından dağılımları **Tablo 2**'de verilmiştir.

Katılımcıların %90.7'si bir endikasyona bağlı olarak sezaryen olurken, sezaryeni kendi isteği ile olanların oranı %9.3'tür. İsteğe bağlı ilk sezaryenlerin %49.6'sı özel hastanede ve %50.4'ü devlet hastanesinde yapılmıştır. Sezaryen endikasyonları ve sezaryen yapılan kuruma göre dağılımları **Tablo 3**'te gösterilmiştir. Sezaryen endikasyonunun kurumlara göre dağılımı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t=4.033; p=0.00).

Benzer şekilde öğrenim (t=2.240; p=0.026) ve çalışma durumu (t=2.287; p=0.023) açısından kurumlar arasında-

**Tablo 1.** Yaş, doğum yeri, öğrenim durumu, eşile akrabalık durumu, çalışma durumuna göre dağılım

		n	%
Yaş (yıl), ort±SS	15-20	8	1.68
	21-25	129	27.10
	26-30	197	41.39
	31-35	108	22.69
	36-40	29	6.09
	41-45	5	1.05
Öğrenim durumu	Okuryazar değil	25	5.25
	İlköğretim	353	74.16
	Lise ve üstü	98	20.59
Doğum bölgeleri	Karadeniz	141	29.62
	İç Anadolu	65	13.66
	Doğu Anadolu	105	22.06
	Güney Doğu Anadolu	75	15.76
	Marmara	59	12.39
	Akdeniz	25	5.25
	Ege	6	1.26
Akrabalık durumu	Yok	401	84.24
	Var	75	15.76
Çalışma durumu	Çalışıyor	60	12.61
	Çalışmıyor	416	87.39

ki fark özel hastaneler lehine anlamlı bulunmuştur. Yaş ( $t=0.577$ ;  $p>0.05$ ), parite ( $t=1.674$ ;  $p>0.05$ ) ve gravida ( $t=1.479$ ;  $p>0.05$ ) açısından ise bir fark gözlenmemiştir.

İsteğe bağlı sezaryen olan hastaların özel hastanelerde doğum yapma oranları, endikasyonlulara göre daha yüksek olup bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulun-

muştur ( $p=0.002$ ). Sezaryeni kendi isteğiyle yaptırma durumu ile yaş arasında anlamlı bir ilişki mevcut değilken ( $t=1.785$ ;  $p>0.05$ ), öğrenim düzeyi ( $t=7.304$ ;  $p<0.001$ ) ve çalışma durumları ( $t=10.226$ ;  $p<0.001$ ) ile anlamlı bir ilişki gözlenmiştir. Eğitim düzeyi yüksek olanlar ve çalışanlar sezaryeni daha fazla tercih etmektedirler.

**Tablo 2.** Olguların gravida, parite ve yaşayan çocuk sayılarının ve yüzdelerinin dağılımı

		n	%
Gravida	1	0.0	0.0
	2	269	56.4
	3	111	23.5
	4	54	11.3
	5	23	4.8
	5'den fazla	19	4.0
	Toplam	476	100
Parite	1	325	68.3
	2	120	25.2
	3	19	4.0
	4	7	1.5
	5	3	0.6
	5'den fazla	2	0.4
	Toplam	476	100
Yaşayan çocuk sayısı	0	6	1.3
	1	336	70.6
	2	114	23.9
	3	14	2.9
	4 ve üzeri	6	1.3
	Toplam	476	100

**Tablo 3.** Sezaryen endikasyonları ve kurumlara göre dağılımı

Endikasyon	Özel Hastane		Devlet Hastanesi		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Fetal distres	76	32.2	71	29.6	147	30.9
Makat geliş	36	15.2	61	25.4	97	20.4
Sefalopelvik uygunsuzluk	39	16.5	40	16.8	79	16.5
Başarısız doğum indüksiyonu	38	16.1	36	15.0	74	15.5
Plasenta previa	2	0.9	5	2.1	7	1.6
Kordon prolapsusu	5	2.1	2	0.8	7	1.6
İkiz gebelik	1	0.4	4	1.6	5	1.0
Ablasyo plasenta	1	0.4	2	0.8	3	0.6
Transvers geliş	1	0.4	2	0.8	3	0.6
Diğer	4	1.8	6	2.5	10	2.1
İsteğe bağlı	33	14.0	11	4.6	44	9.4
Toplam	236	100	240	100	476	100

### Tartışma

Son yıllarda sezaryen operasyonu, reproduktif çağdaki kadınlar arasında en sık yapılan cerrahi girişim olmuştur.<sup>[7]</sup> Pek çok çalışmada, sezaryen doğum yapan gebelerin büyük bir kısmının, 20-29 yaş grubunda yer aldığı belirtilmiştir.<sup>[8-12]</sup> Bizim çalışmamızda da gebelerin çoğu bu yaş grubundadır.

Çalışmamızda elde edilen eğitim düzeyi yüksekliği ile sezaryen ile doğum yapmayı tercih etme arasındaki olumlu ilişki, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması verileri ile uyumludur.<sup>[4]</sup> İtalya'da Mancuso ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ileri yaş (35 ve üzeri), eğitim düzeyinin yüksekliği, daha önce infertil olma durumunun sezaryen istemiyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sezaryenin fetus için güvenli olduğu düşüncesinin de tercihte etkili olduğu belirtilmiştir.<sup>[13]</sup> Ülkemizde Ergin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, ilkokul üzeri eğitilmiş, çalışan ve ileri yaşta kadınların sezaryeni daha çok tercih ettikleri bulunmuştur.<sup>[14]</sup> Dominique ve arkadaşlarının Brezilya'da yaptığı çalışmada benzer sonuçlara ulaşılmıştır.<sup>[15]</sup> Fasial-Cury ve arkadaşlarının yaptıkları kesitsel çalışmada da, annenin eğitim düzeyi, çalışma durumu, babanın eğitim düzeyi ve ailenin gelir düzeyinin sezaryen istemiyle ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.<sup>[16]</sup> Pek çok çalışmadan farklı olarak Wiklund ve arkadaşları İsveç'te yaptıkları çalışmada, eğitim düzeyiyle sezaryen tercihi arasında bir fark bulmamışlar; ancak kadınların doğum anksiyetesinin, kontrolünü kaybedeceği korkusunun ve fetusun doğumda travmaya maruz kalacağı endişesinin tercihte etkili olduğunu saptamışlardır.<sup>[17]</sup>

Çalışmamızda, sezaryen endikasyonları arasında ilk dört sırayı akut fetal distres, makat geliş, sefalopelvik uygunsuzluk ve başarısız doğum indüksiyonunun aldığı, bu bulguların geçirilmiş sezaryen ayrı tutulduğunda literatür ile uyumlu olduğu gözlenmiştir.<sup>[8-11,18-20]</sup> Çalışmamızda

diğer sezaryen endikasyonlarının az sayıda görülmesi de literatür ile uyumlu bulunmuştur.<sup>[8,9,21-23]</sup>

İsteğe bağlı sezaryen tüm sezaryen doğumların %4-18'ni oluşturmaktadır.<sup>[17]</sup> Bizim çalışmamızda isteğe bağlı sezaryen oranı %9.2'dir. Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Doğum Kliniği'nde 1998-2002 yılları arasında isteğe bağlı sezaryen oranı %9.3'tür.<sup>[24]</sup>

Çalışmamızda, özel hastanelerle devlet hastaneleri arasında, ilk sezaryen endikasyonları açısından anlamlı bir fark bulunmuştur. İlk sezaryen endikasyonlarına baktığımızda, oranları değişmekle beraber her iki grupta ilk 4 sırayı akut fetal distres, makat geliş, sefalopelvik uygunsuzluk ve başarısız doğum indüksiyonunun aldığı görülmektedir. Ancak isteğe bağlı sezaryen, özel hastanelerde devlet hastanelerine göre daha sık yapılmaktadır. Xıragar ve arkadaşları, kar amacı güden özel hastanelerin hastanın sezaryen isteğini, kamu ve eğitim hastanelerine göre daha çok yerine getirdiğini ortaya koymuştur.<sup>[25]</sup> Mossialos, Yunanistan'da özel sağlık sigortası olan kadınların yarısından fazlasının (%65) sezaryen doğum yaptığını belirtmiştir.<sup>[26]</sup> Çalışmamızda, ilk sezaryenini özel hastanelerde olanlar ile devlet hastanelerinde olanlar arasında, eğitim düzeyi ve çalışma durumu açısından istatistiksel farklılık bulunurken; yaş, parite, gravida açısından istatistiksel anlamda bir farklılık saptanmamıştır. Bu durum, çalışan, dolayısıyla daha iyi gelir düzeyine sahip, daha iyi eğitilmiş gebelerin ilk sezaryenlerini özel hastanelerde yapmayı tercih ettiklerini düşündürmektedir. On iki Latin ülkesini kapsayan bir çalışmada, kamu hastanelerine başvuran gebelerin eğitim düzeyinin düşük, adolosan, yalnız ve dar gelirli olduğu belirtilmiştir.<sup>[27]</sup> Şili'de yapılan başka bir çalışmada, sezaryen oranlarının özel hastanelerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Aynı çalışmada, kamu hastanelerinde sezaryen olan popülasyonun eğitim seviyesinin daha düşük, dar gelirli ve paritesinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.<sup>[28]</sup>

Çalışmamızın en önemli kısıtlılığı, örneklem grubuna sadece ilk sezaryen endikasyonlarını hatırlayanları dahil etmiş olmamızdır. Özellikle bulgularımız arasında, eğitim düzeyi yüksek olanların, sezaryeni tercih ediyor olmalarının temelinde, eğitim düzeyi yüksek olanların sezaryen olma nedenlerini doğru olarak daha fazla hatırlamaları ve bu nedenle örneklem içerisinde daha çok yer almaları olabilir. Ancak sonuçların literatürle uyumlu olması bu kısıtlılığın etkisinin az olduğunu düşündürmektedir.

## Sonuç

Sonuç olarak, eğitim düzeyi ve çalışma durumu sezaryen tercihinde iki önemli risk faktörü olup sosyoekonomik düzeyi iyi olan ve belli bir eğitim seviyesine sahip olan kadınlar sezaryeni daha fazla tercih etme eğilimindedirler.

## Kaynaklar

- Dölen I, Gökçü M. Sezaryen ve Etik. *Kadın Doğum Dergisi* 2002;1:86-9.
- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Sezaryen doğum ve postpartum histerektomi. In: Cunningham FG, editor. *Williams Doğum Bilgisi*. 21. Baskı. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2005. p. 537-63.
- Gilstrap LC. Cesarean delivery. In: Gilstrap LC, Cunningham FG, Van Dorsten PJ, editors. *Operative Obstetrics*. 2nd ed. New York: McGraw Hill; 2002. p. 257-73.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2004. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı ve Avrupa Birliği, Ankara, Türkiye. [www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2004/](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2004/)
- Hale RW. Operative delivery. In: DeCherney AH, Pernoll ML, editors. *Current Obstetrics and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. 8th ed. New York: Appleton and Lange; 2002. p. 543-74.
- Çağlayan Kıyak E, Kara M, Gürel Cihan Y. Kliniğimizde üç yıllık sezaryen oranı ve endikasyonları. *Journal of Experimental and Clinical Medicine* 2010; 27:50-53.
- Yılmaz M, İsaoglu Ü, Kadanalı S. Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi. *Marmara Medical Journal* 2009; 22: 104-10.
- Yumru E, Davas İ, Baksu B ve ark. 1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları. *Perinatoloji Dergisi* 2000;8:94-8.
- Kumtepe Y, İngeç M, Çoşkun S ve ark. 2000 yılına kadar son 10 yılda kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen hastaların epidemiyolojik incelemesi ve maternal mortalite oranları. *Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi* 2004;18:89-96.
- Tekirdağ Aİ, Cebeci R. Eğitim hastanesinde sezaryen oranları. *JOPP Dergisi* 2010;2:21-6.
- Güney M, Uzun E, Oral B ve ark. Kliniğimizde 2001-2005 yılları arasında sezaryen oranı ve endikasyonları. *TJOD Dergisi* 2006;3:249-54.
- Lieberman E, Lang JM, Cohen AP, et al. The association of fetal sex with the rate of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1997;176:667-71.
- Mancusso A, De Vivo A, Fanara G, et al. Womens preference on mode of delivery Southern Italy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85:694-99.
- Ergin F, Başar P, Karahasanoğlu B ve ark. Güvenli olmayan doğumlar ve doğum sonrası evde bakım hizmetlerinin değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005;4:321-29.
- Behague DP, Victora CG, Barros FC. Consumer demand for caesarean section in Brazil: Informed decision making, patient, choice or social inequality? A population based birth cohort study linking ethnographic and epidemiological methods. *BMJ* 2002;324:942-45.
- Fasial-Cury, Menezes PR. Factors associated with preference for cesarean delivery. *Rev Saude Publica* 2006;40:226-32.
- Wiklund I, Edman G, Andolf E. Cesarean section on maternal request: reason for the request, selfestimated health, expectations, experience of birth and sign of depression among first time mothers. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:451-56.
- Coşkun A, Köstü B, Kıran H ve ark. Kahramanmaraş il merkezinde 2004 ve 2006 yıllarındaki doğumların karşılaştırılması. *TJOD Dergisi* 2007;4: 168-72.
- Dresang LT, Leeman L. Cesarean delivery. *Prim Care* 2012;39:145-165.
- Wu WJ. Cesarean delivery in Shantou, China: a retrospective analysis of 1922 women. *Birth* 2000;27:86-90.
- Kara FŞ. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde iki yıllık sürede sezaryen doğumların değerlendirilmesi. Uzmanlık tezi, İstanbul: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, 2004.
- Krychowska A, Kosinska K, Karwan-Plonska A. Comparison of indication for cesarean section in 1985-86 and 2000-2001 analysis of changes. *Ginekol Pol* 2004;75:926-31.
- Akasheh HF, Amarin V. Cesarean sections at Queen Alia Military Hospital, Jordan: a six-year review. *East Mediterr Health J* 2000;6:41-5.
- Özkaya O, Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki yıllık doğum oranları ve sezaryen endikasyonları. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2005;12:36-9.
- Xirasagar S, Lin HC. Maternal request CS-role of hospital teaching status an profit ownership. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;132:27-34.
- Mossialos E, Alin S, Karras K, et al. An investigation of caesarean sections in three Greek hospital: the impact of financial incentives and convenience. *Eur J Public Health* 2005;15:288-95.
- Jose Belizan, Althabe F, Barros FC, et al. Rates and implications of caesarean sections in Latin America, ecological study. *BMJ* 1999;319:1397-402.
- Angeja AC, Washington AE, Vargas JE, et al. Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why? *BJOG* 2006;113:1253-8.

Geliş tarihi: 19.12.2012

Kabul tarihi: 31.01.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.03.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Betül Battaloğlu İnanç  
Mardin Artuklu Üniversitesi  
Sağlık Yüksekokulu, Mardin  
e-posta: betulbattaloglu00@gmail.com

# Mastalji, anksiyete ve ilişkili faktörler: Vaka-kontrol çalışması

## Mastalgia, anxiety and related factors: case-control study

Nurgül Balcı<sup>1</sup>, Vildan Kantekin<sup>1</sup>, Didem Sunay<sup>2</sup>, Osman Aydın<sup>3</sup>, Nadir Turgut Çavuşoğlu<sup>4</sup>, Yusuf Ergün<sup>5</sup>,  
Öğüz Tekin<sup>2</sup>, Onat Çakıt<sup>6</sup>

### Özet

**Amaç:** Mastalji yakınması ile başvuran kadınların anksiyete düzeyi açısından kontrol grubu ile karşılaştırılması, varsa etki eden faktörlerin tespit edilmesi.

**Yöntem:** Çalışmada Aile Hekimliği, Kadın-Doğum ve Genel Cerrahi polikliniklerine meme ağrısı şikayeti ile başvuran kadınlar vaka grubuna, meme ile ilgili herhangi bir hastalığı ve şikayeti olmayan kadınlar kontrol grubuna dahil edildi. Kadınların sosyo-demografik özellikleri, tıbbi, obstetrik ve jinekolojik öyküleri, ailede meme kanseri öyküsü, kullandıkları ilaçlar, sigara içme durumu, emzirme durumu, kendi kendine meme muayenesi yapma durumu ile ilgili bilgiler için kişisel bilgi formu, anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesinde Beck Anksiyete ölçeği kullanıldı.

**Bulgular:** Vaka grubuna 102, kontrol grubuna 102 kadın dahil edildi. Gruplar arasında menstruasyon düzeni, menopoz durumu ve kendi kendine meme muayenesi yapma durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak vaka grubunda evli olma ( $p<0.001$ ), doğum yapmış olma ( $p=0.007$ ), emzirme ( $p=0.017$ ) ve ailede meme kanseri öyküsü olma ( $p=0.009$ ) durumu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Sigara içme durumu ise vaka grubuna göre kontrol grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı ( $p=0.001$ ). Vaka grubunun anksiyete skor ortalamaları kontrol grubundan daha yüksekti ( $p=0.049$ ). Mastalji üzerine medeni durumun ( $p=0.021$ , OR=2.95 [%95 CI=1.1-7.4]), sigara içme ( $p=0.001$ , OR=3.15 [%95 CI=1.6-6.0]) ve anksiyete durumunun ( $p=0.009$ , OR=0.95 [%95 CI=0.9-0.9]) etkili olduğu saptandı.

**Sonuç:** Mastalji şikayeti ile başvuran kadınların anksiyete bozukluğu açısından da değerlendirilmesi önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Mastalji, anksiyete, risk faktörleri.

### Summary

**Objective:** To compare anxiety levels of women presenting with mastalgia with control group, and also to determine possible risk factors.

**Methods:** Women attended to out-patient clinics of Family Medicine, Gynecology and Surgery with complaint of mastalgia were included in case group, women having no problem or breast complaints were included in the control group of the study. Personal information form was used for information about socio-demographic characteristics, medical, obstetric and gynecological history, family history of breast cancer, medications used, smoking, breast feeding, breast self-examination practice. Beck Anxiety Scale was used to assess anxiety disorder.

**Results:** A hundred and two women were included in case group and 102 women in control group. No significant differences were detected between groups in terms of menstrual period, menopause and breast self-examination practice. However, in case group marital status ( $p<0.001$ ), parity ( $p=0.007$ ), breast feeding ( $p=0.017$ ) and family history for breast cancer ( $p=0.009$ ) were significantly higher than control group. Smoking was significantly higher in control group than case group ( $p=0.001$ ). Mean anxiety scores of case group were higher than control group ( $p=0.049$ ). Marital status ( $p=0.021$ , OR=2.95 [%95 CI=1.1-7.4]), smoking ( $p=0.001$ , OR=3.15 [%95 CI=1.6-6.0]) and anxiety ( $p=0.009$ , OR=0.95 [%95 CI=0.9-0.9]) were found to be related to mastalgia.

**Conclusions:** It is important to assess women presenting with mastalgia, in terms of anxiety disorder.

**Key words:** Mastalgia, anxiety, risk factors.

**M**astalji (meme ağrısı), meme ile ilgili şikayetlerle doktora başvuran kadınların önde gelen yakınmalarından biridir. Prevalansı %41 ile %79 ara-

sında bildirilmektedir.<sup>[1]</sup> Meme kanseri hakkında toplumun bilinçlendirilmesi ve mastaljinin bir hastalık belirtisi olabileceği endişesi ile günümüzde daha fazla kadın ağ-

<sup>1)</sup> SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ass. Dr., Ankara

<sup>2)</sup> SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Doç. Dr., Ankara

<sup>3)</sup> SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Ass. Dr., Ankara

<sup>4)</sup> SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Cerrahi Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

<sup>5)</sup> SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

<sup>6)</sup> SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Ankara

rı şikayetiyle doktora başvurmaktadır.<sup>[2]</sup> Menstruasyon öncesi dönemde 1-4 gün süren hafif meme ağrısı normal kabul edilirken, menstruasyonun başlamasından 7-10 gün önce ortaya çıkan ve menstruasyonun başlangıcına kadar devam eden ağrı döngüsel (siklik) mastalji olarak tanımlanır. Etiyolojisinde hormonların etkisiyle oluşan fizyolojik değişiklikler sorumlu kabul edilir.<sup>[3]</sup> Döngüsel olmayan (nonsiklik) mastalji menstruel sıklusa bağlı olmaksızın devamlı veya aralıklı meme ağrısı olarak tanımlanır.<sup>[4]</sup> Bu tip ağrılar mastit, meme kistleri, menapozal hormon replasman tedavisine bağlı olabileceği gibi kas, plevra, akciğer, kemik hastalıkları gibi meme dışı patolojilere de bağlı olabilir. Diğer taraftan bir kısım hastada belirgin bir etiyoloji bulunamaz. Döngüsel mastalji, meme ağrısı şikayeti ile baş vuran hastaların yaklaşık 2/3'sini, döngüsel olmayan mastalji ile başvuranlar 1/3'ini oluşturur.<sup>[5]</sup>

Mastaljinin psikosomatik nedenleri çalışmalarda vurgulanmış, etiyolojisinde hormonal teoriler yanında psikojenik faktörler de desteklenmiştir.<sup>[6]</sup> Meme ağrısı yakınması olan hastalar, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anksiyete ve depresyon düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur.<sup>[6-8]</sup> Ader ve ark.,<sup>[1]</sup> siklik mastalji görülen kadınların stres algılarını bu yakınması olmayan kadınlara göre daha yüksek bulurken, Jenkins ve ark.,<sup>[9]</sup> ciddi ve dirençli mastaljisi olan hastalarda anksiyete, panik bozukluk, somatizasyon ve major depresif bozukluk saptamışlardır. Mastaljisi olan kadınlarda, meme kitlesi olan kadınlara göre anksiyete, depresyon, somatizasyon ve emosyonel istismarın daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur.<sup>[6,10]</sup>

Bu çalışmada mastalji yakınması ile başvuran kadınların kontrol grubu ile anksiyete düzeyi açısından karşılaştırılması ve etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu vaka-kontrol çalışması Aralık 2011-Mayıs 2012 tarihleri arasında SB Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği, Kadın-Doğum ve Genel Cerrahi polikliniklerinde yürütüldü. Döngüsel ve döngüsel olmayan meme ağrısı şikayeti ile başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri tüm kadınlar vaka grubuna, meme ile ilgili herhangi bir hastalığı ve şikayeti olmayan, başka nedenlerle hastaneye başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlar kontrol grubuna dahil edildi. Daha önceden meme ile ilgili bir operasyon geçiren veya bilinen bir meme hastalığı olan, mastalji nedeniyle halen bir tedavi alan, tanı konmuş psikiyatrik hastalığı olan, gebe ve emziren hastalar çalışma dışı bırakıldı. Çalışma hastane etik kurul onayı ile yürütüldü.

Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara çalışma ile ilgili bilgi verildi ve yazılı onamları alındı. Tüm kadınların sosyo-demografik özellikleri, tıbbi, obstetrik ve jinekolojik öyküleri, ailede meme kanseri öyküsü, kullandıkları ilaçlar,

sigara içme durumu, emzirme durumu ve kendi kendine meme muayenesi yapıp yapmadıkları ile ilgili bilgiler 27 sorudan oluşan kişisel bilgi formu kullanılarak elde edildi. Anksiyete bozukluğunun değerlendirilmesinde, Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Ulusoy ve ark.<sup>[11]</sup> tarafından yapılmış olan Beck Anksiyete ölçeği kullanıldı.<sup>[12]</sup> Beck anksiyete ölçeği, bireylerin yaşadığı anksiyete belirtilerinin sıklığının belirlenmesi amacıyla kullanılan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Yirmi bir maddeden oluşan, 0-3 arası puanlanan likert tipi bir ölçek olup, 8-15 puan arası hafif düzeyde anksiyete, 16-25 puan arası orta düzeyde anksiyete, 26-63 puan arası şiddetli düzeyde anksiyete kabul edilir.

Verilerin analizinde SPSS (Statistical Package for Social Sciences) sürüm 15 programı kullanıldı. Vakaların demografik özelliklerinin analizinde deskriptif yöntemler kullanıldı. Grupların incelenen parametreler açısından karşılaştırılmasında Ki-kare, gruplar arasında ortalamaların karşılaştırılmasında t testi kullanıldı. Parametrelerin mastalji üzerine olabilecek etkilerini bir arada görmek için Lojistik Regresyon analizi yapıldı.  $p < 0.05$  istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Vaka grubuna 102, kontrol grubuna 102 kadın dahil edildi. Katılımcıların yaş ortalamaları vaka grubunda  $39.75 \pm 9.8$ , kontrol grubunda  $37.1 \pm 12.3$  yıldır ve yaş ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak fark yoktu ( $p=0.09$ ). Grupların demografik ve klinik özellikleri ve bu özelliklerin karşılaştırılması **Tablo 1**'de görülmektedir. Gruplar arasında menstruasyon düzeni, menopoz durumu ve kendi kendine meme muayenesi yapma durumu açısından anlamlı farklılık saptanmadı. Ancak vaka grubunda evli olma ( $p < 0.001$ ), doğum yapmış olma ( $p=0.007$ ), emzirme ( $p=0.017$ ) ve ailede meme kanseri öyküsü olma ( $p=0.009$ ) durumu kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulundu. Sigara içme durumu ise vaka grubuna göre kontrol grubunda anlamlı olarak daha fazlaydı ( $p=0.001$ ).

Grupların anksiyete skor ortalamaları vakalarda  $15.7 \pm 9.0$ , kontrol grubunda  $13.3 \pm 8.3$  idi ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ( $p=0.049$ ).

Araştırılan parametrelerin mastalji üzerine olabilecek etkilerini bir arada değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapıldı. Mastalji üzerine medeni durumun ( $p=0.021$ , OR=2.95 [%95 CI=1.1-7.4]), sigara içme ( $p=0.001$ , OR= 3.15 [%95 CI=1.6-6.0]) ve anksiyete durumunun ( $p=0.009$ , OR=0.95 [%95 CI=0.9-0.9]) etkili olduğu saptandı (**Tablo 2**).

## Tartışma

Mastalji üretken çağlarında tüm kadınların yaklaşık %70'ini etkileyen yaygın bir semptomdur.<sup>[13]</sup> Mastalji ve

**Tablo 1.** Grupların demografik ve klinik özelliklerinin, sigara içme durumu ve anksiyete skorlarının karşılaştırılması

Özellik	Vaka (n=102)	Kontrol (n=102)	P
Yaş (yıl), ort±SS	39.7±9.8	37.1±12.3	0.09
Medeni durum, n (%)			<0.001
Evli	89 (87.3)	68 (66.7)	
Bekar	4 (3.9)	24 (23.5)	
Dul/boşanmış	9 (8.8)	10 (9.8)	
Menstruasyon düzeni, n (%)			0.31
Düzenli	60 (58.8)	67 (65.7)	
Düzensiz	42 (41.2)	35 (34.3)	
Doğum, n (%)			0.007
Yapmış	87 (85.5)	71 (69.6)	
Yapmamış	15 (14.8)	31 (30.4)	
Menopoz durumu, n (%)			0.24
Menopozda	27 (26.4)	20 (19.6)	
Menopozda değil	75 (73.6)	82 (80.4)	
Emzirme durumu, n (%)			0.017
Emzirmiş	87 (85.2)	73 (71.5)	
Emzirmemiş	15 (14.8)	29 (28.5)	
Ailede meme kanseri öyküsü, n (%)			0.009
Var	9 (8.8)	1 (0.9)	
Yok	93 (91.2)	101 (99.1)	
Kendi kendine meme muayenesi, n (%)			1.0
Yapıyor	62 (60.7)	62 (60.7)	
Yapmıyor	40 (39.3)	40 (39.3)	
Sigara içme durumu, n(%)			0.001
İçiyor	29 (28.4)	53 (51.9)	
İçmiyor	73 (71.6)	49 (48.1)	
Anksiyete Skoru, ort ±SS	15.7± 9.0	13.3± 8.3	0.049

anksiyete ilişkisinin araştırıldığı çalışmamızda mastalji olan kadınlarda anksiyetenin daha fazla olduğu saptandı. Gruplar arasında menstruasyon düzeni, menopoz durumu ve kendi kendine meme muayenesi yapma durumu açısından anlamlı farklılık saptanmazken, evli olma, doğum yapmış olma, emzirme ve ailede meme kanseri öyküsü olma durumu kontrol grubuna göre vaka grubunda anlamlı olarak daha yüksekti. Sigara içme durumu ise kontrol grubunda daha fazlaydı.

Mastalji olan, özellikle dirençli mastalji olan kadınlarda endokrinolojik veya histolojik faktörlerin yetersizliği araştırmacıları psikolojik faktörleri araştırmaya yöneltmiştir. Ağrılı hastalarda motor gerginlik, endişe hâli, sürekli tetikte olma ve hemen irkilme, korkulu bir bekleme gibi anksiyete belirtileri sık görülür.<sup>[14,15]</sup> Mastalji yakınması olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında mastalji olanlarda depresyon, anksiyete, somatizasyon ve aleksitimi gibi psikolojik bozuklukların fazla olduğu gösterilmiştir.<sup>[9,16-21]</sup> Ek

**Tablo 2.** Araştırılan parametrelerin mastalji üzerine etkileri

	P	OR	%95 Güven aralığı (CI)	
			Alt	Üst
Yaş (>20 yaş)	0.064	0.972	0.943	1.002
Evli olma	0.021	2.950	1.176	7.403
Düzensiz menstruasyon	0.943	1.032	0.428	2.489
Doğum yapmış olma	0.725	1.263	0.343	4.652
Menopozda olma	0.376	0.677	0.285	1.608
Emzirmiş olma	0.969	1.026	0.273	3.853
Ailede meme kanseri öyküsü olması	0.069	3.739	0.902	15.498
Kendi kendine meme muayenesi yapmak	0.560	1.207	0.640	2.276
Sigara içmiyor olma	0.001	3.155	1.641	6.067
Anksiyete olması	0.009	0.952	0.918	0.988

olarak yine bu kadınlarda duyu sömürüsü, post travmatik stres bozukluğu, panik bozukluk, yeme bozukluğu, alkol kötüye kullanımı, fibromiyalji, kronik pelvik ağrı, irritabl barsak sendromu gibi bozuklukların da mastalji ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır.<sup>[6,15,22]</sup>

Ağrılı hastanın değerlendirilmesinde ve tedavisinde hastanın psikiyatrik yönden ele alınması, tedavinin başarı synden büyük önem taşımaktadır.<sup>[14]</sup> zellikle kadınlarda organik bir patoloji gösterilemeyen ağrı sendromlarında ağrının kökeninin psikolojik olduğu düşünülmektedir.<sup>[23]</sup> eşitli Şiddette meme ağrısı yakınması olan kadınların günlük yaşamları, ağrının Őiddetinin yarattığı rahatsızlık yanında ağrının nedeni konusunda yaşadıkları anksiyete nedeni ile de olumsuz yönde etkilenmektedir.<sup>[24]</sup> Ciddi mastaljisi olan kadınların %48'inin olağan cinsel yaşantısının olumsuz olarak etkilendiği, %36'sının fiziksel, %13'ünün sosyal, %6'sının iş-okul aktivitelerinin önemli derecede engellendiği sonuçları elde edilmiştir.<sup>[13,22,24]</sup>

Mastalji her zaman altta yatan bir malignensinin göstergesi değildir. Oral kontraseptifler, hormon tedavisi, psikotrop ilaçlar ve bazı kardiovasküler ajanlar mastaljiye sebep olabilir.<sup>[25]</sup> Mastaljisi olan kadınların çoğunda, meme ağrısına neden olacak organik bir patolojinin olmadığının açıklanması, özellikle de en çok korkulan durum olan meme kanserinin dışlandığının bildirilmesi mastalji yakınmasının ortadan kalkması için yeterli olur. Ancak, ufak bir grup hastada mastalji Őiddetlidir, meme kanseri olmadığı güvencesinin verilmesine rağmen sürebilir ve psikiyatrik değerlendirmeyi gerektirebilir.<sup>[26]</sup> Psikolojik faktörler ile meme ağrısının ilişkisini inceleyen çalışmalarda, mastalji hastalarının direkt olarak fobi, depresyon, histeri gibi parametreler göz önüne alındığında psikonrotik kişiler olarak tanımlanamayacağı, ancak tedaviye yanıt sızlık söz konusu olduğunda mastalji hastalarının anksiyete, depresyon skorlarının arttığı bildirilmiştir.<sup>[9,16]</sup> Philip ve ark.,<sup>[5]</sup> döngüsel olmayan mastaljili hastaların hormonal tedavilere düşük yanıt verdiğini ve bu grupta psikolojik faktörlerin araştırılması gerektiğini belirtmişlerdir. Fox ve ark.,<sup>[8]</sup> mastalji yakınmasının psikojenik olduğu düşünülen bir grup kadının %61'inde bilişsel davranışçı terapi sonrasında belirgin iyileşme gözlemişlerdir. Mastalji yakınmalarının azalmasında hastalara uygulanan telkinin yüksek oranında faydalı olduğu bildiren çalışmalar da vardır.<sup>[20,27]</sup> Ramirez ve ark.<sup>[7]</sup> ise çalışmalarında Şiddetli meme ağrısı olan hastaların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirgin olarak yüksek olduğunu ve 10 aylık tedavi sonrası yakınmalarında düzelme saptanmayanlarda psikososyal durumlarında da düzelme olmadığını bildirmişlerdir.

Kadınlarda görülen kanserlerin %32'sini ve kansere bağlı ölümlerin %19'unu meme kanseri oluşturmaktadır.<sup>[28]</sup> lkemizde ise kadınlarda görülen kanserler arasında %35.4 ile ilk sırada yer almaktadır.<sup>[29]</sup> Meme kanseri tüm yaşlarda görülebilir. Özellikle aile öyküsü olan veya gene-

tik yatkın bireylerde erken yaşlarda başlangıç gösterebilir. Klinik deneyimler büyük çoğunlukla meme ağrısı yakınıması olan kadınların meme kanserine yakalanma korkusu taşıdığını göstermektedir. Turgut ve ark.'nın<sup>[30]</sup> eşitli meme Şikayetleri ile başvuran kadınlar üzerinde yaptığı çalışmada başvuru nedenleri ne olursa olsun katılımcıların %70.4'ünün kanser olduğuna inandığı bildirilmiştir.

Meme kanseri ile meme ağrısı ilişkisini inceleyen çalışmalarda meme kanseri riski ortalama %0.4-0.6 olarak saptanmıştır.<sup>[7,26,31,32]</sup> Ancak çok nadir de olsa mastalji meme kanseri bulgusu olarak ortaya çıkabilmektedir. Bir kohort çalışmasında döngüsel meme ağrısı ile meme kanseri arasında anlamlı ilişki olduğu ve riskin üreme ağı boyunca mastaljinin süresi ile anlamlı ilişkili olduğu bildirilmiştir.<sup>[33]</sup> alışmamızda mastaljisi olan kadınlarda olmayanlara göre ailede meme kanseri öyküsü daha fazlaydı. Benzer Şekilde ailede meme kanseri öyküsü ile mastalji arasında da anlamlı ilişki tespit eden çalışmalar mevcuttur.<sup>[15,17]</sup> Bu kadınlarda aile öyküsünden dolayı mastalji, meme kanseri korkusu ve buna bağlı anksiyete ile ilişkilendirilebilir. Depresyon ve anksiyetenin ağrı sendromları oluşturacak Şekilde, hastaların bedensel duyu ve ağrısız uyaranlar ile ilgili farkındalık veya yorumlamasını değiştirebilmesi muhtemeldir.

Mastalji etiyojisinde kafein ve sigara tüketimi gibi faktörlerin yanında artmış plazma yağ asit düzeyleri, bazı artmış hormon düzeyleri, akut stres durumu daha önceki çalışmalarda sorumlu gösterilmiştir.<sup>[15,24,34,35]</sup> alışmamızda ise sigara içme durumu mastaljisi olmayan kontrol grubunda daha fazlaydı, bunun nedeni kontrol grubuna dahil edilen katılımcılardan bir kısmının sigara bırakma danışmanlık ve tedavisi almak için Aile Hekimliği polikliniğine başvuran kişiler olması olabilir.

Çalışmamızda mastaljisi olan kadınlarda evli olma, doğum yapmış olma ve emzirme daha fazlaydı. Evli kadınlarda mastalji evli olmayanlara göre daha fazla olduğunu bildiren çalışmalar vardır.<sup>[15]</sup> Doğum yapmış ve emzirmemiş olan kadınlarda mastalji daha çok organik problemlere bağlı olabilir. Kendi kendine meme muayenesi ile mastalji arasında ise anlamlı bir ilişki saptamadık. Kendi kendine meme muayenesi ile ailede meme kanseri öyküsü, anksiyete ve kanser korkusu arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur.<sup>[36-38]</sup> Ancak mastalji ile kendi kendine meme muayenesi ile ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlayamadık. Hem vaka hem de kontrol grubunda kendi kendine meme muayenesi yapma oranlarının yüksek olması, kadınlarmızın konuyla ilgili hassasiyetini göstermektedir.

Hastaların muayene ve tetkik sonuçları ile daha sonra değerlendirilmemesi çalışmamızdaki en büyük kısıtlılıktır. Ayrıca meme kanseri ile ilgili bilgi düzeyleri ve korkularının değerlendirilmemesi de diğer bir eksiğimizdir. Kon-



trol grubumuzda sigara içenlerin daha fazla olması sigara içme durumunun mastaljiye koruyucu bir faktör gibi görülmesine neden olmaktadır. Bu konuda daha büyük vaka gruplarında yapılacak daha geniş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Sonuç olarak meme ağrısı yakınması ile başvuran kadınlarda mastaljiye sebep olabilecek organik patolojiler araştırılırken bu kadınların anksiyete bozukluğu açısından da değerlendirilmesi ve kaygılarının giderilmesinin önemli olduğu anlaşılmaktadır.

## Kaynaklar

1. Ader DN, South-Paul J, Adera T, Deuster PA. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001;22:71-6.
2. Black WC, Nease RF Jr, Tosteson AN. Perceptions of breast cancer risk and screening effectiveness in women younger than 50 years of age. *J Natl Cancer Inst* 1995;87:720-31.
3. Davies EL, Gateley CA, Miers M, Mansel RE. The long-term course of mastalgia. *J R Soc Med* 1998;91:462-4.
4. Be Lieu RM. Mastodynia. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1994;21:461-77.
5. Philip A, Holland G, Gateley CA. Drug therapy of mastalgia. *Practical Therapeutics Drugs* 1994;48:709-16.
6. Colegrave S, Holcombe C, Salmon P. Psychological characteristics of women presenting with breast pain. *J Psychosom Res* 2001;50:303-7.
7. Ramirez AJ, Jarrett SR, Hamed H, Smith P, Fentiman IS. Psychosocial adjustment of women with mastalgia. *Breast* 1995;4:48-51.
8. Fox H, Walker LG, Heys SD, Ah-See AK, Eremin O. Are patients with mastalgia anxious and does relaxation therapy help? *Breast* 1997;16:138-42.
9. Jenkins PL, Jamil N, Gateley C, Mansel RE. Psychiatric illness in patients with severe treatment-resistant mastalgia. *Gen Hosp Psychiatry* 1993;15:55-7.
10. Downey HM, Deadman JM, Davis C, Leinster SJ. Psychological characteristics of women with cyclical mastalgia. *Breast Dis* 1993;6:99-105.
11. Ulusoy M, Şahin N, Erkman H. Turkish Version of The Beck Anxiety Inventory: psychometric properties. *J Cognitive Psychotherapy: Int Quaterly* 1998;12:28-35.
12. Beck AT, Epstein N, Brown G, et al. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:893-7.
13. Faiz O, Fentiman IS. Management of breast pain. *IJCP* 2000;54:228-32.
14. Yücel B. Ağrılı hastaların psikiyatrik değerlendirmesi. Erdine S, editör. Ağrı. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2002. s. 64-70.
15. Johnson KM, Bradley KA, Bush K. Frequency of mastalgia among women veterans. Association with psychiatric conditions and unexplained pain syndromes. *J Gen Intern Med* 2006;21:3:70-5.
16. Preece PE, Mansel RE, Hughes LE. Mastalgia: psychoneurosis or organic disease? *Br Med J* 1978;1:29-30.
17. Aksu G, Hocaoğlu Ç. Mastalji yakınmasıyla radyolojik incelemeye alınan bir grup hastada aleksitimi, anksiyete, kaygı ve depresyon düzeylerinin araştırılması. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:95-102.
18. Downey H, Deadman J. Psychological characteristics of women with cyclical mastalgia. *Breast Disease* 1993;6:99-105.
19. Seema A, Khan A, Apkarian V. The characteristics of cyclical and non-cyclical mastalgia: a prospective study using a modified McGill Pain Questionnaire. *Breast Cancer Res Treat* 2002;75:147-57.
20. Çakır T, Cingi A, Fıstıkçı N, Bez Y, Topçuoğlu V, Güllüoğlu BM. Organik bir nedene bağlı olmayan mastalji yakınması olan hastalarda telkinin yeri: Prospektif kesitsel çalışma. *Meme Sağlığı Dergisi* 2006;2:96-9.
21. Topçuoğlu V, Kuşçu MK, Gimzal A ve ark. Mastalji hastalarında aleksitimi, depresyon ve anksiyete düzeyleri: kontrollü bir çalışma. *Yeni Symposium* 2003;41:178-81.
22. Ader DN, Shriver CD, Browne MW. Relationship of cyclical mastalgia: premenstrual syndrome or recurrent pain disorder. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1999;20:198-202.
23. Unruh AM. Gender variations in clinical pain experience. *Pain* 1996; 65:123-67.
24. Ader DN, Shriver CD. Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. *J Am Coll Surg* 1997;185:466-7.
25. Salzman B, Fleegle S, Tully AS. Common breast problems. *Am Fam Physician* 2012;86:343-9.
26. Klimberg VS. Etiology and management of breast pain. In: Bland KI, Copeland EM, editors. *The Breast: Comprehensive Management of Benign and Malignant Diseases*. 2nd ed. Vol 1. Philadelphia: W.B.Saunders Company; 1998. p. 247-60.
27. Barros AC, Mottola J, Ruiz CA, Borges MN, Pinotti JA. Reassurance in the treatment of mastalgia. *Breast J* 1999;5:162-5.
28. Key TJ, Verkasalo PK, Banks E. Epidemiology of breast cancer. *Lancet Oncol* 2001;2:133-40.
29. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Kanseler Savaş Dairesi Başkanlığı Ulusal Kanser Programı 2009-2015. Nisan 2009, Bakanlık yayın no: 760: 24.
30. Turgut GE, Yüksel BC, Polat E ve ark. Meme yakınması ile başvuran kadınlardaki kaygı (anksiyete) etkileyen faktörler. *Meme Sağlığı Dergisi* 2009;5:92-7.
31. Khan SA, Apkarian AV. Mastalgia and breast cancer: a protective association? *Cancer Detect Prev* 2002;26:192-6.
32. Bilgin MG, Aydoğan Ü, Bilgin S ve ark. Meme ağrısı şikayetiyle polikliniğimize müracaat eden hastalardaki meme kanseri sıklığının araştırılması. *Türk Aile Hek Derg* 2010;14:8-12.
33. Plu-Bureau G, Lê MG, Sitruk-Ware R, Thalabard JC. Cyclical mastalgia and breast cancer risk: results of a French cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006;15:1229-31.
34. Gateley CA, Maddox PR, Pritchard GA, et al. Plasma fatty acid profiles in benign breast disorders. *Br J Surg* 1992;79:407-9.
35. Ecochard R, Marret H, Rabilloud M, Boehringer H, Mathieu C, Guerin JF. Gonadotropin level abnormalities in women with cyclic mastalgia. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;94:92-6.
36. Kudadjie-Gyamfi E, Consedine N, Magai C, Gillespie M, Pierre-Louis J. Breast self-examination practices among women from six ethnic groups and influence of cancer worry. *Breast Cancer Res Treat* 2005;92:35-45.
37. Van Dooren S, Rijnsburger AJ, Seynaeve C, et al. Psychological distress and breast self-examination frequency in women at increased risk for hereditary or familial breast cancer. *Community Genet* 2003;6:235-41.
38. Cohen M. First-degree relatives of breast-cancer patients: cognitive perceptions, coping and adherence to breast self-examination. *Behav Med* 2002;28:15-22.

Geliş tarihi: 06.11.2012

Kabul tarihi: 22.01.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.03.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Doç. Dr. Didem Sunay

Kızılkulesi Sokak 3/5 Gaziosmanpaşa, Çankaya Ankara

Tel: 0312 595 42 47

e-posta: didemsunay@gmail.com

# Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler

## The characteristics of applications to home health care service and expectations

Gizem Limnili<sup>1</sup>, Nilgün Özçakar<sup>2</sup>

### Özet

**Amaç:** Evde sağlık hizmeti, hastanede uzun süreli yatış yerine veya hastalık dışı nedenlerle bireyin evinde, kendi ortamında bakımının sağlanması amacıyla verilir. Çalışmanın amacı, evde sağlık hizmetleri için yapılan başvuru özelliklerini ve evde bakım verenlerin evde sağlık hizmetlerinden beklentilerini belirlemektir.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki çalışma Haziran-Ekim 2011 tarihleri arasında Uşak ili Ulubey ilçesinde yapılmıştır. Evde sağlık hizmeti için 96 başvuru yapılmış, bu kişilere halen bakım verenlerden 84'ü (%87.5) çalışmaya alınmıştır. Hazırlanan anket formu, gerçekleştirilen ilk ev ziyareti sırasında araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde SPSS 16.0 programı kullanılmıştır.

**Bulgular:** Evde sağlık hizmetleri için başvuru yapılanların %61.9'u (52 kişi) kadın ve ortalama yaşları ise 58.4±7.4 idi. Çalışmada değerlendirilenlerin 54'ünde (%64.3) bağımlılık, kronik durumlara ve yaşlılığa bağlıyken, 30'unda (%35.7) bedensel veya zihinsel engele bağlıydı. Bu kişilere halen evinde bakım verenlerin, evde sağlık hizmetinden en sık beklentileri hastaların ilaçlarının reçete edilmesi (%41.7), gereksinim duyulan tıbbi cihazların sağlanması (%34.5) ve hastanın sağlık bakımının yapılması (%27.4) idi.

**Sonuç:** Daha çok demans ve serebrovasküler hastalıklar gibi kronik durumlar nedeniyle ve bedensel ya da zihinsel engelliler için başvuru evde sağlık hizmetlerinden beklentiler çoğunlukla; hastaların ilaçlarının reçete edilmesi, ilaç raporlarının düzenlenmesi, tıbbi malzeme ve cihazların temini ve hastanın bakımının yapılması gibi tıbbi konulardır. Ülkemizde henüz gelişen bir uygulama olan evde sağlık hizmetlerinden hasta ve yakınlarının beklentilerinin karşılanması önem taşımaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Evde sağlık hizmeti, bakım veren, hastalar.

### Summary

**Objective:** Home health care aimed to provide care to the patients, related to disease or other causes, in their own environment instead of prolonged hospitalization. This study investigates characteristics of applications for home care and expectations of care givers from this service.

**Methods:** This cross sectional study was held between June-October 2011 in Ulubey-Uşak. There were 96 applications for home care services, 84 (87.5%) caregivers agreed to participate in this study. A questionnaire was prepared and applied face to face at first home visit. SPSS 16.0 was used for analysis of data.

**Results:** 61.9% of those applying for home health services (n = 52) were female and mean age was 58.4 ± 27.4. 54 (64.3%) of those considered in this study, disability is connected to chronic conditions and old age 30 (35.7%) depended on physical or mental disability. The most common expectations of caregivers from home health care service is prescription drugs for the patients (41.7%), to get medical devices needed (34.5%), and giving health care to the patient (27.4%).

**Conclusion:** Main expectations of home care applicants who seek care for their patients with chronic conditions, dementia, cerebrovascular diseases and physical or mental disability are; drug prescriptions and reports, provision of medical supplies and equipment. It is important to meet the expectations of patients and their relatives in the practice of home care service which is currently developing in our country.

**Key words:** Home care, caregiver, patients.

Evde bakım, kişinin sağlık ve sosyal gereksinimlerinin kendi ortamında, aile bireyleri veya aileden olmayan bakıcılar aracılığı ile sağlanması olarak tanımlanabilir. Bireylerin, engellilik veya sadece ileri yaş

nedeniyle kendi bakımını yapamama durumuna göre, sağlık veya sosyal hizmetlere gereksinimi olabilmektedir. Bu nedenle yalnızca tedavi edici değil koruyucu, destekleyici ve rehabilite edici sağlık ve sosyal hizmetlere duyulan

<sup>1</sup>) M. Asım Terci ASM, Uzm. Dr., Uşak

<sup>2</sup>) Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İzmir

talep artmıştır. Gereksinim olduğunda, devlet ya da sivil toplum kuruluşları gibi resmi kurumlar veya aile bireyleri, komşular, gönüllüler tarafından hizmet verilebilmektedir. Bu kapsamda evde bakım hizmetleriyle, uygun ve yüksek kalitede sağlık ve sosyal hizmetin, gerekli teknoloji kullanılarak, dengeli ve karşılanabilir bir şekilde sürekli sağlanması amaçlanmaktadır.

Evde sağlık hizmeti ise, hastanede uzun süreli yatış yerine veya hastalık dışında bireyin evinde, kendi ortamında bakımının sağlanması gibi nedenlerden birini karşılamak amacıyla verilir.<sup>[1,2]</sup> Bu bireylere uzun süreli olarak verilmesi gereken sağlık hizmetinin, yataklı kurumlara karşılanmaya çalışılması hem bu kurumlar için, hem de bireyler ve aileleri için sorun yaratmaktadır.

Günümüzde, yaşlı ya da kronik hastalıkları olan bireylerin sürekli bakıma ihtiyaç duyması, tıp ve teknolojideki gelişimin sağlık hizmetlerinin birçoğunun evde verilmesine olanak sağlaması gibi pek çok nedenle evde bakımın önemi artmaktadır. Bu bireylere, istekli olmaları durumunda, evde bakım hizmeti sunulması fikri gelişmiş, birçok ülkede uygulamaya geçilmiştir. Türkiye nüfusunun %7.3'ünün 65 yaş üzerinde ve %12,3'ünün ise engelli olduğu bilinmektedir.<sup>[3,4]</sup> Türkiye'de evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, Sağlık Bakanlığı tarafından 2005 yılında yayınlanmıştır. Daha sonra evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge, 2010 yılında yürürlüğe girmiş olup, bu kapsamda verilecek evde sağlık hizmetleri ile ihtiyacı olan bireylere, eşitlik ve hakkaniyet ilkesi çerçevesinde, evlerinde ve aile ortamında etkin, verimli, güler yüzlü ve insan merkezli sağlık hizmeti sunulması amaçlanmıştır.<sup>[5,6]</sup> Evde takibi zorunlu engelli, yaşlı, yatalak ve benzeri durumda olan hastalar bu hizmetten yararlanabilmektedirler.

Bu çalışmanın amacı, evde sağlık hizmetleri için yapılan başvuru özelliklerini ve evde bakım verenlerin evde sağlık hizmetlerinden beklentilerini belirlemektir.

## Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki çalışma, Dokuz Eylül Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul izni alınarak Haziran-Ekim 2011 tarihleri arasında Uşak ili Ulubey ilçesi merkezi ve köylerinde gerçekleştirilmiştir. Bu tarihler arasında hasta yakınları tarafından evde sağlık hizmetlerine alınması için 96 hasta başvurusu olmuştur. Başvurular sırasında evlere ilk ziyaretten önce vefat eden hastalara bakım verenler (n=12) dışında toplam 84 (%87.5) bakım veren çalışmaya alınmıştır. Başvurulardan sonra gerçekleşen ilk ev ziyaretinde, araştırmacılarından biri tarafından (GL) bakım verenlerle yüz yüze görüşme yapılarak anket uygulanmıştır. İlgili literatürden yararlanılarak oluşturulan anket formu, bakım verilen bireylerin özelliklerine, bu bireylere bakım verenlere ait özelliklere ve onların evde bakım sağlık hizmetinden beklentilerine yönelik soru-

lardan oluşmuştur. Çalışma verilerinin istatistiksel analizinde SPSS 16.0 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistiksel sonuçları, aritmetik ortalama  $\pm$  standart sapma olarak ifade edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmelerde  $p < 0.05$  anlamlı olarak kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çalışmaya katılan 84 bakıcının bakım vermekte olduğu kişilerin yaş ortalaması  $58.4 \pm 7.4$  idi. Yüzde 61.9'u (52 kişi) kadın ve yaklaşık yarısı (45 kişi, %53.6) okuma-yazma bilmeyen bakım verilenlerin çoğunluğunun (64 kişi, %76.2) sabit bir geliri bulunmaktaydı. Bakım verilenlerin bazı demografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir. Çalışmada değerlendirilenlerin 54'ünde (%64.3) bağımlılık, kronik durumlara ve yaşlılığa bağlıyken, 30'unda (%35.7) bedensel veya zihinsel engele bağlıydı. Kronik hastalıklar içinde en sık demans (21 kişi, %25.0) ve serebrovasküler hastalıklar (18 kişi, %21.4) bulunmaktaydı, yaşlılığa bağlı 1 kişi dışında toplam 54 kişi kronik hastalık nedeniyle bakım almaktaydı. Evde bakım alan kişilerin yatağa bağımlı oldukları süre ortalama  $5.3 \pm 5.1$  yıl idi. Yüzde 25'i (21 kişi) son bir yıl içinde hastaneye yatırılan evde bakım alanların hastalıklarına ve bağımlılık durumlarına ilişkin özellikler **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Evde sağlık hizmetinden yararlanması amacıyla bakım verdikleri kişi adına başvuran bireylerin %36.9'u (31 bakım veren) hastanın çocuklarından biri, %35.7'si (30 bakım veren) ise hastanın ebeveyniydi. Bakım vermekte oldukları hastaya evde sağlık hizmeti almak için başvuran bireylerin özellikleri **Tablo 3**'te verilmiştir. Hastaların 76'sı (%90.5) günlük aktiviteleri sırasında bir başkasından yardım almaktaydı. Hastaların günlük aktivitede aldıkları yardım ile ilgili özellikler **Tablo 4**'te verilmiştir.

**Tablo 1.** Bakım verilen bireylerin demografik özellikleri

Özellik		S (%)
Cinsiyet	Erkek	32 (38.1)
	Kadın	52 (61.9)
Medeni durum	Evli	26 (31.0)
	Bekar	32 (38.0)
	Dul/Boşanmış	26 (31.0)
Yaşadığı yer	İlçe merkezi	24 (28.6)
	Köy	60 (71.4)
Eğitim düzeyi	Okuma yazma bilmiyor	45 (53.6)
	Okuma yazma biliyor	7 (8.3)
	İlköğretim mezunu	24 (28.6)
	Lise mezunu	2 (2.4)
	Özel eğitim merkezi	6 (7.1)
Evde yaşayan kişi sayısı	2	28 (33.3)
	3	21 (25.0)
	4	20 (23.8)
	5 ve üzeri	15 (17.9)
	Sabit geliri olup olmadığı	Var
	Yok	20 (23.8)

Bakım veren kişilere evde sağlık hizmeti uygulamasını nereden öğrendikleri ve bu uygulamanın başlatılmasından memnun olup olmadıkları sorulmuştur. Evde sağlık hizmeti için başvuruda bulunan bakıcıların hiçbiri başvuru sürecinde zorluk yaşamamıştı. Bakıcıların yüzde 52.4'ü (44 kişi) evde sağlık hizmetlerine ilişkin bilgiye engelli derneklerinden ulaşmıştı ve yüzde 58.3'ü (49 kişi) bu hizmetlerden memnundu. Bakım verenlerin evde sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilenme ve memnuniyet durumları **Tablo 5**'te gösterilmiştir. Memnun olmayan bir kişi memnuniyetsizlik nedeninin kullanılan ilaçlar için gerekli raporun hastaya gitmeden evde çıkarılmaması olduğunu belirtmişti.

Bakıcılara, bakım vermekte oldukları bireylerin hangi gereksinimlerinin evde sağlık hizmetiyle karşılanmasını bekledikleri de sorulmuştur. Hastaya bakım verenler en sık (%41.7, 35 bakım veren) hastanın kullandığı ilaçların reçete edilmesi ve ilaç kullanım raporlarının düzenlenmesini beklediklerini belirtmişlerdi. Bu konuya ilişkin veriler **Tablo 6**'da gösterilmiştir. Kullanılan ilaçların reçete edilmesi ve ilaçlara ait raporların düzenlenmesi, hastanın ihtiyacı olan tıbbi cihazların temini, hastanın sağlık bakımının yapılması, yeni gelişen sağlık sorunlarının çözülmesi gibi beklentiler daha sık olarak kronik hastalık veya yaşlılık nedeniyle evde sağlık hizmeti almak için başvuranlarda görülmektedir. Bu hizmetten beklentileri sosyal ve psikolojik destek sağlanması, diş hekimi muayenesi olanlar ise daha çok bedensel ve zihinsel engelli hastalara bakım verenler olmakla birlikte, bu iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ).

## Tartışma

Günümüzde yaşam süresi uzadığı, genel popülasyonda yaşlıların dağılımının arttığı bilinmekte ve bu artışın devam edeceği öngörülmektedir. Bu durum bakım gereksinimi olan yaşlı insanların artışı anlamına gelmektedir.<sup>[7]</sup> Bu durum, aynı zamanda engellilik ve ölüme yol açan nedenlerin başında gelen kronik hastalıklardaki artış ile birliktedir. Kronik hastalığı olan pek çok kişi yaşadığı kısıtlılıklar nedeniyle evden çıkamadıklarından, ayrıca zihinsel ya da bedensel engelli olan kişiler de benzer nedenlerden evde bakıma ihtiyaç duymaktadır.<sup>[8]</sup>

Ülkemizde ve dünyada evde bakım hizmetlerinin giderek artmasına karşın bu hizmet büyük çoğunlukla aile bireyleri tarafından verilmektedir. Birçok Avrupa ülkesinde aile bireyi bakım sıklığı, evde bakımın yaklaşık %86'ını oluşturmaktadır.<sup>[9]</sup> Günümüzde artan şehirleşme ve şehir yaşamındaki çekirdek aile yapısı, yaşam alanının kısıtlılığı ve genç bireylerin çalışma olanakları nedeniyle aileden ayrı yaşaması, bakıma ihtiyaç duyan bireylerin bu ihtiyaçlarının aile bireyleri tarafından karşılanamamasına neden olabilir. Yine de küçük yerleşim yerlerinde aileler bir arada yaşamayı sürdürmekte ve bakımı aile üstlenmektedir. Bu çalışmada da bakım veren kişiler çoğun-

**Tablo 2.** Evde bakım alanların hastalıklarına ve bağımlılık durumlarına ilişkin özellikleri

Özellik	S (%)
Hastalık sayısı	1 45 (53.6) 2 22 (26.2) ≥3 17 (20.2)
Bakım alma nedeni	Kronik hastalık/yaşlı olma 54 (64.3) - Yatağa bağımlılık var 18 (33.3) - Yatağa kısmen bağımlı 9 (16.7) - Yatağa bağımlılık yok 27 (50.0) Bedensel/zihinsel engelli olma 30 (35.7) - Yatağa bağımlılık var 1 (3.3) - Yatağa kısmen bağımlı 2 (6.7) - Yatağa bağımlılık yok 27 (90.0)
Kronik hastalıklar	Demans 21 (25.0) Serebrovasküler hastalık 18 (21.4) Yürüme sorunları 9 (10.7) Kanser 3 (3.6) Görme sorunları 2 (2.4)
Son bir yılda hastaneye yatırılma	Evet 21 (25.0) Hayır 63 (75.0)
Yatırılan tedavi kurumu	Devlet hastanesi 17 (81.0) Özel hastane 2 (9.5) Üniversite hastanesi 2 (9.5)

**Tablo 3.** Bakımı üstlenen bireylerin özellikleri

Özellik	S (%)
Bakımı üstlenen kişi	Çocuğu 31 (36.9) Ebeveyn 30 (35.7) Eşi 19 (22.6) Kardeşi 3 (3.6) Özel bakıcı 1 (1.2)
Bakım verenin hastalıkla ilgili bilgisi	Var 31 (36.9) Kısmen var 37 (44.0) Yok 16 (19.1)
Bakım verenin ilaçlarla ilgili bilgisi	Var 30 (35.7) Kısmen var 23 (27.4) Yok 3 (3.6) Hasta ilaç kullanmıyor 28 (33.3)

**Tablo 4.** Hastanın günlük aktivitede aldığı yardım

	S (%)
Günlük aktivitede yardım alıyor mu?	Evet 76 (90.5) Hayır 8 (9.5)
Yardım alınan aktiviteler	Banyo 73 (93.6) Giyinme 63 (80.8) Tuvalet 49 (62.8) Taşınma 29 (37.2) Yemek yeme 28 (35.9)

lukla aile bireyleridir. Bizim çalışmamızda her ne kadar çoğunluğu bakım verdikleri kişilerin hastalıklarının ne olduğunu bilseler ve ilaçlarını uygun hastalık için uygulayabilseler de bu hastaların özellikle özbakım ve temiz-

**Tablo 5.** Bakım verenlerin evde sağlık hizmeti ile ilgili bilgilenme ve memnuniyet durumları

		S (%)
Evde sağlık hizmeti ile ilgili bilgiye ulaşım şekli	Engelli derneği	44 (52.4)
	Aile hekimi	35 (41.7)
	TV	3 (3.6)
	Sosyal yardımlaşma	1 (1.2)
	Broşür	1 (1.2)
Evde sağlık hizmeti ile ilgili memnuniyet	Memnun	49 (58.3)
	Fikri yok	34 (40.5)
	Memnun değil	1 (1.2)

lik gibi konularda daha fazla bakıma ihtiyaçları olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir ve bu hastalar profesyonel kişilerin yardımına ihtiyaç duymaktadır.<sup>[10]</sup> Ayrıca son yıllarda hastanelerin değişen rolü, sağlık hizmetlerinin artan maliyetleri, evde sağlık hizmeti maliyetinin daha düşük olması, bu bireylerin bakımında aile dışı insan gücü ve teknolojisinin kullanımı gereksiniminin artışı nedeniyle konunun önem kazandığı bilinmektedir.<sup>[11,12]</sup>

Çalışmamızda kronik hastalıklar içinde en sık görülen iki hastalık demans ve serebrovasküler hastalıklardır. Türkiye’de yapılan çalışmalarda benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bir çalışmada serebrovasküler hastalıklar en sık ve ikinci sırada demans gelmekte iken, diğer bir çalışmada kardiyovasküler olaylar sonucu gelişen hemipleji ilk sırada, serebrovasküler hastalıklar ise ikinci sırada yer almaktadır.<sup>[13,14]</sup> Japonya’da yapılan bir başka çalışmada evde bakım hizmetinden yararlanan yaşlıların bakım nedenleri en sık hipertansiyon, sonrasında ise serebrovasküler hastalıklardır.<sup>[15]</sup>

Evde bakım hizmetinden kadınların daha çok yararlandıkları bilinmektedir. Bizim çalışmamızda da kadınlar bu hizmetten erkeklerden daha fazla yararlanmaktadır. Türkiye’de yapılmış ve benzer sonuçlar bildiren çalışmalar mevcuttur.<sup>[14,16]</sup> Dünya Sağlık Örgütü’ne göre kadınlar yaşlı nüfusun büyük bir bölümünü oluşturmaktadır. Özellikle 85 yaş ve üzeri yaşlı kadın nüfusunun ve ortalama yaşam süresinin erkeklere göre fazla olması, bu yaş grubundaki kadınlarda kronik hastalıkların ve evde bakım ihtiyacının daha fazla olduğunu göstermektedir.<sup>[1]</sup> Ancak yine de çalışmamızda cinsiyet ile günlük aktivitelerde alınan yardım arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Bunun nedeni bu hastaların çoğunlukla bir başkasının yardımına ihtiyaç duyması olabilir.

Avrupa’da evde bakım hizmetlerinin bilinen tek tip bir değerlendirme biçimi, uygulaması ve temin şekli yoktur. Evde bakım hizmetleri sağlık ve kişisel bakımı kapsayan sosyal yardım, güvenlik ve sağlık sistemi bütünüdür. Pek çok ülkede pek çok farklı kuruluş tarafından karşılanmakta, farklı şekilde yürütülmektedir. Hizmet, bireyin sorununa ve durumuna bağlı olarak ekibin ihtiyaç duyulan bir veya birkaç üyesi tarafından verilebilir.<sup>[17,18]</sup> Bu-

**Tablo 6.** Hastaya bakım veren kişinin evde sağlık hizmetinden beklentisi

	Kronik hasta/yaşlı S (%)	Bedensel/zihinsel engelli S (%)	p
Hastanın ilaçların reçete edilmesi ve ilaç raporlarının düzenlenmesi	29 (53.7)	6 (20.0)	0.002
Hastanın ihtiyacı olan tıbbi cihazların temini	23 (42.6)	6 (20.0)	0.030
Hastanın tıbbi bakımının yapılması	22 (40.7)	1 (3.3)	0.000
Hasta ve yakınına sosyal psikolojik destek sağlanması	4 (7.4)	11 (36.7)	0.001
Hastada yeni gelişen sağlık sorunların çözümü	11 (20.4)	3 (10.0)	0.181
Hasta yükünün paylaşılması	9 (16.7)	2 (6.7)	0.168
Hastanın yatak yarasının iyileşmesi	7 (13.0)	0	0.039
Hastanın tedavi olması	5 (9.3)	1 (3.3)	0.297
Hastanın yaşam kalitesini artırılması	3 (5.6)	0	0.260
Diş hekimi muayenesi	0	4 (13.3)	0.014
Hastanın araçla taşınmasında yardım	3 (5.7)	1 (3.3)	0.542

\*Birden fazla beklenti ifadesi kabul edilmiştir.

na ek olarak ülkenin sosyal ve kültürel özellikleri de verilen hizmetin şeklini etkilemektedir. Bu zengin ve biraz da karmaşık yaklaşım nedeniyle maddi destek, hizmetin organizasyonu ve sunumu, devletin vergi temelli fonlarıyla finanse edilerek sağlık ve sosyal servislerle sağlanmaktadır.<sup>[19]</sup> Belçika, Fransa, İtalya, Portekiz, İspanya ve İngiltere gibi pek çok ülkede evde bakım konusunun “sağlık” kısmıyla sağlık sistemi, “sosyal” kısmıyla sosyal sistem ilgilenmektedir.<sup>[20]</sup> Danimarka, Finlandiya, İsveç gibi diğer ülkelerde ise bu hizmet tek bir organizasyon altında belediyelerin kontrolünde verilmektedir.<sup>[19]</sup> Türkiye’de ise 2005 ve 2010 yılında Sağlık Bakanlığı’na yayınlanan yönetmelik ve yönergeler ile düzenlenmiştir. Sosyal hizmetler ise ayrıca Başbakanlık Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından 2006 yılında yayınlanan yönetmeliklerle düzenlenmektedir.<sup>[5,6,21,22]</sup>

Hastalara bakım veren kişilerin bu hizmetten beklentilerinin neler olduğunu belirlenmesi amacıyla yaptığımız araştırma sonucunda bu kişilerin bu hizmetten beklentileri çoğunlukla hastaların ilaçlarının reçete edilmesi, ilaç raporlarının düzenlenmesi, tıbbi malzeme ve cihazların temini ve hastanın bakımının yapılması gibi tıbbi konulardır. Hasta yakınları ayrıca sosyal ve psikolojik destek sağlanması, hasta yükünün paylaşımı gibi sosyal konularda da destek istemişlerdir. Yapılan benzer bir çalışmada hasta yakınları, hastanın muayene edilmesi ve tedavisinin düzenlenmesi, psikolojik destek sağlanması, tetkiklerinin yapılması, enjeksiyon, ilaç temini ve tıbbi cihazların bakımı, diş muayenesi, fizik tedavi hizmetlerinin verilmesi, yara bakımı ve rapor düzenlenmesini istemişlerdir.<sup>[23]</sup> Akdemir ve ark. tarafından yapılan bir diğer çalışmada da hastaların hijyenik bakım, hastalık, ilaç, bes-

lenme, yatak yarası ve enfeksiyona ilişkin sorunları ve bilgi gereksinimleri evde bakım ekibi tarafından sağlanmış, ancak psikososyal konularda, uykusuzluk sorunu, egzersiz yapma, enfeksiyon kontrolü, kontraktür-deformite/atrofi gelişimi, çevresel uyaran azlığı konularında daha fazla desteğe ihtiyaç duydukları belirlenmiştir.<sup>[10]</sup>

Bakımın evde verilmesi, bireyin günlük yaşam aktivitelerinin profesyonel bakış açısıyla organize edilmesini öngörür. Sağlığın korunması ile birlikte bireyin tedavi ve rehabilitasyon sürecine bağlı durumdan en uygun düzeyde etkilenmesinin sağlanmasına destek olacaktır. Ayrıca aile bireyleri dışında bir sağlık profesyoneli tarafından bakım verilmesi, bu sorumluluğun aile üyelerine yüklenmesi zorunluluğuna da bir ölçüde destek olarak katkıda bulunur.<sup>[17,24,25]</sup>

## Sonuç

Çalışmamızda değerlendirilen evde sağlık hizmeti için başvuru alanların çoğunluğu kadındır. Başvurular daha çok demans ve serebrovasküler hastalıklar gibi kronik durumlar nedeniyle. Yanı sıra başvuruların yaklaşık üçte biri bedensel ya da zihinsel engelliler içindir. Bu hizmetten beklentiler çoğunlukla, hastaların ilaçlarının reçete edilmesi, ilaç raporlarının düzenlenmesi, tıbbi malzeme ve cihazların temini ve hastanın bakımının yapılması gibi tıbbi konulardır. Ülkemizde henüz gelişen bir uygulama olan evde sağlık bakımı ile ilgili daha fazla çalışmaya, ülkemize özgü gereksinimlerin ortaya çıkarılmasına gereksinim vardır.

## Kaynaklar

1. Home-based and long-term care: home care issues and evidence. Geneva, World Health Organization, 1999 [http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic\\_conditions/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html) Erişim tarihi:15.09.2011.
2. Community home-based care in resource-limited settings: a framework for action. Geneva, World Health Organization, 2002 ([http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic\\_conditions/en/index.html](http://www.who.int/chp/knowledge/publications/Chronic_conditions/en/index.html)) Erişim tarihi:15.09.2011.
3. Yaşa göre nüfus dağılımı 2012 [http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=5&ust\\_id=1](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=5&ust_id=1) Erişim tarihi. 21.12.2011.
4. Özürlü istatistik sonuçları, 2002 <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=10736> Erişim tarihi:06.03.2012.
5. Sağlık bakanlığı evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik, 2005 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-570/evde-bakim-hizmetleri-sunumu-hakkinda-yonetmelik.html> Erişim tarihi:15.09.2011.
6. Sağlık bakanlığınca sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında yönerge, 2010 [http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=603:salk-bakanlncasunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakkinda-yoenerge-&catid=41:yoenergeler&Itemid=218](http://www.ailehekimligi.gov.tr/index.php?option=com_content&view=article&id=603:salk-bakanlncasunulan-evde-salk-hizmetlerinin-uygulama-usul-ve-esaslar-hakkinda-yoenerge-&catid=41:yoenergeler&Itemid=218) Erişim tarihi:15.09.2011.

7. Schafer G. Eurostat. Europe in figures: Eurostat yearbook 2008. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities; 2008. p.16-17.
8. Moise P, Schwarzing M, Um M et al. Dementia in 9 OECD countries: a comparative analysis. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2004. p.14
9. Basic statistics about home care updated. National Association for Home Care & Hospice, 2010. [http://www.nahc.org/facts/10hc\\_stats.pdf](http://www.nahc.org/facts/10hc_stats.pdf) Erişim tarihi: 27.11.2012
10. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S ve ark. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38:57-65.
11. Jacobs P, Finlayson G, Brown B, et al. The development of a tool to assess quality of cost estimates. *Disease Management and Health Outcomes* 2002; 10:127-32.
12. Larsson BW, Larsson G, Carslong SR. Advanced home care: patients' opinions on quality compared with those of family members. *J Clin Nurs* 2004; 13:226-33.
13. Özgür Enginyurt Ö, Öngel K. Evde bakım hizmeti kapsamındaki hastaların sosyodemografik özellikleri ve tıbbi durumları. *Smyrna Tıp Dergisi* 2012;1:45-8.
14. Yörük S, Çalışkan T, Gündoğdu H. Balıkesir devlet hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;1:12-5.
15. Akiyama A, Hanabusa H, Mikami H. Characteristics of home care supporting clinics providing home care for frail elderly persons living alone in Japan. *Arch Gerontol Geriatr* 2011;52(2):e85-8.
16. Subaşı N, Öztekin Z. Türkiye'de karşılanamayan bir gereksinim: evde bakım hizmeti. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2006;5:19-31.
17. Ewers M. The advent of high-tech home care in Germany. *Public Health Nursing* 2002;19:309-17.
18. Fassino S, Leombruni P, Daga G, et al. Quality of life in dependent older adults living at home. *Arch Gerontol Geriatr* 2002;35:9-20.
19. The solid facts, home care in europe. Rosanna Tarricone & Agis D. Tsouros, World Health Organization 2008 <http://www.euro.who.int/pubrequest.html> Erişim tarihi:15.09.2011.
20. Ehrenfeld M. Nursing and home care in Europe. *Int Nurs Rev* 1998;45: 61-4.
21. T.C. Sağlık bakanlığı bakıma muhtaç özürülerin tesbiti ve bakım hizmeti esaslarının belirlenmesine ilişkin yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 2006 <http://www.shcek.gov.tr/bakima-muhtac-ozurlulerin-tesbiti-ve-bakim-hizmeti-esaslarinin-belirlenmesine-iliskin-yonetmelik-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>. Erişim tarihi: 12.03.2012
22. T.C. Sağlık bakanlığı shcek genel müdürlüğü özürülerin tesbiti, incelenmesi bakım ve rehabilitasyonuna dair yönetmelik, 1993 [http://www.shcek.gov.tr/shcek-genel-mudurlugu-ozurlulerin-tesbiti-incelenmesi-bakim-ve-rehabilasyona-dair-yonetmelik-\(degisiklik.aspx](http://www.shcek.gov.tr/shcek-genel-mudurlugu-ozurlulerin-tesbiti-incelenmesi-bakim-ve-rehabilasyona-dair-yonetmelik-(degisiklik.aspx) erişim tarihi: 12.03.2012.
23. Bulakçı BB, Ünal PC, Palanduz A. Hasta yakınlarının evde sağlık ve bakım hizmeti konusunda bilgi düzeyleri ve beklentileri. 11. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Bildiri Kitabı 2012.
24. de Wit R,van Dam F. From hospital to home care; randomized controlled trial of a pain education programme for cancer patient with chronic pain. *J Adv Nurs* 2001;36:742-54.
25. Caserett DJ, Hirschman KB, Henry MR. Does hospice have a role in nursing home care at the end of life. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1493-8.

Geliş tarihi: 27.11.2012

Kabul tarihi: 29.01.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.03.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Gizem Limnili

M. Asım Terci ASM, Ulubey, Uşak

e-posta: gizemkismali@gmail.com

# Acil önünde ve hastane çevresinde konaklayan hasta yakınları

Patients' relatives spending the night in front of the emergency department and around hospital

Behçet Al<sup>1</sup>, Suat Zengin<sup>1</sup>, Şahin Kartal<sup>2</sup>, Mehmet Murat Oktay<sup>2</sup>, Ayca Akçalı<sup>2</sup>, Cuma Yıldırım<sup>3</sup>

## Özet

**Amaç:** Çalışmamız acil servis önünde ve hastane çevresinde açığa konaklayarak kalabalık oluşturan hasta yakınlarının özelliklerini değerlendirmeyi ve yaşadıkları sıkıntılarla taleplerini ortaya koymayı amaçlamıştır.

**Yöntem:** Haziran 2010 ve Şubat 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Acil Servisi önünde ve hastane çevresinde, hastanede yatan yakınlarını beklemek için konaklayan 63 aile çalışmaya dâhil edildi. Çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanan bir anket formu ailelerden birer kişi ile yüz yüze görüşülerek uygulandı. Sonuçlar tanımlayıcı istatistiklerle değerlendirildi.

**Bulgular:** Çoğunluğunu serbest meslek sahipleri olmak üzere toplam 63 hasta yakını çalışmaya alındı. Gaziantep'ten gelenler ilk sırada yer almaktaydı. En uzun konaklama süresi 360 gün idi. Hasta başına düşen ortalama konaklayan kadın ve erkek sayısı sırasıyla 1.4 ve 2.4 idi. Katılımcıların çoğu babaları için ve gün boyu beklemişlerdi. Beslenmek için genellikle kantin tercih edilmişti. Çoğu geceleri dışarıda banklarda ve betonda yatan hasta yakınlarının en çok rahatsız oldukları konu da gece dışarıda yatmak zorunda kalmaları idi. Katılımcıların %34.9'u gece dışarıda yatarken hastalanmışlardı ve %31.7'si en az bir kez olmak üzere daha önce başka hastalar için de konaklamışlardı. En çok talep edilen konu tuvalet/banyo/temiz suyun temin edilmesi idi.

**Sonuç:** Acil servis önünde ve hastane çevresinde bekleyen hasta yakınları çeşitli demografik özellikler göstermekte ve toplumun sosyokültürel yapısını yansıtmaktadır. Hastanelerin, hastalara sunulan hizmetlerin yanı sıra, onlara eşlik etmek isteyen hasta yakınları için de hizmet sunmaları gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Bakım verenler, hastane, sosyal destek.

## Summary

**Objective:** Our study aimed to evaluate the characteristics of patients' relatives who spent the night in front of the emergency department and around hospital and to determine disturbances and their demands regarding this experience.

**Methods:** Sixty-three families who spent the night in front of the emergency department and around hospital at Gaziantep University School of Medicine for their hospitalized patients were included in the study between June 2010 and February 2011. A pre-prepared questionnaire in accordance with the purposes of the study was applied face to face to one member of each family. The results were analysed using descriptive statistics.

**Results:** A total of 63 patient's relatives mostly self-employed were included in the study. They were mainly from the city of Gaziantep. The longest duration of stay was 360 days. The mean number of men and women spending the night per patient was 2.4 and 1.4, respectively. The majority of the participations waited for their fathers and all day long. Generally, hospital canteen was preferred for feeding. Majority of the participations slept in the open on the benches and concrete ground. Their main complaint was that they had to spend the night outside. Of the participations, 34.9% got sick while sleeping outside at night, and 31.7% spent night at least once before for an other patient. Their requests can be alined as clean water supply, hygenic toilet and bathroom respectively.

**Conclusion:** The relatives of the patients spending the night in front of the emergency department and around hospital present a variety of demographic characteristics reflecting the socio-cultural structure of the society. Hospitals should also provide accommodation facilities for the patients' relatives accompanying them as well as health services for patients.

**Key words:** Caregivers, hospital, social support.

Türkiye'de sosyal dayanışma ve yardımlaşma resmi olarak yaygın bir örgütlenmeye sahip olmadığı için, ortaya çıkan boşluk akrabalar veya arkadaş

çevrelerince doldurulmaya çalışılmaktadır. Ülkemizde yalnızca hasta bakımı değil, aynı zamanda yaşlı, engelli, öksüz ve yetim bakımı da genellikle akrabalar tarafından

<sup>1</sup> Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Gaziantep

<sup>2</sup> Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Arş. Gör. Dr., Gaziantep

<sup>3</sup> Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Prof. Dr., Gaziantep

yapılmaktadır. Bu zorunluluk, temel bir göreve dönüşerek kültürel ve sosyal dayanışmanın bir kuralı haline gelmektedir.<sup>[1]</sup> Yazılı olmayan bu sosyal dayanışma, bazen kişileri, üstesinden gelebileceklerinden daha fazlasını yapmaya zorlamaktadır.<sup>[2]</sup>

Hastanede yatan hastalarını bekleyen hasta yakınlarının konaklama sıkıntıları önemli bir problem olmaya devam etmektedir. Özellikle ülkemizin Doğu ve Güneydoğu Anadolu bölgelerinde hasta ile beraber çok sayıda hasta yakını hastanelere gelmekte ve günlerce başta acil servis çevresi olmak üzere hastane bahçelerinde konaklamaktadırlar. Sağlık çalışanları için para-medikal bir konu olan bu durum yeterince araştırılmamıştır. Son yıllarda, başta üniversite hastaneleri olmak üzere yöneticiler, bu sıkıntıları kısmen de olsa çözmek adına, hastane çevresinde hasta yakınları için misafirhaneler yaptırarak önemli adımlar atmışlardır. Hastane çevrelerinde hasta ve yakınlarının rahat edebilecekleri kafeterya ve restoranların inşa edilmesi onları rahatlatmakta ve memnuniyetlerini artırmaktadır.<sup>[3]</sup>

Hastalarına eşlik eden kişilerin daha sağlıklı koşullarda konaklamalarını sağlamaya yönelik çabalara karşın, hastalarını hastane çevresinde açık arazide bekleyenlerin sorunları ve beklentileri yeterince dikkate alınmamaktadır. Literatürde hastane çevresinde açıkta konaklayan hasta yakınları ile ilgili yapılmış bir çalışmaya rastlanmamıştır. Oysa yatan hasta ziyaret kapıları, kantin, kafeterya, dinlenmek için kamelya ve oturma bankları Acil Tıp Anabilim Dalının yakın çevresinde yer almaktadır. Bu durum, tüm hasta yakınlarının acil servis etrafında konaklamalarına ve yoğunlaşmalarına neden olup, acil servis çalışanlarını doğrudan muhatap durumuna getirmektedir.

Çalışmamız acil servis önünde ve hastane çevresinde açıkta konaklayarak kalabalık oluşturan hasta yakınlarının özelliklerini değerlendirmeyi ve yaşadıkları sıkıntılarla taleplerini ortaya koymayı amaçlamıştır.

## Gereç ve Yöntem

Haziran 2010 ve Şubat 2011 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi önünde ve hastane çevresinde, hastanede yatan yakınlarını beklemek için açıkta konaklayan 63 aile çalışmaya alındı. Hastanemiz tüm çevre illerden (Adıyaman, Kilis, Kahramanmaraş, Şanlıurfa, Osmaniye, Hatay) ve uzak illerden (Diyarbakır, Siirt, Şırnak, Mardin, Batman) hasta kabul eden bin yataklı üçüncü basamak bir sağlık kuruluşudur. Yapılan çalışma ile ilgili olarak üniversite ve hastane yöneticileri bilgilendirildi ve izinleri alındı. Çalışma amacına yönelik olarak katılımcıların meslekleri, kaç gün konakladıkları, hasta ile yakınlık dereceleri, gece kaç kişi kaldıkları ve nerede yattıkları, nerede yemek yedikleri, rahatsız

oldukları durumlar ve taleplerinden oluşan toplam 27 soruluk bir anket formu hazırlandı.

Çalışma dönemi boyunca on günlük aralarla hastanede yatan yakınlarını bekleyen aileler dolaşarak rastgele görüşmeler yapıldı. Her aileden yalnızca bir kişiyle görüşüldü. Görüşmelerde ilk önce anket hakkında katılımcılar bilgilendirildi. Sonuçların onların aleyhinde kullanılmayacağına, sorunlarının giderilmesi için hastane idaresi ile görüşüleceğine ve çıkacak sonuçların sadece bilimsel olarak ele alınacağına ilişkin güvence verildi. Anket formu yüz yüze görüşme yoluyla uygulandı ve sonuçlar değerlendirildi. Verilerin analizi için SPSS 18 paket programı kullanıldı. Tanımlayıcı istatistiksel değerlendirmeler (sıklık, yüzdeler, ortalama ve standart sapma) yapıldı.

## Bulgular

Çalışmaya alınan 63 aileden 63 (59 erkek, 4 kadın) kişi ile görüşüldü. Katılımcıların 30'u (%47.6) serbest meslek sahibi idi; bunları çiftçiler (14 kişi, %22.2) takip etmekte idi. Hastaların 23'ü (%36.5) Gaziantep, 17'si (%27.0) Şanlıurfa ve dokuzu (%14.3) Adıyaman'dan gelmişti. Hastaların getirildikleri uzaklık %22.2'si (14 hasta) için 10 km'den az, %25.4'ü (16 hasta) için 10-100 km ve %52.4'ü (33 hasta) için de 101-700 km arasındaydı. Hastaların %66.7'si (42 hasta) dâhili ve %33.3'ü (21 hasta) ise cerrahi servislere yatırılmıştı. Katılımcılar en az bir, en fazla 360 gün olmak üzere ortalama 33.4±62.5 gün acil servis çevresinde konaklamışlardı. Yatan hasta için en çok bekleyenler hastanın çocukları (21 kişi, %33.3), kardeşleri (10 kişi, %15.9) ve yeğen ya da kuzenleri (8 kişi, %12.7) idi. Çalışmaya alınan 63 aileden, hasta başına ortalama 2.4 erkek (toplam 149) ve 1.4 kadın (toplam 87) konaklamıştı. Gecede bir hasta için en az bir (31 hasta, %49.2), en fazla 22'si erkek ve beşi kadın olmak üzere yirmi yedi kişi (1 hasta, %1.6) nöbet tutmuşlardı. Katılımcıların yaklaşık yarısı (32 kişi, %54.0) hiç nöbet değişikliği yapmadan gece-gündüz sürekli nöbet beklemişlerdi. Bunları 15 katılımcı (%23.8) ile iki günde bir nöbet değiştirenler takip etmekteydi. Yukarıdaki özelliklerle ilgili ayrıntılı bilgiler Tablo 1'de verilmiştir.

Gece konaklamaları dışarıdaki banklarda ve betonda (25 kişi, %39.7), hastanın yanında (24 kişi, %38.1) ve akrabalarının evlerinde (10 kişi, %15.9) gerçekleşmişti. Katılımcılar beslenmek için en çok kantini (36 kişi, %57.1), dışarıdaki lokantaları (10 kişi, %15.9) ve kendilerinin yaptıkları yemekleri (10 kişi, %15.9) tercih etmişlerdi. Katılımcılar hastalarını beklerken başta bulabildikleri her yiyecek (29 kişi, %46.0) olmak üzere, tost-peynir-bisküvi-çay (18 kişi, %28.6) ve nohut dürüm-tavuk dürümü (9 kişi, %14.3) besin olarak tüketmişlerdi. Katılımcıların %12.7'sinin (8 kişi) yanında gece de çocuk bulunmakta



**Tablo 1.** Hastalar, hasta yakınları ve bekleme durumlarına ilişkin bazı özellikler

		s	%
Katılımcıların meslekleri	Serbest meslek sahibi	30	47.6
	Çiftçi	14	22.2
	Memur	9	14.3
	Ev hanımı	7	11.1
	Öğrenci	3	4.8
Konaklanan ortalama gün sayısı	1-10 gün	33	52.4
	11-20 gün	10	15.9
	21-40 gün	8	12.7
	41-60 gün	4	6.3
	> 60 gün	8	12.7
Yatan hasta ile yakınlık derecesi	Çocuğu	21	33.3
	Kardeşi	10	15.9
	Yeğeni/Kuzeni	8	12.7
	Eşi	7	11.1
	Annesi/Babası	5	7.9
	Torunu	5	7.9
	Diğer	7	11.1
Hastanın getirildiği il	Gaziantep	23	36.5
	Şanlıurfa	17	27.0
	Adıyaman	9	14.3
	Hatay	5	7.9
	Diğer	9	14.3
Gece nöbet bekleyen sayısı	Bir kişi	30	47.6
	İki kişi	20	31.7
	Üç kişi	5	7.9
	Dört kişi	4	6.4
	Beş ve daha fazla kişi	4	6.4
Nöbet değişikliği süresi	Nöbet değişimi yok	34	54.0
	Gün aşırı bir	7	11.1
	İki günde bir	15	23.8
	Haftada bir	5	7.9
	Ayda bir	2	3.2

idi. En çok rahatsız oldukları konuların başında gece dışarıda yatmak zorunda kalmaları (23 kişi, %36.5) ve kantinin pahalı oluşu (17 kişi, %27.0) gelmekteydi. Kişi başına düşen ortalama günlük masraf 28 TL (10-100 TL) olarak hesaplandı. Katılımcıların en önemli talepleri kendileri için misafirhane yapılması (33 kişi, %52.4), tuvalet, banyo ve temiz su temin edilmesi (29 kişi, %46.0) ve kendilerine hastane tarafından yemek verilmesi (19 kişi, %30.2) idi. Katılımcıların konakladıkları yerler, beslenme durumları, yedikleri yiyecekler, rahatsız oldukları durumlar ve taleplerine ilişkin veriler **Tablo 2**'de verilmiştir.

Yirmi iki katılımcı (%34.9) gece dışarıda yatarken hastalanmış, 20'si (%31.7) acil servise gidip sağlık hizmeti almıştı. Yirmi katılımcı (%31.7) daha önce de en az bir kez olmak üzere başka hastalar için hastanemiz acil servisi etrafında konaklamıştı. Yüzde 36.5'i (23 kişi) hastanede yatan yakınlarını veya komşularını ziyaret etmemenin ayıp olduğunu düşünmekteydi. Katılımcıların %34.9'u (22 kişi) acil servis çevresindeki kamelya ve bankları rahat

ve %52.4'ü (33 kişi) günlerce sıra bekleyerek temin edebilmişlerdi; %12.7'si (8 kişi) ise hala temin edememişlerdi. Dört kişinin eşyası çalınmış (%6.3), iki kişi de (%3.2) başka konaklayanlarla tartışmıştı.

## Tartışma

Katılımcıların büyük kısmı genellikle sürekli bir işte çalışmayan ve işe gitmemek için izin alma mecburiyeti olmayan serbest meslek sahibi ve çiftçi erkeklerden oluşmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada, benzer şekilde çok sayıda kişinin hasta için beklediği ve konakladığı, bunun ciddi bir ihtiyaçtan ziyade, sosyokültürel özelliklerden kaynaklandığı saptanmıştır.<sup>[1]</sup> Bunun en iyi göstergesi, bazen onlarca kişinin acil servis önünde ve hastane çevresinde günlerce beklemesidir. Çalışmamızda katılımcıların önemli bir kısmının, hastanede yatan bir tanıdıklarını, akraba olmasa bile ziyaret etmemenin kültürlerinde bağışlanmayacak bir ayıp olduğunu belirtmesi de bunu destekleyici niteliktedir.

**Tablo 2.** Katılımcıların konakladıkları yerler, beslenme kaynakları, yedikleri yiyecekler, rahatsız oldukları durumlar ve talepleri

		s	%
Konakladıkları yerler	Dışarıda yerde	25	39.7
	Hastanın yanında	24	38.1
	Akrabalarında	10	15.9
	Arabalarda	3	4.7
	Evlerinde	1	1.6
Beslenme kaynakları	Kantin	36	57.1
	Dışarıdaki lokantalar	10	15.9
	Kendilerinin yaptıkları yemekler	10	15.9
	Hastane yemekleri ve kantin	4	6.3
	Evden gelen yemekler	3	4.8
Yenilen yiyecekler	Ne bulurlarsa	29	46.0
	Tost-peynir-bisküvi-çay	18	28.6
	Nohut durum-tavuk durum	9	14.3
	Fırında patlıcan-biber-domates	4	6.3
	Ev yemekleri	3	4.8
Yaşadıkları rahatsızlıklar*	Dışarıda yatmak zorunda kalmak	23	36.5
	Kantinin pahalı olması	17	27.0
	Temizliğin yetersiz olması	10	15.9
	Ortamin sıcak ve gürültülü olması	5	7.9
	Güvenlik görevlilerinin tacizi	5	7.9
	Hırsızlık olması	4	6.3
	Diğer	5	7.9
Talepleri*	Misafirhane yapılması	33	52.4
	Dışarıda yatanlar için temiz su-tuvalet-banyo temin edilmesi	29	46.0
	Yemek verilmesi	19	30.2
	Kantindeki fiyatların düşürülmesi	17	27.0
	Refakatçi imkânlarının iyileştirilmesi	11	17.5
	Acil önü ve hastane çevresinin temiz tutulması	10	15.9
	Talepleri yok	10	15.9

\*Katılımcılar birden fazla rahatsızlık ve talep belirtmişlerdir.

Babalarını bekleyenlerin çoğunlukta olmasının, bölgede ailelerin çok sayıda çocuğa sahip olması, toplumun sosyokültürel yapısı ve gelenekleri içinde baba-çocuk dayanışmasının hala çok güçlü olması ve hastaya yönelik desteğin iyileşmeyi hızlandıracağına dair olan umuttan kaynaklandığını düşünmekteyiz. Bununla beraber genel olarak toplumumuzda insanların, yakınlarını daha çok arayıp dertlerine ortak olma isteğinin de göz ardı edilmemesi gerektiği kanaatindeyiz. Bunun en belirgin göstergesi, ikinci derece akrabaların veya sadece komşusu olduğu için bazı katılımcıların fedakârlık göstererek gece nöbet beklemeleridir. Bu sonuçlar, yine ülkemizde yapılmış başka bir çalışmanın sonuçlarına benzerlik göstermektedir.<sup>(4)</sup> Öte yandan, daha büyük özveri gerektiren hiç nöbet değişikliği yapmadan sürekli bekleyenlerin tamamına yakını, birinci derece akrabalar ve özellikle hastaların çocuklarından oluşmaktadır.

Kışın zor olsa da beton zemin ve kamelyadaki bankalar, konaklayanların gece yatmak için en çok kullandıkları mekânlardı. Bu durum en çok şikâyet edilen konu idi ve bu nedenle katılımcılar ısrarla kendileri için bir misa-

firhane yapılmasını talep etmişlerdir. Geceleri dışarıda yatma zorunluluğu, konaklayanlarda bazı hastalıklara neden olmuş (%35) ve acil servise başvurmak (%32) zorunda bırakmıştır. Hastane çevresinde yeterli tuvalet, banyo ve temiz su bulunmadığı için, bir kısım hasta yakınları çevredeki camilerin tuvaletlerinde banyo yapmak zorunda kalmışlardır. En çok tüketilen gıdalar basit denilebilecek yiyecekler (tost-peynir-çay ve dürüm gibi) olsa da, bazen hastane bahçesinde yemekler bile pişirilmiştir.

Güldal ve arkadaşlarının hasta yanında refakatçi olarak kalanlar arasında yaptıkları bir çalışmada, refakatçilerin büyük çoğunluğunun bizim sonuçlarımıza benzer şekilde birinci ve ikinci derecede akrabalarından ve bizim sonuçlarımızdan farklı olarak kadınlardan oluştuğu saptanmıştır. Refakatçilerin çoğunluğunun kadınlardan oluştuğu başka çalışmalarda da vurgulanmıştır.<sup>(1,4)</sup> Aynı çalışmada refakatçilerin yarısı bu dönemde sağlık sorunları yaşamışlardır. Hastaya eşlik ederken veya dışarıda konaklayan refakatçilerin sağlıklarında veya günlük işlerinde sorunlar yaşandığı başka çalışmalarda da vurgulanmıştır.<sup>(5-7)</sup>

Hastane çevresinin hasta ve yakınları için daha uygun duruma getirilmesi hastaların iyileşmesi ve hasta yakınlarının kendilerini iyi hissetmeleri açısından önemli gibi görünmektedir. Psikolojik destekle hastaların daha çabuk iyileştiği<sup>[8,9]</sup> ve hasta yakınlarının<sup>[10,11]</sup> da rahatladığı değişik çalışmalarda vurgulanmıştır. Benzer olarak Amerika ve Kanada'da yapılan çalışmalarda, hasta sağlığı ile iyi bir hastane çevresi arasında anlamlı bir ilişki olduğunu saptanmıştır.<sup>[3]</sup> İyi düzenlenmiş bir hastane çevresi anksiyete ve stresi,<sup>[12-14]</sup> cerrahi sonrası iyileşme sürecini<sup>[15,16]</sup> ve patolojik davranışları<sup>[17]</sup> azaltarak hastanın iyileşmesini hızlandırmakta ve hasta yakınlarını rahatlatmaktadır. Lawson ve Phiri'nin çalışma sonuçları da bunları desteklemektedir.<sup>[17]</sup> Ulrich,<sup>[18]</sup> hastanenin çevre şartlarının iyileştirilmesinin ve hasta ve yakınlarına bazı olanaklar sağlanmasının onların kendilerini daha iyi hissetmelerini sağladığını vurgulamaktadır. Hastanede bahçe düzenlenmesinin kendisi de iyileştirici bir etkiye sahip bulunmuştur.<sup>[19]</sup> Bazı çalışmaların sonuçları iyileştirici etki ile düzenli bir hastane çevresi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğunu göstermiştir.<sup>[20-23]</sup>

## Sonuç

Tuvalet-banyo ve temiz suyun temin edilmesi, çevre temizliğinin yapılması, misafırhane yapılması, refakatçilere yemek verilmesi, kantindeki fiyatların uygun hale getirilmesinin sağlanması, acil servis önünde ve hastane çevresinde konaklayan hasta yakınlarının sıkıntılarını çözmek, makul taleplerini karşılamak ve insan onuruna yakışır bir yaşam standardını sağlamak için atılacak en öncelikli adımlardır. Hastane yöneticileri yalnızca hastaneye yatırılan hastalara daha iyi hizmet sunmaya değil, aynı zamanda onları bekleyen ve eşlik eden hasta yakınlarının gereksinimlerini karşılamaya yönelik çaba içinde olmalıdırlar.

## Kaynaklar

- Güldal D, Şemin S, Öner B. Hastanelerde neden refakatçi kalıyorlar? *Türk Aile Hek Derg* 2001;5:18-21.
- Phillips LR. On becoming a caregiver. Default or election and does it matter? *Caring* 1995;14:12-5.
- Douglas CH, Douglas MR. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expect* 2004;7:61-73.
- Elibol N, Doğan S. Hasta refakatçilerinin hastanede yaptıkları uygulamalar ve hastane ortamından etkilenme durumları. 5. Hemşirelik Kongresi kitabında. Ed. Dicle A. Çimen S, Şen H, Karayurt Ö. İzmir: DEU Rektörlüğü Matbaası; 1998. p. 150-6.
- Vitaliano PP, Russo J, Scalan JM, Gren CG. Weight changes in caregivers of Alzheimer's care recipients: psychobehavioral predictors. *Psychol Aging* 1996;11:155-63.
- Vitaliano PP, Scalan JM, Krenz C, Schwartz RS, Marcovina SM. Psychological distress, care giving and metabolic variables. *J Gerontol B Psychol Sci* 1996;51:290-9.
- Adler C, Gunzelmann T, Machold C, Schumacher J, Wilz G. Perception of stress by caregiving relatives of dementia patients. *Z Gerontol Geriatr* 1996;29:143-9.
- Elder R, Elder E. A place for the family in hospital life. *Int Nurs Rev* 1984; 31:40-2.
- Coller JH, Schirm V. Family focused nursing care of hospitalized elderly. *Int J Nurs Stud* 1992;29:49-57.
- York N. Coping with caregiving: supporting the informal caregiver. *Caring* 1995;14:144-7.
- Hagen B, Gallaher E. Looking out for family caregivers. *Can Nurse* 1996; 92:27-33.
- Beauchemin KM, Hays P. Dying in the dark: sunshine, gender and outcomes in myocardial infarction. *J R Soc Med* 1998;91:352-4.
- Pattison HM, Robertson CE. The effect of ward design on the well-being of post-operative patients. *J Adv Nurs* 1996;23:820-6.
- Ulrich RS. Visual landscapes and psychological wellbeing. *Landscape research* 1979;4:17-23.
- Ulrich RS. Viewthrough a window may influence recovery from surgery. *Science* 1984;224:420-1.
- Rubin HR. Status report--an investigation to determine whether the built environment affects patients' medical outcomes. *J Healthc Des* 1998; 10:11-3.
- Gabb BS, Speicher K, Lodl K. Environmental design for individuals with schizophrenia: an assessment tool. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling* 1992;23:35-40.
- Lawson B, Phiri M. Hospital design. Room for improvement. *Health Serv J* 2000;110:24-6.
- Fowler E, MacRae S, Stern A, et al. The built environment as a component of quality care: understanding and including the patients' perspective. *Joint Commission Journal of Quality Improvement* 1999;25:352-62.
- Ulrich RS, Symons RF, Losito BD, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress recovery during exposure to natural and urban environments. *J Environ Psychol* 1991;11:210-30.
- Ulrich RS. A theory of supportive design for healthcare facilities. *J Healthc Des* 1997;9:3-7.
- Hancock T. Creating health and health promoting hospitals: a worthy challenge for the twenty-first century. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 1999;12:8-19.
- Williams D. 50 years of ideas in health care buildings. *BMJ* 2000;321:182.

Geliş tarihi: 21.11.2012

Kabul tarihi: 30.01.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.03.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Behçet Al

Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi

Acil Tıp Anabilim Dalı, Gaziantep

e-posta: behcet@gmail.com

# Sezaryen skarında insizyonel endometriozis olgusu

## Incisional endometriosis after caesarean section: a case report

Levent Hekimoğlu<sup>1</sup>, Serhat Tatlıkazan<sup>2</sup>

### Özet

Endometriyozis endometrial dokunun uterin kavitenin dışında bulunması hali olarak tanımlanmıştır. Sezaryen, histerektomi, apendektomi, laparoskopi sonrası trokar yerinde, amniyosentez, epizyotomi sonrasında skar dokusunda endometriozis saptanabildiği bilinmektedir. Sezaryen sonrası skar dokusunda endometriyozis gelişme sıklığı %0.03-%0.4 arasında değişmektedir. Olgumuzda sezaryen operasyonundan 5 yıl sonra sezaryen skar yerinde kitle geliştiği saptandı. Geniş lokal eksizyonla çıkarılan kitlenin patolojisi endometriyozis olarak belirlendi. Sezaryen skarı ile ilişkili bir kitlede dönemsel ağrıların varlığı sezaryen skar endometriyozisi açısından patognomonik olup kitlenin geniş eksizyonla çıkarımı ile tedavi edilmektedir. Aile Hekimliği bütüncül yaklaşımı içerisinde hastaların özelliği olan sorunlarının da farkında olunarak hastalara gereken hizmet verilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Insizyonel endometriyozis, sezaryen, skar dokusu.

### Summary

Endometriosis is defined as the presence of endometrial tissue outside the uterine cavity. It is known to be detected in scar tissue after caesarean section, hysterectomy, appendectomy, laparoscopy, amniocentesis and episiotomy. The incidence of endometriosis in scar tissue after caesarean section is between 0.03-0.4%. In our case, endometriosis in caesarean scar tissue is detected 5 years after caesarean section. Patient is treated with wide surgical incision, and pathology revealed endometriosis. Presence of cyclic pain of a mass related with caesarean section scar tissue is pathognomonic of caesarean scar endometriosis, and extrusion of the mass with wide excision is the treatment modality. Patients should be given appropriate care for their specific problems, besides giving comprehensive care in family medicine.

**Key words:** Incisional endometriosis, caesarean section, scar tissue.

Endometriyozis genellikle dismenore, disparoni, menstrüel düzensizlik ve infertiliteye neden olan endometriyal dokunun uterin kavitenin dışında bulunması hali olarak tanımlanmıştır.<sup>[1]</sup> Uterus kavitesi dışında fonksiyonel endometriyal dokunun var olabileceği 1900'lü yılların başlarından beri bilinmektedir.<sup>[2]</sup> Yerleşim yeri genellikle pelvis, periton, overler, Douglas kesesi ve uterosakral bağlardır.<sup>[3]</sup> Endometriyozis gelişimi ile ilgili çok sayıda teori ortaya atılmıştır. Bunlar metaplazi, retrograd menstrüasyon, venöz ve lenfatik metastaz ve cerrahi esnasında insizyon skarı içine mekanik transplantasyondur. Sezaryen, histerektomi, apendektomi, laparoskopi, amniyosentez ve epizyotomi sonrasında skar dokusunda endometriyozis saptanması mekanik taşınmayı destekle-

mektedir.<sup>[1]</sup> Sezaryen insizyonu skar dokusunda endometriyozis oldukça nadir görülmekte ve insidansı %0.03-%1.7 olarak bildirilmektedir.<sup>[1,3,4]</sup> Sezaryen insizyon skarında endometriyozis olgusu ilk defa 1975 yılında yayınlanmıştır.<sup>[5]</sup> Çoğu hastanın insizyon skarında endometriyozis tanısı almadan önce öykülerinde endometriyozis yönünde bilgi bulunmamaktadır. En sık sezaryen insizyon skarına yakın alanda cilt altında kitle, menstrüasyon esnasında dönemsel ağrı ve şişlik şeklinde klinik bulgu vermektedir.<sup>[3]</sup> Bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans, doppler ultrasonografi veya abdominal duvardaki kitlenin ince iğne aspirasyon biyopsisi ile tanı konabilir. Lezyonun total olarak çıkarılması ile tedavi edilir ve total eksizyon sonrasında rekürrens oldukça azdır.<sup>[6,7]</sup>

<sup>1)</sup> Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Bursa

<sup>2)</sup> Bursa Zübeydehanım Doğumevi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Uzm. Dr., Bursa

## Olgu Sunumu

Otuz dört yaşında kadın hasta Bursa Zübeydehanım Doğumevine bir yıldır olan, son birkaç ay içinde belirginleşen, karın alt kısmında ele gelen, sert ve ağırlı kitle yakınıması ile başvurdu. Kitlenin adet döngüsü ile ilişkisi belirgin değildi. Beş yıl önce geçirilen sezaryen operasyonu haricinde özgeçmişinde özellik olmayan olgunun yapılan fizik muayenesinde eski sezaryene ait skarın sağ köşesinde cilt altı yerleşimli yaklaşık olarak 3x3 cm büyüklükte mobil ve orta sertlikte kitle tespit edildi. İnsizyonel herni düşünülen hastanın yapılan batın katlarının yüzeysel ultrasonografisinde insizyon hattı altında cilt altı yerleşimli 28x32 mm boyutlarında hipoeoik solid lezyon saptandı (Resim 1). Lezyonun batın içi organlarla ilişkisi yoktu. Genel anestezi altında yapılan operasyonda 3x3x2.5 cm boyutlarındaki kitlenin rektus kası ön lifleri üzerinde rektus kılıfı boyunca yerleştiği izlendi. Geniş eksizyonla çıkarılan solid ve kahverengi kitlenin mikroskopik görünümü Resim 2’de görülmektedir. Kitle patolojik inceleme sonucu eksternal endometriozis olarak rapor edildi. Hastanın 6 ay boyunca yapılan kontrollerinde herhangi bir belirti ve bulgu izlenmedi.

## Tartışma

Skar dokusunda gelişen endometriyozis yapılarının, subkutanöz doku ve abdominal fasyaya endometriyal hücrelerin direkt inokulasyonu ile oluştuğuna inanılır. Bu teori normal menstrüel siklus sırasında endometriyal dokunun taşınması yoluyla abdominal duvarda subkutanöz endometriozis oluşumu ile doğrulanmaktadır.<sup>[8]</sup> İnsizyon skarında endometriozis gelişme sıklığı hysterotominin hangi endikasyonla yapıldığı ile ilişkili olmaktadır. Örneğin ikinci trimester abortuslarında yapılan hysterotomi sonrasında skar endometriozisi gelişme sıklığı %5.08 iken sezaryen sonrası %0.03-%0.4 arasında değişmektedir.<sup>[9]</sup>

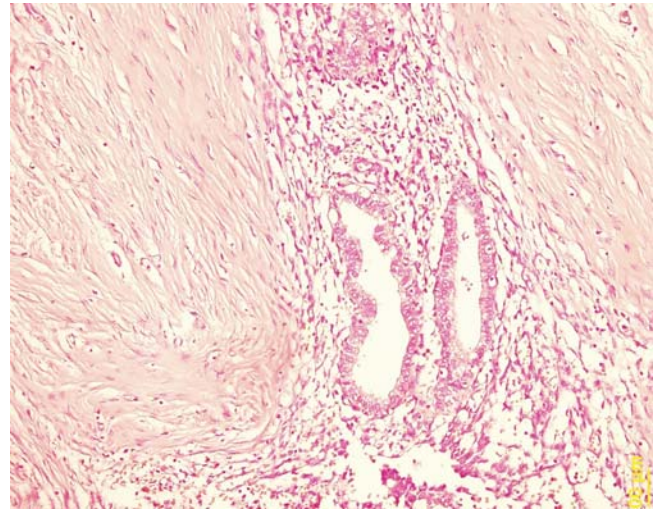
Honore<sup>[10]</sup> sezaryen sonrasında insizyon skarında endometriyozis gelişme insidansını %3.5 olarak belirtmiştir. Hastalara jinekolojik operasyondan aylar, hatta yıllar sonra skar endometriyozisi tanısı konabilmektedir.<sup>[11,12]</sup> Cerrahi sonrası geç başlayan (ortalama 5.7 yıl) semptomlar tanıda yanılmaya neden olabilir.<sup>[6]</sup> Olgumuzda da skar yerinde gelişen endometriyozise ait kitlenin en son geçirilen sezaryen operasyonundan 5 yıl sonra ortaya çıktığı saptandı. Sezaryen skar endometriyozis olgularında klasik klinik bulgu olan, insizyon alanında adet döngüsü ile değişen ağırlı nodüllerin saptanması, preoperatif tanıyı kolaylıkla koydurur.<sup>[2,13]</sup> Olgumuzda benzer şekilde insizyon alanında aralıklı belirginleşen ağırlı kitle bulunmaktaydı. Kitlenin menstruasyonla ilişkisi bulunmamaktaydı. Olgumuzda ön tanı olarak insizyonel herni düşünülmesi cerrahi literatürü destekler niteliktedir. İnsizyon skarında kitle saptandığı



Resim 1. Skar dokusundaki endometriyozisin ultrasonografik görünümü.

durumlarda insizyonel herni, keloid, hematoma, granülom, abse ve tümör tanıları da ayırıcı tanı olarak düşünülmektedir. Bir vakada sezaryen sonrası enterokutanöz fistül gelişimi bildirildiğinden, sezaryen skarında gelişen kitlenin intraabdominal organlarla ilişkisi değerlendirilmelidir.<sup>[14,15]</sup>

Karın duvarında görülen endometriyozis olgularında sonografik olarak kistik, polikistik, mikst ve solid görünüm olabilir. Olgumuzda kitle solid nitelikli olarak değerlendirildi. Skar endometriyomalarının sonografik görünümü özgül olmayıp eko paternleri menstrüel siklusla ilişkili olabilir veya olmayabilir.<sup>[16]</sup> Farklı görüntüleme yöntemleri de özgül değildir, ama özellikle tekrarlayan ve ağırlı kitleler operasyon planında yardımcı olabilir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin tanıda kullanılması kısıtlıdır, çünkü amniyosentez sonrasında iğnenin ilerlediği



Resim 2. Kitlenin mikroskopik görünümü: Fibroadipöz doku içerisinde endometrial yapıların görünümü (H-E x400).

yol boyunca endometriyozis geliştiği bildirilmiştir. İnce iğne aspirasyon biyopsisinin sadece operasyon uygulanacak sahada kullanılması uygun olabilir.<sup>[17]</sup> Eğer insizyonel herniden şüpheleniliyorsa ince iğne aspirasyon biyopsisi kullanılmamalıdır. İnsizyonel herni ultrasonografi veya bilgisayarlı tomografi kullanılarak dışlanabilir. Skar endometriyozis olgularının tedavisinde tıbbi ve cerrahi yöntemler kullanılabilir.<sup>[12]</sup> Bir çalışmada skar endometriyozis saptanan hastaların %24'ünde eşlik eden pelvik endometriyozis bulunurken<sup>[18]</sup> diğer çalışmalarda eşlik eden pelvik endometriyozis saptanmamıştır.<sup>[19]</sup> Olgumuzda pelvik endometriyozis kliniğine yönelik bulgu bulunmaktaydı. Endometriyozisin tıbbi tedavisinde kombine oral kontraseptifler, progesteronlar, gonadotropin serbest bırakıcı hormon analogları ve danazol kullanılabilir. Sezaryen skar endometriyozisi olgularında danazol kullanıldığında, semptomlarda geçici düzelme sağlansa bile lezyon yok edilemez. Tıbbi tedavi yapıldığında semptomlar tipik olarak tekrarlar. Cerrahi tedavide rekürrensi önlemek amacıyla lezyonun geniş olarak çıkarılması önerilmektedir. Eğer eksizyon esnasında geniş bir fasya defekt alanı oluşursa tamirde mesh kullanılabilir.<sup>[20]</sup> Rekürrens nadirdir. Genellikle ilk yıl içinde görülür ve yetersiz eksizyona bağlıdır. Endometriyozisin eksizyon sonrası tekrarladığı iki vaka bildirilmiştir ve lezyonun tekrarlaması durumunda eksizyon yeniden başarıyla uygulanabilir.<sup>[6]</sup> Aile hekimleri veya jinekologlar tarafından tespit edilen sezaryen skar ile ilişkili ve dönemsel ağrı yakınmasına yol açan bir kitle, sezaryen insizyon skar endometriyozisi açısından patognomonik olarak değerlendirilmelidir.<sup>[21]</sup>

Aile hekimliği bütüncül yaklaşımı içerisinde, kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde sıklıkla rastlanan sorunlara cevap verilmesinin yanısıra, sezaryen skarında insizyonel endometriyozis gibi özellikli ve nadir görülen sorunların da farkına varılarak hastalara özenli hizmet verilmesi önemlidir.

## Kaynaklar

1. Francica G, Giardello C, Angelone G, Christiano S, Finelli R, Tramontano G. Abdominal wall endometrioma near cesarean delivery scars. *J Ultrasound Med* 2003;22:1041-7.
2. Gordon CW, Singh KB. Cesarean scar endometriosis: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1989;42:89-95.
3. Eogan M, McKenna P. Endometriosis in caesarean section scars. *Ir Med J* 2002;95:247.
4. Balleyguier C, Chapron C, Chopin N, Helenon O, Menu Y. Abdominal wall and surgical scar endometriosis: Results of magnetic resonance imaging. *Gynecol Obstet Invest* 2003;55:220-4.
5. Aimakhu VE. Anterior abdominal wall endometriosis complicating a uteroabdominal sinus following classical cesarean section. *Int Surg* 1975; 60:103-4.
6. Pados G, Tympanidis J, Zafrakas M, Athanatos D, Bontis JN. Ultrasound and MR-imaging in preoperative evaluation of two rare cases of scar endometriosis. *Cases J* 2008;1:97.
7. Veda P, Srinivasaiah M. Incisional endometriosis: diagnosed by fine needle aspiration cytology. *J Lab Physicians* 2010;2:117-20.
8. Ridley JH, Edwards K. Experimental endometriosis in the human. *Am J Obstet Gynecol* 1958;76:783-9.
9. Singh KK, Lessell M, Adam DJ, et al. Presentation of endometriosis to general surgeon: a 10 year experience. *Br J Surg* 1995;82:1349-51.
10. Honore GM. Extrapelvic endometriosis. *Clin Obstet Gynecol* 1999;42:699-711.
11. Firilas A, Soi A, Max M. Abdominal incisional endometriosis. *Am J Surg* 1994;60:259-61.
12. Nirula R, Greaney GC. Incisional endometriosis: an underappreciated diagnosis in general surgery. *J Am Coll Surg* 2000;90:404-7.
13. Aydin O. Scar endometriosis - a gynaecologic pathology often presented to the general surgeon rather than the gynaecologist: report of two cases. *Langenbecks Arch Surg* 2007;392:105-9.
14. Wolf Y, Haddad R, Werbin N, Skornick Y, Kaplan O. Endometriosis in abdominal scars: a diagnostic pitfall. *Am Surg* 1996;62:1042-4.
15. Akbulut S, Sevinc MM, Bakir S, Cakabay B, Sezgin A. Scar endometriosis in the abdominal wall: a predictable condition for experienced surgeons. *Acta Chir Belg* 2010;110:303-7.
16. Amato M, Levitt R. Abdominal wall endometrioma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1984;8:1213-4.
17. Kauntz A, Di Sant'Agnese PA. Needle tract endometriosis: an unusual complication of amniocentesis. *Obstet Gynecol* 1979;54:753-5.
18. Subrata CK. Scar endometriosis: clinicopathologic study of 17 cases. *Obstet Gynecol* 1980;56:81-4.
19. Seydel AS, Sichel JZ, Warner ED, Sax HC. Extrapelvic endometriosis: diagnosis and treatment. *Am J Surg* 1996;177:239-41.
20. Lipscomb GH, Givens VM, Smith WE. Endometrioma occurring in abdominal wall incisions after cesarean section. *J Reprod Med* 2011;56:44-6.
21. Khammash MR, Omari AK, Gasaimh GR, Bani-Hani KE. Abdominal wall endometriosis. An overlooked diagnosis. *Saudi Med J* 2003;24:523-5.

Geliş tarihi: 06.08.2012

Kabul tarihi: 04.10.2012

Çevrimiçi yayın tarihi: 27.11.2012

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Levent Hekimoğlu

Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Prof. Tezok Cad. No: 1 Yıldırım 16340 Bursa

Tel: 0224 360 50 50

e-posta: drleventhekimoğlu@gmail.com

# Orofarengeal tularemi tedavisinde streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksisite gelişimi: Olgu sunumu

Development of vestibulotoxicity by streptomycin usage for treatment of oropharyngeal tularemia: a case report

Nail Özgüneş<sup>1</sup>, Fatma Yılmaz Karadağ<sup>2</sup>, Selcen Aksoy Demirci<sup>3</sup>, Fikri Can Arıbal<sup>4</sup>

## Özet

Tularemi, *Francisella tularensis*'in neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Bakterinin giriş bölgesine göre klinik formlar değişiklik göstermektedir. Tulareminin klinik formları orofarengeal, ülseroglandüler, glandüler, tifoid, pnömonik ve oküloglandüler form olup ülkemizde en çok görülen orofarengeal formudur. Tularemi tanısı konulan hastalarda antibiyotik tedavisine erken başlanmalı ve ilk tercih edilen antibiyotik streptomisin olmalıdır. Alternatif olarak gentamisin, doksisisiklin veya siprofloksasin tercih edilebilir. Bu çalışmada orofarengeal tularemi tedavisinde streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksisite gelişen bir olgu sunulmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Tularemi, streptomisin, vestibül.

## Summary

Tularemia is a zoonotic disease caused by *Francisella tularensis*. Clinical forms vary according to the place of entry of bacteria. The main clinical forms are oropharyngeal ulceroglandular, glandular, typhoidal, pneumonic and oculoglandular. The most common form in Turkey is oropharyngeal. Antibiotic therapy should be initiated early in patients diagnosed with tularemia and streptomycin must be the first choice. Gentamicin, doxycycline or ciprofloxacin may be alternative antibiotics. In this study, we presented a case that developed vestibulotoxicity during streptomycin therapy for oropharyngeal tularemia.

**Key words:** Tularemia, streptomycin, vestibule.

Tularemi, gram negatif hareketsiz kokobasil olan *Francisella tularensis*'in neden olduğu zoonotik bir hastalıktır.<sup>[1]</sup> Bakterinin giriş bölgesi, bakterinin virulans özelliği ve konağın immun yanıtına göre, orofarengeal, ülseroglandüler, glandüler, tifoid, pnömonik ve oküloglandüler gibi değişik klinik formları vardır. Ülkemizde en çok görülen orofarengeal formudur. Orofarengeal form, kontamine su ve gıdalarla oral mukozadan etkenin girişiyle meydana gelmektedir.<sup>[2,3]</sup>

Kültür, altın standart olmasına rağmen, bakterinin zor üremesi ve yüksek bulaş riski nedeniyle rutin tanıda yapılamamaktadır. En yaygın kullanılan tanı yöntemi mikroaglutinasyon ve tüp aglutinasyondur. Son yıllarda Real Time-PCR ile hızlı tanı konulabilmektedir.

Tularemi tanısı konulan hastalarda komplikasyonları önlemek için antibiyotik tedavisi erken başlanmalıdır. İlk

tercih edilen antibiyotik streptomisindir. Alternatif olarak gentamisin, doksisisiklin veya siprofloksasin kullanılabilir.<sup>[4]</sup>

Aminoglikozid grubu antibiyotiklerden biri olan streptomisin, olası yan etkilerini azaltmak ve bakterilere karşı hızlı direnç gelişmesini önlemek için uzun yıllardır uygun antibiyotiklerle kombine edilmektedir. Tüberküloz ve bruselloz gibi hastalıkların tedavisinde kombine kullanılırken, son yıllarda ülkemizde görülme sıklığı artan tularemi olgularının tedavisinde tek başına kullanılmaktadır.<sup>[5]</sup> Streptomisine bağlı nefrotoksisite ve ototoksisite gibi yan etkilerin ortaya çıkması diğer aminoglikozidlere göre düşüktür, fakat vestibülotoksisite sıklıkla bildirilmektedir.<sup>[6]</sup>

Bu olguda orofarengeal tularemi tanısı ile streptomisin tedavisi alan ve streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksisite gelişen bir hasta sunulmuştur.

<sup>1)</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Doç. Dr., İstanbul

<sup>2)</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Uzm. Dr., İstanbul

<sup>3)</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, Asis. Dr., İstanbul

<sup>4)</sup> İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, Op. Dr., İstanbul

## Olgu Sunumu

Elli beş yaşındaki bayan hasta, Kasım 2010 tarihinde boğaz ağrısı ve sol boyunda şişlik nedeni ile Kulak Burun Boğaz (KBB) polikliniğine başvurdu. Akut tonsillit ön tanısıyla yedi gün ampicilin-sulbaktam verilen hasta şikayetleri geçmemesi üzerine KBB servisine yatırıldı. İntramüsküler klindamisin (2x600 mg) tedavisi ile de boyundaki şişlikte azalma olmadığı görülen hastanın boyun ultrasonografisinde bilateral servikal zincirlerde multiple lenfadenopati ve üst batin ultrasonografisinde hepatosplenomegali tespit edildi. Hematoloji uzmanı tarafından hasta değerlendirildi ve üç haftalık takip sonrasında lenfadenopatide gerileme olmazsa lenfoma ayırıcı tanısı için ekzisyonel biyopsi önerildi. Enfeksiyon Hastalıkları konsültasyonu sonucunda; içme suyu olarak kuyu suyu kullandığı ve eşinin kardeşinde de benzer şikayetler olduğu anlaşılan hasta tularemi ön tanısı ile Enfeksiyon Hastalıkları kliniğine nakledildi.

Lenf bezi ince iğne aspirasyon biyopsisinde Real-Time PCR ile tularemi pozitif bulundu. Hasta serum örneği tularemi tüp aglutinasyon testi için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarına gönderildi ve >1/640 titrasyonda pozitiflik saptandı. Servise yatışında beyaz küre 8300/mm<sup>3</sup>, CRP 8.93 mg/dl, sedimentasyon 97 mm/saat, karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon testleri normal olan hastaya doksisisiklin (2x100 mg) başlandı ve ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Enfeksiyon hastalıkları polikliniğine kontrole gelen hasta, 14 gün doksisisiklin (2x100 mg) tedavisine rağmen boynundaki şişlikte değişiklik olmaması, boyun, baş ve boğaz ağrısının devam etmesi nedeniyle tekrar hastaneye yatırıldı. Fizik muayenede boynun sol tarafındaki şişlikte büyüme, hassasiyet, etrafında kızarıklık ve fluktuasyon tespit edilmesi üzerine streptomisin 1x1.5 g başlandı. Absenin drene edilmesi gerektiği düşünüldü fakat KBB uzmanı tarafından fistülizasyon başlaması nedeniyle spontan drenajın uygun olacağı belirtildi.

Hastanın klinik durumunda belirgin gerileme olurken, tedavinin dokuzuncu gününde hastada baş dönmesi ve kulakta uğultu yakınması başladı. Baş dönmesi şiddetlendi, hafif işitme kaybı, yürüme ve denge bozukluğu başlaması üzerine streptomisin tedavisi kesilerek siprofloksasin (2x500 mg) başlandı. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemesinde patolojik bulguya rastlanmadı. KBB uzmanı tarafından otoskopik inceleme yapıldı ve otoakustik emisyon test sonuçlarına göre bilateral çok hafif derecede sensoriyel işitme kaybı tespit edildi.

Spontan drenajla birlikte siprofloksasin tedavisi toplam 14 güne tamamlandı. Tedavi sonrasında lezyonda belirgin küçülme, CRP ve sedimantasyon değerlerinin düşme, lö-

kositozda gerileme olması nedeniyle hasta taburcu edildi. Bir ay sonra kontrole gelen hastada baş dönmesinin tamamen geçtiği, denge bozukluğunun hafiflediği, absenin gerilediği ve fistülün tamamen kapandığı gözlemlendi.

## Tartışma

Tulareminin enfekte hayvana ait doku yada sıvıların deri, mukoza, konjunktiva ve inhalasyon yolu ile bulaşacağı bilinmektedir. Aynı zamanda kontamine su ve iyi pişmemiş gıdalarla da bulaşabilir. Olgumuzda bulaşmanın ortak kullanılan kuyu suyu ile olması kuvvetle muhtemel görünmektedir.

Hastalık 3-10 günlük inkübasyon döneminden sonra ani başlayan yüksek ateş, titreme, baş ağrısı, halsizlik, iştahsızlık, myalji ve artralji ile karakterizedir. Bakterinin girişi yoluna göre semptomlar değişiklik gösterebilmektedir. Başlıca klinik formlar orofarengeal (kriptik tonsillit, bölgesel lenfadenopati), ülseroglandüler (kutanöz ülser ve bölgesel lenfadenopati), glandüler (ülseröz bölgesel lenfadenopati), tifoidal (deri ve mukozada lezyon olmadan ateşli ciddi hastalık), pnömonik (plevral effüzyon, hiler lenfadenopati ve nodüler infiltrasyon) ve oküloglandüler (konjonktivit ve preaurikuler lenfadenopati) şeklindedir. Orofarengeal form kontamine su ve gıdaların alınması sırasında bakterinin oral mukozadan girmesi ile oluşmaktadır. Hastada sıklıkla kriptik tonsillit nadiren de farenjit vardır. Tek veya iki taraflı servikal lenfadenopati mevcuttur. Olgumuz orofarengeal formun klinik özelliklerini taşımaktadır.

Tedavinin gecikmesinin en önemli sebebi başlangıçta yanlış tanı konulup kliniğe geç başvurusudur. Sunulan olguda da olduğu gibi önce bakteriyel kriptik tonsillit düşünülerek antibiyotik başlanmıştır. Ayrıca orofarengeal formda en sık servikal lenfadenopati görülmektedir. Servikal lenfadenopati genellikle tüberküloz lenfadenit veya lenfoma ile karışmaktadır. İyi bir anamnez alınarak diğer aile bireylerinde benzer şikayetlerin olması tularemi düşündürmelidir.

Tularemi tanısı en kısa sürede konulmalı ve tedavi başlanmalıdır. Erken antibiyotik başlanması ile iyileşme süresi kısalmış, komplikasyon gelişimi, nüks sıklığı ve mortalite oranı azalmaktadır. Tularemi tedavisinde genellikle monoterapi önerilmektedir. Ancak tedavide kombinasyon şeklinde antibiyotiklerde verilebilir.<sup>[3,7]</sup> Streptomisin veya gentamisin diğer ajanlara göre relaps oranı düşük olması nedeniyle ilk tercihtir.<sup>[8]</sup> Alternatif olarak tetrasiklin, doksisisiklin, kloramfenikol ve kinolonlar kullanılabilir.<sup>[1]</sup> Tedavi süresi bakterisit ilaçlar (gentamisin, streptomisin, siprofloksasin) için 10-14 gün, bakteriyostatik ilaçlar (doksisisiklin, kloramfenikol) için 14-21 gündür. Uygun süre ve dozda tedavi verilmesine rağmen gecikmiş vakalarda lenf



nodu süpürasyonu görülebilir, lenf bezlerinin küçülmesi uzun zaman alabilmektedir.

Hastada yaşından dolayı ilk olarak streptomisin tercih edilmeyip doksisisiklin ile tedaviye başlanmıştır. Ancak iki haftalık tedaviye rağmen hastanın boğaz ve baş ağrısının artması ve lenf bezinde abse gelişmesi nedeniyle streptomisin ile değiştirilmiştir. Aminoglikozid grubu antibiyotiklerden biri olan streptomisin en önemli yan etkileri arasında ototoksisite (koklear ve/veya vestibüler) ve nefrotoksisite vardır.<sup>[9,10]</sup> Streptomisine bağlı ototoksisite gelişme riski, nefrotoksisite gelişme riskinden yüksektir.<sup>[11]</sup> Vestibülotoksisite gelişen hastalarda önce baş ağrısı, sonra kulak çınlaması, vertigo ve ataksi olmaktadır. İşitme azlığı daha geç fark edilebilir.<sup>[6]</sup>

Toksik etkiler, kullanım süresinden bağımsız olarak gelişmekle birlikte, ilaç kesildikten sonra da ortaya çıkabilmektedir. Şahin ve ark, yayınladıkları bir olgu sunumunda, tüberküloz nedeni ile streptomisin alan bir hastada düşük dozda ve kısa sürede otoktoksisite ve nefrotoksisite geliştiğini belirtmişlerdir.<sup>[12]</sup>

Ancak ileri yaş, karaciğer ve böbrek fonksiyon durumu, kişinin duyarlılığı ve bilinen kulak patolojilerine bağlı olarak, toksisite gelişme riski artmaktadır. Charles ve ark, yaptıkları bir çalışmada, ortalama 56 yaş üzerinde olan hastalarda ototoksisite görülme sıklığının arttığını vurgulamışlardır.<sup>[13]</sup> Bu nedenle yaşlı ve kulak patolojileri öyküsü olan hastalarda, tedavi sırasında düzenli olarak odiyometrik kontroller yapılmalıdır. Olgumuzda belirgin işitme kaybı şikayeti olmamakla birlikte, yapılan odiyometrisinde hafif işitme kaybı tespit edilmiştir.

Sonuç olarak bu olguda, doza ve süreye bağımlı olmadan belirgin işitme kaybı görülmezsizin kulak çınlaması, baş dönmesi ve denge bozukluğu meydana gelmiştir. Bu nedenle, streptomisin ile tedavi edilecek hastaların yaşı ve kulakta patolojik bir durum olup olmadığı dikkate alınma-

lı, tedavi öncesi ve tedavi sırasında odiyometri ve vestibüler testler düzenli yapılmalıdır. Böylece, oluşabilecek yan etkilerin önlenmesinde önemli katkı sağlanabileceği öngörülmüştür.

## Kaynaklar

1. Penn RL. *Francisella tularensis* (Tularemia). In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. p. 2927-37.
2. Willke A. Tularemi. *Ankem Dergisi* 2006;20(Suppl.2):222-6.
3. Helvacı S, Gedikoğlu S, Akalın H, Oral HB. Tularemia in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. *Eur J Epidemiol* 2000;16:271-6.
4. Who guideline on Tularemia (Internet): Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/tularemia/resources/whotularemiamanual.pdf>Erişim tarihi: 2/2/2011
5. Akalın H, Helvacı S, Gedikoğlu S. Re-emergence of tularemia in Turkey. *Int J Infect Dis* 2009;13:547-51.
6. Willke Topçu A. Aminoglikozitler. In: Willke Topçu A, Söyletir G, Doğanay M, editors. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi. 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 294-303.
7. Engin A, Altuntaş EE, Cankorkmaz L ve ark. Sivas ilinde saptanan ilk tularemi salgını: 29 olgunun değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi* 2011;24:17-23.
8. Enderlin G, Morales L, Jacobs RF, Cross JT. Streptomycin and alternative agents for the treatment of tularemia: review of the literature. *Clin Infect Dis* 1994;19:42-7.
9. Guthrie OW. Aminoglycoside induced ototoxicity. *Toxicology* 2008;249:91-5.
10. Rizzi MD, Hirose K. Aminoglycoside ototoxicity. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg* 2007;15:352-7.
11. Gilbert DN, Leggett JE. Aminoglycosides. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases. 7th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone; 2010. p. 359-84.
12. Şahin Ü, Döner F, Koşar A, Arslan A, Tahan V. Streptomisin tedavisine bağlı ototoksisite ve nefrotoksite (olgu sunumu). *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 1996;3:87-9.
13. Peloquin CA, Berning SE, Nitta AT et al. Aminoglycoside toxicity: daily versus thrice-weekly dosing for treatment of mycobacterial diseases. *Clin Infect Dis* 2004;38:1538-44.

Geliş tarihi: 09.12.2012

Kabul tarihi: 10.02.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.03.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Fatma Yılmaz Karadağ

İstanbul Medeniyet Üniversitesi

Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi

Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği,

Göztepe, İstanbul

Tel: 0216 570 90 36

e-posta: dr\_fatma@hotmail.com

# Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri

## Developmental features of family medicine as a discipline in our country

Okay Başak<sup>1</sup>

### Özet

Aile hekimliğinde tartışılmalı birçok konu ve eğilim bulunmaktadır; ülkemizde bunları farklı bağlamda ve zamanda yeniden yaşamaktayız. Bu tartışmalardan doğru sonuçlar çıkarmak, uygulama alanı ve akademik yapılanmasıyla aile hekimliğini doğru anlamayı gerektirir. Bunun için de aile hekimliğinin ortaya çıkış özelliklerini ve kimlik arayışını iyi değerlendirmek durumundayız. Aile hekimliğinin gelişim süreci ülkemizde kendine özgü dinamikler göstermektedir. Bu dinamiklerin farkına varmak, onları iyi tanımlamak ve anlamak, aile hekimliği disiplininin gelişiminin önündeki sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve dolayısıyla ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamağının güç kazanmasını sağlayacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği, gelişimsel özellikler, Türkiye.

### Summary

There are many issues and trends controversial in family medicine; we repetitiously experience these at different time and context in our country. Inferring correct results of these controversies requires understanding family medicine correctly with its practice and academic dimensions. So, we need to look over the origins of family medicine and its identity seeking. The developmental process of family medicine in Turkey has been disclosing specific dynamics. Realizing, describing and understanding these dynamics will make simpler to resolve the developmental problems of family medicine and therefore, will strengthen the primary care of our health care system.

**Key words:** Family medicine, developmental features, Turkey.

Günümüzde ülkeler, sağlık sistemlerini sürekli yeniden düzenleme çabası içindedirler. Çünkü maliyetler giderek yükselmektedir ve sunulan sağlık bakımının kalitesi genellikle beklentilerin ve gereksinimlerin altındadır. Oysa sağlık hizmeti sunumunun örgütlenmesine ilişkin reform girişimlerine baktığımızda, üretilen çözümlerin ve yapılan modellemelerin hiç de uygun ve soruna odaklı olmadığını görmekteyiz. Bunlar genellikle insanlardan çok hastalıklar üzerine odaklanan, parçaları güçlendirerek bütünü geliştirmeye çalışan çözümlerdir. Yani ağırlık sistem uzmanları tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişimi artırma üzerinedir.<sup>[1]</sup> Ülkemizde 20. yüzyılın son on yılı boyunca tartışılan ve 21. yüzyılın ilk on yılında uygulama alanı bulan “sağlık reformları” hep ikilem içinde kalmıştır: Bir yandan birinci basamağı (BB) yeniden örgütleyerek güçlendirmeyi, geliştirmeyi hedeflerken, diğer yandan sistem uzmanı sayısını artırarak ve hastaneleri yaygınlaştırarak hastane hizmetlerini

geliştirmeyi öne çıkarmıştır. Son yılların sağlıkta insan gücü planlamasına ve tıpta uzmanlık eğitimi asistan kadrolarına baktığımızda bu ikilem açıkça görülmektedir.<sup>[2]</sup> Üstelik sağlık politikalarını belirleyenler ve sağlık yöneticileri bunu hekim sayısındaki yetersizliğe ilişkin söylemlerine karşın yapmışlardır. Paradoks içinde paradoks!

Bu zıtlıklar tüm dünyada sağlık sistemlerini geliştirme çabalarının önünü tıkamaktadır. Sağlık hizmeti sunumu kalitesindeki yetersizlikler ve boşluklar gerçekten sistem (hastane) uzmanlarının sunduğu bakıma erişimdeki sıkıntılarla mı ilişkilidir? Maliyetler neden yükselmekte ve bakım kalitesi neden düşmektedir? Sağlık sistemlerini yeniden düzenleme sürecinde uygun çözümler geliştirmek, ancak tüm bu soruların doğru yanıtlarını bularak olasıdır. Öte yandan sağlık politikalarını değerlendirirken onlara yön veren analizleri ve saptamaları bilmek de önemlidir. Sağlık ve sağlık bakımındaki paradoksların temelinde farklı düzeylerdeki analizleri aynı bakış açısıyla

<sup>1)</sup> Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Prof. Dr., Aydın

yapma yaklaşımı yer almaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerinin hastalıklar, bireyler ve topluluklar düzeyindeki etkilerini ve çıktılarını tek tek hastalıklara sunulan hizmetleri değerlendiren alışılmış biyomedikal araç ve yöntemlerle değerlendiremeyiz.<sup>[1]</sup>

Oysa kanıtlarda sorun yoktur; giderek daha çok çalışma kronik somatik ve/veya mental rahatsızlığı olan hastalar için genel tıpçılar ve hastane uzmanları arasındaki ortak bakımla optimal olduğunu göstermektedir. En kaliteli ve maliyet etkili sağlık hizmetleri, aile hekimlerinin görev aldığı birinci basamağın iyi örgütlendiği ve güçlü olduğu sağlık sistemlerinde gerçekleşmektedir.<sup>[1,3-6]</sup> Sağlık bakımının çoğunluğunun sürekli, kişiye odaklı, bağlamla ilişkilendirilmiş ilişkiler aracılığıyla sunulması bakımın entegre edilmesini ve akut ve kronik rahatsızlık, koruyucu, psiko-sosyal ve aile bakımı olarak önceliklendirilmesini sağlayabilmektedir.<sup>[1]</sup> Bir uzmanlık alanı ve tıp disiplini olarak ortaya çıkarken aile hekimliği, maliyetlerdeki artış durdurmanın ve azaltmanın bir aracı olarak da görülmüştür.

O halde aile hekimliği (AH) nedir ve nasıl ortaya çıkmıştır? Ülkemizdeki gelişmeleri iyi anlayıp doğru analizler yapabilmemiz için yaklaşık yarım yüzyıllık bir tarihi olan aile hekimliğinin kökenlerini, ortaya çıkış bağlamını ve temel felsefesini iyi bilmemiz ve anlamamız gerekmektedir.

## Aile Hekimliğini Anlamak

Aile hekimliğinde tartışmalı birçok konu ve eğilim bulunmaktadır; ülkemizde bunları farklı bağlamda ve zamanda yeniden yaşamaktayız. Kim olduğumuz, görevlerimiz ve geleceğimiz gibi bazı temel kalıplar ve motifler bu tartışmaları sürüklemektedir. Kavramsal örgütsüzlük içinde gerek akademik gerekse uygulama düzeyinde birçok sorunla boğuşmaktayız. Bu sorunların üstesinden gelmemizin yolu tartıştığımız sorulara açıklık getirmekten, onların arka planlarını iyi irdelemekten geçmektedir. İçimize bakmalıyız, kendimizi değerlendirmeliyiz ve sonuçlar çıkarmalıyız.

Uzmanlık öğrencisi arkadaşlarımız “ne olacak halimiz” anlamında disiplinimizle ilgili sorular sorduğunda onlara hep şunu söylemişimdir: “Önemli olan kendinizsiniz. Siz kendinizi geliştirmeye bakın. Uzmanlık eğitimi size yeni bir şeyler kazandırıyor devam edin!” Kendimizi anlamamız ve dahası kendimizi anlama tarzımız oldukça önemlidir. Ne yaptığımızı ve ne yapacağımızı büyük ölçüde belirleyen budur. Bunun bir adım sonrası kendimizi değerlendirme tarzımızdır. Bize yöneltilen eleştiriler, uzmanlığımıza yönelik kısıtlamalar, emeğimizin değersizleştirilmesi gibi durumlar kendimizi nasıl değerlendirdiğimizle yakından ilişkilidir. Her ne kadar karşı çıksak da bunların doğru olduğuna inanırsak ve kendi kişiliğimizden emin değilssek yanlış algılara ve çözümlere yönelebiliriz.<sup>[7]</sup>

Hepimiz kaçınılmaz olarak aile hekimliği hakkında bir kavrayış geliştiriyoruz. Her zaman bilincine varmasak

da günlük çalışmalarımızın birçok alanında aile hekimliğini anlamaya çalışıyoruz: AH nedir, ne değildir? Bugünkü durumu, sorunları nelerdir? Nasıl bir geleceğe doğru gidiyor? Aile hekimliğinin ne olduğuna ilişkin kendi deneyim ve kavrayışımız doğal olarak günlük tartışmalarımıza, bu tartışmalarda savunduğumuz görüşlerimize yansımaktadır. Aynı konuda o kadar çok farklı şeyler öne sürebilmekteyiz ki bu durum aile hekimliğine nasıl baktığımız ve onu kavrayışımız konusunda ortaklaşma gereksinimi olduğunu ortaya koymaktadır.

Aile hekimliği ilkelerini ve özelliklerini söylem düzeyinde giderek daha iyi öğrenmekte, anlamakta ve ifade edebilmekteyiz. Bununla birlikte uygulamada henüz bu özellikleri yeterince uyguluyor değiliz! Kuramı öğrenme çabamız var; ne yapılması gerektiğini biliyoruz. Ancak kronik hastalıkların ve çoklu rahatsızlıkların yönetimi ve kontrolü, bireye sunulan bakımın koordinasyonu, hasta uyumunun artırılması, yaşam tarzı değişiklikleri ve davranış değişikliği oluşturma gibi aile hekimliğinden dolması beklenen sağlık hizmet sunumundaki temel bakım boşlukları sürmektedir.

Öte yandan ülkemizdeki AH adına olan gelişmeleri anlamlandırmada ve yorumlamada da sorunlar yaşamaktayız. Kavramsal düzeydeki anlayışımızı günlük uygulamaya ve güncel durumlara uyarlamada ve aile hekimliğini içselleştirmede zorlanıyoruz. Tartışılan konulara ve bunlara ilişkin dile getirilen görüşlere baktığımızda açıkçası aile hekimliğini yeterince anladığımızdan kuşkuluyum.

Bugün yaşadığımız birçok tartışmanın temelinde aslında, bizim temel kimliğimiz ve temel kimliğimizle ortaya çıkan kimlik sorunlarımız, kimlik bunalımlarımız yatmaktadır. Belli başlı klinik konuları daha iyi ya da en azından ilgili dal uzmanı kadar iyi yönetebileceğimiz iddiası bizim temel savımız olamaz. Aile hekimleri olarak bizler bireylere sunulan bakımın farklı yüzlerinde daha iyi işlev görebiliriz; bunları öne çıkarmalıyız. Birey olarak hastayı daha iyi tanıyabilir ve anlayabiliriz. Bireyin kendi bakım sürecine katılımını daha iyi sağlayabilir ve maliyet-etkili uygulama yapabiliriz. Bizim sağlık hizmeti sunumuna özgün katkımız bunlar olacaktır. Sonuç olarak, diğer disiplinleri etkilemeye ve kendimizi kanıtlamaya çalışmaktan çok, aile hekimliğinin genel tıbbı katkısını değiştirmeye ve artırmaya çalışmalıyız.

## Aile Hekimliği ve Kökenleri

Bu nedenle öncelikle aile hekimliğinin kısa tanımını hatırlatmakla başlamak istiyorum. Aile hekimliğini en kısa şekliyle kendine özgü eğitim içeriği, araştırması, kanıt temeli ve klinik uygulaması olan akademik ve bilimsel bir disiplin ve birinci basamak yönelimli klinik bir uzmanlık olarak tanımlamaktayız.<sup>[8]</sup> Burada iki temel boyut söz konusudur:

- Akademik ve bilimsel yön
- Uygulama yönü

Bu bileşenleri yeterince kavramadan kendimizi, bugünümüzü ve gelecekle ilgili hedeflerimizi tanımlamak pek olası değildir. Akademik ve bilimsel bir disiplin olarak, alanımızla ilgili bilgi üretmek, daha sonra ürettiğimiz bu bilgiyi yaygınlaştırmak ve yaymak, yeni nesillere bunu öğretmek durumundayız. Yani araştırma, bilginin yayılması ve eğitim akademik boyutun üç alt bileşeni olarak kendini göstermektedir. Disiplinimizi bir diğer boyutuyla, birinci basamak yönelimli bir uzmanlık alanı olarak tanımlamaktayız. Bu da AH uygulamasında, aile hekimliğinin kendine özgü ilke ve özellikleriyle gerçekleşen uygulamasında kimlik bulmaktadır. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişimiyle ilgili bazı tanımlamaları ve saptamaları yapabilmek için bu ikisini biraz açmak gerekir. Ama ondan önce AH nasıl ortaya çıktı, Aile Hekimliğini ortaya çıkaran dinamikler nedir, Aile Hekimliği bir disiplin olarak ortaya çıkarken nasıl bir süreç yaşandı, bunları kısaca özetlemekte yarar görüyorum.

Çok genel yaklaşımla AH, tarihsel genel pratisyenliğin 1960'lardaki rönesansı ya da modern dönüşümü, ya da bu dönüşümü tamamlayan modern tıpta yeni bir hekimin ortaya çıkışı olarak ifade edilmektedir. Başta Büyük Britanya, Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda ve ABD olmak üzere özellikle İngilizce konuşulan endüstrilemiş ülkelerde o, genel pratisyenliğin modern dönüşümünü ya da tıptaki sınır tanımaz uzmanlaşma ve teknoloji kullanımı ortamında böyle bir rol üstlenen yeni tıpta bir hekimin ortaya çıkışını temsil etmiştir.<sup>[9]</sup>

Öte yandan AH bir meslek olarak yalnızca tıbbın temel varsayımlarını yeniden ele alarak gelişmemiştir; kısmen daha erişilebilir ve daha kişisel bakıma olan toplumsal gereksinime ve baskılara yanıt olarak ortaya çıkmıştır.<sup>[10]</sup> Yani bir anlamda aile hekimliğinin bir disiplin olarak ortaya çıkması ya da tarihsel genel pratisyenliğin aile hekimliği adı altında disiplinleşmesi toplumsal bir gereksinimden doğmuştur. Yeni bir teknolojinin, temel tıp bilimlerini araştırmasının ya da bedenin alt sistemlerinin ya da yaş gruplarına yönelik bir takım gereksinimlerin ortaya çıkardığı bir disiplin değildir. Sunulması gereken bir işleve dayalı uzmanlık olarak aile hekimliği, kısmen tıbbi hizmetlerin daha iyi ve daha eşit dağılması, özellikle kırsal bölgelerdeki yoksun kesimlerin tıbbi bakıma erişiminin artması yönündeki toplumsal gereksinim algısına yanıt olarak ve kısmen de aşırı uzmanlaşma ve buna bağlı maliyetlerdeki artış sorunlarının düzelticisi olarak gelişmiştir.<sup>[9]</sup> Aile hekimliğinin ortaya çıkışında etkili olan toplumsal reform sürecinin de bir sonucu olarak sosyal bilimlerin hekimlik uygulamasına ve tıbbi düşünme tarzına etkisi söz konusudur. Sosyal bilimler özellikle aile dahil bireyin içinde yaşadığı bağlamın sağlık ve rahatsızlık üzerine olan etkisini vurgulamıştır.<sup>[10]</sup>

Kuşkusuz aile hekimliğinin ortaya çıkışının tıbbi temelleri de vardır. Özellikle tıbbi bilgi birikiminin ve tıpta teknoloji kullanımının giderek artması ve buna koşut olarak tıpta gözlemlenen aşırı uzmanlaşma eğilimi genel tıp yaklaşımı alanında boşlukların oluşmasına yol açmıştır. Bu alanda hekimlik uygulaması yapan iç hastalıkları disiplininin aşırı uzmanlaşmayla giderek parçalanması, hasta-hekim arasındaki ilişkilerin bozulmasına ve hasta ile hekimin birbirinden uzaklaşmasına neden olmuştur.

Bir yandan hekimin o zamana kadar var olan büyük otoritesi sorgulanmış ve hastaların bakım sürecine daha çok katılma isteği öne çıkmıştır. Öte yandan ise sağlık yalnızca biyomedikal bir olgu olarak değil, sosyal bir olgu olarak da anlaşılmaya başlamıştır. Hastalıkların ortaya çıkışında tek bir nedenin söz konusu olmadığı, özellikle fiziksel, biyomedikal etkinin yanı sıra ruhsal ve sosyal boyutunun da en az diğeri kadar önemli olduğu vurgulanmıştır. Bu yaklaşım rahatsızlıkların oluştuğu ve sonuçta iyileşmenin sağlanacağı ortam, bireyin içinde yaşadığı ve çalıştığı çevre ve bu çevrede kurduğu ilişkilerde kavram-sallaşan bağlamın (konteks) önemini artırmıştır. Aile hekimliği ortaya çıkarken ona yüklenen en önemli misyon, hasta ile hekim arasında bozulan ilişkilerin düzeltilmesi görevidir. Bu da aile hekimliğinin esas olarak ilişkiler ve işlevsellik temelinde tanımlanmasını getirmiştir. Bir anlamda aile hekimliğinin iki temel dayanağı; birincisi ilişkiye, ikincisi bağlama yapılan özel vurgudur.<sup>[11]</sup>

Bu süreçte toplumun sağlıklı ilgili beklentilerindeki ve sağlık hizmeti sunumu maliyetlerindeki artışlar da söz konusudur. Bir anlamda yeni tıpta hekim olarak aile hekimlerinden bu maliyetlerdeki artışları düzeltmesi beklenmiştir. Bugün için de maliyet etkili olma, aile hekimlerinden beklenen en büyük katkıdır.

Aile Hekimliğinin ortaya çıkışında, tıp eğitiminin geçirdiği dönüşümün de etkisi vardır. Nedir bu dönüşüm? Patch Adams filmi hatırlarsınız; bu film aslında gerçek bir öyküyü anlatmıştır. Patch Adams'da tıp fakültesi dekanı şöyle bağırır: "Sizlerden birer doktor yaratacağım." Buna karşı olarak da Patch Adams'ın isyanı vardır: "İnsanlara ne olacak? İnsanlar, hastalar, bu kişiler ne olacak? Bunlar neresinde bu sürecin?" Patch Adams aslında o dönemde tıp eğitimindeki daha insancıl yaklaşımın, tıp eğitiminin fakülte duvarları dışına taşması gerektiği söylemlerinin öncüsü ve simgesi olmuştur. Dolayısıyla Aile Hekimliğinin ortaya çıkışında tıp eğitimindeki bu katı tutumdan insancıl yaklaşıma ve insanın ön plana çıktığı bir anlayışa doğru evrilmenin büyük rolü vardır. Diğer bir anlatımla insancıl tıp anlayışı aile hekimliğinin tıp eğitimine bir katkısıdır.

Altmışlı yıllar aynı zamanda düşünsel alanda da dönüşüme damgasını vurmuştur. Aile hekimliğinin ortaya çıkışında düşünsel alandaki bu dönüşümün de etkileri söz konusudur. Önemli bir bilişim devrimi yaşanmaya, bilgiye erişim giderek kolaylaşmaya başlamıştır. Yirminci yüzyı-

lin sonlarında, 21. yüzyılın başlarında bu alanda yaşanan baş döndürücü gelişimlerin tohumları adeta bu dönemde atılmıştır. İnsan hakları kavramı, buna koşut olarak hasta haklarının gelişmesi yine bu dönemde önem kazanmıştır. Altmışlı yılların toplumsal hareketlerinin en temel felsefi dayanağı anti-entelektüalizm olmuştur. Yani rasyonel, resmi, kurumsal hedeflerden ziyade, bu hedeflere ulaşma sürecinin, eylemin kendisinin ön plana çıktığı, bir yandan da entelektüalizmin reddedildiği bir anlayıştır bu.<sup>[9]</sup> Bunun aile hekimliğine yansımaları, içerikten ve çıktılardan çok sürece yapılan vurgu olarak görüyoruz. Yani eylemin bizzat kendisi, amacın önüne çıkmış ve hatta bizzat kendisi amaç haline gelmiştir. Dolayısıyla hekimlik pratiğine, hasta-hekim ilişkilerine yansımaları şuydu: “Ne söylediğimiz kadar nasıl söylediğimiz de önemlidir.” Bu aile hekimliğinin doğuş felsefesinin en temel ifadelerinden biridir. Yani bir anlamda aile hekimliğinin ortaya çıkışındaki egemen felsefi yaklaşım, modernite ötesi olarak tanımlayabileceğimiz post-modernizmin etkilerini taşımaktadır.

Aile hekimliğinin ortaya çıkış sürecindeki belki de en temel özellik aynı zamanda bir kimlik bunalımı da yaşaması ve bir kimlik arayışı içinde olmasıdır. Aile hekimliği ilk kez 1969 yılında Birleşik Amerika’da bir disiplin olarak tanımlanırken, Amerikan Tıp Birliğinin Başkanı şöyle bir soru sormaktaydı: “Peki, diğer uzmanlıkların veremediği hangi tür bilgiyi sağlayacaktır aile hekimliği?” Aile hekimliği bunun stresini, anksiyetesini yaşamıştır, bunun arayışı içerisinde büyümüştür, gelişmiştir diyebiliriz. Aile hekimliği bu kimlik mücadelesi içerisinde daha baştan özellikle tıbbi alanda derinlemesine uzmanlaşma yerine, derinlemesine uzmanlıkları çaprazlayan yatay bir uzmanlık olarak kendini tanımlamıştır.<sup>[9]</sup> Aile hekimliğinin temel değerleri ve sağlık sisteminin içindeki rolü üzerinde uzlaşının yeterince sağlanamamış olmasının kimlik arayışının sürmesinde önemli etkisi olmuştur.

Aile hekimliği hep ikilemlerle karşı karşıya büyümüştür. En temel ikilem genel tıp bakışı ile uzman bakışı arasında kalma, bir anlamda çoğunluğa yani diğer uzmanlıklara benzer olma ile genel tıp disiplini olarak ayrı bir ses olma isteği arasındaki kutuplaşmadır. Ana biyomedikal kültürün bir parçası olmak isteğiyle ona karşı bir kültür oluşturma isteği arasındaki kararsızlıktır.<sup>[7,12]</sup> Bu kutuplaşmanın iki yönünü aslında kavramlarda ve adlandırmalarda da görebiliriz. Bir yandan tarihsel genel pratisyenlik adıyla yeni tipte bir hekimi simgeleyen aile hekimliği adının sürekli çekiştiğini gözlemlerken, diğer yandan aile hekimliğinin, kimlik arayışı sürecinde genel bakış ile uzman bakışını bir araya getirip sentez edebildiği sürece kimliğini bulduğunu ve kendini geliştirdiğini söyleyebiliriz. Gelecek yansıtması açısından bir anlamda bu gerçekliği göz önünde bulunduramamız gerekmektedir.

Aile hekimliği aynı zamanda diğerlerinden, diğer disiplinlerden farklı özelliklerini tanımlayarak da kendi kimliği-

ni bulmuştur. İlişki temelinde sürekli bakım, aile hekimliğinin en temel özelliğidir. Yalnızca hastalığın değil, hastanın yaşadığı rahatsızlık deneyiminin de araştırılması, bireyi bir bütün olarak ve sistemler yaklaşımı içinde anlama, hastanın kendi rahatsızlığına bakışını ve beklentilerini dikkate alarak onunla ortak bir anlayış geliştirme ve bireyin gereksinimlerinin sürüklediği bir hasta hekim ilişkisi oluşturma aile hekimliğinin tıp uygulamasına getirdiği önemli katkılardır. McWhinney bunu şöyle ifade etmektedir:<sup>[11]</sup>

*Aile hekimliği marjinaldir, çünkü o bazı temel bakımlardan akademik ana yapıdan farklıdır. Tıba yaptığımız başlıca katkı bu farklılıklarda yatmaktadır. Bizim ona benzememizden çok akademik ana yapının bize benzemesi daha olasıdır. Bazı temel yaklaşımları bizden öğreniyorlar; tanınmış testlerin gücünü ve değerini dikkate alan klinik yaklaşımı, hastayla iletişim kurmayı ve görüşmeyi, ilişkileri ve bağlamın değerlendirilmesini...*

Ve şöyle devam eder:

*Diğer disiplinlerden klinisyenler de hastalarıyla ilişki kurarlar, fakat aile hekimliğinde ilişkiler içerikten önce gelir. Biz onların rahatsızlıklarının ne olacağını bilmeden önce insanları tanırız. Belli bir yer ve zamanda aile hekimlerine sık sunulan durumlar temelinde aile hekimliğinin içeriğini tanımlamak olasıdır; ancak kesinlikle söyleyebiliriz ki bir Aile Hekimi için içerik hastalarının sunacağı her neyse odur.*

Aile hekimliği ilişkiler temelinde kendini tanımlayan tek disiplindir. Soyutlamalar yani adı konmuş belli hastalıklar yerine, bir birey olarak hasta temelli düşünme onun temel bakış açısıdır. Mekanik metafordan çok organik metafora dayanır. İnsan bedenini bir makine benzetmesiyle açıklayamayız. Tıp adına yaptığımız hemen her şey doğanın iyileştirici güçlerine dayanmaktadır. Canlı bir organizma olarak insan davranışı genel bilim yasalarıyla tam olarak açıklanamaz. Genel bilimsel ilkelerin özel uygulanmasının doğasında belirsizlik vardır. Organik metafor karmaşık düşünmeyi ve belirsizliği benimsemeyi gerektirir. Parçalardan ziyade bütünü ilgilenen ve bakımı özelleştiren aile hekimliği, karmaşıklığın ve belirsizliğin en üst düzeyde olduğu bir klinik uygulamadır. Diğer yandan aile hekimliği tıp uygulamasına egemen mekanik metafordan kaynaklanan düalistik yaklaşımı aşan tek disiplindir. Zihin-beden ayrımını ortadan kaldırmıştır ve bu temelde kimlik kazanmaktadır.<sup>[11]</sup>

Aile hekimliğinin dünyadaki gelişiminin ana dinamiklerini özetleyecek olursak iki temel süreci vurgulamak gerekmektedir. Birincisi, aile hekimliğinin birinci basamakta çalışan uygulayıcı hekimlerin deneyimlerinden ortaya çıkmış olmasıdır. Aile hekimliği yapay oluşturulan bir disiplin, kuramsal bir tanımlama değildir. Sahadaki hekimlerin birinci basamak pratiğinde karşılaştıkları sorunlara çözüm arayışı sürecinde şekillenmiştir. Önce sahada ortaya çıkmış, sonra akademik olarak gelişmiş ve disiplinleşmesini tamamlamıştır. İkincisi ise toplumsal re-

form süreçlerinin büyük etkisi ve belki de buna koşut olarak sağlanan güçlü politik destektir. Aile hekimliğinin ortaya çıkışı ve gelişimi sürecinde sağlık politikacılarının resmi desteği özellikle önemli bir süre aile hekimliğinin arkasında olmuştur.

Şimdi bu perspektifle ülkemizdeki gelişimlere bakacak olursak; Türkiye’de aile hekimliğinin doğuşu ve gelişiminde sosyolojik etkenlerin rolünün çok az olduğunu görürüz. Ülkemizde aile hekimliği yani bir anlamda birinci basamak hekimliğinin disiplinleşmesi süreci sağlık reformu süreçleri ile yakından ilişkilidir. AH 1985 yılında bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmıştır. Oluşturulan ilk uzmanlık eğitimi programlarından ilk aile hekimliği uzmanları 1989 yılı başlarında mezun olmaya başlamıştır. Daha sonra 1993 yılında YÖK kararıyla anabilim dallarının kurulmaya başlamasıyla aile hekimliğinin akademik bir disiplin olarak geliştirilme arzusunun görüyoruz. Kuşkusuz başlangıçta aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tümüyle hastane rotasyonlarından oluşması, ülkemizdeki aile hekimliği gelişimini damgasını vuran en temel dinamiklerdir diyebiliriz.

### Aile Hekimliği Uygulama Alanı

Uygulama alanı sorunu Aile Hekimliğinin ülkemizdeki gelişiminde önemli bir yer tutmuştur. Bu, üzerinde çok konuşulan ancak bilimsel temelleriyle yeterince tartışılmayan bir konudur. Yazımın bu bölümüne Türk Tabipleri Birliği (TTB) 2011 Füsün Sayek Raporu’nda yer alan yazımda da dile getirdiğim görüşlerle devam edeceğim.<sup>[13]</sup>

Uygulama alanı konusuna birinci basamak kavramını doğru tanımlayarak girmek gerekir. Birinci basamak üç karmaşık düzeyden oluşan bir sistem olarak tanımlanabilir: Yapı, süreç ve çıktılar. Bu üç düzey BB sisteminin temel özelliklerini içinde barındırır. Birinci basamağın yapısı sistemin yönetimi, ekonomik finansmanı ve işgücü geliştirme özellikleriyle ilişkilidir. Bireylerin sağlık sistemine giriş kapısını oluşturma, süreklilik, kapsamlılık ve eşgüdüm sağlama birinci basamağın dört temel süreç özelliğidir. Hizmetin kalitesi, etkili bakım ve sağlıkta eşitliğin sağlanması birinci basamaktan beklenen çıktılardır.<sup>[5]</sup> Starfield’e göre birinci basamak bir sağlık bakımı verme düzeyi, sağlık hizmetlerini düzenleme stratejisi ve sağlık hizmeti sunma felsefesi olarak görülebilir.<sup>[11]</sup> Aile Hekimliği ise birinci basamak (BB) felsefesini ve yaklaşımını en iyi şekilde karşılayan ve birinci basamakta tıbbi uygulama yapan tıp disiplini ve uzmanlık dalıdır. Aile hekimliği uygulamasının özellikleri birinci basamağı niteleyen temel özelliklerle örtüşmektedir.

### Sosyalleştirme ve Sağlık Ocakları

Günümüzde aile hekimliğini anlarken, anlamaya çalışırken geçmişimizi yadsıyamayız. Geçmişimiz nedir? Geçmişimiz sağlık ocağı hekimliğidir. Sağlık ocağı ör-

gütlenmesi ve sağlık ocağı hekimliği aile hekimliğinin gelişiminde önemli bir temeldir, ama kuşkusuz aynı zamanda bir paradokstur. Aile hekimliğinin gelişiminin önüne çıkardığı engeller anlamında da önemli bir geçmiştir. Öncelikle belirtmek gerekirse, pratisyen hekimlerin ve pratisyen hekim örgütlerinin aile hekimliğine yaklaşımları zamana yayılan bir süreç izlemiştir. Başlangıçta bir yadsıma söz konusudur. Birinci basamak hekimliğinin bir disiplin ve uzmanlık olmadığı, birinci basamağın genel tıp hekimliği olduğu yönünde, yani dünyadaki süreçlere paralel bir yadsıma gözlenmiştir. Ama bir süre sonra pratisyen hekim dinamiklerinde de birinci basamak hekimliğinin, pratisyen hekimliğin bir disiplin olduğu kabul edilmeye başlamıştır.

Disiplinin gelişme dinamikleri açısından sağlık sisteminin BB hekimlerine biçtiği görev tanımının etkisi büyüktür. Pratisyen hekim görev tanımı egemenken, yeni görev tanımıyla aile hekimliğinin sahadan gelişmesi oldukça zordu. Bu durum aile hekimliğinin akademik gelişmesinin uygulamadaki gelişiminden hızlı ve ayrı gerçekleşmesinde önemli bir etkidir. Şimdi tüm birinci basamakta yeni görev tanımlarıyla aile hekimleri çalışmaktadır ve aile hekimliğinin saha-akademi bütünleşmesi daha kolay gerçekleşmektedir. Pratisyen hekimlerin ayrı bir disiplin tanımlama girişimleri ise etkisini giderek yitirmiştir.

Aile hekimliği tanımı ve temel özellikleri bakımından, sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulaması, aile hekimliği uygulama özelliklerinin önemli bir kısmının gereğini yerine getirmekteydi. Sosyalleştirme uygulamasıyla birinci basamağın, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturması öngörülmüştür. Sevk zincirinin sağlanamamış olmasına karşın, sağlık ocakları bu özelliği önemli ölçüde karşılamış ve bireyler birinci basamakta sunulan hizmetlere doğrudan ulaşabilmişlerdir. Güçlü bir ekip çalışmasıyla, halk sağlığı hizmetleri de içinde olmak üzere birinci basamakta sunulan hizmetler başarıyla koordine edilmesine karşın, basamaklar arası bağlantı yeterince oluşturulamamış ve bireye sunulan tüm tıbbi hizmetlerin koordinasyonu sağlanamamıştır. Sağlık ocaklarında yaş, cinsiyet ve rahatsızlık/hastalık ayırımı yapmaksızın bireyin tüm sağlık sorunlarıyla, sağlığın korunması ve geliştirilmesiyle ilgilenen kapsamlı bir yaklaşım söz konusuydu. Bununla birlikte, tıbbi donanım, tıbbi teknik girişimlerin yapılması ve kronik bakım gerektiren hastalıkların izlenmesi bakımından yaşanan sorunlar sağlık ocaklarında sunulan, özellikle klinik hizmetlerin kapsamını daraltmış ve birinci basamak zamanla reçete yineleme noktaları konumuna gelmiştir.

Sağlık ocakları nüfus temeline göre örgütlenmişti. Buralarda çalışan pratisyen hekimlerin kendilerine kayıtlı nüfusları (hasta listeleri) yoktu. Bu durum sağlık ocağından hizmet alan kişilerin pratisyen hekimlere bire bir bağlanmasını engellemiş ve hizmetin zamana yayılan (longitudi-

nal) sürekliliğini zayıflatmıştı. Sürekli bakım sağlık ocağı bütününde ekip çalışmasıyla ve özellikle kayıtlarla sağlanmaya çalışılmıştı. Klinik desteğin yeterli olmaması ve sevk zincirinin kurulamaması, bakımın bilgiye dayalı süreklilik özelliğini etkisiz kılmıştı. Hasta kayıtları, bakımda sürekliliği sağlamada destekleyici bir işlev görmekle birlikte, hekimle hasta arasındaki iletişimi ve güveni sağlamaktan uzaktı (ilişkiye dayalı süreklilik). Zaman içinde hastalığa değil kişiye, onun gereksinim ve tercihlerine odaklanmış bakım sunmayı tanımlayan kişiselleşmiş sürekli bakım sağlık ocağı örgütlenmesinin en zayıf karnıydı.<sup>[5,8]</sup>

Sonuç olarak, aile hekimliği uygulama ilkeleri açısından sağlık ocaklarında yapılan uygulamanın, geliştirilmesi gereken üç temel yönü bulunmaktaydı. Birincisi, kişiselleşmiş sürekli bakımın güçlendirilmesiydi. Bunun için yapılması gereken nüfus temeline göre tanımlanmış sağlık ocağı bölgeleri içinde hekimlerin kendi hasta listelerini oluşturmalarını sağlamaktı. İkincisi, birinci basamak hekiminin görev tanımıyla ilişkiliydi. Pratisyen hekimin görev tanımı hükümet tabipliğinden aktarılanlarla birlikte oldukça yoğun iş yükünü içermektedir. Değişen toplumsal, ekonomik ve demografik koşulların ve tıbbi uygulama özelliklerinin birinci basamak hekimine yeni görevler eklediğini de düşünürsek, bu görev tanımının gözden geçirilmesi gerekmektedir. Bu konuda yapılması gereken, kamuya (topluma) ve çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin ayrılarak, eşgüdüm içinde çalışan başka bir ekip tarafından yürütülmesi ve aile hekiminin kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleriyle iyileştirici sağlık hizmetlerini üstlenmesiydi.

Aile hekimliği temel uygulama özellikleri yeni tipte bir hekim gerektirmiştir. Yalnızca tıp fakültesini bitirmiş bir hekimin tıbbi bilgi ve becerileriyle aile hekimliği uygulamasının başarılı bir şekilde yapılması olası değildir. Dolayısıyla birinci basamak hekimi özgün bir meslek/uzmanlık eğitimi almalıdır. Bu da sağlık ocaklarında yapılan hekimlik uygulamasının geliştirilmesi gereken üçüncü yönünü oluşturmaktaydı.

Siyasal ve toplumsal nedenlerle ana felsefesini yaşama geçirmesinin önüne sürekli engeller çıkarılmış olmasına karşın, “sosyalleştirme” reformu ülkemizde halkın sağlığının gelişmesine önemli katkılar sağlamıştır. Toplumun ve ekonomisinin temel yönünü serbest piyasa kurallarına göre şekillendiren Türkiye’de, tümüyle sosyal devlet anlayışıyla şekillenen kamucu bir yaklaşımı benimseyen “sosyalleşmiş” sağlık hizmetlerinin sürekli engellerle karşılaşması, olağan dışı bir durum olarak görülmemelidir. 224 sayılı yasada öngörülen ve reformu bütünleyen bazı uygulamaların gerçekleştirilememesi ve ülke çapında yaygınlaştırılmasının geciktirilmesi, sağlık ocaklarının başarıları üzerinde hep köstekleyici etki oluşturmuştur.

Devlet yapısı içinden gelen “anti-sosyalleştirme” eleştirisi, “sosyalleştirme” hareketinin kendisinde de kar-

şı tepki oluşmasına yol açmıştır. Bu savunucu tutum sağlık sisteminin kendini geliştirici ve yenileyici karakter kazanmasını engellemiştir. Bu durum, zamanla ve giderek, sağlık ocaklarının toplumsal gerçeklikle arasının açılmasına neden olmuştur. Sonuç olarak, biriken sorunlar 1980’li yıllardan sonra sağlık sektöründe başka arayışların gerekçesi ve başlangıç noktası olarak kullanılmıştır.

### Aile Hekimliği Uygulaması

Kendini yenilemeyen sistem, yeni sistem arayışlarını “haklı” kılmaya başlamıştır. 2002 yılında uygulanmaya başlanan “Sağlıkta Dönüşüm Programının” temelleri 1980’li yıllarda atılmıştır. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi bölümünde birçok çalışma yapılmış, rapor hazırlanmış ve bunlar 90’lı yıllarda güncellenerek, geliştirilerek olgunlaştırılmıştır. Tüm bu süreçte, sağlıkta “reform” tasarılarının merkezinde hep “aile hekimliği” kavramı yer almıştır. Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin tıpta uzmanlık eğitimi tüzüğüne girmesi, asistan alımlarının başlaması, anabilim dallarının kurulması bu süreçle koşut gitmiştir. Ancak sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde reform arayışları sürecinde aile hekimliği adının sürekli yer alması, aile hekimliğinin bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak tanımlanmasından çok, sağlıktaki dönüşümlerde güncel, gözde, yükselen bir değer olarak toplum üzerindeki olumlu etkilerinin kullanılması şeklinde olmuştur. Özü itibarıyla finansman boyutu ön planda ve hekimlik uygulama boyutu zayıf olan bu “reform” sürecinin etkisiyle, aile hekimliği birinci basamağın özel sektör kurallarına göre örgütlenmesinin bir “sistemi” olarak sunulmuş ve algılanmıştır. Bu, aile hekimliğinin ülkemizdeki temel gelişim paradoksudur.

Ülkemizde birinci basamak hekimliğinin bir disiplin olduğunun tüm tıp camiası tarafından benimsenmesi uzunca bir süreç almıştır. Sosyalleştirme örgütlenmesinin temel hekim tipinin pratisyen hekim olması ve sağlık ocağı gereklerine uygun bir tıp eğitimi almış tıp fakültesi mezunlarının sağlık ocağı görevlerini yerine getirebileceğini öngörmesi, uzun yıllar pratisyen hekimliğin bir uzmanlık alanı olmadığı anlayışının benimsenmesine yol açmıştır. Dolayısıyla 1980’li yıllarda Aile Hekimliğinin bir uzmanlık alanı olarak tanımlanması ve uzmanlık eğitimlerinin başlatılması sahadan gelen bir gereksinim ve talep sonucunda değil, resmi hükümet ve ilgili kurul kararlarıyla mümkün olmuştur. Aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim serüveninin başlamasında resmi destek başat rol oynamıştır. Burada hemen belirtmek gerekir ki, Sağlık Bakanlığının bu resmi desteği daha çok Sağlıkta Dönüşüm Programının birinci basamak bileşeninin aile hekimliği uygulaması üzerinden tasarlanmış olmasına dayanmıştır. O nedenle destek esas olarak “aile hekimliği” ismine olmuştur; bir disiplin ve uzmanlık alanı olarak Aile Hekimliği bu desteği yeterince görmüş değildir.

Aile hekimliğine resmi desteğin, mevcut birinci basamak örgütlenmesine karşı reform arayışlarıyla koşut ola-

arak gelişmesi, hekim örgütlerinin birinci basamağın disiplinleşmesi konusunda savunmacı tepkiler geliştirmesine yol açmıştır. Seksenli yılların sonuna doğru gözlenen bu dinamikler, aile hekimliği uzmanlığının gelişme sürecinde bugün bile henüz tam olarak giderilemeyen akademi-saha tartışmalarının temellerini oluşturmuştur. Aile hekimliğinin akademik gelişimi ile birinci basamak saha uygulamaları arasındaki kopukluk, aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişiminin bir diğer temel dinamiğidir.

Aile Hekimliği uzmanlığının ülkemizdeki gelişiminin başlangıç yıllarında Akademik Aile Hekimliği öne çıkmıştır. 1993 yılındaki Yüksek Öğretim Kurulu kararıyla, birçok üniversitede Aile Hekimliği anabilim dalları kurulmaya ve aile hekimi akademisyenler akademik kadrolara atanmaya başlamıştır. Akademik aile hekimliğinin gelişimi uzun bir süre sahadan (sağlık ocaklarından) kopuk gerçekleşmiştir. Kuşkusuz bunda akademik birimlerimizin sorumluluğu en alt düzeydedir. Çünkü daha baştan itibaren tüm aile hekimliği akademisyenleri, Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği'nin (TAHUD) kurulduğu günden bu yana savunduğu görüşleri desteklemişler ve akademik birimlerin sağlık ocağı bağlantısının kurulması zorunluluğunu dile getirmişlerdir. Bu bağlantının oluşturulamaması nedeniyle anabilim dalları kendi polikliniklerini kurarak birinci basamağa entegre olmaya çalışmışlardır. Aile sağlığı merkezlerine (ASM) geçişle birlikte bu çabaları artarak sürmüştür. Bu yazının basımına hazırlandığı sıralarda yayınlanan yönetmeliğin\* konuyla ilgili bölümleri, bu konudaki çabaların sonuç vereceğine ilişkin önemli bir gelişme olarak değerlendirilmelidir.

Başlangıçta ve uzun süre tümüyle rotasyonlarından oluşan Aile Hekimliği uzmanlık eğitimi müfredatıyla mezun olan AH uzmanlarının, başta sağlık ocakları olmak üzere BB sağlık kuruluşlarına atanmaması, akademi saha bütünleşmesinin sağlanamamasının en temel nedenlerinden biridir. Burada iki yönlü bir etki görüyoruz. Bir yanda hekimleri görevlendirmede yetkili organ olarak Bakanlık, AH uzmanlarını özellikle ikinci basamak hastanelere atamaya çalışırken, diğer yandan AH uzmanları da, birinci basamak sağlık kuruluşlarında çalışma yönünde istekli olmamış ve Bakanlığın uygulamalarına tepki göstermişlerdir. Bunda AH uzmanlarının büyük ölçüde hastane temelli eğitilmiş olmalarının etkisi büyüktür. Tümüyle hastane rotasyonlarına dayanan bir uzmanlık eğitimi ve sonrasında ikinci basamak ağırlıklı çalışma, aile hekimliğinin uygulama alanı konusunda kafa karışıklığına yol açmıştır. Aile sağlığı merkezlerinde çalışmaya başlayınca kadar, aile hekimliğinin sahasının tüm sağlık sistemi olduğu ve aile hekimlerinin her basamakta çalışabileceği yönündeki anlayış aile hekimleri arasında azımsanmayacak

kadar etkin olmuştur. Bu bakış AH uzmanlarının bir kısmında, birinci basamak ortamlarda (sağlık ocağı, ASM) çalışmamaları gerektiği noktasına kadar gitmiştir.

Bazı akademik çevrelerden ve bizzat birinci basamakta çalışan pratisyen hekimlerden gelen, aile hekimliğinin birinci basamak hekimliği olmadığı ve aile hekimlerinin Birinci Basamakta çalışmaması gerektiği yönündeki yaklaşımlar da eklenince, AH uzmanlarının uzunca bir süre ağırlıklı olarak birinci basamakta yer almaması olağan bile görülmüştür. Aile Hekimliği akademik birimlerinin ve TAHUD'un aile hekimliğinin uygulama alanının birinci basamak olduğu ve AH uzmanlarının ve akademisyenlerinin birinci basamak ortamlarda çalışmasının yasal düzenlemelerinin yapılması gerektiği yönündeki çabalarına karşın bu durum, AH uzmanlarının birinci basamak ortamlara girmesinden huzursuz olan çevrelerce, Aile Hekimliği uzmanlık eğitiminin zaafı olarak da kullanılmıştır. Sonuçta uzmanlık eğitimi müfredatında birinci basamak ortamlarda eğitimin olmadığı, AH uzmanlarının birinci basamak hekimliği yönünde eğitim almadıkları ve dolayısıyla birinci basamağı temsil edemeyeceği yönündeki eleştiriler aile hekimliğini bir kısır döngüye sokmuştur. Bu anlayış özellikle halk sağlığı çevrelerince, üniversitelerde temel tıp eğitiminde yer bulmaya çalışan AH akademisyenlerine karşı da sürdürülerek, sahada eğitim almamış olan AH akademisyenlerinin tıp öğrencilerine sahada eğitim veremeyeceği noktasına kadar götürülmüştür.

1990'lı yılların başlarında TTB, pratisyen hekimlerin sorunlarının çözümünde ayrı bir mesleki eğitimi öngörmüş ve bu anlayış giderek birinci basamak için bir uzmanlık eğitiminin kabulüne dönüşmüştür. Bu süreçte, Genel Pratisyenlik Enstitüsünün ve Pratisyen Hekim Derneğinin aile hekimliğine karşı geliştirdikleri "pratisyen hekim" söylemlerini ve aile hekimliğinden ayrı bir disiplin tanımlama ve uzmanlık eğitimi programı oluşturma girişimlerini görüyoruz. Bu sürece damgasını vuran bir diğer olay da konu ile ilgili oluşan kavram kargaşasıydı. Tüm dünyada tek bir disiplin olarak tanımlanan Aile Hekimliği/Genel Pratisyenlik kavramı, ülkemizde birinci basamakta gerçekleştirilmekte olan reform girişimlerinin aile hekimliği adıyla anılmasının da etkisiyle yapay bir şekilde ikiye ayrılmıştır. Birinci basamak hekimlerinin meslek/uzmanlık eğitimi almaları gerekliliğinin tanınmaya başlanmasıyla birlikte, Aile Hekimliği disiplini ve uzmanlık alanının akademi ve saha bileşenlerinin bütünleştirilmeye çalışılması yerine, sahadan gecikmeli de olsa yeni bir "genel pratisyenlik" disiplini tanımlama refleksi gelmiştir. Maddi temele dayanmayan ve bu nedenle zaman içerisinde giderek eriyen bu tartışmalar, günümüzde yerini uzmanlaşmanın yaygınlaştırılması ile

\*Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği, Sekizinci Bölüm: Eğitim Aile Sağlığı merkezleri ve Eğitim Aile Hekimliği Birimlerine İlişkin Usul ve Esaslar. 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmî Gazete.



İlgili farklı görüşlerin mücadelesine bırakmıştır. Ancak o dönemde yaşanan gerginliklerin izlerini hala bireysel ya da örgütsel düzeyde görmek olasıdır.

## Akademi ve Uygulamanın Birliği

Aile hekimliğinin geleneksel genel pratisyenlikten en temel farkı, onun akademik ve bilimsel bir tıp disiplini haline gelmesidir. Kuşkusuz aile hekimliğinin temel ilkelere göre şekillenmiş bir hekimlik uygulamasına gerekmemiz vardır. Uygulama önemlidir ve uygulama olmadan disiplinleşme olası değildir. Ancak aile hekimliği, ülkemizde başlatılan aile hekimliği uygulamasıyla ya da herhangi bir aile hekimliği uygulama modeli ile özdeşleştirilemez. Öte yandan ancak akademik gelişme söz konusu olduğu sürece, aile hekimliği bir disiplin haline gelir ve disiplin olarak kalmaya devam eder.

Akademi bir anlamda kuramdır. Kuramın kılavuzluğu olmadan uygulama kendini geliştiremez ve disiplinleşmez. Yani bir anlamda akademik aile hekimliği; aile hekimliğinin disiplinleşme sürecinin olmazsa olmazıdır. Günümüzde ülkemizdeki temel sorunları aşmamızın en temel başlangıç noktalarından biri de, kuramsal ve uygulama düzeylerinde akademiyle sahanın bütünleşmesinin sağlanmasıdır. Bir takım temel sorunlarımız ve kaygılarımız vardır. En temel kaygımız ise eğitimidir. Çünkü aile hekiminin kendi kimliğini bulması eğitim süreçlerinden geçmektedir. Akademik yol göstericiliği olmadan uygulamayı geliştiremeyiz, disiplinleşemeyiz. Dolayısıyla uzmanlık eğitimiyle ilgili sıkıntılar aile hekimliği disiplininin gelişimi açısından temel tehdittir.

## Sonsöz

2005 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması farklı bakış açılarından farklı eleştiriler almıştır. Değerlendirmeler daha çok siyasal ve ideolojik boyutlarda yapılmış, ancak aile hekimliği uygulama özelliklerini temel alarak yapılan değerlendirmeler sınırlı kalmıştır.

Aile Hekimliğinin bir disiplin olarak gelişmesi ve hak ettiği yere ulaşması için ülkemizde daha atılacak birçok

önemli adım bulunmaktadır. Öncelikle birinci basamağın sağlık sistemlerinin temelini alınması gerekliliğinin içselleştirilmesi ve aile hekimliği uzmanlığının birinci basamak-taki rolünün doğru olarak kavranması gereklidir.

Sonuç olarak, aile hekimliğinin gelişim süreci ülkemizde kendine özgü dinamikler göstermektedir. Bu dinamiklerin farkına varmak, onları iyi tanımlamak ve analiz etmek, aile hekimliği disiplininin gelişiminin önündeki sorunların çözümünü kolaylaştıracak ve dolayısıyla ülkemiz sağlık sisteminin birinci basamağının güç kazanmasını sağlayacaktır.

## Kaynaklar

1. Stange KC, Ferrer RL. The paradox of primary care. *Ann Fam Med* 2009; 7:293-9.
2. T.C. Sağlık Bakanlığı ve T.C. Yükseköğretim Kurulu. Türkiye Sağlık İnsangücü Durum Raporu. Ankara: Uyumajans; Mart 2008.
3. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. Oxford: Oxford University Press; 1998.
4. Van Weel C. Lower respiratory tract infection: variation in care, disease definitions, and the nature of primary care. *Prim Care Respir J* 2011;20: 231-2.
5. Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
6. World Health Organisation. Developing the new European policy for health - Health 2020./07 110419. World Health Organisation; 2011.
7. Stein HF. FM as a meta-specialty and the dangers of overdefinition. *Fam Med* 1998;30:637-41.
8. The European Definition of General Practice/Family Medicine. WONCA Europe, 2002.
9. Stephens GG. Developmental assessment of family practice: an insider's view. In: Doherty WJ, Christianson CE, Sussman MB, editors. Family Medicine: The Maturing of a Discipline. First edition. New York: The Haworth Press; 1987. p. 1-21.
10. Freeman T. Family Medicine's academic contributions. Family Medicine Research Days, İzmir, Turkey. *Türk Aile Hek Derg* 2012;16:181-98.
11. McWhinney IR. The importance of being different Part 1: the marginal status of FM. *Can Fam Physician* 1997;43:193-5.
12. Stein HF. Family medicine's identity: being generalist in a specialist culture. *Ann Fam Med* 2006;4:455-9.
13. Başak O. Türkiye'de aile hekimliği uzmanlığı süreci ve sosyalleştirme. Türk Tabipleri Birliği Füsün Sayek Raporları/Kitapları 2011: Türkiye'de Sosyalleştirmenin 50 Yılı içinde. Ankara, 2012.

# Aile Hekimliği Akademisi (AHAD)

## 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri

### Bildiri Özetleri

Abstracts presented at the Second Family Medicine Research Days, 8-11 November 2012, İzmir, Turkey

Aşağıda özetleri yer alan bildiriler 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri kapsamında, 8-11 Kasım 2012 tarihlerinde, İzmir’de sunulmuştur.

## Sözlü Bildiriler

(SB-01 — SB-32)

### SB-01

#### Psöriyazis hastalarında yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyonun değerlendirilmesi

Ayşe Öztürk<sup>1</sup>, Fatma Gökşin Cihan<sup>1</sup>, Selma Çivi<sup>2</sup>,  
Ruhuşen Kutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya; <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Bu araştırma psöriyazisi olan hastaların yaşam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır. Psöriyazis kadın ve erkekte eşit sıklıkta görülen, tüm dünyada popülasyonu %1-3 oranında etkileyen, kronik, tekrarlayıcı, kişinin görünüşünü, yaşamını, özellikle sosyal ve duygusal durumunu oldukça fazla etkileyen bir deri hastalığıdır. Kişilerde psikolojik stres, utanma, fiziksel rahatsızlık ve günlük yaşamdaki etkilenim gibi pek çok şekilde ortaya çıkmaktadır. Psikolojik iyilik hali bedensel iyilik halini ve tedaviye olan cevabı da etkiler. Yaşam kalitesi kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik iyilik halini ifade eder, yaşam kalitesi yöntemleri hastalığın kişinin iyilik hali üzerine etkilerini ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Yaşam kalitesi ölçekleri, hastanın özel gereksinimlerini belirlemek, psikososyal sorunlarını ortaya koymak, özellikle kronik hastalıklarda hastanın durumundaki değişiklikleri izlemek ya da tedavi şeklini belirlemek için kullanılmaktadır. Biz bu araştırmamızda psöriyazisli hastaların anksiyete ve depresyon durumlarını, yaşam kalitelerini, sosyodemografik ve klinik özelliklerini yaşam kalitesine etkisini, psikolojik iyilik halinin bedensel iyilik halini ve tedaviye olan cevabı ne kadar etkilediğini inceleyeceğiz.

**Gereçler ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı, analitik olgu kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Çalışmamıza Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi dermatoloji polikliniğine başvuracak gönüllü psöriyazis hastaları dahil edilecektir. Psikiyatrik hastalığı olanlar ve 18 yaş altı çalışmaya alınmayacaktır. Kontrol grubu olarak aile hekimliği polikliniğine başvuran hastaların dahil edilmesi planlanmıştır. Araştırmamızda örneklem

büyüklüğü 42 olarak bulunmuştur. Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile hasta ve kontrol grubuna ilgili kaynaklar doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik anket formu, WHOQOL-Bref Yaşam Kalitesi Ölçeği, Hastane Anksiyete ve Depresyon Ölçeği (HADÖ) uygulanacaktır. Çalışmada elde edilecek bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS 15.0 paket programı kullanılması planlanmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada psöriyazis hastalarının yaşam kalitesi düzeylerinin ve HADÖ düzeylerinin kontrol grubuna göre daha düşük çıkmasını bekliyoruz.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Psöriyazis, yaşam kalitesi, depresyon, anksiyete.

### SB-02

#### Çanakkale il merkezindeki diyabetik bireylere ayak bakımı eğitimi

Ayşegül Uludağ<sup>1</sup>, Selva Zeren<sup>2</sup>, Erkan Melih Şahin<sup>1</sup>,  
Kubilay Ükinç<sup>3</sup>, Sibel Cevizci<sup>4</sup>, Şule Yıldırım<sup>5</sup>, Gürdal Nusran<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı; <sup>2</sup>Su-  
altı ve Hiperbarik Tıp Anabilim Dalı; <sup>3</sup>İç Hastalıkları Anabilim Dalı; <sup>4</sup>Halk  
Sağlığı Anabilim Dalı; <sup>5</sup>Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, <sup>6</sup>Or-  
topedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Çanakkale

**Giriş:** Dünyada yaklaşık olarak 285 milyon diyabetik bireyin bulunduğu düşünülmektedir. Diyabetik ayak uzun dönem komplikasyonlarından biridir ve dünyadaki prevalansı %1 ile %10.5 arasında değişmektedir. Çalışmamızda ayak bakımı eğitiminin diyabetik ayakta koruyucu etkisini ölçmek, verilen eğitim ile bireylerin öz yönetim becerilerini geliştirmek amaçlanmaktadır.

**Gereçler ve Yöntem:** Araştırma girişimsel çalışma desenindedir. Çalışmanın evrenini Çanakkale İl merkezinde yaşayan bireyler oluşturacaktır. Çalışmada diyabetin %13, diyabetik ayağın %4 sıklıkta olduğu, %95 gü-

ven aralığı ve 0.1 lik sapma ile en az 1325 hastaya ulaşılması hedeflenmektedir. Diyabetik bireylerin aile sağlığı merkezlerinden iletişim bilgilerine ulaşılarak hasta listesi oluşturulacaktır. Katılımcılar 20'li gruplara ayrılarak, eğitimden 1 gün önceden telefonla aranacak ve davet edileceklerdir. Ayak bakımının önemi, yapıları, diyabetik ayağın tanımı ve kaçınılması gereken davranışlar slayt sunumu ve broşürlerle katılımcılara anlatılacaktır. Eğitim sonrasında hastaların antropometrik ölçümleri yapılacak, sosyodemografik, hastalık özgeçmiş ve yaşam tarzlarını sorgulayan anket uygulanacaktır. Anket sonrası hastaların her birinin ayakları muayene edilecek ve bulgular özel oluşturulmuş ve takiplerinde de kullanılacak muayene formuna not edilecektir. Hastalar periferik arterial hastalık açısından ve 10 g Semmes Stein Filamenti ve 128 Hertz diapozon ile duyu muayenesi yapılarak nöropati açısından değerlendirilecektir. Muayene sonuçları birleştirilerek International Working Group of Diabetic Foot (IWGDF) çalışma grubunun önerisine göre aşağıdaki gibi sınıflandırılacaktır.

1. Düşük risk grubu: Nöropati, Periferik arteriyel hastalık, deformite ve ayak patolojisi yok (Yılda bir ziyaret)
2. Yüksek risk grubu:
  - a. Grup I: Nöropati + (6 ayda bir ziyaret)
  - b. Grup II: PAH+ (3 ayda bir ziyaret)
  - c. Grup III A: Ülser öyküsü + (1-3 ayda bir ziyaret)
  - d. Grup III B: Amputasyon öyküsü+ (1-3 ayda bir ziyaret)
  - e. Grup IV: Ülser + (Hastaneye yönlendirilecek)

Hastalar risk grubuna uygun olarak tavsiye edilen sıklıklarda muayene için çağrılarak muayeneleri tekrarlanacaktır. Çalışmanın 5 yıl sürmesi planlanmaktadır.

**Bulgular:** Çalışmanın 1. yılı sonunda Çanakkale ili diyabetik ayak prevalansı hesaplanacaktır. 1 yıl sonunda toplam 6 risk grubu eğitimin diyabetik ayak gelişimindeki rolünü belirlemek ve hastalara öz-yönetim kazandırmak amacıyla kendi içlerinde çalışma ve kontrol gruplarına bilgisayar yardımıyla ayrılacaktır. Çalışma grubu ayda bir kez telefonla aranarak motivasyonu artırıcı ve eyleme yönlendirici görüşme yapılacaktır. Çalışmanın verileri korelasyon testi yapılarak değerlendirilecektir.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Diyabetik ayak, ayak bakımı, eğitim.

## SB-03

### İki farklı yöntem ile PAH'lı hastalarda yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

**Döndü Kara, Nilgün Özçakar**

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

**Giriş:** Periferik arter hastalığı (PAH); alt ekstremitayı besleyen ana damarlarda arteriyel darlık ve tıkanmaya neden olan ateroskleroz sonucunda gelişir. PAH olan hastaların erken tanınması, uygun testlerin kullanımı ile hastalığın ilerlemesini değerlendirmek, komplikasyonlarını yönetmek ve ciddi olgularda vasküler cerrahiye sevk etmek önemlidir. PAH'dan şüphelenilen hastalarda ayak bileği/ön kol indeksi ölçümü hastaların başlangıç değerlendirilmesinde standart hale gelmiştir. Tipik olarak istirahatte  $\leq 0.90$  olması PAH ölçüt değeridir. Hastaların büyük çoğunluğunda yaşam kalitesinde düşme olabilmektedir. SF6 yaşam kalitesinin ölçümünde yaygın olarak kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçektir. Öte yandan bu hastalarda egzersiz kapasitesi ve yürüme mesafesi kısıtlanır. Walking Impairment Questionnaire (WIQ), yürüme mesafesi ve kapasiteyi değerlendiren, kolay uygulanabilen bir öz-bildirim ölçeğidir. Bu nedenle WIQ, günlük pratikte ve klinik çalışmalarda fonksiyonel yürüme yeteneğinin belirlenmesi için koşu bandı ile belirlemeye alternatif olarak düşünülmektedir. WIQ Türkçe versiyonu yoktur. Bu nedenle çalışma sırasında bu testin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları da gerçekleştirilecektir. Çalışma, PAH olanlarda yaşam kalitesini ve yürüme yeteneğini ölçmede sonraki çalışmalara ışık tutacaktır.

tır. Çalışmada dışlama kriterleri; hareket kısıtlılığı yaratan komorbid hastalıklar, iletişim kurulamayan kişiler, walker ve yardımcı yürüme materyali kullanan PAH olabilecek hastalar olarak belirlenmiştir.

**Gereçler ve Yöntem:** İzmir ili Balçova bölgesinde 45 yaş ve üzerindeki 250 gönüllü birey çalışmaya alınacaktır. Araştırma anamnez, fizik muayene ve Ayak Bileği/Ön Kol İndeksi (ABI) değerlerini hesaplanarak SF36, WIQ anketlerinin uygulanması şeklinde planlanmıştır. Walking Impairment Questionnaire (WIQ), yürüme mesafesi ve kapasiteyi değerlendiren bir ölçektir. Bu ölçeğin oluşturulacak olan Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilerek uygulanacaktır. Tüm katılımcılara çalışmanın amacı ve niteliği konusunda bilgi verilecek, bu açıklama Türkçe formun başında bulunacaktır. Gönüllülerin katılımı yazılı onayları alınarak sağlanacaktır. İstatistiksel analizlerde SPSS 16.0 programı kullanılacak,  $p < 0.05$  anlamlı kabul edilecektir.

**Bulgular:** Bu çalışmada; 45 Yaş ve üstü bireylerde "Ayak Bileği/Ön Kol İndeksi (ABI)" ve SF-36 ile Periferik Arter Hastalığı ve yaşam kalitesi değerlendirilecek ve "Yürüyüş Bozukluğu Anketi" Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik araştırması yapılacaktır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Periferik arter hastalığı, yürüyüş bozukluğu anketi, ABI ölçümü.

## SB-04

### Ankara ilindeki aile hekimlerinin hizmet sunumundaki farklılıklar ve bunların nedenleri

**Ebru Yılmaz<sup>1</sup>, B. Furkan Dağcıoğlu<sup>1</sup>, Zahide Erdem<sup>1</sup>, Aylin Baydar Artantaş<sup>1</sup>, Yusuf Üstü<sup>1</sup>, Mehmet Uğurlu<sup>2</sup>**

*<sup>1</sup>Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi; <sup>2</sup>Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara*

**Giriş:** Aile Hekimliği, bireylerin sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturur; hizmet almak isteyenlere açık ve sınırsız bir giriş sağlar; yaş, cinsiyet ya da kişinin başka herhangi bir özelliğine bakmaksızın tüm sağlık sorunlarıyla ilgilenir. Fakat pratik uygulamada zaman zaman hastaların klinik özellikleri, yaş, gibi özellikleri açısından dağılımları hekimen hekime farklılık göstermektedir. Bu durum hekimin eğilimlerinin yanı sıra; hastaların tercihi, hizmete ulaşım, diğer uzmanlık alanlarının varlığı gibi daha birçok faktöre bağlı olarak değişmektedir. Bu araştırmanın amacı Ankara ili genelinde halkın birinci basamak sağlık hizmetlerinden yararlanma eğilimlerini ortaya koymak, aile hekimlerinin aldıkları ikinci aşama eğitimlerinin mesleki uygulamalarını nasıl etkilediğini ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma öncesi ve sonrası şeklinde bir müdahale çalışması olarak planlanmıştır. Ankara ili genelinde ASM'lerde çalışan aile hekimleri belirlenerek, evreni bilinen örneklem sayısı formülüne göre hesaplanan sayıda hekim, rastgele seçilerek ziyaret edilecektir. Aile hekimlerinin yıl içerisinde belirlenmiş zamanlardaki tıbbi kayıtları incelenerek, hasta profilleri ortaya çıkarılacak, ASM yi ziyaret etmiş olan hastalar yaş, cinsiyet, hastalık tipi (jinekolojik, pediatrik, geriatrik vb.) gibi değişkenler açısından sınıflandırılacaktır. Bir yıl boyunca uzaktan eğitim ile aile hekimlerinin ikinci aşama eğitimleri gerçekleştirilecektir. Bir yıl sonunda, eğitimlerin bitmesi ile aynı kişilere ziyaret tekrarlanacak ve elde edilen veriler karşılaştırılarak belirlenen zaman dilimi içerisindeki değişim araştırılacaktır. Veriler, SPSS 15.0 paket programı ile analiz edilecektir.

**Bulgular:** Ankara ili genelinde aile hekimlerine başvuran kişilerin, yaş, cinsiyet, başvuru nedeni, gibi değişkenler açısından nasıl bir dağılım gösterdiği; pratisyen-uzman aile hekimlerinin ve kırsal-kentsel bölgelerde hizmet veren aile hekimlerinin takip ve tedavi ettikleri hasta profilleri açısından oluşturduğu farklar ve bunun yanı sıra verilen eğitimin etkileri ile ilgili sonuçlara ulaşılması hedeflenmektedir.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Aile hekimi, hasta profili, uzaktan eğitim.

**SB-05****Epilepsi tanısı alan çocuk hastaların ve ailelerinin psikososyal değerlendirilmesi****Funda Gökğöz Durmaz, Fatma Gökşin Cihan***Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Konya*

**Giriş:** Epilepsi, çocukluk çağında sık görülen kronik rahatsızlıklardan biridir ve epilepsili çocuklar psikiyatrik bozukluklar açısından risk altındadırlar. Birçok ebeveynin sağlıkla ilgili konularda, çocukları için kaygı duydukları bilinmektedir. Çocukluk dönemi kronik hastalıkları, belirti, sağaltım yöntemi, seyri, günlük aktivite kısıtlaması, uzun dönem etkisi gibi nedenlerle aileye birçok yük getirmektedir. Epilepsi ani belirtileri ve bu belirtilerin tahmin edilememesi özelliği ile kendine özgü olup, diğer kronik hastalıklardan farklıdır. Epileptik nöbetler sadece beklenmedik bir zamanda meydana gelmez, aynı zamanda içinde bulunduğu özel koşullara bağlı olarak utandırıcı olmaktan tehlikeli olmaya kadar birçok şekilde oluşabilir. Bu araştırma epilepsili çocukların psikososyal değerlendirilmesi ve ailelerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Olgu Kontrol deseninde bir çalışma planlanmıştır. Çalışmamıza hastanemizin çocuk nöroloji polikliniğine başvuran 4-16 yaş aralığındaki epilepsili çocuklar ve gönüllü ebeveynleri dâhil edilecektir. Psikiyatrik hastalığı olanlar ve epilepsi kontrolü için birden fazla ilaç kullanan çocuklar çalışmaya alınmayacaktır. Kontrol grubu olarak, bilinen herhangi bir hastalığı olmayan, olgu grubu ile benzer yaş aralığında ve cinsiyetteki ile onların ebeveynlerinin dâhil edilmesi planlanmıştır. Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile hasta ve kontrol grubuna ilgili kaynaklar doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik anket formu, çocuklara SDQ (Güçler ve Güçlükler anketi) ölçeği ve ebeveynlere STAI (Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri) ölçeği uygulanacaktır. SDQ ölçeği bazıları olumlu, bazıları olumsuz davranış özelliklerini sorgulayan 25 soru içerir. Bu sorular hem uygun tanısal ölçütler, hem faktör analizi sonuçlarına göre her biri 5 soru içeren 5 ana başlık altında toplanmıştır; Dikkat Eksikliği ve Aşırı Hareketlilik, Davranış Sorunları, Duygusal Sorunlar, Akran Sorunları ve Sosyal Davranışlardır. Her alt başlık kendi içinde değerlendirilip her biri için ayrı puan elde edilebildiği gibi ilk dört başlığın toplamı ile 'Toplam Güçlük Puanı' da hesaplanabilmektedir. Çalışmada elde edilecek bulgular değerlendirilirken istatistiksel analizler için SPSS 18.0 paket programının kullanılması planlanmıştır.

**Bulgular:** Bu çalışmada epilepsili çocukların güçler ve güçlükler anketi puanlarının sağlıklı yaşlıtlarına göre daha yüksek çıkması ve ebeveynlerinin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olması beklenmektedir.

**Sonuç:** Araştırma henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Epilepsi, psikososyal durum, kaygı.

**SB-06****Sağlık çalışanlarının kaza sonucu kesici delici malzeme ile yaralanması****Hakan Demirci<sup>1</sup>, Mustafa Özgür Akça<sup>2</sup>, Bülent Özçetin<sup>3</sup>, Yeşim Karaca<sup>4</sup>***<sup>1</sup>Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği; <sup>2</sup>Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, <sup>3</sup>Genel Cerrahi Kliniği, <sup>4</sup>Çalışan Sağlığı Birimi, Bursa*

**Amaç:** 'Primum Non Nocere' 'Önce hastaya zarar vermeyin' kliniklere ilk adım attığımızda bize öğretilen temel prensiptir. Ancak sağlık çalışanları sağlık dağıtmaya devam etmek istiyorsa evvela kendi sağlıklarını korumalıdırlar. Dünya çapında her yıl 12 milyar enjeksiyon yapıldığı ve sadece ABD'de 800.000-1.000.000 arasında kesici delici yaralanma gerçek-

leştiği tahmin edilmektedir. Kesici delici alet yaralanmaları bulaşıcı hastalıkların sağlık personeline geçişi için en önemli kaynaklardır. HBV, HCV ve HIV gibi bulaşıcı hastalıklar bunlara örnektir. Bunun yanında ülkemizde örneğin Kırım Kongo Kanamalı Ateşi gibi enfeksiyonlar sebebiyle kaybettiğimiz sağlık çalışanları rapor edilmektedir. Bu çalışmada bir 3. Basamak Eğitim ve Araştırma Hastanesi olan kurumumuzda kesici delici malzeme ile yaralanmaların sebeplerini ve sonuçlarını incelemeyi amaçladık. Çalışma sonucu elde edilecek veriler ışığında sağlık personelimizin kaza sonucu kesici delici malzeme ile yaralanması konusuna dikkati çekilecek bu konuda yapılması gereken çalışmalar ve eğitimler ileriye dönük olarak planlanabilmektedir. Alınacak önlemler sonrası yaralanma oranlarındaki değişimler izlenebilecektir.

**Gereçler ve Yöntem:** Şevket Yılmaz Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yıl içinde sayıları değişmekle beraber ortalama 2400 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Bu sayıya hekimler, hemşireler, stajyerler, öğrenciler, temizlik personeli ve teknisyenler dahildir. Hastanemiz çalışan sağlığı birimi Haziran 2011'de kurulmuş olup bu tarihten sonraki kayıtlar incelenecektir. Dosya incelemesinin yanı sıra yaralanmaya maruz kalan personele daha önceden hazırlanmış olduğumuz anket soruları sorulacaktır. Araştırma Kapsamında; 1) Yaralanmaların hangi kliniklerde meydana geldiği tespit edilecektir. 2) Vakaların yaş, cinsiyet, eğitim durumları, çalıştıkları birimdeki görev süreleri (deneyim açısından), fazla mesai durumları araştırılacaktır. 3) Bu yaralanmaların akibeti, varsa bulaşan enfeksiyonlar değerlendirilecektir. Araştırmada Haziran 2011 sonrası 1 yıllık tüm veriler incelenecektir.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Sağlık çalışanları, kesici delici yaralanmalar.

**SB-07****Primer hipertansiyon hastalarında tuz kısıtlaması danışmanlık ve eğitiminin kan basıncı kontrolüne etkisi**  
**Hasret Ağaoğlu, Erkan Melih Şahin, Ayşegül Uludağ, Selen Güngör, Emel Peker***Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale*

**Giriş:** Tuz gibi diyetel faktörlerin kan basıncı yükselmesine ve esansiyel hipertansiyon gelişimine katkıda bulunduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda diyetle alınan ortalama sodyum miktarı ile o toplumdaki hipertansiyon prevalansı arasında ilişki bulunmuştur. Diyetle orta derecede tuz kısıtlaması ile sistolik kan basıncını ortalama olarak 5 mmHg azalma olacağı hesaplanmıştır. Kan basıncında 5 mmHg azalma serebrovasküler olay insidansını %25 ve iskemik kalp hastalığı insidansını %15 oranında azaltır. Ülkemizde, ortalama günlük tuz tüketimi 18 gr olup, Dünya Sağlık Örgütü raporu ve HT kılavuzları, erişkinlerde diyetle sodyum alımının en fazla 2-2.3 g/gün ile sınırlandırılması önermektedir. Bu çalışmada, tanı konmuş ve antihipertansif ilaç kullanan ancak hedef kan basıncı kontrollerine ulaşamamış primer hipertansiyon hastalarında, tuz tüketimlerini kısıtlamaya yönelik bireyselleştirilmiş eğitim ve danışmanlık girişimi ile kan basıncı kontrolü açısından elde edilecek yararı belirlemek amaçlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Randomize kontrollü gişimsel çalışma için Çanakkale şehir merkezindeki hipertansiyon hastalarından araştırma kriterlerine uyanlar katılımları için davet edilecekler, basit sistematiik randomizasyonla girişim ve kontrol grubuna atanacaklardır. Hastaların tedavilerine müdahale edilmeyecektir. Yapılan güç analizinde, 5 mmHg sistolik kan basıncı farkının anlamlı bulunması için grup sayılarının en az 85 kişiden oluşması gerektiği hesaplanmış, grupların 120'şer kişiden oluşması hedeflenmiştir. Veriler bir anket uygulaması, antropometrik ölçümler, kan basıncı ölçümleri, 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ölçümleri ve 24 saatlik idrarda biyokimyasal Na<sup>+</sup> ölçümü ile toplanacaktır. Anket, katılımcıların demografik bilgileri, beslenme ve egzersiz

davranışları, tedavi durumları ve izlenmiş tedavi protokolleri, hastalık ve tedaviye yönelik tutumlarını sorgulayan sorular içermektedir. Girişim grubu hastalarıyla, ilk görüşme tarihinden itibaren 1, 4 ve 8. haftada 3 kez telefonla görüşülerek hatırlatmalarda bulunulacaktır. Çalışma başlangıcından itibaren 12. haftanın sonrasında tüm hastalarla çalışma kapanış görüşmesi ve ölçümleri yapılacaktır.

**Bulgular:** Tekrarlayan ölçümler deseninde başlangıç ve kapanış idrarda sodyum miktarları arasında ve 24 saatlik ambulatuvar kan basıncı ortalamalarında fark olup olmadığına bakılacak ve farklar arasında korelasyon analiz edilecektir.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Hipertansiyon, tuz kısıtlaması, danışmanlık

## SB-08

### Aydın ilinde evde bakım hizmeti alan kişilerde sık karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunlar

**Mehmet Aydın, Güzel Dişçigil**

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

**Giriş:** 20. yüzyılın ikinci yarısında değişen demografik verilerle birlikte artan yaşlı toplumunun hem sosyal hem de sağlık alanında gereksinimleri de değişmektedir. Evde bakım, gerek tanı ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın takibinde, gerekse herhangi bir sağlık problemi olmaksızın koruyucu sağlık ve tetkik hizmetlerinin verilmesi süreçlerinde, ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında sağlık bakımı hizmetlerinin verilmesidir. Aile hekimlerinin, bu noktada evde bakım hizmetlerinden faydalanacak kişilerin tespiti, hizmetin eksiksiz verilmesi ve sonlandırılmasında önemli rolleri vardır. Bu çalışma ile; Aydın ilinde evde sağlık hizmeti alan kişilerin en sık hangi tanılarla bu hizmeti aldıkları, bu hizmet alımında en sık hangi tıbbi ve sosyal sorunlarla karşılaştıkları, karşılaşılan sorunların tıbbi tanılarla ilişkisinin ne olduğu ve bunların çözüm yolları araştırılması hedeflenmektedir.

**Yöntem:** Çalışmanın deseni tanımlayıcı, kesitsel analitik bir araştırma olarak planlanmıştır. Gerekli izinler alındıktan sonra, Aydın İl Sağlık Müdürlüğü'nün evde bakım hizmeti veren merkezlerinin kayıtlarından hizmet alan kişilerin tanılarını kayıt edilecek ve sıklık sırasına göre sıralanacaktır. Hizmet alan kişiler veya yakınları ile temas sağlanacak ve hizmet sunumu sırasında karşılaşılan tıbbi ve sosyal sorunların sorgulandığı anket formu uygulanacaktır. Anket çalışması yüz yüze veya telefonla yapılacaktır. Elde edilen veriler SPSS 17.0 programıyla analiz edilecektir.

**Bulgular:** Çalışma henüz proje aşamasındadır.

**Sonuç:** Çalışma henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Evde bakım, kronik hastalıklar, hasta memnuniyeti.

## SB-09

### Diyabet hastalarının diyet ve ayak bakımı konusundaki bilgi ve davranışlarının ölçülmesi

**Mehmet Ugan, Sevcan Boztaş**

*Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara*

**Giriş:** Diyabet yaygın görülen kronik bir hastalıktır. Türkiye'de 3.679.000 diyabet hastası (%13.7) bulunmaktadır. Ankara'da ise prevalansı TURDEP II çalışmasına göre %15'in üzerindedir. Diyabetik ayak uzamış hiperglisemi ile ilişkili olan kronik bir komplikasyondur. Sıkı glisemik kontrol ve uygun ayak bakımı ve hasta eğitimi ile diyabetin komplikasyonları önlenebilmektedir. Araştırmamızın amacı; en az 1 kez diyet ve ayak bakımı eğitimi almış diyabetik ayağı olan ve en az 1 kez diyet ve ayak bakımı eğitimi almış diyabetik ayağı olmayan diyabet hastalarının diyet ve ayak bakımı konusundaki bilgi ve davranışlarını

ölçmek, ayrıca gruplar arası karşılaştırma ile diyabetik ayağın önlenmesi açısından kişisel bakımın önemini vurgulamaktır.

**Gereçler ve Yöntem:** Araştırma; olgu-kontrol çalışması olup Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İbni Sina Hastanesi Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları bölümünde Nisan-Haziran 2013 tarihleri arasında yürütülecektir. İlk 100 diyabetik ayağı olan ve ilk 100 diyabetik ayağı olmayan diyabet hastası çalışmaya alınacaktır. Hastaların sosyo-demografik özellikleri alındıktan sonra veri toplamak amacıyla diyabet bilgisini ölçmek için geliştirilecek bir anket ve geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, yayınlanmış "Diyabet Öz-bakım Gücü Ölçeği" kullanılacaktır. Veriler SPSS 15.0 programıyla analiz edilecektir.

**Bulgular:** Araştırma sonunda diyabetik ayağı olan ve olmayan diyabetik bireyler arasında anlamlı ölçüde diyet ve ayak bakımı bilgi ve davranış farklılıkları olduğunun saptanması öngörülmektedir.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Diyabetik ayak, öz bakım, eğitim.

## SB-10

### Koroner arter hastalarında Ankilobrakial indeks ölçümü ile periferik arter hastalığının değerlendirilmesi: Araştırma ara sonuçları

**D. Melike Arabacı<sup>1</sup>, T. Tanju Yılmaz<sup>2</sup>, İbrahim Susam<sup>2</sup>, Kurtuluş Öngel<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup>Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği; <sup>2</sup>Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir*

**Giriş:** Periferik arter hastalığı (PAH); koroner arterler dışındaki, özellikle bacaklardaki arterlerde akışın azalması olarak tanımlanır. Diğer damar yataklarındaki aterosklerozun göstergesidir. Hastalığın çoğunlukla asemptomatik olması ve klasik fizik muayeneyle zor belirlenebilmesi nedeniyle; basit, non-invaziv ve maliyet etkin bazı testler riski belirlemek için kullanılmaktadır. Bu testlerden birisi Ankilobrakial indeks (ABI) ölçümüdür. Bu çalışmada; İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatarak tedavi gören ve koroner hastalığı (KAH) olduğu kesin bilinen hastaların ABI ölçümlerini yaparak, PAH risk faktörlerini sorgulamak amaçlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Çalışma, Mart 2012 tarihinde gerçekleştirilmiş, kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırmadır. El doppler cihazı ile katılımcıların ABI ölçümleri yapılarak kayıt edilmiştir. ABI değeri, 1.30 ve üzeri değerler nonkompresible, 1.29-0.91 arası normal, 0.90-0.41 orta-hafif PAH, 0,40 ve altı değerler ise ileri derecede PAH olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca katılımcılara uygulanan anket ile de demografik verileri, özgeçmişleri, PAH risk faktörleri saptanmış; ardından hastaların son bir haftaya ait laboratuvar değerleri kayıt edilmiştir. Çalışmanın istatistik analizinde sosyodemografik veriler öncelikle ortalama, standart sapma, minimum maksimum değerler, frekans şeklinde saptanmış; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde dağılımları hesaplanmıştır. Oranların karşılaştırılmasında Ki-Kare testi, grup ortalamalarının karşılaştırılmasında ise Anova ve T-test kullanılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 25 kadın (%27.5) ve 66 erkek (%72.5) olmak üzere toplam 91 katılımcı dahil edilmiştir. Risk faktörlerinden olan kalp hastalığı ve hipertansiyon'un görülme sıklığı %48,4, diyabetes mellitus'un görülme sıklığı ise %31.9 olarak elde edilmiştir. Çalışmada, sağ ABI ortalaması 1.01±0.31 (min:0.47 max:1.97); sol ABI ortalaması 1.03±0.32 (min:0.38 max: 2.16) ve ABI ortalaması 1.02±0.30 (min:0.44 max:2.07) saptanmıştır. Katılımcıların %39'unun ABI değeri ≤0.90, %14.9'unun ABI değeri ≥1,30 olarak bulunmuş olup, çalışmalarda normal popülasyonda bu oran %12-20 civarında görülmüştür. Çalışmaya katılan kişilerde ABI sağ (p:0.022, d:-,112), sol (p:0.014, d:-,121) ve ortalama (p:0.023, d:-,116) değerleri, kronik bir damar hastalığı olanlarda anlamlı olarak düşük bulunmuştur.

**Sonuç:** Koroner arter hastalığı olan hastalarda, Ankilobrakial indeks ölçümü ile normal popülasyona göre periferik arter hastalığı açısından anlamlı fark saptanmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Ankilobrakial indeks, periferik arter hastalıkları, koroner arter hastalığı.

## SB-11

### Akut dekompanse kalp yetersizliği tedavisinde ultrafiltrasyon ve intravenöz diüretik tedavinin karşılaştırılması

Nurşah Özkan<sup>1</sup>, Ş.Ayşen Helvacı<sup>2</sup>, Mehmet Küçük<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği; <sup>2</sup> Dahiliye Kliniği, Kardiyoloji Bilim Dalı; <sup>3</sup>Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Kalp yetersizliği, tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de mortalite ve morbiditesi en yüksek hastalıklardandır. Aile hekimliği pratiğinde de dekompanse, hipervolemik kalp yetersizliği ile başvuran hastalarla çok sık karşılaşmaktadır. Hastalar bizlere çoğu zaman nefes darlığı ve pretibial ödem şikâyetiyle başvurumaktadırlar. Konjestif kalp yetersizliği tedavisinde diüretik, anjiyotensin dönüştürücü enzim inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokerleri, inotropik ilaçlar, aldosteron antagonistleri, beta blokerler yer almaktadır. İleri evre kalp yetersizliğinde tüm bu tedavilere rağmen zaman zaman dekompanse gelişmekte, yaşam kaliteleri azalmakta, doktor başvurularında ve hastane yatışlarında artış olmaktadır. Hastaneye yatan akut dekompanse kalp yetersizlikli oral tedaviye dirençli hastalar ciddi bir toplum sağlığı ve maliyet problemi oluşturmaktadır ve bu nedenle intravenöz diüretik, vazodilatör, inotropik ilaçlar ve bu tedavilere alternatif tedaviler uygulanmaktadır. Bu alternatif tedavi yöntemlerinden birisi de izole ultrafiltrasyon yöntemidir ve literatürdeki çalışmalara göre bu yöntem medikal tedaviye göre hastaların yaşam kalitesini arttırmakta, mevcut şikâyetlerini azaltmakta, hastanede kalış sürelerini kısaltmakta, oral diüretik tedaviye sensitiviteğini arttırmaktadır. Fakat bu yöntemin hastanemizde ve ülkemizde genellikle diüretik direnci gelişmiş hastalara saklandığı, ilk başvuru tedavisi olarak kullanılmadığı kanısındayız. Çalışmamızda; hastanemizde de dekompanse kalp yetersizliğinde uygulanan tedavi yöntemi olan ultrafiltrasyon yöntemi ile intravenöz diüretik tedavisini karşılaştırmayı amaçladık.

**Yöntem ve Gereçler:** Retrospektif olgu-kontrol olarak planlanan araştırmamızda son 2 yılda evre 3-4 akut dekompanse kalp yetersizliği nedeniyle Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesine yatan, ejeksiyon fraksiyonu <%40, hematokrit değeri <%50, glomeruler filtrasyon hızı >30 ml/min olan ultrafiltrasyon tedavisi uygulanan ve uygulanmayan aynı sayıda, hasta çalışmaya alınacaktır. Hastaların klinik şikâyetlerinde düzelme, 48. saatteki kilo ve sıvı kayıpları, elektrokardiografi bulguları, üre kreatinin düzeyleri, komplikasyonları, tedavi maliyetleri değerlendirilecektir. Telefonla hastalara ulaşılarak, tekrar hastaneye yatıp yatmadıkları, yattılarsa kaç kez, ne süre yattıkları, acile başvurup başvurmadıkları, vurdularsa başvuru sayısı ve sıklıkları, taburcu olduktan sonraki kullandıkları diüretik dozları, ilaçları ve mortalite oranları karşılaştırılacaktır. İstatistiksel analizlerde SPSS 19.0 paket programıyla değerlendirilecektir.

**Bulgular ve Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** kalp yetmezliği, ultrafiltrasyon, diüretik.

## SB-12

### Lise öğrencilerinde internet bağımlılığının uyku kalitesi üzerine etkisi

Rümeysa Doğan<sup>1</sup>, Yusuf Can Matrak<sup>1</sup>, Vildan Mevsim<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Öğrenci; <sup>2</sup>Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** İnternet günümüz teknolojisinde hayatımızın bir parçası haline gelmiştir. Bütün dünyada yaygın olarak kullanılmakta olup, kolaylaştırıcı-

çılığı ve bilgi zenginliği açısından faydası tartışılmaz bir gerçektir. Ancak özellikle eğitim gören öğrenciler gözlemlendiğinde, yanlış kullanım nedeniyle birçok zararının olduğu görülür. Bu zararlar internet kullanımının yaygınlaşmasıyla patolojik boyutlara ulaşmıştır. Davranış bozukluğu, yeme bozuklukları, obezite, ortopedik sorunlar ve okul başarısında azalma gibi pek çok soruna neden olduğu gösterilmiştir. Literatürde internet bağımlılığının lise öğrencilerinde uyku kalitesi üzerine etkisi konusunda çalışmaya rastlanmamıştır. İnternet Bağımlılığı'na sahip kişilerde uyku düzeninde bozulma olması gözlemlenmiş ve buna yönelik bir çalışma planlanmıştır. Bu araştırmada lise öğrencilerinde internet bağımlılığının uyku kalitesi ile ilişkisini saptamak amaçlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Kesitsel analitik olarak planlanan araştırma İzmir Balçova ilçesinde bulunan 5 lisede okuyan 751 öğrenciyi kapsamaktadır. Ayrıca bir örneklem seçilmeyecek olup tüm öğrencilere ulaşılmak hedeflenmiştir. Bu araştırmada "İnternet'te Bilişsel Durum Ölçeği" ve "Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi" kullanılacak olup ayrıca demografik özelliklerin değerlendirildiği soru formu kullanılacaktır. Veri değerlendirilmede SPSS 17.0 istatistik programı kullanılacaktır. İstatistik analiz olarak tanımlayıcı analizler, t testi, ki kare analizi kullanılacaktır. Bu araştırmanın verilerinden faydalanılarak daha sonra yapılacak olan araştırma bir müdahale çalışması olacaktır. Aynı liselerde daha sonrasında internet kullanımı ve bağımlılığı konusunda hazırlanacak eğitim verilecek ve eğitimin internet kullanımı üzerindeki bilgi, tutum ve davranış değişikliği ölçülecektir.

**Bulgular:** İnternet Bağımlılığının uyku kalitesini olumsuz yönde etkileyeceği beklenmektedir.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** İnternet, bağımlılık, uyku kalitesi.

## SB-13

### Primer hipertansiyon hastalarında düzenli fiziksel egzersizin kan basıncı regülasyonuna etkisi

Selen Güngör, Erkan Melih Şahin, Ayşegül Uludağ, Hasret Ağaoğlu, Emel Peker

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale

**Giriş:** Hipertansif bireylerin kontrolünde birinci aşama sağlıklı yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanmasıdır. Bu değişikliklerle hastalık gelişimi yavaşlatılabildiği gibi farmakolojik tedavi gereksinimi de azaltılabilir veya ertelenebilir. Çeşitli çalışmalarda dinamik aerobik egzersizin istirahat halindeki sistolik ve diyastolik kan basıncını (KB) 3.0/2.4 mmHg ve gündüz ambulatuar KB'nı 3.3/3.5 mmHg azalttığı gösterilmiştir. Ancak pratik uygulamada yaşam tarzı değişiklikleri hastalara önerilmemekte veya yeterli danışmanlık hizmetleri verilememektedir. Çalışmamızda amacımız düzenli fiziksel egzersizin kan basıncı düzenlemedeki bilinen önem ve gücünü birinci basamak hekimliği yaklaşımı açısından doğrularak mevcut koşullara uygun ve etkin fiziksel egzersiz danışmanlığı sunulurak elde edilebilecek ek yararın ölçülmesidir.

**Gereçler ve Yöntem:** Çalışmamız randomize kontrollü girişimsel dendedir. Çalışmamızın evreni Çanakkale merkezde yaşayan 35-65 yaş tedavi altındaki primer HT hastalarıdır. Yapılan güç analizinde, sistolik kan basıncında 5 mmHg farkı anlamlı bulmak hedeflendiğinde girişim ve kontrol gruplarında katılımcı sayılarının en az 85 kişiden oluşması gerektiği hesaplanmıştır. Çalışmamızda her iki gruba sistolik KB değeri 140-180 mmHg aralığında, sabit tedavi planında, çalışma metoduna uyumu engelleyecek ek hastalığı olmayan 120'şer katılımcı alınması planlanmıştır. Çalışmaya alma kriterlerine uyan hastalar basit sistematik randomizasyonla gruplara ayrılacaktır. Hastaların demografik özellikleri, hastalık, ilaç, diyet, yaşam tarzlarına ait özgeçmişleri, fiziksel egzersiz yapma durumları sorgulanacak, İlaç Uyumu Ölçeği ve WHO-5 İyilik İndeksi uygulanacaktır. Hastaların boyları, vücut ağır-

İkları, bel ve kalça çevreleri, KB ölçülecek, Holter cihazı ile 24 saatlik ambulator KB değerlendirilecektir. Girişim grubuna atanan hastalara yarı yapılandırılmış görüşme akış şeması ile düzenlenen motivasyonel görüşme yürütülecek ve kendi seçecekleri orta yoğunlukta egzersizlerden birini içeren hastaların bireysel özellikleri dikkate alınarak hazırlanmış, egzersiz tipi, yoğunluğu, sıklığı ve süresini belirleyen egzersiz reçetesi düzenlenecektir. Girişim grubundaki hastalara 1, 4 ve 8. haftada toplam 3 kez telefonla hatırlatma yapılacak, 12. hafta sonrasında kapanış görüşmesi için çağrılacaktır.

**Bulgular:** Girişim grubunda başlangıç ve kapanış vücut ağırlıkları ve VKİ değerleri arasında ve 24 saatlik ambulator kan basıncı ortalamalarında fark olup olmadığı tekrarlayan ölçümler deseninde, başlangıç ve kapanış ölçümlerinin girişim ve kontrol gruplarında farklı olup olmadığı bağımsız örneklerde ortalamaların farklı testleriyle incelenecek ve girişim grubu verilerine korelasyon analizi uygulanacaktır. Toplanan demografik, antropometrik ve metabolik verilerin vücut ağırlıkları, VKİ değerleri ve 24 saatlik ambulator kan basıncı ortalamalarına etkileri incelenecektir.

**Sonuç:** Çalışma henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Hipertansiyon, egzersiz, vücut kitle indeksi.

## SB-14

### Gebelik beslenmesinin ve vücut kitle indeksi değişikliklerinin neonatal makrozomi ile ilişkisi

Yrd Doç Dr Seçil Arıca

Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Bursa

**Giriş:** Neonatal makrozomi, bebek doğum ağırlığının 4000 g ve üzeri olmasıdır. Bütün doğumlar içinde görülme sıklığı %2-8 arasında iken bu oran diyabetik anne çocuklarında %26'dır. Ülkemizde birinci basamakta antenatal bakım hizmetleri yetersizliği ve tarama testlerinin belli merkezler dışında tam yapılmaması nedeniyle fetal makrozomiye bağlı operatif ve travmatik doğumlar sıkça görülmektedir. Günümüzde yapılan çalışmalar antenatal vücut kitle indeksindeki (VKİ) %25 ve üzeri artışın makrozominin öngörücüsü olabileceği yönündedir.

**Gereçler ve Yöntem:** Kasım 2012- Kasım 2013 tarihleri arasında Antakya Merkezli Serinyol Beldesi'nde bulunan beş aile hekiminin çalıştığı iki aile sağlığı merkezinde takip edilmekte olan gebeler üzerinde yapılması planlanmıştır. Kesitsel, prospektif ve tanımlayıcı tipte bir alan çalışmasıdır. Gebelerin 1., 2. ve 3. trimesterde beden kitle indeksleri (BKI) ölçülecek, yüzde kaç arttığı hesaplanacaktır. 1. Trimesterde gebelere yaş, gravida, parite, abortus, yaşayan çocuk sayısı, daha önceki sezaryen ve normal doğum sayısı, çoğul gebelik varlığı sorulacak, özgeçmişinde DM, HT, 4000 g ve üzeri bebek doğurma öyküsü, sigara, alkol kullanımı sorgulanacak. 2. trimester sonunda 50 g glukoz yüklenme testi sonucu sorulacak ve kiloları kaydedilecek. 3. trimesterde 37 hafta sonrasında kilosu kaydedilecek. Doğum sonrası gebelikte bulantı-kusma varlığı, gebelik süresinde demir ve/veya vitamin ilacı kullanımı sorulacak. Doğumdan sonra bebeğin doğum ağırlığı, cinsiyeti ve doğum şekli (normal müdahalesiz, normal müdahaleli, sezaryen) kaydedilecek. 4000 g ve üzeri doğan bebekler makrozomik kabul edilecek. Çalışmaya yaklaşık 300 gönüllü dahil edilmesi planlanmaktadır. Çalışma grubu 18 yaş ve üzeri gebe kadınlardan oluşacaktır. Aşkar diyabetes mellitus, gestasyonel diyabetes mellitus veya hipertansiyon hastalığı olanlar, kayıtları eksik olanlar, çoğul gebeliği olanlar ya da 37 haftadan önce doğum yapanlar ve çalışmaya devam etmek istemeyenler çalışma dışı bırakılacaktır. İl Sağlık Müdürlüğünden ve üniversitemizden gerekli etik kurul onamları alınmıştır. Çalışma veri kaynakları taraması şeklinde ve bilgiler tarafımızca taranacaktır. Araştırma sonucu elde edilecek verilere ki-kare testi ve Fisher's exact testi uygulanması planlanmaktadır. 1., 2. ve 3. trimester vücut kitle indekslerindeki yüzdelik oran

değişimleri ile makrozomi arasındaki ilişki lojistik regresyon analizi ile hesaplanacaktır.

**Bulgular:** Bölgemizdeki gebelerin sosyodemografik özelliklerinin, neonatal makrozomi görülme sıklığının ve antenatal VKİ deki %25 ve üzeri artışın makrozomi gelişimine etkisinin bulunması amaçlanmaktadır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik, vücut kitle indeksi, makrozomi.

## SB-15

### Bir aile hekimliği anabilim dalının klinik profili Serkan Yavuz, Nilgün Özçakar

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

**Giriş:** Üniversitelerin tıp fakültelerinde aile hekimliği anabilim dallarının kurulmasının üzerinden 20 yıla yakın bir süre geçmiştir. Bu süre içerisinde gerek mezuniyet öncesi gerekse mezuniyet sonrası eğitimde önemli rolleri olmuştur. Öte yandan tüm eksiklik ve olumsuzluklara rağmen hizmet alanında da etkin bir rol üstlenmişlerdir. Bu çalışmada; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne 30.03.2007 (kayıtlı ilk dosya)-01.08.2011 tarihleri arasında başvuran bireylerin dosyaları retrospektif olarak değerlendirilerek polikliniğimizin hasta profilinin ortaya konması, yapılacak "Hasta Memnuniyet Anketi" ile hastaların polikliniğimizden memnuniyet durumlarının saptanması ve polikliniğimizde görev yapan hekimlerin hasta dosyaları hakkındaki görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Araştırmanın üç aşamada yapılması planlanmaktadır. Birinci aşamada başvuran bireylerin dosyaları retrospektif olarak değerlendirilerek hastaların yaş, cinsiyet, başvuru anında şikayetleri, ön tanıları ve tanıları belirlenecektir. İkinci aşamada araştırmacı tarafından hazırlanan "Hasta Memnuniyet Anketi" ile hastaların DEÜTF Aile Hekimliği Polikliniğinden memnuniyet durumları belirlenecektir. Üçüncü aşamada araştırmacının dosyaları kullanan hekimlerle yaptığı bire bir görüşmeler sonucunda kullanılan dosyaların durumu ortaya konacaktır. Araştırma evreni DEÜTF Aile Hekimliği Polikliniğine 01.08.2011 tarihine kadar başvuran hasta dosyaları ve 01.01.2013 ile 01.04.2013 tarihleri arasında tarihlerinde polikliniğimize başvuran hastalar olarak belirlenmiştir. Veri analizinde SPSS 16.0 paket programları kullanılacaktır.

**Bulgular:** Bu çalışmada; Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran bireylerin dosyalarından polikliniğimizin hasta profili, "Hasta Memnuniyet Anketi" ile hastaların polikliniğimizden memnuniyet durumları ve polikliniğimizde görev yapan hekimlerin hasta dosyaları hakkındaki görüşlerini içerecektir.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Aile hekimliği, hasta bakımı, memnuniyet.

## SB-16

### Üriner sistem enfeksiyonu olan 0-1 yaş arası çocukların birinci basamak sağlık kuruluşu kullanımının değerlendirilmesi: Bir araştırma önerisi

Tevfik Tanju Yılmaz, Caner Çabuk, Kurtuluş Öngel

S.B. İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

**Giriş:** İlk defa üriner sistem enfeksiyonu geçiren her altı çocuktan birinin komplikasyon olarak renal hasarlanma geçirdiği bilinmektedir. Bir yaş altında enfeksiyon geçirenlerde ise renal hasar oranı %53 kadar yüksektir. Üriner sistem enfeksiyonlarının çocukların daha sonraki sağ-

lik durumlarına belirgin olumsuz etkilerinin olabilmesi nedeniyle; idrar yolu enfeksiyonlarının hızla ve doğru olarak tanınarak, etkin şekilde tedavi edilmeleri önem taşır. Ancak bir yaş öncesi çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu belirtileri genellikle beslenmede bozulma, irritasyon, kilo kaybı gibi non-spesifik olup tanı koymada güçlükler olabilmektedir. İlk başvuru birimi olan birinci basamak sağlık kuruluşlarında hasta yoğunluğu, laboratuvar tetkiklerinin yokluğu gibi sebeplerle bu zorluklar daha fazla yaşanabilmektedir. Araştırmada; üçüncü basamak özel nefroloji dal polikliniğinde laboratuvar tetkikleri ile üriner sistem enfeksiyonu oldukları kanıtlanmış olan 0-1 yaş arası çocukların daha önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurup başvurmadıkları, başvurdularsa buradaki uygulama ve başvuru durumunu etkileyen değişik özelliklerin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

**Gereçler ve Yöntem:** Çalışmanın 2013 yılı Şubat ayında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Polikliniğinde yapılması planlandı. Tüm ay boyunca üriner sistem enfeksiyonu tanısı alan 0-1 yaş çocukların tamamı çalışmaya dahil edilerek, bu özel dal polikliniğine başvurmadan önce aynı şikayetlerle birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurdularsa nasıl bir uygulama ile karşılaştıklarını araştırarak bir tanımlayıcı anket uygulanacak ve değerlendirilmesi yapılacaktır. Kesitsel olan bu çalışmanın tamamı aynı araştırmacı tarafından yürütülecektir.

**Bulgular:** Üriner sistem enfeksiyonu geçiren 0-1 yaş arası çocukların; birinci basamağa başvurup başvurmadıkları, başvurdularsa sayısı, hastalık yönetimi için yapılanlar, başvurma durumunu etkileyen sosyokültürel özelliklerin değerlendirmesinin yapılması planlanmaktadır.

**Sonuç:** Bu çalışma bu yaş grubunda çoğunlukla belirgin olmayan bulgulara sahip bir hastalık olan üriner sistem enfeksiyonlarının tanı kesinleştikten sonra daha öncesinde birinci basamak sağlık kuruluşunda ne sıklık ve özgünlük ile değerlendirildiklerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

**Anahtar Sözcükler:** Üriner enfeksiyon, bebek, birinci basamak.

## SB-17

### Birinci basamakta izlenen yaşlı hastalarda beden kitle indeksi ile bel çevresi ve kalça çevresinin karşılaştırılması

Yasemin Kılıç Öztürk<sup>1</sup>, Faruk Öztürk<sup>2</sup>, Seçkin Tosun Erdem<sup>3</sup>, Rifat Kılıçarslan<sup>2</sup>, Figen Aksu<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Urla 1 Nolu Merkez Aile Sağlığı Merkezi; <sup>2</sup>Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği; <sup>3</sup>İzmir Karşıyaka 11 Nolu Aksoy Aile Sağlığı Merkezi; <sup>4</sup>İzmir Karabağlar Toplum Sağlığı Merkezi, İzmir

**Giriş:** Bu bildiride ağırlık ve boy ölçümünde güçlükler yaşanan yaşlı hastalarda klinik pratikte uygulama kolaylığı sağlayabilecek olan BKİ ile bel çevresi (BÇ), kalça çevresi (KÇ) ve bel-kalça çevresi oranı (BKO) arasındaki korelasyonun incelenerek ölçümlerin birbirini yerine kullanılabilirliğinin araştırılması amaçlanmıştır.

**Yöntem ve Gereçler:** Veriler BKİ ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiyi araştırarak ve Tepecik Dergisinde 2012 yılında yayınlanan bir çalışmadan alınmıştır. Bu çalışmada Urla 1 numaralı Aile Sağlığı Merkezinde izlemi yapılan 510 yaşlı (>65) hastadan veri tabanı kayıtları eksiksiz olan 362 hasta çalışmaya alınmıştır. Bireylerin BKİ, BÇ ve KÇ ölçümleri araştırmacılar tarafından birisi tarafından çalışmanın amacına uygun düzenlenen standart forma kaydedilmiş, verilerin analizinde t testi, Anova (post hoc LSD), Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bu kapsamdaki veriler BÇ ve KÇ'nin BKİ değerlendirmesine göre sınır değerleri ve bu değerlere göre hesaplanan duyarlılık, özgünlük ve eğri altındaki alan değerlerinin hesaplanması ile ROC eğrilerinin çizilmesinde MedCalc demo programı kullanılmış, p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi'si olan, tüm olgularda BKİ ile BÇ ve KÇ arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (p<0.05). Obeziteye göre BÇ ve KÇ için bulunan sınır de-

ğerlerine göre hesaplanan eğri altındaki alan değerleri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş (p<0.05), obezite açısından BÇ'nin sensitivitesi %70.6 spesifitesi %80.9; KÇ'nin sensitivitesi %75.4 spesifitesi %90.7; BKO'nun sensitivitesi %43.7 spesifitesi %64 hesaplanmıştır.

**Sonuç:** Çalışmada yaşlılarda şişmanlık sıklığı %34,8 dir. Çalışmada kronik hastalığı olan yaşlılarda bel çevresi ve kalça çevresi ölçümlerinin beden kitle indeksi ile ilişki gösterdiği dikkat çekmektedir. Aile hekimliği pratiğinde BKİ ölçümü için güçlük yaşanan (yürüme desteği ihtiyacı, yatalak hasta izlemi, aşırı kifoza varlığı) yaşlı hastalarda BKİ yerine toplumlara göre sınır değerleri belirlenerek; BÇ ve KÇ ölçümlerinin kullanılabilirliği; özellikle KÇ'nin BKİ ile daha yüksek korelasyonu olduğu gösterilmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** BKİ, bel çevresi, kalça çevresi.

## SB-18

### Obez hastalarda depresyon ve yaşam kalitesi

Ümit Aydoğan<sup>1</sup>, Aydoğan Aydoğdu<sup>2</sup>, Halil Akbulut<sup>1</sup>, Oktay Sarı<sup>1</sup>, Servet Yüksel<sup>1</sup>, Özge Küçükerdönmez<sup>3</sup>, Gökçen Garipoğlu<sup>3</sup>, Kenan Sağlam<sup>4</sup>, Mustafa Kutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Gülhane Askeri Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; <sup>2</sup>Endokrin ve Metabolizma Bilim Dalı; <sup>3</sup>Diyet Polikliniği; <sup>4</sup>İç Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

**Giriş:** Obezite, vücut yağ oranının normal değerlerin üzerinde olmasıdır. Başka bir deyişle obezite vücutta aşırı miktarda yağ depolanmasıdır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde prevalans hızla artmaktadır. Ülkemizde de önemli bir halk sağlığı problemi haline gelmeye başlamıştır. Obezite, aşırı kiloya bağlı olarak hastaların günlük yaşam aktivitelerini ciddi şekilde kısıtlamaktadır ve kendilerine olan güvenleri azaltmaktadır. Obeziteye bağlı ortaya çıkan birçok kronik hastalıkların da ilavesiyle psikiyatrik bozukluklar karşımıza çıkmaktadır. Psiko-analitik teoriye göre aşırı yeme, depresyon ve anksiyete ile kötü uyumlu baş etme tepkisi olarak açıklanmaktadır. Bu durum kişiyi kısır bir döngünün içine sokmaktadır. Çalışmadaki amacımız, obez bireylerin yaşam kalitesini ve depresif belirtiler açısından profilini ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntemler:** Çalışmaya, Haziran 2009–Nisan 2010 tarihleri arasında hastanemiz endokrin ve metabolizma ile diyet polikliniğine başvuran 149 obez hasta ve kontrol amacıyla endokrin ve metabolizma polikliniğine başvuran ve obez olmayan 71 katılımcı dahil edilmiştir. Etik kurul onayı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Yerel Etik Kurulundan alınmıştır. Hastaların ruhsal belirtilerini ve yaşam kalitesini saptamak için sorumlu hekim gözetiminde Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve SF-36 Yaşam Kalitesi Ölçeği hastalara, onamları alınarak doldurtulmuştur. Vücut kitle indeksleri (VKİ)  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  olanlar obez,  $\leq 24.9 \text{ kg/m}^2$  olanlar ise normal kilolu olarak gruplandırıldı. VKİ'ye göre obez olanlar ( $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ ), yaşı  $\geq 18$  ve  $\leq 65$  olanlar ve çalışmaya katılmak için onam verenler çalışmaya alındı. Psikiyatrik tanı nedeniyle ilaç kullananlar çalışma dışı bırakıldı. p<0.05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması obez grupta  $42.31 \pm 10.17$ , normal grupta  $40.12 \pm 10.25$  idi. Katılımcıların BDÖ'den aldıkları puanlar incelendiğinde obezlerin puan ortalaması  $13.41 \pm 8.66$ , obez olmayan grubun puan ortalaması ise  $7.21 \pm 8.25$  olarak bulundu. Obez grupta normal kilolulara göre depresyon belirtileri açısından anlamlı bir yükseklik saptandı (p=0.001). Çalışmaya katılan obez ve normal kilodaki katılımcılar, SF-36 yaşam kalitesi yönünden karşılaştırıldığında, mental sağlık dışındaki tüm alt parametrelerde obez hastalarda anlamlı bir düşüş vardı (p=0.001).

**Sonuç:** Obez hastalarda psikiyatrik rahatsızlıklar sıklıkla görülmektedir. Obezite nedeni ile birinci basamağa başvuran hastaları, aile hekimleri mutlaka psikiyatrik açıdan da değerlendirmelidir. Çünkü ruhsal sağlık açısından rahatlayan hastaların hem tedaviye uyumları artacak, hem de yaşam kaliteleri yükselecektir.

**Anahtar Sözcükler:** Obezite, depresyon, yaşam kalitesi.



## SB-19

### Yenidoğan sarılığı konusunda annelerin bilgi tutum ve davranışları

Sibel Yaşa<sup>1</sup>, Fatma Gökşin Cihan<sup>1</sup>, Selma Çivi<sup>2</sup>, Ruhuşen Kutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği; <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Kliniği, Konya

**Giriş:** Yenidoğan sarılığı yenidoğan döneminde sık karşılaşılan sorunlardan biridir. Erken tanı ve gerekli tedavi olmazsa bilirubinün nörotoksik etkisi ile ölüme ve uzun dönemde nörolojik bozukluğa sebep olabilir. Yenidoğan döneminde olumsuz sonuçlara neden olabilecek sarılığı önlemek için doğumdan sonra özellikle ilk hafta kontrolleri yapmak önemlidir. Eğitim düzeyi düşük olan annelerin gelenek ve göreneklerine göre çocuk bakımı uygulamaları sonucu, çocukların sağlık durumu olumsuz etkilenebilir. Bu araştırma, bir yaş altında bebeği olan annelerin yenidoğan sarılığı konusunda bilgi, tutum ve davranışlarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Araştırmamız kesitsel, tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmamıza Konya EAH'nin herhangi bir polikliniğine başvuracak bir yaş altında bebeği olan anneler alındı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 250 anneye kaynaklar doğrultusunda oluşturulan sosyodemografik anket formu, yenidoğan sarılığı ile ilgili annelerin bilgi tutum davranışlarını ölçmeye yönelik anket formu uygulandı. Çalışmada elde edilen veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı, frekans ve  $\chi^2$  testleri ile analiz edildi.

**Bulgular:** Elde edilen ilk sonuçlara göre çalışmaya katılan anneler "Bebekleri sararıncı ne düşündükleri sorusuna 138'i (%55.2) yenidoğan sarılığı, 48'i (%19.2) susuz ve aç kalmış olduğunu, 24'ü (%9.6) kansız kalmış" şeklinde cevap verdi. Sarılıklı bebeğe uygulanan geleneksel yöntem olarak 105'i (%42) yüzüne sarı bez örttüğünü, 84'ü (%33.6) altın taktığını, 38'i (%15.2) doktora götürdüğünü, 15'i (%6) güneşe çıkardığını belirtti. Sezaryen ile doğum yapan annelerin bebeklerinde neonatal sarılık görülme oranı, normal doğum yapan annelerin bebeklerinden 2.28 kat fazlaydı ( $p<0.001$ ). 37 haftanın altında doğum yapan annelerin bebeklerinde neonatal sarılık görülme oranı, 37 haftanın üzerinde doğum yapan annelerin bebeklerinden 2.8 kat fazla, 2500 g ve altında doğum yapan annelerin bebeklerinde neonatal sarılık görülme oranı, 2500 g üzerinde doğum yapan annelerin bebeklerine göre 2.8 kat fazlaydı. Doğum sonrası ilk 30 dk'dan sonra emziren bebeklerde neonatal sarılık görülme oranı, ilk yarım saatte emzirenler göre 2.22 kat fazla olduğu tespit edildi ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışma sonuçlarının analiz ve yorumlama aşaması devam etmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Yenidoğan sarılığı, bilgi, tutum.

## SB-20

### Kişilerin çocukları hastalandığında sağlık bakımına başvurma zamanları ve bunu etkileyen faktörler

Fulya Akpak<sup>1</sup>, Nuri Seha Yüksel<sup>1</sup>, Ayşegül Kabanlı<sup>2</sup>, Tolga Günvar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Altındağ 17 Nolu ASM; <sup>2</sup>Koşukavak 3 Nolu ASM; <sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** 0-5 yaş arasındaki çocuk hastalar aile hekimliği birimlerine (AHB) yapılan başvuruların önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu başvurular çok çeşitli zamanlarda olup, yakınmanın başlangıç zamanı ve ciddiyeti bazen bu başvuru zamanının önde gelen belirleyicisi olmaktadır. AHB'ler de her zaman ilk başvuru noktası olmuyorlar gibi görünmektedir. Araştırmanın amacı çocuk hastaların hangi yakınmalarla ve nasıl aile hekimine başvurduklarını ve bu başvuruyu hangi faktörlerin etkilediğini saptamaktır.

**Yöntem ve Gereçler:** Kesitsel, analitik tipte planlanan çalışmanın evrenini İzmir/Bornova-Altındağ'da 3 AHB'ye bağlı 800 0-5 yaş arası çocuk

oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü %95 GA, %5 hata payı ve %50 prevelans ile 260 olarak hesaplanmıştır. Anket bu çocukların sağlık bakımından sorumlu kişilere yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmaktadır. Veriler analizi ki-kare ve Fischer's Exact Test istatistiksel yöntemleri kullanılarak ve SPSS 15.0 paket programı yardımı ile yapılmaktadır. 100 anket tamamlanarak aşağıdaki verilere ulaşılmıştır.

**Bulgular:** Verileri toplanan çocukların yaş ortalamaları 28.28 ay olup %49'u erkektir. Primer bakım verenlerin %75'i ortaokul ve altı düzeyde eğitime sahip olup %92'si çalışmamaktadır. Primer bakım %90 oranında anne tarafından üstlenilmiştir. Başvuru nedenleri arasında ilk sırada %34 ile öksürük, ikinci sırada %20 ile ateş yer almaktadır. Herhangi bir yakınma ile ilk kez başvuranların %93.4'ü yakınmanın başlangıcını izleyen ilk 7 gün içinde hekime başvurmuşlardır. Tüm ilk başvurular için ortalama başvuru zamanı 6.58±22.79 gündür. Ateş yakınması 81 katılımcı için hekime başvuru çabuklaştırmaktadır. Katılımcıların %90'ı ilk olarak aile hekimlerine başvurmuşlardır. Ancak %65'lik bir kesim çocuğa hekime başvurmadan önce ilaç verdiklerini ifade etmektedirler. "Çocuğunuz hastalandığında ilk ne yaparsınız?" sorusuna ise katılımcıların %56'sı evdeki ilacı kullandıklarını belirtirken sadece %33'ü ilk olarak aile hekimine götürdüklerini ifade etmişlerdir.

**Sonuç:** Elde edilen ilk sonuçlara göre katılımcılar arasında hekime başvuru öncesinde ilca verilmesinin oldukça yaygın olduğu görülmektedir. Evde ilaç bulundurma oranı da bir hayli yüksek çıkmıştır. Bu bulgular eğitim verilmesi gereken konuları işaret ediyor olabilirler.

**Anahtar Sözcükler:** Başvuru zamanı, aile hekimi, çocuk hasta.

## SB-21

### Birinci basamakta çalışan kadın sağlık çalışanlarının serviks kanseri farkındalığı

Hüseyin Can<sup>1</sup>, Sercan Bulut Çelik<sup>1</sup>, Mete Önde<sup>2</sup>, Özgür Erdem<sup>3</sup>, Tahsin Çelepkolu<sup>4</sup>, Kurtuluş Öngel<sup>5</sup>

<sup>1</sup>11 No'lu Aile Sağlığı Merkezi; <sup>2</sup>1 No'lu Toplum Sağlığı Merkezi, Batman; <sup>3</sup>Kayapınar 9 No'lu Aile Sağlığı Merkezi; <sup>4</sup>Dicle Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Diyarbakır; <sup>5</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İzmir

**Giriş:** Serviks kanseri kadınlar arasında önde gelen ölüm nedenlerinden biridir. Birinci basamak sağlık hizmetleri serviks kanseri taramasında çok önemli bir role sahiptir. Bu taramayı gerçekleştiren veya yapılmasını öneren sağlık çalışanlarının bu hastalık ve tarama süreci ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının saptanması önemlidir. Araştırmanın amacı birinci basamakta görev yapan kadın sağlık çalışanlarının rahim ağzı kanseri ve bu kanserinin risk faktörleriyle ilgili bilgi düzeylerini; bu kanser türünden korunmada ve erken tanıda yaşamsal önemi olup rutin olarak önerilen jinekolojik muayene ve pap smear konusundaki tutum ve davranışlarını belirlemektir.

**Yöntem ve Gereçler:** Kesitsel, tanımlayıcı olarak planlanan çalışma, 2012 yılı içerisinde iki aylık sürede, Batman ve Diyarbakır illerinde, birinci basamakta çalışan kadın sağlık personeli ile gerçekleştirilecektir. Çalışma katılımcılara anlatılacak ve sözlü onamları alınacaktır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği uygulanarak toplanacaktır. Veri toplama formu katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini, serviks kanseri ve risk faktörleri ile ilgili bilgi düzeylerini, jinekolojik muayene ve Pap Smear testi konusundaki tutum ve alışkanlıklarını öğrenmeyi hedefleyen sorulardan oluşmaktadır. Çalışmaya birinci basamak sağlık sisteminde doktor, hemşire, ebe, acil tıp teknisyeni, laboratuvar teknisyeni, sağlık memuru vb. görevlerde çalışan sağlık çalışanları dahil edilecektir. Katılımcıların halen veya geçmişte cinsel olarak aktif olmaları, araştırmaya katılmayı kabul etmeleri, çalışma süresince gebe olmamaları gerekmektedir. Histerektomi ameliyatı geçirmiş ve/veya jinekolojik kanser tanısı almış olan, çalışma sırasında gebe olan veya araştırmaya katılmayı kabul etmeyen bireyler çalışmaya alınmayacaktır. Elde edilen verilerin istatistiksel analiz-

leri (SPSS) 15.0 programıyla, yüzdeler, frekans ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilecek ve anlamlılık için  $p < 0.05$  düzeyi alınacaktır. Gerçekli görüldüğü takdirde ek istatistik analizler uygulanacaktır. Şu an için çalışmayı destekleyen herhangi bir kurum ya da firma yoktur.

**Bulgular ve Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Birinci basamak sağlık çalışanları, serviks kanseri, pap smear.

## SB-22

### Astımlı çocukların annelerinde uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon parametrelerinin değerlendirilmesi

Nadire Karsavuran<sup>1</sup>, Fatma Gökşin Cihan<sup>1</sup>, Selma Çivi<sup>2</sup>, Ruhşen Kutlu<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; <sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Astım çocukluk çağında görülen kronik havayolu hastalığıdır. Hastalarda tekrarlayan öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışıklık ve hıslıtya neden olur. Noktürnal astım “geceleri astımın alevlenmesi” olarak tanımlanır. Semptomlarda ve ilaç gereksiniminde artış, artmış hava yolu duyarlılığı ve akciğer fonksiyonlarında kötüleşme söz konusudur. Astımlıların yaklaşık 2/3’ünde gece semptomları görülmektedir. Astımlı çocukların annelerinde depresyon yaygın olarak görülmektedir. Bu durum astım tedavisine uyumu olumsuz yönde etkilemekte, astımlı çocuğun acil servise başvuru sayısını artırmakta ve astımlı çocuklarda hastalık morbiditesinin daha yüksek olmasına neden olmaktadır. Bu araştırma astım tanısı almış çocukların annelerinde uyku kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeylerini saptamak amacıyla planlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Araştırmamız retrospektif-tanımlayıcı-analitik bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya vaka ve kontrol grubu alınacaktır. Vaka grubu olarak Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk allerji ve astım polikliniğine başvuracak GINA (*Global Initiative for Asthma*) rehberine göre hafif, persistan astım tanısı almış çocukların anneleri dahil edilecektir. Kontrol grubu olarak Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerine başvuracak ve kronik hastalığı olmayan çocukların annelerinin dahil edilmesi planlanmaktadır. Aile bireylerinde astımlı hasta dışında kronik hastalıklı yakını olan, kendisinde kronik hastalık bulunan, son 1 yıldır psikiyatrik ilaç kullanan anneler çalışmaya alınmayacaktır. Araştırma için gerekli verileri toplama amacı ile vaka ve kontrol grubuna sosyodemografik anket formu, Pittsburg uyku kalitesi indeksi testi, HADÖ (hastane anksiyete ve depresyon ölçeği) uygulanması ve astım tanısı almış çocukların acil servise başvuru sıklığının kaydedilmesi planlanmaktadır. Çalışmada elde edilecek bulgular SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Bu çalışmada astımlı çocukların annelerinde anksiyete ve depresyon durumları ve uyku kaliteleri kronik hastalığı olmayan çocukların anneleri ile karşılaştırılacaktır.

**Sonuç:** Henüz tamamlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Astımlı çocukların anneleri, uyku kalitesi, depresyon, anksiyete, anket formu.

## SB-23

### İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarında kaygı ve uyku kalite düzeyinin değerlendirilmesi: Bir araştırma önerisi

Mustafa Tokdemir, Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel

İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir

**Giriş:** Uyku bireylerin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam aktivitelerinden biri olup fizyolojik, psikolojik

ve sosyal boyutları olan bir kavramdır. İnsanoğlunun temel gereksinimlerinden biri olan uyku, tüm yaşlarda sağlık ve yaşam kalitesi için önemlidir. Kaygı ise; korku ve endişenin egemen olduğu, birçok psikopatolojile ortaya çıkabilen ve birçoğunun da temelini oluşturan bir duyu durumdur. Genelde kaygı, korku ve stres ile birlikte ele alınarak, insanın hayatta kalması açısından doğal hatta vazgeçilmez bir tepki olarak değerlendirilebilir. Ancak sürecin uzaması ve sürekli olması psikiyatrik hastalıklar başta olmak üzere bir takım rahatsızlıkların ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Vardiyalı çalışanlar, uyku-uyanıklık döngüsündeki bozulma ve alışılmış çalışma ve sosyal yaşamının dışına çıkılmasından ötürü pek çok fiziksel ve ruhsal sorunlarla karşı karşıyadırlar. Bu çalışmada İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi çalışanlarında kaygı ve uyku kalite düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Gereçler ve Yöntem:** Araştırmada, tanımlayıcı Anket Formu ile demografik özellikleri kayıt edilecek ve Pittsburg Uyku Kalitesi İndeksi (PUKI) ve Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri uygulanacaktır. Evren sayısı bilinen örneklem büyüklüğü hesaplaması ile anketin uygulanacağı kişiler basit rastgele yöntemle belirlenecek ve elde edilen veriler tüm hastaneye yansıtan şekilde değerlendirilecektir.

**Bulgular ve Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Uyku kalitesi, kaygı, hastane çalışanları.

## SB-24

### Meram Tıp Fakültesi kız öğrencilerinde Premenstrüel Sendrom sıklığı: Prospektif analitik çalışma

Selma Çivi, Cennet Büyükyörük

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Premenstrüel Sendrom (PMS) genç ve orta yaşlı kadınlarda yaygın olarak görülen bir sendromdur. Menstrüasyon gören kadınların yaklaşık %85’inde bir veya daha fazla premenstrüel semptomlar görülmektedir. Bu yakınmalar kadınların %2-10’unda yaşam kalitesini etkilemektedir. PMS’nin günlük yaşam fonksiyonlarını etkilemeyen normal ovulatuvar siklusun karakteristiklerinden olan meme hassasiyeti, şişkinlik gibi basit premenstrüel semptomlardan ayırt edilmesi gerekir. Etiyolojisi kesin bilinmeyen bu sendromda genetik faktörler, over hormonları, serotonin düzeyindeki değişiklikler üzerinde durulmuştur. En çok kabul gören teori serotonin yetmezliği olanlarda progesteron hormonuna olan artmış duyarlılıktır. Geriye yönelik çalışmalarda sendromun varlığı ve semptomların şiddeti konusunda hafıza faktörüne bağlı yanlışlıklar bulunmaktadır. Kohort tipinde bir izleme araştırmasının doğru prevalans ve şiddet tesbitini sağlayacağı düşünülmüştür. Sendrom tesbiti semptomların azaltılması, sosyal ilişkiler ve kişi üzerindeki olumsuz etkilerin azaltılması, ilaç tedavisiz davranış teknikleri ile başarıya ulaşmayı sağlamaktadır.

**Gereçler ve Yöntem:** Bu tanımlayıcı ve prospektif tipte analitik araştırmanın Meram Tıp Fakültesinde eğitim gören 580 kız öğrencide yapılması planlanmaktadır. Araştırma öncesinde amaç ve takip konusunda öğrenciler bilgilendirilecektir. Verilerin toplanmasında 2 anket formu kullanılacaktır. Anket formlarından birincisinde menstrüel öykü (ilk adet yaşı, siklus intervalı, kanamanın süresi, miktarı) ağırlı adet, adet sırasında bulantı, kusma, diyare hikayesi, geçirilmiş veya kronik bir hastalık varlığı, tanı almış psikiyatrik hastalık öyküsü sorgulanacaktır. Daha önce PMS tanısı ve tedavisi alıp almadığı, bu semptomların günlük sosyal aktiviteleri üzerindeki etkisi, okula başlama, yer değiştirme, aileden uzaklaşma gibi stres yapan olaylar ile PMS’de artma olup olmadığı sorgulanacaktır. Anket formlarından ikincisinde Premenstrüel Günlük Semptom Takvimi (PMST) anketi birbirini takip eden üç siklus boyunca uygulanacak ve anket formları öğrencilerin kendileri tarafından doldurulacaktır. PMST anketi sorumlu araştırmacı tarafından aylık olarak takip edilecektir. Bu ankette adetin ilk gününden başlayarak irritabilite, kızgınlık, anksiyete si-

nirlilik, depresyon, ağlama nöbeti, ilişkilerde problem, yorgunluk uykusuzluk, cinsel ilgide değişiklik, iştah artışı, konsantrasyonda azalma, baş ağrısı, meme hassasiyeti, bel ağrısı, karın ağrısı, kas ve eklem ağrısı, kilo alma, bulantı tüm adet günlerinde işaretlenecektir. Uygulayıcı PMS tanısında 3 tanı kriterine göre (luteal dönemde ortaya çıkan ve adet başlanmasıyla veya birkaç gün sonra geçen, birbirini takip eden 2 ya da 3 siklus devam eden şikayetler, başka bir psikolojik ve fiziksel nedenin olmayışı, semptomların normal aktivitelerini engellemesine rağmen adet başlanmasıyla geçmesi) öğrencide PMS olup olmadığına karar verecektir. Skorum şu esasa göre yapılacaktır. 1=Semptom yok, 2=Hafif semptomlar, 3=Orta derecede semptomlar, 4=Şiddetli semptomlar olarak belirlenecektir. PMS'li kadınlarda luteal fazda skor 42 den büyüktür. Veriler SPSS 16.0 programı ile değerlendirilecektir. Verilerin ortalama, ortanca, minimal ve maksimal olarak frekans dağılımı ile gösterilecek, non - parametrik testlerden ki-kare testi ile önemlilik analizi yapılacaktır.

**Bulgular ve Sonuç:** Henüz tamamlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Premenstrüel Sendrom, premenstrüel günlük semptom takvimi, serotonin, progesteron.

## SB-25

**15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlarda premenstrüel sendrom (PMS) ve Premenstrüel disforik bozukluk belirti sıklığının belirlenmesi: Bir araştırma önerisi**

**Nuray Doğan<sup>1</sup>, Selami Doğan<sup>2</sup>, Kurtuluş Öngel<sup>1</sup>, Hüseyin Can<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği; <sup>2</sup>Bayraklı Adalet 4 No'lu ASM, İzmir; <sup>3</sup>11 No'lu ASM, Batman

**Giriş:** Üreme çağındaki kadınların çoğunda premenstrüel semptomlar çok yaygındır. Premenstrüel Sendrom (PMS), menstrüel siklusun geç luteal fazında meydana gelen duygusal, davranışsal ve bedensel belirtiler ile karakterizedir. Günlük aktiviteleri etkileyecek kadar şiddetli formuna Premenstrüel disforik bozukluk (PMDD) denir. %5-8 arasında sıklıkla görülmektedir. Bu çalışma, İzmir ili Bayraklı 4 No'lu Adalet aile sağlığı merkezinde 15-49 yaş grubu doğurganlık çağındaki kadınlarda Premenstrüel Sendrom (PMS) ve Premenstrüel disforik bozukluk belirti sıklığının belirlenmesi, hangi belirtilerin hangi sıklık ve şiddette görüldüğünün saptanması(sinirlilik, depresif ruh hali, ağlama, fiziksel semptomlar, memelerde hassasiyet ve şişkinlik vb.), PMS ile metabolik sendrom, kronik hastalıklar, alkol ve sigara kullanımı arasındaki ilişkileri ortaya çıkarıp, sosyodemografik değişkenler arasındaki bağlantıyı ortaya koymayı amaçlanmıştır.

**Gereç ve yöntem:** Araştırmanın 1 Temmuz 2012-1 Ocak 2013 tarihleri arasında yapılması planlanmıştır. Altı aylık sürede prospektif olarak yüz yüze anket yöntemi ile gönüllülük esasına bağlı olarak, 15-49 yaş aralığındaki kadınlar araştırmaya dahil edileceklerdir. Araştırmada premenstrüel dönemde ortaya çıkan belirtilerin yaygınlığı ile şiddetini ölçmek amacı 95 maddeden oluşan PMS değerlendirme formu ve araştırmacılar tarafından oluşturulmuş sosyodemografik değerlendirme formu kullanılacaktır. Hasta grubu olarak Bayraklı 4 No'lu Adalet Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 15-49 yaş grubu tüm kadınların alınması planlanmaktadır."Evren Sayısı Bilinen Örneklem formülüne" göre çalışmaya alınacak hasta sayısı minimum 168 olarak hesaplanmıştır. Kayıtlı hastalar içerisinden rastgele seçilerek çağrılan 168 hasta örneklem olarak alınacaktır. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmeyen, üç siklus boyunca adet görmeyi engelleyici durumu olan (gebelik lohusalık gibi), menopoza giren, maligniteleri, tanı konulmuş depresyonu, psikoza olan hastalar, oral kontraseptif (OKS) kullananlar çalışmanın dışlanma kriterini oluşturmaktadır.

**Bulgular:** Çalışma şu anda veri toplama aşamasındadır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Premenstrüel sendrom, disforik bozukluk, genç kız.

## SB-26

**Pendik bölgesinde birinci basamakta 3-4 yaş arası çocuklarda dil ve konuşma gecikmesi prevalansı ve olası risk faktörleri**

**Ender Uktaş<sup>1</sup>, Saliha Serap Çifçili<sup>2</sup>, Ferhat Ekinci<sup>3</sup>, Engin Altınöz<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi; <sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; <sup>3</sup>Van Halk Sağlığı Müdürlüğü, Aile Hekimliği Uygulama Şubesi, Van

**Giriş:** Dil ve konuşma geriliği olan okul öncesi çocuklar, okul çağında öğrenmede zorluk açısından büyük risk altındadırlar. Okul çağında okumada ve yazılı dilde zorlanabilirler. Bunun sonucunda da akademik başarısızlık ve davranış problemleri olasılığı artmaktadır. Öte yandan erken saptandığı takdirde tedaviden fayda gördükleri için konuşma ve dil bozukluklarının erken saptanması ve risk faktörlerinin iyi bilinmesi önemlidir. Ulaşabildiğimiz kaynaklarda Türkiye'de bu alanda yapılmış prevalans çalışmalarına rastlanmamıştır. Ancak yurt dışında yapılan çalışmalarda toplum sıklığı %2-7 arasında olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada Pendik bölgesinde, 3-4 yaş grubu çocuklarda konuşma ve dil gecikmesi sıklığı ve olası risk faktörlerinin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem ve Gereçler:** Kesitsel bir çalışma planlanmıştır. Araştırma evreni Pendik bölgesi 3-4 yaş grubu çocuklar oluşturmaktadır. Örneklem sayısı %95 Güven Aralığı ve %5 hata payı ile 400 olgu olarak hesaplanmıştır. Olgulara Aile Sağlığı Merkezlerindeki (ASM) kayıtlardan ulaşılması planlanmıştır. Bu amaçla Pendik ilçesindeki 157 hekimi %95 Güven Aralığı ve %5 hata payı ile temsil eden 112 hekime ulaşılacaktır. Çalışma kapsamına alınacak hekimler ve her bir hekimin listesinden 3-4 çocuk basit kura yöntemi ile seçilecektir. Konuşma ve dil bozukluklarını saptamak amacı ile Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği olan Peabody Resim Kelime Testi ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri bir arada kullanılacaktır. Bu ölçeklerin yanı sıra literatür taraması yapılarak, konuşma ve dil gecikmesine yol açabilecek olası risk faktörlerinin sorgulandığı bir soru formu çocuğun ebeveyni veya bakımından sorumlu kişiye uygulanacaktır. Çalışmaya katılmayı kabul eden, bilinen işitme problemi olmayan dil ve konuşma geriliğine neden olan bilinen kalıtsal ve nörolojik hastalıkları olmayan, resimleri tanınmasına engel teşkil edecek görme problemi olmayan çocuklar araştırma kapsamına alınacaktır.

**Bulgular ve Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Dil ve konuşma gecikmesi, çocuklar, prevalans.

## SB-27

**Birinci basamakta çalışan hekimlerin stres algısı ve bu algının yaşam kalitesi ile ilişkisi**

**Pelin Gündoğdu, Esra Saatçi, Nafiz Bozdemir**

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana

**Giriş:** Bu çalışma, Adana il merkezinde birinci basamakta çalışan hekimlerde, stres algısını belirlemek ve stres algısı ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma, 1 Haziran 2011 ile 1 Haziran 2012 tarihleri arasında yürütülmüştür. Çalışmanın örneklemini, Adana il merkezinde birinci basamakta çalışan hekimler oluşturmuştur. Veriler, Sosyodemografik Veri Formu, Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği ve Çalışanlar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Veriler 'web tabanlı anket' aracılığı ile toplanmıştır. Katılımcılara ankete davet ve bilgilendirme amacıyla e-posta gönderilmiş, web tabanlı anketin internet erişim adresi ve erişim şifreleri bildirilmiştir. Çalışmada elde edilen veriler SPSS for Windows 18.0 istatistik paket programı, Pearson Chi-Square, Kolmogorov-Simironov testleri kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan hekimlerin %76.5'i (n=166) erkek, %23.5'i (n=51) kadındı. Çalışmaya katılma oranı %46.8 (n=217) dir.

Katılımcıların %4.6'sı (n=10) aile hekimliği uzmanı iken %95.4'ü (n=207) pratisyen hekimdi. Katılımcılardan %45.7'si (n=85) Algılanan Stres Düzeyi Ölçeği ölçeğinden 21-30 arasında bir puan almışken, Tükenmişlik Ölçeği ve Mesleki Tatmin Ölçeği alt ölçeklerinden 21-30 arasında puan alanların oranı, sırası ile, % 47.8 (n=97) ve %42.2 (n=86) olarak belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların %52.8'i (n=104) Eş Duyum Yorgunluğu Ölçeği alt ölçeğinden 11-20 arasında bir puan almıştır. Çalışmamızda cinsiyetin, yaşın, medeni durumun, unvan ve gelir düzeyinin, nöbet tutma durumunun, hekimlikte geçen sürenin, günlük çalışma saatlerinin ve çalışma yeri fiziki koşullarının, stres algısı ve yaşam kalitesi için önemli değişkenler olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada birinci basamak hekimlerinin stres algılarının ve yaşam kalitelerinin orta düzeyde olduğu, stres düzeyi arttıkça yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği belirlenmiştir.

**Anahtar Sözcükler:** Stres algısı, yaşam kalitesi, algılanan stres düzeyi ölçeği, çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği, birinci basamak, aile hekimi.

## SB-28

### Aile hekimi ne kadar aileden?

**Neşe Bardakcı<sup>1</sup>, Ediz Yıldırım<sup>2</sup>, Ayşegül Kabanlı<sup>3</sup>, Dilek Güldal<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>17 No'lu Altındağ-1 Aile Sağlığı Merkezi; <sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; <sup>3</sup>Bornova 3 No'lu Koşukavak ASM; <sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Aile Hekimliği bir disiplin olarak kendisini ilişkiler üzerinden tanımlar. Hasta ve ailesi ile kurulan bu benzersiz ilişki aile hekimlerinin vermeleri gereken sağlık bakımının amacına ulaşmasının bir koşuludur. Hastaların klinik bulgularının ağırlığının birçok sosyal ve psikolojik faktörlere bağlı olduğu bilinmektedir. Bu faktörler çoğu zaman fiziksel yakınmaların gerisinde hastanın duygusal, sosyal, fiziksel çevresinde ve bu çevreler ile kurduğu ilişkilerde gizlenmiştir. Aile Hekimleri hastalarını ne kadar tanıyor? Hasta hekimine aile fotoğrafında ne kadar yer veriyor? Çalışmamızın amacı aile hekimliği uygulamasındaki hastalar ve aile hekimleri arasındaki ilişkinin iki taraf açısından da nasıl algılandığını araştırmaktır.

**Yöntem:** Araştırma kesitsel, analitik olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni Bornova Altındağ ve Koşukavak Aile Hekimliği Merkezlerinde görev yapmakta olan 13 aile hekimi ve onlara kesin kayıtlı olan hastalar arasından 18 yaş üstü olup gebe ve yatağa bağımlı durumda olmayanları içermektedir. Gebe ve yatağa bağımlı hastalar yönetmelik gereği zorunlu olarak düzenli aralıklarla izlendiği için evrenin dışında bırakılmıştır. Örneklem hekim ve hasta grubu olarak ayrılmış olup, hekim grubunda Bornova bölgesinde bulunan 120 aile hekiminin tamamına ulaşılması hedeflenmiştir. Hasta grubunda Bornova Altındağ ve Koşukavak bölgelerinde görev yapmakta olan 13 hekime kayıtlı 29000 erişkin hizmet alan arasından evreni bilinen örneklem sayısı formülüne göre %50 prevalans, %5 hata payı ve %95 güvenilirlikle hesaplanan örneklem 380 kişi olup rastgele örneklem yöntemiyle seçilecektir. Ayrıca ilgili 13 hekimin en fazla tanıdığı, hekime sık başvuruda bulunan 10'ar hasta belirlenecektir. Hekim ve hasta grubuna benzer iki anket yüz yüze görüşme yöntemiyle uygulanacaktır. Daha sonra hekim ve hasta perspektifleri ile hekimin önerdiği hastalar ile rastgele seçilen hastalar arasındaki benzerlik ve farklılıklar incelenecektir. Anketlerde demografik bilgiler yanı sıra hekim ve hastalar arasındaki iletişim ve ilişkinin boyutlarını inceleyen sorular yer alacaktır. Veriler SPSS 16 paket programına girilerek anlamlılık analizlerinde ki kare, student T testleri kullanılacaktır. Bu çalışma için DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri fonuna başvurulacaktır.

**Bulgular ve Sonuç:** Araştırma henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Aile hekimleri, ilişki, iletişim.

## SB-29

### Sigara kullanımına başlamaya neden olan etkenlerin cinsiyet açısından farkları

**Ediz Yıldırım<sup>1</sup>, Emel Kuruoğlu<sup>2</sup>, Gülşah Uyan<sup>3</sup>, Tolga Günvar<sup>1</sup>, Vildan Mevsim<sup>4</sup>**

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı; <sup>2</sup>Fen Fakültesi Bilgisayar Bilimleri Bölümü; <sup>3</sup>Fen Fakültesi İstatistik Bölümü 4. Sınıf Öğrencisi; <sup>4</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Sigara içme veya dumanının solunması zamanla kişide psikik ve fiziksel bağımlılık oluşturur. Sigara ve tütün kullanımı dünyada önlenebilir ölüm nedenlerinden en önemlisidir. Sigaraya başlama nedenlerinin iyi anlaşılması, varsa bu konuda kadın/erkek farkının ortaya konması özellikle tütün ürünleri kullanımına hiç başlamamış bireylerde sigara karşıtı kampanyaların başarısını artıracaktır. Çalışmamızın amacı İzmir Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran hastalardan sigara (ve benzeri tütün ürünü) kullanmakta olanlar, daha önce kullanıp bırakmış olanlar ya da kullanmamış olanların tütüne başlama nedenleri konusundaki bilgi ve düşüncelerinin araştırılmasıdır.

**Yöntem ve Gereçler:** Araştırma modeli kesitsel analitik araştırma olarak planlanmıştır. Araştırmanın evreni Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi polikliniklerine başvuran 18 yaş ve üzeri hastalardır. Araştırmanın örneklemini: %50 prevalans, %5 hata payı ve %95 güvenilirlikle hesaplanan örneklem 354 poliklinik hastasıdır. Araştırmada Delphi tekniği yardımıyla veri toplama amacıyla kullanılmak üzere bir anket geliştirilmiştir. Delphi bir problem durumuna ilişkin uzman görüşlerini sistematik biçimde elde eden bir tekniktir. Katılımda gizlilik esas alınarak 3 ayrı Delphi anketi uygulanır, istatistiksel olarak analiz edilir. Analiz sonuçları bir sonraki anketle beraber katılımcılara iletilir. Böylece bireyler düşüncelerini farklı görüş ve yaklaşımlarla karşılaştırarak yeniden gözden geçirirler. Veri analizi SPSS 16.0 (Version 16.0: SPSS; Chicago, IL) istatistik paket programı yardımıyla yapılmıştır. Karşılaştırmalı analizlerde kategorik değişkenler için ki-kare ve Fisher exact testleri, sürekli değişkenler için t-testi kullanılmıştır. İki değerlendirme arasındaki karşılaştırmalı uyumunun güvenilirliğini ölçmek için Cohen Kappa katsayısı kullanılmıştır. p<0.05 değerleri istatistiksel olarak anlamlı olarak kabul edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya dâhil olan 391 katılımcının %51.2'si kadın, %48.8'i erkektir. Katılımcıların %43.5'i sigara içmekte olup (%41.2'si kadın, %58.8'i erkek), %22.3'ü bırakmış (%43.7'si kadın, %56.3'ü erkek), %34.3'ü hiç içmemiş durumdadır (%68.7'si kadın, %31.3'ü erkek). Kadın ve erkek cinsiyet açısından fark anlamlıdır (p=0.00). Delphi yöntemiyle geliştirilen davranış ve tutum ölçeği (0.60<=0.68<0.80) oldukça güvenilirdir. Sigaraya başlama nedenleri arasında ilk 3 neden "arkadaş ortamına ayak uydurmak", "arkadaş çevresinin teşvik etmesi" ve "çevresinde çok için olması" olarak belirtilmiştir. İlk 3 neden açısından kadın ve erkek cinsiyet arasında anlamlı fark bulunmamıştır. En son belirtilen neden ise "maddi olarak alabilme"dir.

**Sonuç:** Araştırma analiz aşamasındadır.

**Anahtar Sözcükler:** Sigara içme, cinsiyet, tütün.

## SB-30

### Yaşa bağlı bilişsel bozulmayı etkileyen yaşam tarzı özellikleri nelerdir?

**Aynur Toksun**

Çimentepe Aile Sağlığı Merkezi, İzmir

**Giriş:** Bilişsel işlevlerin yaşla orantılı olarak bozulması beklenen birayıdır. Hücrelerin yaşlanması bu işlevlerin kaybının nedeni olarak ileri sürülmüş olmakla birlikte bu konuda yeni teoriler de ileri sürülmüştür.

85 yaşın üzerinde patolojik düzeyde bilişsel kayıplar oldukça fazla sayıda kişiyi etkilemektedir. Öte yandan ileri yaşlara rağmen önemli bir bilişsel kayba uğramayan yaşlıların sayısı azımsanmayacak düzeydedir. Bu farkın ortaya konmasında etki eden faktörler ile ilgili bir çok çalışma yapılmıştır. Çalışmamızda yaşa bağlı bilişsel bozulmayı etkileyen yaşam tarzı özelliklerinin saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem ve Gereçler:** Bu amaçla Çimentepe ASM 98 no'lu birimde 65 yaşını doldurmuş hastalar kohort grubu olarak alınarak 10 yıl boyunca, ilk yıl, 3. yıl, 5. yıl, 7. yıl ve 10. yılda izlem yapılması planlanmıştır. Bilişsel işlevlerin izleminde Standardize Mini Mental Test (SMMT) veya ALICE HEIM test Alice Heim 4-I (AH4-I) kullanılması hedeflenmiştir. SMMT'nin eşik değerinin hasta ve sağlıklı ayırmayı sağladığı ancak küçük değişimleri göstermekte yetersiz olabileceği düşünülmüştür. Öte yandan daha ayrıntılı bir test olan ALICE HEIM test AH4-I'nin entellektüel düzeyi yüksek bölümlerinin varlığı önemli bir engeldir. Çalışmada Türkiye geçerlik ve güvenilirliğinin belirlenmesi sırasında parsiyel olarak kullanılmasının mümkün olup olmayacağını da araştırılması planlanmıştır.

**Bulgular ve Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Demans, yaşam tarzı, yaşlılık.

### SB-31

#### **Samsun E tipi kapalı cezaevinde bir sigara bırakırma programının uygulanması: Mahkûmlar sigara bırakabiliyorlar mı?**

**Mustafa Ünal<sup>1</sup>, Bektaş Murat Yalçın<sup>1</sup>, Hasan Pirdal<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Ondokuz Mayıs Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun;

<sup>2</sup>Amasya Göynüçük Devlet Hastanesi, Amasya

**Giriş:** Cezaevleri hükümlülere toplumdaki tecrit etmek için tasarlanmış infaz uygulama bölgeleridir. Cezaevlerindeki sosyal ve fiziksel koşulları normal toplumdaki çok farklıdır. Ülkemizde cezaevlerindeki sigara kullanımı oranları ve özelliklerine yönelik fazla veri bulunmamaktadır. Tasarlanan bu çalışmada sigara bırakmak isteyen hükümlüler Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Sigara Bırakırma Polikliniğinde normal hastalara uygulanan standart sigara bırakırma programına alınacak ve sigara bırakırma oranları normal poliklinik şartlarında izlenen hastalarla karşılaştırılacaktır.

**Yöntem ve Gereçler:** Araştırma randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışma evreni Samsun E tipi cezaevindeki gönüllü mahkûmlarla, üniversitemiz sigara bırakırma polikliniğine sigara bırakırma amacıyla başvuran hastalardır. T.C Adalet Bakanlığı ile işbirliği yapılarak Samsun E tipi kapalı cezaevindeki hükümlülere tarafımızdan çeşitli kaynaklar kullanılarak hazırlanan sigara bırakırma programı uygulanacaktır. Program sigara içen bireyin Fagerstrom Nikotin Bağımlılık Testi (FNBT) sonuçları, sağlık ve bazı sigara kullanırma özelliklerine göre şekillenmektedir. FNBT sonuçlarına göre sigara içen bir kişi 0 ile 10 arası puan alabilir. Buna göre 0-2 arası puan alanlara kişilere psikoterapi gerekirse düşük doz nikotin yerine koyma tedavisi (NKYT) uygulanmaktadır. 3-5 arası puan alan kişilerde psikoterapi, normal doz NYKT ve gerekirse ilaç tedavisi, 6'dan fazla puan alanlara yüksek doz psikoterapi, yüksek doz NYKT ve kontraendikasyon varlığında ve kişinin isteği dışındaki durumlarda ilaç tedavisi önerilmektedir. Hükümlülere FNBT uygulandıktan sonra fizik bakıları gerçekleştirilecektir. Genel sağlık ve sigara kullanırma hikâyeleri alındıktan sonra cezaevi koşullarına göre yapılandırılmış bilişsel yeniden yapılandırıcı teknikler bu gruba uygulanacaktır. Gerekirse hükümlülere çok yakın denetimle NYKT ve ilaç tedavisi başlanacaktır. Hükümlülerin normal poliklinik hastaları gibi üç ay boyunca ortalama

sekiz kez görülmesi planlanmaktadır. Üç ay sonra sigarayı bırakırma oranları kontrol grubunu oluşturan polikliniğimize aynı süre önce başvurmuş hükümlülerle benzer demografik ve klinik özellikleri sahip, rastgele şekilde seçilen kişilerle karşılaştırılacaktır. Kontrol grubunun sigara içme durumları telefon konsültasyonu ile belirlenecektir.

**Bulgular:** İlk olarak hükümlü ve normal poliklinik vakalarının demografik özellikleri, FNBT skorları, sigara içme özellikleri (paket/yıl) birbirleri ile karşılaştırılacaktır. Tedavi sonrası üç ay sonra iki grubun sigara içme oranları birbirleriyle karşılaştırılacaktır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Sigara bağımlılığı, mahkûmlar, sigara bırakırma.

### SB-32

#### **Aile hekimleri klinik uygulamalarında hasta merkezli klinik yöntemi ne kadar kullanıyorlar?**

**Mustafa Gökhan Şen, Tolga Günvar, Dilek Güldal**

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

**Giriş:** Biyopsikosozyal (BPS) model, bireyin sağlık durumunun biyolojik, psikolojik ve sosyal süreçlerin karmaşık bir bileşimi ile karşılıklı etkileşim içerisinde olduğunu savunur. Doğrusal neden-sonuç ilişkileri temelli olan ve bireyi değil hastalığı merkeze alan biyomedikal modelin, sağlık ve hastalık ile ilgili gerçekleri açıklamada yetersiz kalması BPS modelin gelişimini tetiklemiştir. Disiplinin temel ilkeleri ile gösterdiği paralellik BPS yaklaşımı, aile hekimliği için vazgeçilmez kalmaktadır. Aile hekimliğinin temel yaklaşımı olmasına rağmen uygulamada ne kadar kullanıldığına ilişkin yeterli veri bulunmamaktadır. Bunun önemli nedenlerinden birisi, BPS yaklaşımının klinik pratiğe yansımaları olan hasta merkezli klinik yöntemi (HMKY) ölçebilecek yeterince net, nesnel ölçütler bulunmamasıdır. Bu çalışmada aile hekimlerinin klinik pratiklerinde HMKY'ı ne ölçüde uyguladıklarının saptanması amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya İzmir'de birinci basamakta çalışan aile hekimleri (AH) katılmaktadır. 40 hekimin 80 hasta hekim görüşmesi yapması planlanmıştır. Çalışmaya, ülkemizde BPS yaklaşım ile ilgili özgün eğitim almış hekimlerin belirlenmesi mümkün olmadığı için, bu konuda eğitim verilmiş olan DEÜTF AHAD'a bağlı olarak görev yapan ve birinci basamakta AH olarak çalışan 60 eğitici arasından çalışmayı kabul edenler dahil edilmiştir. Hasta-hekim görüşmeleri görsel, işitsel olarak kaydedilmektedir. Her katılımcı, daha önceden iki senaryo üzerine eğitim almış iki simüle hasta ile görüşmektedir. HMKY yaklaşımının soyut yapısı, geçerliliği ve güvenilirliği saptanmış bir ölçeğin geliştirilmesini zorlaştırmaktadır. Çalışmamızda Margalit ve ark.'larının geliştirdikleri, hekimlerin HMKY performanslarını hasta merkezlilik, sistem yönelimli ve aile merkezli yaklaşım ve bütüncül sorun çözme olarak 3 ana başlık ve 20 alt başlık/davranış ile değerlendiren bir ölçek kullanılmıştır. Görüşmeler üç araştırmacı tarafından 7'li likert yöntemi ile değerlendirilmekte ve her bir davranış için görüş birliği sağlanması amacı ile tartışılmaktadır. Ayrıca ölçek görüşmelerin bitiminde hekimlerle paylaşmakta ve kendi görüşmelerini değerlendirmeleri istenmektedir. Senaryolarda ancak hekimin sorması durumunda açığa çıkacak sosyal ve psikolojik özellikler bulunmaktadır.

**Bulgular ve Sonuç:** Şu ana kadar 31 hekim ile 62 hasta hekim görüşmesi tamamlanmış olup analiz aşamasındadır.

**Anahtar Sözcükler:** Hasta merkezli klinik yöntem, biyopsikosozyal yaklaşım, aile hekimliği.

## Toplantı raporu: EQuiP Toplantısı, Erzurum, Türkiye, 23 - 25 Kasım 2012

### "Aile Hekimliğinde Hasta Güvenliği"

Avrupa Birinci Basamakta Kalite Derneği (EQuiP) (www.equip.ch) 41. olağan toplantısı 12 Avrupa ülkesinden 18 delegenin katılımıyla Erzurum'da yapıldı. Ülke raporlarının sunulduğu akşam toplantısının ardından delege toplantıları ve yarım günlük bir açık konferans yapıldı. Atatürk Üniversitesi ve Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) sponsorluğunda gerçekleşen toplantıya Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı ev sahipliği yaptı. Toplantı sunumları için: <http://aile.atauni.edu.tr>.



### Hasta Güvenliği

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden Uzm. Dr. Rabia Kahveci "Türkiye'de Hasta Güvenliği" başlıklı sunumu yaptı. Katılımcıların büyük beğenisini toplayan sunumda tıbbi hataların mortalite nedenleri arasında önemli bir yer tuttuğu, hataların çoğunun sistem kaynaklı



olduğu, hataların kök nedenleri arasında iletişim yetersizliği (%70), oryantasyon/egitim eksikliği (%60), hasta değerlendirilmede yetersizlik (%40) ve insan kaynağı eksikliğinin (%25) bulunduğu gibi konular ele alındı.



Bu arada, Türkiye'de özellikle 2007 yılından sonra gerek yasal düzenlemeler, gerekse devlet ve sivil toplum kuruluşlarının girişimleriyle bu alanda önemli gelişmeler kaydedildiğini öğrendik. Hasta Güvenliği Derneği tarafından yayınlanan "Hastaneden Canlı Çıkmak" kitabı katılımcılara tavsiye edildi. Seçilen pilot illerde belirli hastanelerde (Atatürk Üniversitesi Hastanesi bunlardan birisi) hasta güvenliğini artırmaya yönelik pilot bir çalışma halen devam ediyor.

Uzm. Dr. Rabia Kahveci'nin sunumunu [http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012\\_4/2012\\_11\\_25EQuiP/sunumlar/2012\\_11\\_25EQuiPRabia.ppt](http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012_4/2012_11_25EQuiP/sunumlar/2012_11_25EQuiPRabia.ppt) adresinden indirebilirsiniz.

### Prof. Dr. Zekeriya Aktürk Aile Hekimlerinin Türkiye'deki Nicel Durumunu Aktardı

Dr. Zekeriya Aktürk'ün sunumunda aile hekimliği uzmanlarının sayıca çok az oldukları ve iyimser tahminlerle bile 2050 yılında aile hekimlerinin %50'sini oluşturamayacağı belirtildi.

Ayrıca günümüzde Türkiye'nin hekim açığının olması karşılık yakın gelecekte hekim fazlası olmaması için iyi

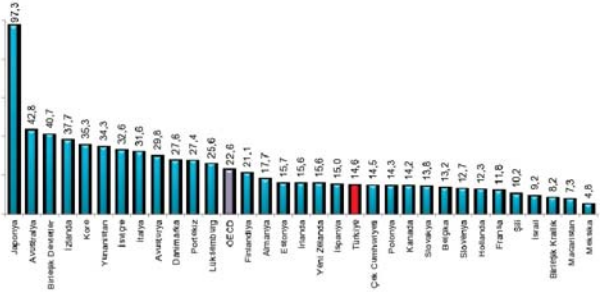
Yıl	AHU Eğitim Merkezi Eğitilmiş	AHU Yeni AH Kadrosu	TUS'ta Toplam AH Asistanı	Yeni Mezun AHU	Uyg. Yeni Katılan AHU	Uyg. Toplam AHU	Yeni Top. Mezun	Uyg. Katılan Pr. Hekim	Uyg. Toplam Pratiyem	Ayrılanlar	Uygulanmış Aile Hekimi	Uzman / Prt. (%)	Nüfus	AHU Nüfus	
2012	60	180	300	600	200	180	2.500	4502	1471	18000	103	20500	12.2	74.885.000	3.651
2013	80	300	500	700	200	180	2.668	4580	1494	19404	110	22072	12.1	75.811.000	3.435
2014	90	400	600	1.000	200	180	2.834	4692	1518	21235	120	24088	11.8	76.707.000	3.354
2015	100	600	900	1.400	300	270	3.090	7726	2318	23456	133	26556	11.6	77.601.000	3.022
2016	100	600	600	1.700	500	450	3.525	8090	2527	25776	147	29300	12.0	78.478.000	2.678
2017	100	600	600	1.800	600	540	4.047	8871	2661	28308	162	32350	12.5	79.337.000	2.452
2018	100	600	600	1.800	600	540	4.567	9547	2864	31031	178	35597	12.8	80.170.000	2.252
2019	100	600	600	1.800	600	540	5.084	5000	0	30876	360	35950	14.1	80.983.000	2.252
2020	100	600	600	1.800	600	540	5.573	5000	0	30721	363	36294	15.4	81.778.000	2.252
2021	100	600	600	1.800	600	540	6.057	5000	0	30568	366	36625	16.5	82.558.000	2.252
2022	100	600	600	1.800	600	540	6.537	5000	0	30415	370	36951	17.7	83.328.000	2.252
2023	100	600	600	1.800	600	540	7.011	5000	0	30263	373	37274	18.8	84.053.000	2.252

bir planlamanın şart olduğu vurgulandı. Buna göre, önemli oranda artırılmış olan tıp fakültelerinin öğrenci kontenjanlarının 2013 yılı itibarıyla azaltılmasının şart olduğu belirtildi.

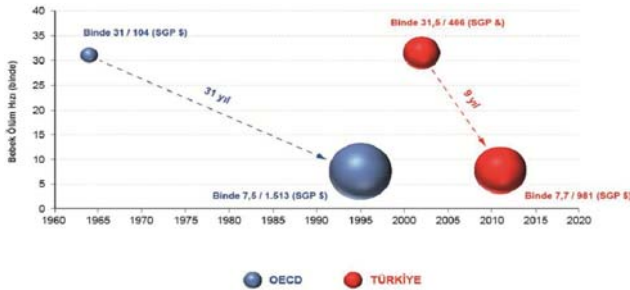
Prof. Dr. Zekeriya Aktürk'ün sunumunu [http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012\\_4/2012\\_11\\_25EQuiP/sunumlar/2012\\_11\\_25EQuiPZekeriya.ppt](http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012_4/2012_11_25EQuiP/sunumlar/2012_11_25EQuiPZekeriya.ppt) adresinden indirebilirsiniz.

## Sağlık Müdürü Doç. Dr. Serhat Vançelik Sağlıkta Gelişmeleri Anlattı

Erzurum il sağlık müdürü Doç. Dr. Serhat Vançelik Türkiye'deki sağlık uygulamalarını anlattı. Sunumda OECD verilerine dayanılarak verilen bilgilere göre Türkiye'de bir milyon kişiye yaklaşık 15 BT cihazı düşüyor. Bu rakam Japonya'da 97, Avustralya'da ise 43.



Ayrıca bebek ölüm hızı açısından OECD ülkelerinin 31 yılda yakaladıkları gelişmeyi Türkiye'nin beşte üçlük bir bütçe ile 9 yılda yakalamış olması yabancı katılımcılar tarafından hayranlıkla karşılandı.



Doç. Dr. Serhat Vançelik'in sunumunu [http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012\\_4/2012\\_11\\_25EQuiP/sunumlar/2012\\_11\\_25EQuiPVancelik.pptx](http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012_4/2012_11_25EQuiP/sunumlar/2012_11_25EQuiPVancelik.pptx) adresinden indirebilirsiniz.

## EQuIP İlk Bireysel Üyelerini Kabul Etti

Şimdiye kadar derneklerin atadığı ülke delegeleri ile yönetimini sürdüren EQuIP bundan sonra bireysel aile he-



kimlerine açılma planı çerçevesinde tüzük değişikliği yapmıştı. Bu anlamdaki ilk adım Erzurum toplantısında atıldı.

Katılımcıların bireysel üye olmaya davet edildiği törende Türkiye'den 18 katılımcı bireysel üyelik formunu doldurdu. İlk başvuruyu Edirne'den toplantıya katılan Dr. Ayşe Çaylan yaptı.

## Finlandiya Delegesi Veda Etti

Erzurum toplantısına yeni delege katılımı olmadı. Finlandiya delegesi Dr. Klas Winell bundan sonraki toplantılara katılmayacağını açıkladı ve gala yemeğinde bir veda konuşması yaptı. Olgun ve sakin davranışlarıyla sempati toplayan Klas, zihnimize de olumlu hatıralar bıraktı.



## Prof. Dr. Nezh Dağdeviren Türkiye'nin EQuIP Serüvenini Özetledi

Toplantının açık bölümünde Türkiye delegelerimizden Prof. Dr. Nezh Dağdeviren ülkemizin 2001 yılından beri EQuIP'teki serüvenini de özetleyen kısa bir EQuIP tarihçesi sundu.



Prof. Dr. Nezih Dağdeviren'in sunumunu [http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012\\_4/2012\\_11\\_25EQuiP/sunumlar/2012\\_11\\_25EQuiPNezih.pptx](http://aile.atauni.edu.tr/duyurular/2012_4/2012_11_25EQuiP/sunumlar/2012_11_25EQuiPNezih.pptx) adresinden indirebilirsiniz.

### Delegelere Erzurum'u Gezirdik

Erzurumlu ev sahiplerinin rehberliğinde kısa bir şehir turu yapıldı. Şehirde bazı tarihi yerler gezildi. Yakutiye Medresesi ve müzesi ziyaret edildi.



Ziyaretçilerin özellikle Oltu taşı yapımcılığının devam ettiği Daşhan'ı gezerken büyüledikleri gözlendi.

### Sosyal Programımızda Ritim Yaptık

Toplantı akşamında dileyen misafirler öğrencilerin ritim derslerine davet edildi. Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğretim üyesi Dr. Zinnur Gerek'in verdiği ritim kursu katılımcılar için olağanüstü bir deneyim oldu.



EQuIP delegelerinin raporlarına [www.tahud.org.tr](http://www.tahud.org.tr) veya [www.aile.net](http://www.aile.net) adresinden ulaşabilirsiniz.



## TAHUD Merkez Yönetim Kurulu açıklaması

Kamuoyuna açıklandığı üzere, Anayasa Mahkemesi 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile ilgili iptal davasını karara bağladı. Henüz gerekçeli karar yazılmamış olmakla birlikte, disiplinimizi yakından ilgilendiren KHK'nin 59. Maddesinde yer alan, mevcut Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi dışında aile hekimliği alanında ikinci bir "uzmanlık" yolu tanımlayan bölümler onaylanmış görünmektedir.

Öncelikle süreci kısaca gözden geçirmek ve TAHUD olarak yaptıklarımızı hatırlatmak istiyoruz. Uzun süredir Sağlık Bakanlığı'nın gündeminde olan, uzman olmayan aile hekimleri için "yarı zamanlı" "alternatif" bir uzmanlaşma olanağı sağlanması konusunu da içeren bir KHK taslağı 30 Eylül 2011 tarihinde basında yer aldığı, tepkimizi hemen gösterdik ve gerekli girişimleri başlattık. 663 sayılı KHK 2 Kasım 2011 tarihinde yasalasınca kadar geçen yaklaşık bir aylık sürede çok yoğun bir çaba harcadık. "Mevcut Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi dışında, yalnızca sözleşmeli aile hekimleri için tanımlanan 'yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi' yolunun kabul edilemez" olduğunu vurgulayarak, şunu açıkça ifade ettik: "Yasalasınca üzere olan KHK'de aile hekimliği tıp disiplini ve uzmanlık alanı için bazı olumlu düzenlemelerin de olmasının, disiplinimizi geriye götürecektir, hatta yok olma noktasına getirecek böylesi temel nitelikteki bir uygulama karşısında hiçbir anlamı yoktur. DİSİPLİNİMİZİN KORUNMASI VE GELECEĞİ AÇISINDAN TEMEL BİR TEHDİT SÖZ KONUSUDUR."

Bu süreçte 5 MYK ve 4 TAHUD üye toplantısı, 6 TAHUD duyurusu, birisi ortak olmak üzere 2 basın açıklaması yapıldı ve 2 TAHUD Hukuk Bürosu raporu yayınlandı. Bunların yanı sıra Başkanımız, 2011 Ekim ayı içinde TBMM Sağlık Komisyonu Başkanı, Komisyon üyesi doktor milletvekilleri ve Sağlık Bakanı üzerinde etkili olabilecek bazı iktidar milletvekilleriyle bizzat Meclis'te görüştü. Hazırladığımız gerekçeli görüşlerimiz kendilerine iletildi. Bu ilişkilerimizin de etkisiyle Başkanımız, o zamanki Sağlık Bakanı Sayın Recep Akdağ ile yaklaşık 20 dakika süren telefon görüşmesi yaptı. Süreçle ilgili tüm bu gelişmelerin ayrıntılarını [www.tahud.org.tr/medya/tahud-bulten](http://www.tahud.org.tr/medya/tahud-bulten) adresinde TAHUD KHK Bülteninde bulabilirsiniz.

Tüm bu girişimlerimize karşın 663 sayılı Kararname 2 Kasım 2011 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girdi. Ardından 21 Kasım 2011 tarihinde Ankara'da 2. Ulusal Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi Çalıştayı yaptık. Buraya yaklaşık 70 kadar üyemizin yanı sıra WONCA Avrupa Genel Sekreteri Prof. Dr. Job Metsemakers ve

SB Müsteşar Yardımcısı Doç. Dr. Turan Buzgan da katıldı. Buradan çıkan raporu da yine üyelerimizle ve tüm kamuoyuyla paylaştık. Sempozyum Bildirgesine ve ayrıntılı raporuna aşağıdaki adresten ulaşabilirsiniz: <http://www.tahud.org.tr/guncel/dernek-haber/tahud-2-ulusal-aile-hekimligi-uzmanlik-egitimi-sempozyumu-bildirgesi/483>

Hukuksal mücadelemizde sonraki girişimimiz 663 sayılı KHK'nin 59. Maddesinin Anayasa Mahkemesi'ne gönderilmesini sağlamak oldu. Bunun için ana muhalefet partisi düzeyinde ve ayrıca TTB üzerinden girişimlerde bulunduk. Bu girişimlerimizin sonucunda, genel itiraz davasının içinde, bizim hazırladığımız metinlerle "yarı zamanlı yerinde uzmanlık eğitimi" maddesine de itiraz edilmesi sağlandı. Ardından dava gerekçeleri olarak savunmalarda kullanılmak üzere ilgili belge ve görüşlerimizi ana muhalefet partisine ilettik. Tüm bu süreç tüm TAHUD üyelerinin bilgisi ve aktif katılımları çerçevesinde yürütüldü. Konuyla ilgili bilgiler MYK 2010-2012 dönemi faaliyet raporunda yer aldı.

Anayasa Mahkemesi'nin 663 sayılı KHK konusundaki kararını 14 Şubat 2013 tarihinde vereceğine ilişkin haberin Anayasa Mahkemesi web sitesinde yer almasından sonra üyelerimizin, Anayasa Mahkemesi üyelerine yönelik bireysel görüş bildirme çabaları olmuştur. Dilekçeler hazırlanmış ve gönderilmiştir. Zamanında tüm uygun tepkileri gösteren ve gerekli girişimlerde bulunan TAHUD olarak, bu aşamada yapılacak kurumsal bir girişimin olmadığı düşünülmüştür. Dolayısıyla TAHUD MYK bazı üyelerimizin bu girişimlerini izlemekle ve bazı üyeleri aracılığıyla yönlendirmekle birlikte kurumsal olarak ek bir girişim yapmamıştır. Kısa süre içinde facebook üzerinden organize olan ve bu girişimleri gerçekleştiren üyelerimizi takdir ediyor ve teşekkürlerimizi sunuyoruz.

### Bundan Sonra Ne Yapacağız?

İlk duyurularımızda açık bir şekilde ifade ettiğimiz gibi; DİSİPLİNİMİZE YÖNELİK BU TEHDİDİ ÖNLEMEK İÇİN HER TÜRLÜ YASAL VE DEMOKRATİK HAKKIMIZI KULLANARAK MÜCADELEYE DEVAM EDECEĞİZ!

TAHUD MYK, üyelerimizin bundan sonra izleyeceğimiz politikalara yönelik görüş ve önerilerini almak üzere, 24 Mart 2013 tarihinde Ankara'da Genel Üye Toplantısı yapmaya karar vermiştir. Tüm üyelerimizi bu toplantıya katılmaya davet ediyoruz.

Saygılarımızla... 19.02.2013