

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

# Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi

Cilt **17** | Sayı **2** | **2013**  
Volume | Number3 AYDA BİR YAYIMLANIR  
PUBLISHED QUARTERLY

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi ile  
*European Journal of General Practice*  
arasında ortak yayın protokolü imzalandı



**Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı**  
Moira Stewart

**Tıp fakültesi ve konservatuvar öğrencilerinde fibromiyalji sıklığının karşılaştırılması**

Ümit Seçil Demirdal, Nazlı Şensoy, Didem Darıcı,  
Bengü Türemenoğulları, Mehmet Sezen, Ömer Kenanoğlu

**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, [ilknur@deomed.com](mailto:ilknur@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 "Atölyeden" (2009) 70x50 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 Stewart** (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 tanıtımlarını, yerli ve yabancı makale özetlerini kabul eder.
- Yayınlanmak üzere gönderilen yazıların daha önce başka bir dergide basılmamış olması ve yayın için değerlendirme aşamasında bulunmaması gerekir. Bilimsel toplantılarda sunulan bildiriler toplantının yeri ve tarihi belirtilmek koşuluyla yayınlanabilir.
- Dergimiz ve derneğimiz yayınlanan yazıların fikirlerine resmen katılmaz, dergideki hiçbir ürün veya servis reklamı için güvence vermez. Yayınlanan yazı ve resimler derginin malı olur. Dergiden yapılacak her türlü alıntıda, derginin kaynak olarak gösterilmesi gereklidir.
- Dergiye gönderilen yazılar yayın kurulu tarafından incelenir. İnceleme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.
- Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karar vermişse 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 tanıtılmalı ve ölçeklerin geçerlik güvenilirlik durumları bildirilmelidir. Çalışmada elde edilen verilerin nasıl analiz edildiği ve istatistiksel değerlendirme konusunda bilgi verilmelidir. *Bulgular* bölümünde, araştırma sonucu elde edilen bulgular ayrıntılı olarak açıklanmalıdır. Tüm şekil, tablo ve resimler bu bölümde kullanılmalıdır. Bulguların sunumu ya da tablo ve şekillerde yapılmalı, her ikisinde birden yinelenmemelidir. *Tartışma* bölümünde araştırmada elde edilen bulguların önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazıların bulguları ile karşılaştırılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılmaması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği eklenmelidir. *Sonuç* bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara dayanılarak varılan ana sonuçlar vurgulanmalı, aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrardan kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Başmakale (Editöryal):** Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve 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; özgün araştırma yazılarının özetleri şu alt başlıklar altında yapılandırılmalıdır: Amaç (*Objectives*), Yöntem (*Methods*), Bulgular (*Results*) ve Sonuç (*Conclusion*). Özetlere Türkçe ve İngilizce en çok 3'er anahtar sözcük eklenmelidir.

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

**Kaynaklar:** Kaynak numaraları, metin içinde geçiş sırasına göre parantez içinde verilmelidir. Yazar sayısı altı veya daha az ise tüm yazarlar, altından fazla ise yalnızca ilk üç yazar, en sona "ve ark." (yabancı yayın ise et al.) eklenerek sunulmalıdır. Dergi adları Index Medicus'ta kullanıldığı şekilde kısaltılmalıdır. Dergimizin adını Türk Aile Hek Derg olarak kısaltılması uygundur. Kaynakların yazımında VANCOUNTER 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:**

– Ömek: 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

**Yazarlık** | 49

Authorship

Okay Başak

**Araştırmalar** | Research Articles

**15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler** | 51

Breastfeeding related practices of 15-49 years old mothers and influencing factors

Betül Battaloğlu Inanç

**Anti HCV seropozitif kişilerde moleküler HCV RNA test sonuçlarının değerlendirilmesi** | 56

The assessment of molecular HCV RNA test results on anti HCV seropositive people

Cem Çelik, Mustafa Gökhan Gözel, Fatma Dayı, Rakibe Kaygusuz, Mustafa Zahir Bakıcı

**5-15 yaş arası astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri** | 60

Sociodemographic characteristics and risk factors of children 5-15 years of age with asthma

Nurgül Önder, Sami Hatipoğlu, Betül Battaloğlu Inanç, Derya Sıkar

**Tıp fakültesi ve konservatuvar öğrencilerinde fibromiyalji sıklığının karşılaştırılması** | 65

Comparison of fibromyalgia prevalence in medical school and music academy students

Ümit Seçil Demirdal, Nazlı Şensoy, Didem Darıcı, Bengü Türemenoğulları, Mehmet Sezen, Ömer Kenanoğlu

**Olgu Sunumu** | Case Report

**Fetişizm ve voyörizm birlikteliği: Bir olgu sunumu** | 70

Fetishism and voyeurism comorbidity: a case report

Hülya Ertekin, Hatice Yardım Özayhan, İbrahim Eren, Yusuf Haydar Ertekin

**Durum Raporu** | Position Paper

**The patient-centered clinical method: a family medicine perspective** | 73

Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı

Moira Stewart

**Özetler** | Abstracts

**Aile Hekimliği Akademisi (AHAD) 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri II** | 86

Abstracts presented at the Third Family Medicine Research Days, 8-11 November 2012, Izmir, Turkey. Part II

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

İLAN

# Yazarlık

## Authorship

### Okay Başak<sup>1</sup>

Değerli okuyucular!

Yeni bir sayıda yine birlikteyiz. Bu sayıda da sizlerle paylaşacak çok şeyimiz var. Sizlere vereceğimiz güzel haberlerle başlamak istiyorum.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi'nin (TAHD) bilinirliğini ve okunurluğunu artırmaya çalışıyoruz. Bunun en temel yollarından biri, ulusal ve uluslararası endekslerce taranmaktır. TAHD bugün için Türkiye Atıf Dizini (*Turkish Citation Index*), Google Akademik (*Scholar*), *Index Copernicus* ve *EBSCOHost* endekslerince taranmaktadır. 2004-2006 yılları arasında tarandığı Türk Tıp Dizini'nde yeniden yer alma süreci ise sona yaklaşmış bulunmaktadır.

Öte yandan uluslararası açılımlarımız sürmektedir. Her men her sayımızda uluslararası aile hekimliği topluluğunun önde gelen isimlerinden, alanlarıyla ilgili durum raporları yayınlamaktayız. Bu sayımızda, aile hekimliğinde hasta merkezli klinik uygulamanın kuramcılarında Moira Stewart'ı sizlerle buluşturuyoruz. Biliyorsunuz Moira Stewart, geçen sayımızda bir yazısını yayımladığımız Tom Freeman ile birlikte, McWhinney ekibinin önemli üyelerinden biridir. Geçtiğimiz yıl Aile Hekimliği Akademisi Derneği tarafından yapılan Aile Hekimliği Araştırma Günlerine konuk konuşmacı olarak katılmış ve hasta merkezli klinik yöntem konusundaki güncel çalışmalarını bizlerle paylaşmıştı. Moira Stewart'ın bu toplantıda yaptığı konuşmanın ayrıntılı raporunu bu sayımızda okuyabilirsiniz.

Şimdi çok önemli iki adım daha atıyoruz. WONCA Avrupa'nın bilimsel yayın organı olan The European Journal of General Practice (EJGP), SCI-expanded kapsamında taranan uluslararası saygın bir dergidir. TAHUD ve EJGP yayıncı kuruluşu Informa Healthcare arasında varılan bir anlaşma ile EJGP'de yayınlanan makaleler, geçici bir süre okurlarımızın ve TAHUD üyelerinin kullanımına açılmış bulunmaktadır. Ön denemesi başlayan bu uygulama, yine anlaşma sağlanması durumunda kalıcı hale gelecektir. Sizlerin ilgisi ve kullanımı bu sürecin olumlu gelişmesinde belirleyici olacaktır. TAHUD üyelik izlem sistemi TÜATS üzerinden bilgilerini güncelleyen tüm Dernek üyeleri, Dernek web sitesi üzerinden bu uygulamadan ücretsiz olarak yararlanabilecektir.

İkinci önemli gelişme ise, EJGP ile TAHD arasında yapılan ortak yayın anlaşmasıdır. Geçtiğimiz haftalarda imzalanan bu anlaşmaya göre, Dergimizde yayınlanan bazı makalelerin eş zamanlı olarak EJGP'de de yayınlanması sağlanacaktır. Böylece TAHD okurları ve TAHUD üyeleri EJGP dergisine ulaşabilecek ve yazarlarımız, bir SCI-expanded dergisinde makalelerini yayınlama fırsatı bulacaklardır. Bunun Dergimiz için, uluslararası alanda tanınma, atıf alma ve SCI kapsamında taranma sürecinde önemli bir adım olduğunu düşünüyoruz. Konuyla ilgili ayrıntılı haberi "Aile Hekimliğinden Haberler" bölümünde bulabilirsiniz.

Ülkemizde aile hekimliğinin akademik gelişimine koşut olarak, üniversitelerde ve eğitim birimlerindeki akademik aile hekimlerinin bilimsel araştırmaları giderek artmaktadır. Öte yandan sahada çalışan uygulayıcı aile hekimlerinin araştırma etkinliklerinin de arttığını görmekteyiz. Giderek daha çok aile hekimi bilimsel çalışmalar yapmakta ve ulusal ve uluslararası düzeydeki bilimsel etkinliklere katılmaktadırlar. Bunun doğal sonucu olarak, sahadaki araştırmacılar Dergimize gelen ve yayınlanan yazılar da artmaktadır.

Bildiğiniz üzere, Aile Hekimliği Araştırma Günlerinde sunulan bilimsel çalışmaların özetleri, ciddi bir değerlendirme ve geliştirme sürecinin ardından Dergimizde yayınlanmaktadır. Dergi şimdi de, TAHUD Ulusal Aile Hekimliği Kongresinde sunulan bildirilerin özetlerini yayınlamaya hazırlanmaktadır. İlk olarak, 12. Ulusal Kongrede sunulacak bildirilerden, Kongre Bilimsel Kurulunca belirlenecek bir kısmı gelecek sayımızda yayınlanacaktır.

Bilimsel tıp dergilerinin sahada çalışan uygulayıcı hekimleri destekleme görevleri vardır. Toplumun ve bireylerin gereksinimleri ve sağlık hizmet talepleri zamanla değişim gösterebilir. Bu nedenle aile hekimleri tıbbi bilgi ve becerilerini, bilgiyi kullanma tarzlarını geliştirmek durumundadırlar. Dolayısıyla araştırmacılar ve yazarlar, hekimlerin bilimsel ve klinik bilgiyi kullanma biçimlerindeki yeni eğilimleri dikkate almalıdırlar. Bu da sahadan araştırmacıların çıkması, araştırma ekiplerine katılması ve uygulayıcı hekimlerin bilimsel çalışma tarzlarını geliştirmesi ile en iyi sağlanabilir.

TAHD, aile hekimliği uygulamasındaki araştırmacı hekimlerimize özel ilgi göstermekte ve onların yazarlık giri-

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

şimlerine ve süreçlerine mentörlük yapmaktadır. Genç araştırmacılara bilimsel makalelerini yapılandırılmaları konusunda yardımcı olmaktadır. Bunun gerçekleşmesinde editoryal ekibe büyük iş düşmektedir. Bunun bilincinde olarak, editoryal değerlendirme sürecini yeniden yapılandırdık. Editoryal değerlendirme sürecinde, hakem değerlendirmeleri de dikkate alınarak titiz bir çalışma sürdürülmektedir. Yazarlarla editörler arasında yaşanan canlı, heyecanlı ve verimli bir süreçle makale kalitesinin yükseltilmesi sağlanmaktadır. Görüldüğü gibi, Editörler Kurulu olarak ilk hedefimiz yazarlık süreci olmuştur.

Ülkemizde aile hekimliği araştırması son yıllarda iyi bir gelişme göstermiştir. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi programlarımız, asistanlarımızın araştırma becerilerinin geliştirilmesine ve araştırmacı uzmanlar yetiştirilmesine büyük önem vermektedirler. Nitekim bir tıp dalı müfredat oluşturma ve standartlar belirleme komisyonu, en iyi araştırma eğitimi verilen üç tıp disiplininin biri olarak aile hekimliğini örnek göstermiştir.

Tüm bu gelişmelere karşın, Dergimize gönderilen yazılarda bazı temel eksiklikler ve yanlışlar görmekteyiz. En sık gördüklerimize burada kısaca değinmek istiyorum:

1. Bilimsel bir makalenin başlığı, okuyucuların ilk değerlendirdikleri ve ilgi gösterdikleri bölümdür. Başlık bir anlamda makalenin içeriği hakkında kısa ve doğru bir izlenim vermelidir. Oysa başlıklar büyük ölçüde genel ifadeler şeklinde oluşturulmaktadır. "... İncelenmesi", "... değerlendirilmesi", "... araştırılması" gibi ifadeler yeterince tanımlayıcı olmamaktadır. "... arasındaki ilişki", "... sıklığı", "... etkenler" gibi araştırmanın temel hipotezini sorgulayan tanımlamalar daha özgündür.
2. Çalışma hipotezi ve amacı iyi tanımlanmamaktadır. Amacın gerekçelendirilmesinin yapıldığı giriş bölümlerinin kurgusu genellikle dağınık olmaktadır. Bu bölümde yazılanlar ile çalışmanın amacı arasındaki ilişki genellikle zayıftır. Çalışma konusu, bu konunun niçin seçildiği, konunun bilinen ve (iyi) bilinmeyen yönleri, araştırmacının bunların hangisiyle ilgilendiği, alanındaki bilgi birikimine yeni olarak ne katmayı hedeflediği, ilgili hipotezleri ve amacı, birbiriyle ilişkili olarak ve bir akış içinde açıkça tanımlanmalıdır.
3. Yöntem bölümünde en sık görülen eksiklik, çalışmanın evreninin ve örnekleme yönteminin yeterince açıklanmamasıdır. Araştırmadan elde edilen sonuçların genel lenmesi açısından bu ikisi çok önemlidir.
4. Tartışma bölümünde sıklıkla, çalışmanın bulguları yeniden ifade edilmekte ve yalnızca sonuçların literatürde yer alan diğer çalışma sonuçlarıyla karşılaştırılması yapılmaktadır. Oysa elde edilen bulguların ne anlama geldiği üzerine yorumlar yapmak da gerekir.
5. Tartışmanın, çalışmadan çıkan sonuçların özetlendiği son kısmı, sıklıkla en yanlış kurgulanan bölümdür. Çalışmanın özgün sonuçlarına ya hiç değinilmemektedir ya da çoklukla literatürde yer alan, konuyla ilgili genel

bilgiler ve tavsiyeler verilmektedir. Oysa bu bölümde yazarlar, kendi araştırmalarından elde ettikleri ve okurların ilgisini çekecek en önemli sonuçları kısaca özetlemelidirler. Yanıtlanmamış sorular kaldıysa, bunlara yönelik öneriler ayrıca yer alabilir.

Yazarlık, bilimsel bir eylem ve önemli bir işlemdir. Yazar, yaptığı araştırma ve yayınlattığı araştırma raporuyla çok ciddi sorumluluklar üstlenmektedir. Bu süreçte bazı temel etik koşulların yerine getirilmesi de gerekmektedir. "Yazar" genellikle, yayınlanan çalışmaya önemli entelektüel katkısı olan kişidir. Çalışmanın en azından bir bileşeninde sorumluluk almış olmalı, diğer bileşenlerden kimlerin sorumlu olduğunu tanımlayabilmeli ve diğer yazarların katkısı ve yeterliği konusunda emin olmalıdır. Giderek daha çok bilimsel dergi, yazarlar listesindeki kişilerin çalışmaya katkısı konusunda okuyucuların bilgilendirilmesini istemektedir. Dolayısıyla yalnızca çalışmanın bütününden sorumlu yazarın tanınması değil ki bu genellikle birinci yazar olmaktadır, tüm yazarların katkılarının tanınması bir yayın politikası haline gelmektedir.

Uluslararası Tıp Dergi Editörleri Komitesi (ICMJE), yazarlık için aşağıdaki ölçütleri önermiştir.<sup>[1,2]</sup>

1. Yazar, çalışma fikrinin oluşmasına ve tasarımına, verilerin işlenmesine ya da analiz ve yorumlanmasına önemli katkılarda bulunmuş olmalıdır.
2. Makalenin yazımına ya da entelektüel içeriğinin eleştirel olarak gözden geçirilmesine katkı vermemelidir.
3. Yayınlanacak son metne onay vermelidir.

Komite ayrıca, araştırma için gerekli fonların bulunması, ham verilerin toplanması ya da araştırma grubunun genel süpervizyonu/danışmanlık gibi durumların tek başına, yazarlık durumu oluşturmayacağını da vurgulamaktadır. Çok merkezli çalışmalarda, yazarlık araştırma grubuna atfedildiğinde, grupta belirtilen tüm yazarlar yukarıdaki ölçütleri karşılamak durumundadır. Grup, yayın için makaleyi göndermeden önce yazarların durumlarına ilişkin ortak karar vermelidir. Sorumlu yazar, yazarların varlığını ve sırasını açıklayabilmelidir. Yazarlık konusunda karar vermek ya da yazarlık konusundaki anlaşmazlıklarda hakemlik yapmak editörlerin görevi değildir.

Yukarıdaki yazarlık ölçütlerini karşılamayan, ancak teknik yardım, yazı desteği, finansal ya da materyal desteği sağlama gibi çalışmaya katkısı bulunan diğer kişiler, "açıklamalar" ya da "teşekkür" bölümünde ayrıca listelenmelidir.

Dergimiz bu genel kurallara uyma konusunda titizlik göstermektedir.

Sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle...

## Kaynaklar

1. [http://www.icmje.org/ethical\\_1author.html](http://www.icmje.org/ethical_1author.html) adresinden 29.03.2013 tarihinde erişilmiştir.
2. <http://publicationethics.org/resources/guidelines> adresinden 29.03.2013 tarihinde erişilmiştir.

# 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler

## Breastfeeding related practices of 15-49 years old mothers and influencing factors

Betül Battaloğlu İnanç<sup>1</sup>

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada, 15-49 yaş arasındaki annelerin bebeklerini besleme durumlarının ve emzirme konusundaki uygulamalarının saptanması ve etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum Polikliniğine 1 Ekim–30 Kasım 2012 tarihleri arasında başvuran, 15-49 yaş arası kadınlardan basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen 330 anne çalışmaya dahil edildi. Amaca uygun olarak hazırlanmış bir anket, yüz yüze görüşme tekniği ile katılımcılara uygulandı.

**Bulgular:** Yaş ortalaması 28.2±5.2 olan kadınların %23.5'i anne sütünü ilk 6 ay, %24.4'ü 12 aya kadar, %40.8'i 24 aya kadar ve %11.3'ü 24 aydan fazla süre bebeklerine vermişlerdi. Kadınların %69.1'i ilk 6 ay, sadece anne sütü vererek bebeklerini beslemişlerdi. Bu besleme tarzı, annelerin eğitim düzeyi arttıkça artış göstermekteydi (p=0.017). Ek gıdaya 6 aydan sonra başlayanlar daha çok yüksek okul ve üniversite mezunları idi ve eğitim seviyesinin azalmasıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da bu süreden sapmalar görülmekteydi (p>0.05) Yüksek okul ve üniversite mezunları anne sütü ile ilgili bilgileri daha çok ebe-hemşire ve doktordan alırken, eğitim düzeyi düştükçe bu bilgiler aile ve çevreden alınmaktaydı (p=0.018).

**Sonuç:** Annelerin büyük çoğunluğu bebeklerine anne sütü veremelerine karşın, eğitim düzeyi düştükçe ek gıdaya başlama yaşı konusunda yanlış uygulamalar artmaktadır. Öte yandan eğitim düzeyi düştükçe anne sütü verme süresi uzamaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Anne sütü verme, besleme davranışı, bebek gıdası.

### Summary

**Objective:** This study aimed to determine feeding behaviors and breastfeeding patterns of 15-49 years old mothers and to identify factors having impact on these practices.

**Methods:** Three hundred and thirty mothers (15-49 years old) were included in the study. They were selected by simple randomized sampling method among those women who applied to gynecology clinics at Mardin Maternity and Child Health Hospital, between 1st October and 30th November, 2012. A pre-prepared questionnaire was applied to the participants by using face to face interviewing technique.

**Results:** Of 330 mothers with mean age of 28.2±5.2 years, 23.5% gave breast milk to their babies until 6 months, with 24.4% until 12 months, 40.8% until 24 months and 11.3% over 24 months. The rate of exclusive breastfeeding in the first 6 months was 69.1%. Exclusive breastfeeding rate was higher among the mothers having higher educational level (p=0.017). Mothers who started to give complementary food to their babies after 6 months were mostly from vocational high schools and universities; as the educational level of mothers decreased, some statistically nonsignificant divergences from this encouraged practice were seen, significance (p>0.05). Mothers who were graduates from vocational high schools and universities, got information about breastfeeding mostly from health professionals. The source of information was family and close relatives/friends for the participants having lower educational level (p=0.018).

**Conclusions:** Although breastfeeding is a common practice among most of the participants, as the educational level decreases, starting complementary feeding at unrecommended months increase. On the other hand, as the educational level of mothers decreases, the period of breastfeeding prolongs.

**Key words:** Breastfeeding, feeding behavior, infant food.

Türkiye'de annelerin %96.7'si bebeğini emzirmektedir. Üstelik eğitim düzeyi, yaşı, yaşadığı yöre ne olursa olsun, bu oran çok değişmemektedir. An-

cak, bebeği emzirmeye geç başlamak, ilk emzirmeden önce şekerli su gibi besinler vermek, ek besinlere erken ya da çok geç başlamak gibi hatalı uygulamalar, kaliteli bir em-

<sup>1</sup>Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Yard. Doç. Dr., Mardin



zirme programını engellemektedir.<sup>[1]</sup> Annelerin emzirmeye başlayamamalarına, çok kısa sürede vazgeçmelerine ya da beslenme açısından henüz gerek olmadığı halde ek gıdalara başlamalarına neden olan şey, genellikle sütün olmaması, az salgılanması veya yetmemesi veya anne sütünün normal bir bebeğin besin ihtiyaçlarını karşılamaya yetmeyeceği kaygısıdır.<sup>[2]</sup>

Yaşamın ilk altı ayında tek başına anne sütü verilmesinin, bebeğin uygun büyüme ve gelişimini sağladığı, kanıta dayalı çalışmalarla gösterilmiştir. Anne sütü, 6-24 ay arasında da, özellikle protein ve vitamin gereksiniminin önemli bir kısmını karşıladığından, diğer gıdalar anne sütünün yerine geçecek şekilde değil, onu tamamlayıcı olarak verilmelidir. Anne sütü, altı aydan sonra enerji, demir, çinko başta olmak üzere, çeşitli besin öğeleri gereksinimini tam karşılayamadığından, 7-24 ay arasında emzirmenin tamamlayıcı beslenme ile birlikte doğru uygulanması vazgeçilmezdir.<sup>[3]</sup> Ülkemizde, emzirme yaygın olmasına rağmen, ek besinlere erken ya da geç başlanması sonucu anne sütü ile besleme sürecinin yetersiz olduğunu ve anne sütü yerine verilen mamalarla bebekleri beslemenin önemli bir sorun oluşturduğunu düşünmekteyiz. Bu bağlamda çalışmamızda, ağırlıklı olarak Mardin merkez ilçe ve çevresinde yaşayan 15-49 yaş arasındaki annelerin bebeklerini besleme durumlarının ve emzirme konusundaki uygulamalarının saptanması, ve etki eden faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

15-49 yaş arası annelerin, anne sütü ile ilgili uygulamalarını ve etki eden faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bu kesitsel ve tanımlayıcı tipteki çalışmanın evrenini, 1 Ekim-30 Kasım 2012 tarihleri arasında Mardin Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Kadın Doğum Polikliniği'ne başvuran kadınlar oluşturmuştur. İki ay içinde polikliniğe başvuracak hasta sayısı, önceki performanslar dikkate alınarak 30000 olarak öngörülmüştür. Örneklem büyüklüğü yüzde 95 güven aralığında, 0.05 hata payı ve %30 beklenen prevalans ile 320 olarak hesaplanmış ve 350 olarak belirlenmiştir. Çalışmanın örneklemini oluşturan 350 kadın basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. İki ay boyunca, her gün dört poliklinikte saat 10 ve 14'te görülen birer hasta, çalışma için davet edilmiş ve böylece her gün 8 kadın ile görüşülerek 350 sayısına ulaşılmıştır. Onyeddi kadın çalışmaya katılmak istememiş, çocuğu olmayan üç kadın çalışma dışı tutulmuştur. Çalışmaya katılma oranı %94.3'tür. Çalışmaya dahil edilen annelere, araştırmanın amacı açıklanmış, araştırma hakkında yazılı ve sözlü bilgi verilmiş ve çalışmanın amacına uygun olarak hazırlanmış bir anket formu, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Çalışmada kullanılan anket formu 11 sorudan oluşmaktaydı. Anket formunun ilk bölümünde, annelerin demografik özelliklerini belirlemek için yaş, eğitim ve ekonomik durumu, medeni hali, çocuk sayısı gibi sorular yer almaktaydı. Ayrıca çocuklarının beslenmesindeki tercihleri, ne kadar süre anne sütü verdikleri veya verilmesi gerektiği, ek gıdaya ne zaman geçtikleri veya geçilmesi gerektiği ile ilgili sorular sorularak annelerin bu konulardaki davranışları saptanmaya çalışıldı. Anne sütünün faydalarını nereden öğrendikleri, bilgi kaynakları arasında sağlık çalışanlarının olup olmadığı da araştırıldı.

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında ve bir istatistik paket programı (SPSS 15) kullanılarak değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizlerde yüzdeler, ortalama ve standart sapma; gruplar arası karşılaştırmalarda ise ki-kare testi ve Pearson korelasyon testi kullanıldı;  $p < 0.05$  değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Araştırmaya katılan annelerin %42.4'ü (140 anne) 20-30 ve %35.5'i (117 anne) 31-40 yaşları arasındaydı. Yaş ortalaması  $28.2 \pm 5.2$  olan katılımcıların %47.0'si (155 anne) ilk ve ortaokul, %23.1'i (76 anne) lise ve yüksek okul mezunu idi. Yüzyirmi sekiz annenin (%38.8) ailesinin gelir düzeyi 750 TL'nin altında, 111'nin ise (%33.6) 750-1500 TL arasındaydı. Annelerin çoğunluğu 6-9 (163 anne, %49.4) ve 2-5 (89 anne, %27.0) çocuk sahibiydi. Eğitim düzeyi azaldıkça, çocuk sayısı artmaktaydı ( $r = -0.448$ ;  $p < 0.001$ ). Ekonomik düzey ile çocuk sayısı arasında bir ilişki saptanmadı ( $p > 0.05$ ). Çalışmaya katılan 330 annenin yaş gruplarına, eğitim durumlarına, gelir düzeylerine ve çocuk sayılarına göre dağılımı **Tablo 1**'de verilmiştir.

Çalışmaya katılan annelerin %94.3'ü (311 anne), bebeklerinin beslenmesinde anne sütünü, %3.0'ü (10 anne) hazır mamayı, geri kalanları ise (%2.7; 9 anne) kendi yaptıkları (pirinç unu, bisküvi çay, meyve püresi, çorbalar) mamaları tercih ettiklerini söylemişlerdi. Kendi yaptıkları mamayla besleme sıklığı, okuryazar olmayanlarda en yüksekti. Bebeklerine anne sütü veren annelerin 73'ü (%23.5) anne sütünü ilk 6 ay, 76'sı (%24.4) 12 aya kadar, 127'si (%40.8) 24 aya kadar ve 35'i (%11.3) 24 aydan daha uzun süre vermişlerdi. Eğitim düzeyi ve emzirme süresi arasında anlamlı bir ilişki olmasa da ( $p > 0.05$ ), ilk ve orta okul mezunları daha uzun süre emzirmekteydi. Çocuk sayısı 2-9 arası olan kadınlarda anne sütünü 24 aya kadar verme daha sık olmakla birlikte, istatistiksel bir anlamlılık bulunmadı ( $p > 0.05$ ). Kadınların eğitim durumu ve çocuk sayıları ile bebeklerine anne sütü verme süreleri arasındaki ilişki **Tablo 2**'de verilmiştir.

İlk altı ay yalnızca anne sütü verenlerin oranı %69.1 (215 kadın) idi. Yüzde 30.9'u (96 kadın) ilk altı ayda anne sütü ile beraber su, çorba ve mama kullanmışlardı. İlk altı

ay yalnızca anne sütü ile besleme, kadınların eğitim seviyesi arttıkça artış göstermekteydi ( $\chi^2=15.452$ ;  $p=0.017$ ). İlk altı ay yalnızca anne sütü veren 215 anneden 198'i (anne sütü veren tüm annelerin içinde %63.6) ek gıdalara zamanında (7. ayda) başlamıştı. Ek gıdaya zamanında başlayanlar daha çok yüksek okul ve üniversite mezunları idi ve eğitim seviyesinin azalmasıyla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmasa da bu süreden sapmalar görülmekteydi ( $p>0.05$ ). Anne sütü veren tüm annelerin %4.2'sinin (13 anne) ek gıdaya başlama süresi ilk bir ay, %7.4'ünün (23 anne) 2-3 ay, %19.3'ünün (60 anne) 4-6 ay ve %5.5'inin ise (17 anne) 8-18 ay arasında idi. Ekonomik düzey ile ek gıdaya geçiş süresi arasında bir ilişki saptanmadı ( $p>0.05$ ).

Anne sütünün yararları konusunda bilgi edinme kaynaklarını belirten 260 anneden 122'si (%46.9) aileden ve çevreden, 118'i (%45.3), anne sütü ile ilgili bilgileri sağlık çalışanlarından (doktor, ebe ve hemşire) ve 20'si ise (%7.8) TV ve yazılı basından edindiklerini bildirmişlerdi. İlk 6 ayda anne sütü dışında besin verenler, anne sütü ile ilgili bilgileri daha çok aileden ve çevreden almaktaydı. Yüksek okul ve üniversite mezunları anne sütü ile ilgili bilgileri daha çok ebe-hemşire ve doktordan alırken, eğitim düzeyi düştükçe bu bilgiler aile ve çevreden alınmaktaydı ( $\chi^2=32.673$ ;  $p=0.018$ ; **Tablo 3**).

## Tartışma

Doğumdan itibaren sağlıklı ve dengeli beslenme anne sütü ile mümkündür. Sağlıklı nesillerin oluşması için, anneler anne sütü hakkında tam bilgiye sahip olmalı ve bebeklerin ilk altı ayda sıcak havalarda bile suya gereksinimlerinin olmadığı ailelere vurgulanmalıdır. Ülkemizde emzirme geleneksel bir olaydır; annelerin çoğu bebeğini

**Tablo 1.** Katılımcıların demografik özellikleri

		Sayı	%
Yaş	<20	27	8.2
	20-30	140	42.4
	31-40	117	35.5
	41-49	46	13.9
	Toplam	330	100
Eğitim düzeyi	Okuryazar değil	60	18.2
	Okuryazar ama okul mezuniyeti yok	27	8.2
	İlkokul	100	30.3
	Ortaokul	55	16.7
	Lise	57	17.3
	Yüksek okul	19	5.8
	Üniversite	12	3.5
Toplam	330	100	
Ekonomik durum	750 liradan az	128	38.8
	750-1500 lira	111	33.6
	1501-3000 lira	82	24.5
	3000 liranın üzeri	9	3.1
	Toplam	330	100
Çocuk sayısı	1	38	11.5
	2-5	89	27.0
	6-9	163	49.4
	>10	40	12.1
	Toplam	330	100

emzirmektedir. Önemli olan bu geleneksel olayı, akılcı ve bilgi dolu tutumlarla sağlıklı ve doğru uygulanır biçime ulaştırmaktır. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 verilerine göre Türkiye genelinde 2.17 olan doğurganlık hızı, Güneydoğu Anadolu'da 3.47 ve Doğu Anadolu'da 3.33'tür. 15-49 yaş arası kadınların or-

**Tablo 2.** Katılımcıların eğitim düzeyi ve çocuk sayılarına göre anne sütü verme süreleri\*

Eğitim durumu	Anne sütü verme süresi				Toplam
	İlk 6 ay	12 aya kadar	24 aya kadar	24 aydan uzun	
İlkokulu bitirmeyen	20 (%23.3)	24 (%27.9)	30 (%34.9)	12 (%13.9)	86 (%100)
İlk ve ortaokul	38 (%24.5)	35 (%22.6)	67 (%43.2)	15 (%9.7)	155 (%100)
Lise ve yüksek okul	18 (%24.0)	18 (%24.0)	30 (%40.0)	9 (%12.0)	75 (%100)
Üniversite	1 (%10.0)	4 (%40.0)	5 (%50.0)	0 (%0.0)	10 (%100)
Toplam	77 (%23.6)	81 (%24.9)	132 (%40.4)	36 (%11.1)	326 (%100)
<b>Çocuk sayısı</b>					
1	8 (%22.9)	9 (%25.7)	15 (%42.8)	3 (%8.6)	35 (%100)
2-5	23 (%26.1)	26 (%29.6)	32 (%36.3)	7 (%8.0)	88 (%100)
6-9	37 (%22.7)	37 (%22.7)	69 (%42.3)	20 (%12.3)	163 (%100)
10 ve üzeri	9 (%22.5)	9 (%22.5)	16 (%40.0)	6 (%15.0)	40 (%100)
Toplam	77 (%23.7)	81 (%24.9)	132 (%40.5)	36 (%10.9)	326 (%100)

\* $p>0.05$

**Tablo 3.** Katılımcıların anne sütü ile ilgili bilgileri edindikleri kaynaklar ve eğitim düzeyleri ile ilişkisi\*

Bilgi kaynağı	Eğitim durumu				Toplam
	İlkokulu bitirmeyen	İlk ve ortaokul	Lise ve yüksekokul	Üniversite	
Aile ve çevre	48 (%67.6)	54 (%43.5)	19 (%33.3)	1 (%12.5)	122 (%46.9)
Sağlık çalışanı	21 (%29.6)	59 (%47.6)	33 (%57.9)	5 (%62.5)	118 (%45.3)
TV-yazılı basın	2 (%2.8)	11 (%8.9)	5 (%8.8)	2 (%25.0)	20 (%7.8)
Toplam	71 (%100)	124 (%100)	57 (%100)	8 (%100)	260 (%100)

\* $\chi^2=32.673$ ;  $p=0.018$

tanca ilk doğum yaşı 21.4 ve 15-19 yaş arası çocuk doğurmaya başlayan kadınların yüzdesi ise 5.9'dur.<sup>[4]</sup> Çalışmamızda saptanan 20 yaş altındaki anne sayısı (%8.2), Türkiye ortalamasından yüksek olup, gelişmekte olan bölgelerde, ailelerin kültürel ve geleneksel değerlerle, çocuklarının evlenmelerini biran önce görme arzularının adölesan gebelikleri, erken yaş evlilikleri ve fazla çocuk doğurmayı artırdığını düşünmekteyiz.

TNSA 2008 yılı verileri, kadınların %18'inin eğitimsiz ve ilkokulu bitirmemiş olduğunu, %52'sinin ilköğretim birinci kademe, %9'unun ilköğretim ikinci kademe ve %21'nin lise ve üzeri eğitim aldıklarını göstermektedir. Ortanca eğitim süresi, Türkiye genelinde bölgelere ve yerleşim yeri tipine göre farklılaşmakla birlikte 4.6 yıldır.<sup>[4]</sup> Çalışmamızın, annelerin eğitim durumlarını içerir bulguları, ülke geneliyle uyumlu olup, halen kadınların eğitim düzeyi ağırlıklı olarak ilköğretim ile sınırlı kalmakta ve bilgi düzeyi bu yelpazede sınırlanmaktadır.

Beklenildiği gibi, ilk evlenme yaşı ile eğitim düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır. En az lise mezunu olan kadınların ortanca ilk evlilik yaşıyla, eğitimi olmayan kadınların ortanca ilk evlilik yaşının farkı 5 yıldan daha yüksektir. Eğitim doğurganlık düzeyi üzerinde de önemli bir etkiye sahiptir; eğitimi olmayan kadınların, ilkokul mezunu olan kadınlara göre 0.4 ve en az lise mezunu olan kadınlara göre de 1.1 daha fazla çocuğa sahip oldukları görülmektedir.<sup>[4]</sup> Van'da yapılan bir çalışmada çocuk sayısının, artan eğitim düzeyi ile ters ilişkili olduğu bulunmuştur.<sup>[5]</sup> Çalışmamız bölge ve ülke geneliyle uyumludur.

Türkiye'de ortalama emzirme süresi 15.7 ay, Doğu bölgelerinde ise 17.6 aydır. Doğu bölgelerinde yaşayan çocuklar ile anneleri ilköğretim birinci kademe düzeyinde eğitim almış çocuklar, daha uzun anne sütü alma sürelerine sahiptirler.<sup>[4]</sup> Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, çalışan annelerin, çalışmayanlara göre toplam emzirme sürelerinin anlamlı derecede daha kısa olduğu gösterilmiştir.<sup>[6-9]</sup> Nijerya ve İran'da yapılan çalışmalarda da, okuryazar olmayan kadınların emzirme sürelerinin, okuryazar olan kadınlardan uzun olduğu tespit edilmiştir.<sup>[5]</sup> Çalışmamızın bulguları da, az eğitilmiş annelerin anne sütü verme sürelerinin uzun olduğunu ortaya koy-

muştur. Eğitilmiş annelerin genellikle çalıştıkları düşünülürse,<sup>[6]</sup> çalışmayanlara göre anne sütü verebilme imkanları sınırlıdır. Bu noktada yasal düzenlemelerle, toplum sağlığı açısından, emzirme sürelerini artırmaya yönelik uygulamalar desteklenmelidir. Anne sütü ile ilgili bilgilendirmelerde, başlama ve devam etme sürelerinin daha çok vurgulanması gerekir.

TNSA 2008 Raporuna göre, çocukların %97'si belirli sürelerle emzirilmektedir. Tek başına anne sütü ile beslenme, bebekler 2-3 aylık olduğunda %42, 4-5 aylık olduklarında ise %23.6'ya düşmektedir. 12-15 aylık çocukların %33'ü emzirilmemektedir, tüm çocuklar için ortanca emzirme süresi 16 aydır. Veriler ilk altı ay tek başına anne sütü alınımının, yeterli seviyeye ulaşmadığını göstermektedir.<sup>[4]</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2012 yılında, ilk 6 ay ve 12 ay anne sütü verme oranı sırasıyla %47.2 ve %25.5'e yükselmiştir.<sup>[10]</sup> Ülkemizde başlangıçta tek başına anne sütü verilme oranının yüksek olmasına karşın, tamamlayıcı beslenmeye erken başlama eğilimi sonucu, bu değer aylar içinde giderek düştüğü görülmektedir. İlk 4 ay tek başına anne sütü alma oranı, Ünsal ve ark. tarafından %46.2, Tuncel ve ark. tarafından %33.3 ve Kutlu ve ark. tarafından %37.7 bulunmuştur.<sup>[6,11,12]</sup> Van'da yapılan çalışmada, annelerin %8'i ek gıdaya başlama zamanını 0-1 ay, %8'i 2-3 ay, %13'ü 4-5 ay ve %71'i 6 aydan sonra uygun bulduklarını belirtmişlerdir.<sup>[5]</sup> Çalışmamızın sonuçları bölge ve ülke verileri ile uyumludur. Annelerin bebeklerini sadece anne sütü ile besleme ve ek gıdaya geçme süreleri değişkenlik göstermektedir. Bebek dostu hastanelerin, emzirme ve anne sütünün önemi konusunda annelerde bilinç artışı oluşturma çabalarına karşın, uygulamada sapmaların olduğu gözlenmektedir.

Çalışmamızda sadece anne sütü veya anne sütü ile birlikte ek gıdaların tercihinde ekonomik durumun etkili olmadığı saptanmıştır. Bu sonuç Van'da<sup>[5]</sup> yapılan çalışma da, kadınların anne sütünü tercih sebeplerinin, içinde buldukları ekonomik koşullarla ilişkili olmadığını göstermiştir.

## Sonuç

Çalışmamızda, annelerin büyük çoğunluğunun bebeklerine anne sütü verdikleri saptanmıştır. Annelerin üçte ikisi ilk altı ay yalnızca anne sütü vermektedir. Eği-

tim düzeyi düşük olan anneler daha uzun süre anne sütü vermelerine karşın, ek gıdaya başlama konusunda yanlış uygulamalar yapmaktadırlar. Eğitim düzeyi arttıkça ilk altı ay yalnızca anne sütü verenlerin oranı artmaktadır. Eğitim düzeyi yüksek olan anneler anne sütü ile ilgili bilgileri daha çok sağlık çalışanlarından almaktadır. Başta aile hekimleri olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının, özellikle eğitim düzeyi düşük annelere yönelik bilgilendirme çalışmalarına önem vermeleri gerekmektedir.

## Kaynaklar

1. Koruyucu Çocuk Sağlığında Beslenme ve Alternatif Tıp Uygulamaları Sempozyumu Sonuç Bildirgesi Kırıkkale, 6-8 Kasım 2008. <http://www.sosyalpediatri.org.tr/> Erişim Tarihi:14/11/2012
2. Türkmen T. Sağlık Bakanlığı Adına Konuşma. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 1991;34(4. anne sütü özel sayısı):267-72.
3. Yaman Özçelik B. Sağlık personeline yönelik anne sütünü tamamlayıcı beslenme eğitimi geliştirilmesi. T.C. İstanbul Üniversitesi Çocuk Sağlığı Enstitüsü. Uzmanlık Tezi. İstanbul. 2012. 1-183.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması, 2008. 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/tnsa2008/](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/) Erişim Tarihi:13/11/2012
5. Atmaca B. Van Yöresindeki 15-49 yaş annelerin emzirme ile ilgili bilgi, tutum ve becerileri. Van Yüzcüncü Yıl Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi 2008. 1-30.
6. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H ve ark. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2005;48:226-33.
7. Ertem IO, Akıncı Z, Ulukol B, et al. Socioeconomically advantaged infants attending a university well-child clinic in Ankara: are they breast-feeding optimally? *Türk J Pediatr* 2001;43:223-30.
8. Yılmaz G, Gürakan B, Akgün S, et al. Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Türk J Pediatr* 2002;44:30-4.
9. Balcı E, Kondolot M, Horoz D ve ark. Anne sütü ile beslenme süresini etkileyen etmenler: Türkiye’de Kayseri ilinden kesitsel bir araştırma. *Türk Pediatri Arşivi Dergisi* 2012;47:99-103.
10. Center for Disease Control and Prevention Breastfeeding Report Card- United States. <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data> Erişim Tarihi: 14.11.2012
11. Tunçel E, Dündar C, Canbaz S ve ark. Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2006;10:1-6.
12. Kutlu R, Marakoğlu K. Anne sütüne başlama devam ve kesme zamanın değerlendirilmesi. *Marmara Medical Journal* 2006;19:121-6.

Geliş tarihi: 29.01.2013

Kabul tarihi: 03.03.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 01.04.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Betül Battaloğlu İnanç

Mardin Artuklu Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu, Mardin

e-posta: betulbattaloglu00@gmail.com

# Anti HCV seropozitif kişilerde moleküler HCV RNA test sonuçlarının değerlendirilmesi

## The assessment of molecular HCV RNA test results on anti HCV seropositive people

Cem Çelik<sup>1</sup>, Mustafa Gökhan Gözel<sup>2</sup>, Fatma Dayı<sup>3</sup>, Rakibe Kaygusuz<sup>3</sup>, Mustafa Zahir Bakıcı<sup>4</sup>

### Özet

**Amaç:** Bu çalışmada, Anti HCV pozitif kişilerin HCV RNA viral yük miktarları incelenerek, akut enfeksiyon sonrası iyileşme, kronikleşme, hastaların tedavi yanıtları ve bunların cinsiyet ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Ocak 2005-Aralık 2009 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Klinik Mikrobiyoloji laboratuvarlarında, Anti HCV pozitif hastaların moleküler yöntemlerle çalışılan HCV RNA testlerinin sonuçları, laboratuvar kayıtlarından geriye dönük olarak incelenmiştir.

**Bulgular:** Bu çalışmada 347 hastanın HCV RNA sonuçları incelendiğinde, Hepatit C virüsü (HCV) enfeksiyonunun oldukça yüksek oranda kronikleşme (%79.0) gösterdiği, hastaların bir kısmının ise (% 21,0) herhangi bir tedavi almadan iyileştiği saptanmıştır. Anti HCV test sonuçları seropozitif olan kadınların %76.1'inde, erkeklerin %82.9'unda HCV RNA testinin pozitif olduğu görülmüş ve HCV RNA test pozitifliği yönünden cinsiyetler arası farklılık anlamlı bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Araştırmada tedavi gören 185 hastanın tedavi sürecindeki HCV RNA sonuçları incelendiğinde tedaviye % 56.2 oranında olumlu yanıt alındığı görülürken, hastaların %39.5'inde ise bu tedaviye cevap alınmadığı görülmüştür. Hastaların %4.3'ünde ise relaps geliştiği anlaşılmıştır. Ancak bu tedavi yanıtlarının istatistiksel olarak cinsiyet ile önemli bir değişiklik göstermediği tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Hepatit C virüsü enfeksiyonunun yüksek oranda kronikleştiği ve tedavi başarılarının kısmen yükseltilmiş olmasına rağmen hala arzu edilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu nedenlerle en önemli noktanın hastalığın bulaş yollarının iyi bilinmesi ve bulaşın önlenmesi için gerekli tüm önlemlerin alınması olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar sözcükler:** Hepatit C virüsü, kronik Hepatit C enfeksiyonu, viral yük.

### Summary

**Objective:** In this study, HCV-RNA levels of patients with positive values of anti-HCV were determined and the relationship between gender and recovering after acute infection, chronicity the patients' response to therapy were evaluated by measuring the quantity of HCV-RNA viral loads.

**Methods:** The HCV-RNA levels of patients with positive values of anti-HCV were evaluated retrospectively using laboratory records in Cumhuriyet University Research and Practice Hospital between January 2005 and December 2009.

**Results:** In this study, the HCV RNA results of 347 patients were evaluated. We determined that Hepatitis C virus (HCV) infection showed high rates of chronicity (79.0%) and some patients showed recovery (21.0%) without treatment. HCV-RNA test results were positive in 76.1% of the women and 82.9% of the men and there was no correlation between gender and HCV-RNA test sero positivity ( $p>0.05$ ). When we evaluated the HCV-RNA results of the 185 patients receiving treatment, we observed that the rate of positive response to treatment was 56.2% and 39.5% of the patients did not respond to treatment. The relapse rate was 4.3%. Response rates to therapy were not correlated with gender ( $p>0.05$ ).

**Conclusions:** Patients infected with Hepatitis C virus have high rates of chronic infection and the rate of response to treatment is still not at desired levels. Therefore, we believe that education concerning routes of transmission, prevention and taking all necessary measures to prevent contamination are of utmost importance.

**Key words:** Hepacivirus, chronic Hepatitis C, viral load.

Hepatit C virüsü (HCV), dünyanın hemen her yerinde endemik olarak bulunan, kronik karaciğer hastalıklarına ve hepatoselüler karsinomaya yol açabilen, 30–65 nm çapında, 9.6 kb uzunluğunda, tek ip-

likçikli, pozitif polariteli *Flaviviridae* ailesinden bir virüstür.<sup>[1-3]</sup>

Dünyada yaklaşık 170 milyon insan bu virüs ile enfektir. Virüs genellikle vücuda parenteral yoldan kan ve

<sup>1</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Sivas

<sup>2</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Sivas

<sup>3</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Biyolog, Sivas

<sup>4</sup> Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Prof. Dr., Sivas

kan ürünleriyle ya da kontamine enjektörler ve cerrahi malzemeler yoluyla girer. Bunun yanı sıra organ transplantasyonu, tatuaj, akupunktur, cinsel temas, damar içi ilaç kullanımı ve aile içi yakın ilişki ile ya da nozokomiyal olarak da bulaşabileceği bildirilmektedir. Virüs kan yolu ile karaciğere ulaşarak çoğalmakta ve buna bağlı olarak da hastalık belirtileri ortaya çıkmaktadır.<sup>[4-6]</sup>

Moleküler yöntemlerle serum veya plazmada HCV-RNA'nın gösterilmesi enfeksiyonun tanısında en iyi gösterge olarak kabul edilmektedir.<sup>[7]</sup> HCV-RNA birkaç gün içerisinde plazmada saptanabilir. Akut enfeksiyon geçiren kişilerin %50-85'inde viremi devam eder. Akut enfeksiyonu klinik semptomlarla geçiren kişilerde HCV'nin temizlenmesi daha olasıdır. Bunun nedeni daha güçlü bir immün cevap gelişimidir. Enfeksiyondan aylar sonra HCV'nin yapısal ve yapısal olmayan birçok proteinine karşı antikorlar kanda bulunur. Ancak kanda antikorların bulunması viral iyileşme ile korele değildir. Viral iyileşme büyük ölçüde geniş hücresel immün yanıt ile ilgilidir.<sup>[8]</sup>

Akut HCV enfeksiyonlarının bir kısmı kendiliğinden iyileşirken enfekte olan kişilerin %50-80'inde enfeksiyon kronikleşmektedir.<sup>[9]</sup> HCV enfeksiyonu sıklıkla asemptomatik seyrettiği için, ancak siroz ya da son dönem karaciğer hastalığı geliştiğinde semptomlar ortaya çıkar. Kronik HCV gelişen hastaların hemen tamamına yakınında geçmişte bir akut hepatit geçirme hikâyesi veya hastalıkla ilgili bir şikâyet bulunmamaktadır.<sup>[10]</sup>

Kronik HCV tedavisinde en büyük hedef, siroz ve hepatoselüler kanser gelişimini ve bunlara bağlı olarak oluşan ölümleri önleyebilmektir. Günümüzde tüm kronik HCV hastaları potansiyel tedavi adayı olarak değerlendirilmektedirler. Günümüzde kombine 'peginterferon ve ribavirin' tedavisi standart tedavi olarak uygulanmaktadır. Bu tedavinin daha da etkin hale getirilebilmesi için ise çalışmalar devam etmektedir.<sup>[11,12]</sup>

Pegile interferonlar, interferon (Peg INF) molekülünün bir polietilen glikole bağlanmasıyla oluşturulmuştur. Bu şekilde oluşan molekülün renal klirensi azalmış, yarılanma süresi uzamıştır.<sup>[13]</sup>

Bu çalışmada bölgemizdeki anti-HCV seropozitif kişilerde, moleküler yöntemlerle tespit edilen HCV-RNA viral yük miktarları incelenerek akut enfeksiyon sonrası kendiliğinden iyileşme, kronikleşme, tedaviye yanıt, ve relaps durumlarının ve bunların cinsiyet ile ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Geriye dönük olarak elde edilen verilerle yapılan tanımlayıcı çalışmanın materyelini Ocak 2005-Aralık 2009 tarihleri arasında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarlarında, daha önce HCV enfeksiyonu ön tanısı almış (anti-HCV pozitif) hastaların kan serumlarında moleküler yöntemlerle çalışılan HCV-RNA testlerinin sonuçları oluşturmuştur.

Mikrobiyoloji laboratuvarlarında anti-HCV ölçümleri, ARCHITECT İ. 2000 SR (ABBOTT) ve AXSYM (ABBOTT) cihazlarında ELISA yöntemi ile yapılmış ve ayrıca Inno-Lia HCV Score (INNOGENETICS) kitleleri kullanılarak Line immunoassay yöntemi ile doğrulanmıştır. HCV-RNA testleri ise PCR yöntemiyle (COBAS TaqMan HCV Test, v2.0) çalışılmıştır. Hastaların belirli zaman aralıklarında çalışılan bütün HCV-RNA testlerinin sonuçları, laboratuvar kayıtları ve hasta dosyalarından geriye dönük olarak incelenmiştir.

Bu çalışmada enfeksiyonun doğal seyri hakkında fikir edinebilmek amacıyla HCV enfeksiyonu yönünden henüz tedavi almamış anti-HCV testleri pozitif 347 hastanın HCV-RNA test sonuçları değerlendirilmiştir. Hastalarda tedaviye yanıt durumlarını görebilmek amacıyla, tedavileri süresince HCV-RNA test sonuçlarını kayıtlardan takip edebildiğimiz 185 hasta değerlendirmeye alınmıştır.

Araştırmamızın verileri SPSS (version 14.0) programına yüklenerek, ki-kare testi ve iki yüzde arasındaki farkın önemlilik testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerimiz tablolarda katılımcı sayısı ve yüzdesi şeklinde belirtilip, yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

Araştırmamız Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul Başkanlığı'nın 12.02.2008 tarih ve 2008-1/4 numaralı uygunluk kararı ile yapılmıştır.

## Bulgular

Bu çalışmada, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji laboratuvarlarında 2005-2009 yılları arasında anti-HCV pozitif saptanan ve henüz tedavi almamış olan 347 hastanın HCV-RNA test sonuçları değerlendirildi. Bu hastaların HCV-RNA test sonuçları cinsiyet dağılımlarına göre ele alındığında, anti-HCV test sonuçları seropozitif olan kadınların %76.1'inde ve erkeklerin %82.9'unda HCV-RNA testi (+) saptandı. İki cinsiyet arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $\chi^2=2.325$ ;  $p>0.05$ ). Anti-HCV pozitif 347 hastada HCV-RNA sonuçları ve cinsiyete göre dağılımı **Tablo 1**'de gösterilmiştir.

Araştırmamızda interferon ve ribavirin tedavisi alan toplam 185 hastanın HCV-RNA sonuçları kayıtlardan izlenmiş olup, bu hastaların tedaviye yanıtı, yanıtızlığı ve relaps oranları, cinsiyet dağılımları ile birlikte sayı ve yüzde olarak **Tablo 2**'de belirtilmiştir. Tedavi sonuçları takip edilen hastalardan tedavilerinin 12. haftasında HCV-RNA sonuçlarında negatifleşme veya en az 2 log düşüş görülmeyen hastalar, tedaviye dirençli olarak değerlendirildi. Tedavilerinin sonunda ve sonrasında 6 ay içerisinde HCV-RNA sonuçlarında herhangi bir pozitiflik görülmemesi, tedaviye olumlu cevap olarak kabul edildi. Tedavinin 12. haftasında tedaviye direnç göstermeyen, ancak daha sonraki normal tedavi sürecinde HCV-RNA sonuçlarında tekrar yükselmeler gösteren

hastalar ise relaps/tekrarlama olarak değerlendirildi. Tedaviye alınan hastalar cinsiyet yönünden karşılaştırıldığında, tedaviye olumlu cevap kadınlarda %58.6 olarak bulunurken, bu oran erkeklerde %52.7 olarak tespit edildi. Ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ( $\chi^2 = 0.78$ ;  $p > 0.05$ ).

## Tartışma

Virüslerle bulaşan hepatitler arasında HCV'nin önemi gittikçe artmaktadır. Kronik viral hepatitlerin %40'ı HCV nedeniyle olup, her yıl 10.000 kişinin ölümüne yol açmaktadır. Parenteral bulaş dışında bulaş şekillerinin de gösterilmiş olması, virüsün önemini daha da artırmaktadır.<sup>[6]</sup>

Araştırmamızda, anti-HCV testi seropozitif hastalarda HCV-RNA pozitif ve negatiflikleri araştırılmıştır. Bunun için anti-HCV testi pozitif olan ve HCV enfeksiyonu yönünden henüz hiç tedavi almamış 347 hasta çalışmaya alınmıştır. Hiç tedavi almamış olan bu gruptaki hastaların %21'inin kan serumunda anti-HCV testi pozitif bulunurken, HCV-RNA testinin negatif olması, bu kişilerde akut HCV enfeksiyonunu takiben iyileşmenin olduğuna işaret etmektedir. Diğer taraftan bu hastaların büyük çoğunluğunda (%79), 3-6 aylık dönemlerde tekrar yapılan moleküler testlerde HCV-RNA'ların kaybolmaması, bu kişilerde enfeksiyonun, akut dönemin ardından kronikleştiğini göstermektedir (Tablo 1).

Başka ülkelerde ve ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda bizim sonuçlara benzer kronikleşme oranları bildirilmiştir.<sup>[14-20]</sup> Kendal ve ark.<sup>[21]</sup> Güneydoğu Anadolu bölgesinde yaptıkları bir çalışmada, anti-HCV pozitif hastaların %56'sında HCV-RNA testini pozitif bulmuşlardır. Bu oran bizim araştırmamızdaki sonuçlara göre daha düşük düzeydedir. Bu durumun araştırmalardaki hasta sayıları ile ilişkili olabileceğini düşünmekteyiz.

Yapılan bazı çalışmalarda erkek cinsiyet HCV kronikleşmesinde bir risk faktörü olarak bildirilmektedir.<sup>[22]</sup> Bizim çalışmamızda kronikleşme oranının, erkeklerde kadınlara göre biraz daha yüksek bulunması istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0.05$ ; Tablo 1). Yurdumuzda yapılan farklı çalışmalarda araştırmacılar, HCV enfeksiyonu ile cinsiyet dağılımı arasında, araştırmamıza paralel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını bildirmişlerdir.<sup>[21,23,24]</sup>

Araştırmamızda, tedavi alan, tedavi süresinde ve sonrasında kontrol sonuçlarına ulaşabildiğimiz toplam 185 hasta ayrıca incelenmiştir. Bu hastaların %56'sında tedaviye olumlu cevap alındığı, tedavi süresinde ve tedaviden sonraki 6 aylık dönemde yapılan takipleri sonucunda, HCV-RNA testinin negatif bulunduğu (kalıcı virolojik yanıt) tespit edilmiştir. Buna karşın, %40'ında ise tedaviye yanıt alınmadığı ve HCV-RNA testinin pozitif çıkmaya devam ettiği (yanıtsızlık) anlaşılmıştır. Enfeksiyonun tekrarlamaya/relaps oranı ise oldukça düşüktür (%4).

**Tablo 1.** Anti-HCV pozitif 347 hastada HCV-RNA sonuçları ve cinsiyete göre dağılımı\*

Testler		Hasta		Toplam
		Kadın	Erkek	
HCV-RNA (+)	Sayı	153	121	274
	%	76.1	82.9	79.0
HCV-RNA (-)	Sayı	48	25	73
	%	23.9	17.1	21.0
Anti-HCV (+)	Sayı	201	146	347
	%	100.0	100.0	100.0

\*( $\chi^2=2.325$ ;  $p>0.05$ )

HCV enfeksiyonu taşıyan hastaların tedavisi ile ilgili olarak yurt dışında<sup>[25-28]</sup> ve yurdumuzda<sup>[29,30]</sup> yapılan bazı çalışmalarda da bizim sonuçlara benzer kalıcı virolojik yanıt oranları bildirilmiştir. Gedik ve arkadaşları,<sup>[31]</sup> genel anlamda ribavirin ile birlikte kullanılan farklı interferonların etkinliklerini karşılaştırdıkları bir çalışmada, HCV enfeksiyonu taşıyan hastalarda kalıcı virolojik yanıt oranını klasik interferon grubunda %63, pegile interferon grubunda ise %73 olarak bulmuşlardır. Bulunan bu interferon değerleri arasındaki farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı da araştırmacılarca bildirilmiştir. Aygen ve arkadaşlarının<sup>[32]</sup> yaptıkları çok merkezli bir çalışmada, HCV taşıyan 22 hastanın 44 hafta süre ile tedavi edildiklerinde, hastaların %70'inde kalıcı virolojik yanıt alındığı bildirilmiştir. Yine bu çalışmada hastaların %10'unda relaps görüldüğü bildirilmiştir. Bu sonuçlar, araştırmamızdaki sonuçlara göre daha yüksektir. Aygen ve arkadaşlarının çalıştığı 22 hastanın yaş, cinsiyet, karaciğer harabiyeti durumu, genel sağlık durumu gibi özelliklerinin bu farklılıkta rol oynamış olabileceği düşünülmektedir. Özgünefi ve arkadaşları<sup>[33]</sup> da standart interferon grubunda %58, pegile interferon grubunda ise %67'lik kalıcı virolojik yanıt oranları elde ettiklerini bildirmişlerdir. Bu çalışmada alınan sonuçların, bizim sonuçlara oldukça yakın olduğu görülmektedir. Sünbül ve arkadaşları<sup>[34]</sup> ise 87 kronik HCV hastası ile yaptıkları bir çalışmada, tedavi alan hastaların %52'sinde kalıcı virolojik yanıt elde ettiklerini bildirmişler ve kombine HCV tedavisi alan

**Tablo 2.** Tedavi alan 185 hastada tedaviye yanıt durumları ve cinsiyete göre dağılımı\*

Testler		Hasta		Toplam
		Kadın	Erkek	
Tedaviye yanıt (+)	Sayı	65	39	104
	%	58.6	52.7	56.2
Tedaviye yanıt (-)	Sayı	42	31	73
	%	37.8	41.9	39.5
Tekrarlamaya (relaps)	Sayı	4	4	8
	%	3.6	5.4	4.3
Toplam	Sayı	111	74	185
	%	100	100	100

\*( $\chi^2=0.789$ ;  $p>0.05$ )

hastalarda %5.2-6.1 oranlarında relaps bulmuşlardır. Orta-ya çıkan bu sonuçlar bizim sonuçlarımızla uyumludur.

Araştırmamızda tedavi alan hastalarda tedaviye cevap durumlarının cinsiyetlere göre dağılımı da incelenmiş, ancak erkek ve kadın hastalar arasında cinsiyet yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

## Sonuç

Sonuç olarak, HCV enfeksiyonunun yüksek oranda kronikleştiği ve tedavi başarılarının, kısmen yükselmiş olmasına rağmen, hala arzu edilen düzeyde olmadığı görülmektedir. Bu nedenlerle en önemli noktanın, hastalığın bulaş yollarının iyi bilinmesi ve bulaşın önlenmesi için gerekli tüm önlemlerin alınması olduğunu düşünmekteyiz.

## Kaynaklar

- Kara İH. Akut viral hepatit C. *Türk Aile Hek Derg* 2008;12:89-94.
- Post J, Rtanarajah S, Lloyd AR. Immunological determinants of the outcomes from primary hepatitis C infection. *Cell Mol Life Sci* 2009;66:733-56.
- Kupfer B. HCV-Virology. In: Mauss S, Berg T, Rockstroh J, Sarrazin C, Wedemeyer H, editors. Hepatology. Düsseldorf: Flying Publisher; 2009. p. 75-88.
- Naggie S. Management of hepatitis C virus infection: the basics. *Top Antivir Med* 2012;20:154-61.
- Poyraz Ö. Genel ve Özel Tıbbi Viroloji. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları; 1998. p. 216.
- Sırmatel F. Viral hepatitler ve korunma. *Clinic Medicine* 2007;3:5-9.
- Pfaller MA. Molecular biology. In: Isenberg HD, editor. Washington. Essential Procedures for Clinical Microbiology. Washington, DC: ASM Press; 1998. p. 579-668.
- Akhan S. Virüs Enfeksiyonları. Hepatit C virüsü. Enfeksiyon Hastalıkları ve Mikrobiyolojisi'nde. Ed. Topçu AW, Söyletir G, Doğanay M. 3. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2008. s. 1911-27.
- Kamal S. Acut hepatitis C. A systematic review. *Am J Gastroenterol* 2008; 103:1283-9.
- Akinci E, Bodur H. HCV enfeksiyonunda klinik ve tanı. *Viral Hepatit 2007'de*. Ed. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği; 2007. s. 220-5.
- Tahan V, Kalaycı C. Kronik hepatit C güncel tedavisi. *Viral Hepatit 2007'de*. Ed. Tabak F, Balık İ, Tekeli E. İstanbul: Viral Hepatitle Savaşım Derneği; 2007. s. 246-50.
- Thomas DL. Advances in the treatment of hepatitis C virus infection. *Top Antivir Med* 2012;20:5-10.
- Usluer G. Kronik Hepatit C'de güncel tedavi. *Ankem Dergisi* 2008;22:57-60.
- Ezzikouri S, Alaoui R, Rebbani K, ve ark. Genetic variation in the interleukin-28B gene is associated with spontaneous clearance and progression of hepatitis C virus in Moroccan patients. *PLoS One* 2013;8:e54793.
- Tolmane I, Rozentale B, Keiss J, Arsa F, Brigis G, Zvaigzne A. The prevalence of viral hepatitis C in Latvia: a population-based study. *Medicina (Kaunas)* 2011;38:134-6.
- Boykinova OB, Stoilova YD, Tsvetkova TZ, Baltadjev IG. Epidemiological, immunological and clinical characteristics of acute hepatitis C. *Folia Med* 2009;51:61-9.
- Soriano V, Mocroft A, Rockstroh J, et al. Spontaneous viral clearance, viral load and genotype distribution of hepatitis C virus (HCV) in HIV infected patients with anti HCV antibodies in Europe. *J Infect Dis* 2008; 198:1337-44.
- Özekinci T, Atmaca S, Akbayın H. Correlation of high sensitive C-reactive protein and hepatitis C virus RNA in anti-HCV positive sera. *Dicle Tıp Dergisi* 2011;38:134-6.
- Helvacı M, Dayıoğlu H, Algın MC, Coşar E, Soyucen E. Hepatitis C virus infection may always terminate with chronic manifestations of it if life span of the human being would be enough. *Dumlupınar Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2005;9:187-94.
- Yumuk Z, Sayan M, Çalişkan Ş. Kronik hepatit C hastalarında oto antikorların HCV RNA düzeyi ile ilişkisi. *İnfeksiyon Dergisi* 2008;22:29-34.
- Kendal Y, Değertekin H, Akkız H. HCV genotypes in HCV related chronic hepatitis in Southeast Anatolia. *Türk J Gastroenterol* 1999;10:249-52.
- Poynard T, Bedossa P, Opolon P. Natural history of liver fibrosis progression in Patients with chronic hepatitis C The obsvirc, metavir, clinivir and dosvirc groups. *Lancet* 1997;349:825-32.
- Tonbul Z, Selçuk Y, Taşyaran M, San A, Çapoğlu İ, Çetinkaya R. Kronik HCV enfeksiyonu olan hemodiyaliz hastalarında anti HCV IgM'in viremi (HCV RNA) ile ilişkisi. *Türk Neph Dial Transpl* 1998;1:18-20.
- Kurt H, Battal İ, Memikoğlu O, Yeşilkaya A, Tekel E. Ankara bölgesinde sağlıklı bireylerde HAV, HBV, HCV seropozitifliğinin yaş ve cinsiyete göre dağılımı. *Viral Hepatit Dergisi* 2003;8:88-96.
- Hu CC, Lin CL, Kuo YL, ve ark. Efficacy and safety of ribavirin plus pegylated interferon alfa in geriatric patients with chronic hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther* 2013;37:81-90.
- Urquijo JJ, Diago M, Boadas J, et al. Safety and efficacy of treatment with pegylated interferon alpha-2a with ribavirin in chronic hepatitis C genotype 4. *Ann Hepatol* 2013;12:30-5.
- Berg T, Chrichtop S, Hermann E, et al. Prediction of treatment outcome in patients with chronic hepatitis C: significance of baseline parameters and viral dynamics during therapy. *Hepatology* 2003;37:600-9.
- Escudero A, Rodriguez F, Serra MA, Del Olmo JA, Montes F, Rodrigo JM. Pegylated alpha-interferon 2a plus ribavirin compared with pegylated alpha-2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C virus. Prospective, non-randomized study. *J Gastroenterol Hepatol* 2008;23:861-6.
- Akhan S, Aymoğlu A, Sargın E, Sayan M. Kronik hepatit C hastalarının yıllık tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi. *Klinik Dergisi* 2010;23:39-43.
- Gürbüz Y, Pifık N, Tütüncü E, Türkyılmaz R. Kronik hepatit C'li hastalarda IFN-2b ile indüksiyon ve ribavirin kombinasyon tedavisi. *Viral Hepatit Dergisi* 2005;10:15-8.
- Gedik H, Uludağ H, Yahyaoglu M, Müderrisoğlu C, Fincancı M. Kronik hepatit C tedavisinde ribavirin ile birlikte kullanılmakta olan klasik interferon veya pegile interferonun etkinliği ve ilaca bağlı yan etkileri açısından karşılaştırılması. *Nobel Med* 2008;4:19-25.
- Aygen B, Yıldız O, Çaylan R ve ark. Kronik C hepatitli hastalarda interferon alfa 2a + ribavirin indüksiyon tedavisi çok merkezli araştırma sonuçları. *Viral Hepatit Dergisi* 2004;9:123-9.
- Özğünefi N, Sargın F, Yazıcı S ve ark. Kronik hepatit C'li hastalarda standart interferon + ribavirin kombinasyonu ile pegile interferon + ribavirin kombinasyonlarının tedavi etkinliği. *Viral Hepatit Dergisi* 2006;11:61-4.
- Sünbül M, Kuruoğlu T, Horoz İH, Esen Ş, Eroğlu C, Leblebicioğlu H. Kronik hepatit C tedavisi alan hastalarda uzun dönem kalıcı virolojik yanıt oranları. *Viral Hepatit Dergisi* 2008;13:7-11.

Geliş tarihi: 02.11.2012

Kabul tarihi: 22.02.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 01.04.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Cem Çelik

Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı 34590 Sivas

e-posta: ccelik@cumhuriyet.edu.tr



# 5-15 yaş arası astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri

## Sociodemographic characteristics and risk factors of children 5-15 years of age with asthma

Nurgül Önder<sup>1</sup>, Sami Hatipoğlu<sup>2</sup>, Betül Battaloğlu İnanç<sup>3</sup>, Derya Sıkar<sup>4</sup>

### Özet

**Amaç:** Bir astım allerji polikliniğine başvuran astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada 1 Ocak 2005–31 Aralık 2005 tarihleri arasında, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Astım Alerji Polikliniği'nde astım tanısıyla izlenen, 5-15 yaşları arasındaki 450 hastanın dosyaları retrospektif olarak taranıp, hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalığın başlama yaşı, risk faktörleri araştırılmıştır.

**Bulgular:** Olguların %60.9'u erkek, ortalama yaş 8.4±2.7 ve semptomların başlama yaşı ortalama 3.6±2.7 idi. Hastaların %95.6'sı düşük gelirli olduklarını belirten ailelere sahipken, %46.4'ü ısınmada kömür kullanıyor, %67.1'i nemli ortamda yaşıyordu. Son bir yıl içerisinde acile başvuranların oranı %66.7 iken, hastaneye yatırılma oranı %10.9 olarak bulundu.

**Sonuç:** Çalışmamızda değerlendirilen astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri literatür ile uyumlu bulunmuştur.

**Anahtar sözcükler:** Astım, tütün kullanımı, anne sütü.

### Summary

**Objective:** The aim of the study is to determine socio-demographic characteristics and risk factors of children admitted to an outpatient asthma clinic of a research and training hospital.

**Methods:** In this descriptive study, records of 450 children 5-15 years of age with diagnosis of asthma admitted to Asthma and Allergy Outpatient Clinic of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Research and Training Hospital between January and December 2005 were evaluated retrospectively. Data regarding socio-demographic characteristics, age at onset of the disease and risk factors were analyzed with Student's t test, Mann Whitney U test and chi-square test. The study was approved by the ethics committee (03.04.2007/57) of Bakırköy Dr. Sadi Konuk Training and Research Hospital.

**Results:** Among the participants 60.9% were male, mean age was 8.4±2.7 and mean age at onset of the symptoms was 3.6±2.7. 95.6% of the participants were coming from low-income families. 46.4% were using coal stove for heating and 67.1% were living in a humid house. Among the children, 66.7% were admitted to an emergency clinic during last year and 10.9% were hospitalized.

**Conclusion:** Socio-demographic characteristics and risk factors of children evaluated in our study were consistent with the literature.

**Key words:** Asthma, smoking, breast feeding.

Çocukluk çağı kronik hastalıkları arasında birinci sıklıkta görülen astım, en çok çocuklukta olmak üzere, her yaşta ortaya çıkabilmektedir. Hastaların %30'u bir yaşında, %80-90'ı ise 4-5 yaşlarında semptomatik hale gelmektedir. Çocuklukta başlayan astım, sıklıkla adolesan dönemde remisyona uğramaktadır. Ama ağır hastalığı olanlar erişkin yaşa geldiklerinde, kalıcı ağır astım hastası olmaktadır.<sup>[1]</sup> Astım yıllar geçtikçe prevalansı, morbidite-

tesi, mortalitesi artan bir hastalık haline gelmiştir. Prevalans oranı ılıman iklimli, ekonomik açıdan gelişmiş ülkelerde en yüksektir; kırsal kesimde ve ekonomik açıdan gelişmekte olan ülkelerde düşük olma eğilimindedir ve yaşam tarzındaki refahın artmasıyla oran yükselmektedir.<sup>[2]</sup>

Astım prevalansındaki artışın sebebi bilinmemektedir. Prematür bebeklerin yaşam şansının ve annelerde sigara içiciliğinin artmasının yanı sıra, tanı ve tedavi yöntemlerin-

<sup>1)</sup> Uşak Gülsüm Aydoğan Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimliği Uzmanı, Uşak

<sup>2)</sup> Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Doç. Dr., İstanbul

<sup>3)</sup> Mardin Artuklu Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Yard. Doç. Dr., Mardin

<sup>4)</sup> Düzce Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği, Aile Hekimliği Uzmanı, Düzce

deki ilerlemelerle astım tanısının daha erken yaşlarda konulabilmesi, çocuklardaki astım sıklığının artışıyla açıklanan nedenler arasındadır.<sup>[3,4]</sup> Astımlı çocukların aile bireylerinde astım, allerjik rinit, atopik dermatit gibi hastalıkların bulunması bu hastalıkların ortak bir ailesel ya da kalıtsal temeli olduğunu düşündürmektedir.<sup>[1]</sup> Anne ya da babanın biri astımlı ise doğacak bebeğin astımlı olma riski %20 - 30'larda iken, anne ve babanın her ikisi de astımlı ise bu olasılık %60-70'lere yükselmektedir.<sup>[5]</sup>

Başka bir sorumlu da, %80-%85 oranında allerjenlerdir. Allerji dışında nonspesifik çevresel faktörler, sigara dumanı, hava kirliliği, duygusal stres ve enfeksiyonlar astım atağını başlatabilir.<sup>[6]</sup> Tekrarlayan hışıltı, öksürük ve dispne ile karakterize ataklarla seyreden ve havayollarının kronik inflamatuvar bir hastalığı olan astım, bir kısım hafif semptomlu çocukta, hiç solunum sıkıntısı olmaksızın sadece öksürük atakları şeklinde görülebilir.<sup>[7]</sup> Astım tanısının klinik bir tanı olduğu unutulmamalıdır. Bu tanı özgeçmiş ve soygeçmiş öyküleriyle, çevresel faktörlerin irdelenmesiyle desteklenmeli, yardımcı laboratuvar yöntemleriyle pekiştirilmeli ve olası bazı benzer hastalıklar dışlanmalıdır.<sup>[8]</sup>

Bu çalışmada, astım-allerji polikliniğine başvuran çocukların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmada Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Astım Alerji Polikliniğinde, 1 Ocak 2005–31 Aralık 2005 tarihleri arasında, astım tanısıyla izlenen, 5-15 yaşları arasındaki 450 hastanın dosyaları retrospektif olarak taranıp, hastaların sosyodemografik özellikleri ve risk faktörleri değerlendirilmiştir. Çalışma için etik kurul onayı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden alınmıştır (03.04.2007/57).

Araştırma sırasında dosyalardan, hastaların demografik özellikleri, anne-baba yaşları ve eğitim düzeyleri, evin ısıtma özellikleri, nemli olup olmaması, evdeki birey sayısı, evde sigara içilip içilmemesi, ev yaşantısında herhangi bir allerjen olup olmadığı (halı, çiçek, tüylü oyuncak, evcil hayvan dahil), ailenin astım açısından genetik yatkınlığı, çocuğun anne sütü alımı araştırıldı. Hastaların her birinin başlangıç semptomları, hastalığın belirteçlerinin sıklığını görmek amacıyla öksürük, hışıltı, nefes darlığı, tıkanma, hapsirik, vücutta kaşıntı şeklinde kategorilere ayrıldı. Semptomlarının mevsimlerle ilişkisini görmek açısından, şikayetlerinin belirttiği ya da arttığı dönemler not edildi. Hastaların son bir yıl içinde atak nedeniyle acile başvurularının olup olmadığı ya da hastaneye yatırılıp yatırılmadığı araştırıldı.

Taranan hasta dosyalarından, 5-15 yaş sınırı dışında kalanlar, astım dışında başka kronik bir hastalığı olan ve ilaç kullananlar (tüberküloz, konjenital kalp hastalığı, immün yetmezlik vd.) ve düzenli kontrollere gelmeyenler çalışmaya dahil edilmedi. Veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 10.0 programına girilerek tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) yapıldı.

## Bulgular

Yüzde 39.1'i kız, %60.9'u erkek olan çocukların yaşları 5 ile 15 arasında değişmekte olup, ortalama yaş  $8.4 \pm 2.7$  idi. Hastalık belirtilerinin başlangıç yaşı bir ile 14 arasında değişmekteydi (ortalama başlangıç yaşı  $3.6 \pm 2.7$ ). Hastaların %32'sinde hastalık belirtileri iki yaş öncesinde başlarken, %43.8'inde 2-5 yaş arasında, %22.7'sinde 6-10 yaş arasında ve %1.6'sında ise 11 yaş ve üzerinde başlamıştı.

Astımlı çocukların anne ve babalarının yaşları ise sırası ile 19-53 ve 22-61 yaş arasında değişmekteydi. Ebeveynlerin %49.8'i (224 ebeveyn) kendilerini düşük gelirli olarak tanımlarken %45.6'sı (205 ebeveyn) orta, %4.7'si ise (21 ebeveyn) yüksek gelirli olarak tanımlamışlardı. Annelerin %20.4'ü (92 anne) ve babaların %57.6'sının (258 baba) sigara kullandığı saptanmıştı. Yalnızca %1.6 (annelerin) ve %4.6 (babaların) yüksek okul ya da üniversite mezunu olan anne ve babaların öğrenim durumuna göre dağılımları **Tablo 1**'de verilmiştir.

Olguların %23.6'sının (106 hasta) ailesinde astım öyküsü bulunmakta olup, %93.6'sı (421 hasta) anne sütü almıştı. Son bir yıl içerisinde acile başvuranların oranı %66.7 (301 hasta) iken, hastaneye yatırılma oranı %10.9 (49 hasta) idi. Çalışmaya alınan astımlı çocukların çoğunluğunun (%60.9) evinde beş kişiden daha az insan yaşamaktaydı. Çoğu nemli olan (%67.1) evlerde ısıtma aracı olarak genellikle soba (%67.5) ve kalorifer (%30.5), yakıt olarak ise doğal gaz (%51.6) ve kömür (%46.4) kullanılmakta idi. Hastaların yaşadıkları ortama ait özellikler **Tablo 2**'de gösterilmiştir.

Hastalarda en sık görülen başlangıç yakınması öksürük (%97.8), hışıltı (%65.3) ve nefes darlığı (%60.0) idi.

**Tablo 1.** Anne ve babaların eğitim durumu

Eğitim durumu	Anne		Baba	
	S	%	S	%
Okuma yazma yok/ilkokul	307	68.4	192	42.7
Ortaokul	103	22.9	171	38.0
Lise	32	7.1	69	15.3
Yüksekokul-Üniversite	8	1.6	18	4.0
Toplam	450	100	450	100

Hastalık belirtileri en çok kış (%51.3), kış-ilkbahar (%25.4) ve sonbahar (%18.9) aylarında aktive olmaktadır. Hastalarda görülen başlangıç belirtileri ile semptomların aktive olduğu mevsimlerin dağılımı sırası ile **Tablo 3** ve **4**'te verilmiştir.

## Tartışma

Çalışmamızda elde edilen verilere göre astım bronşiyale, hayatın ilk beş yılında daha fazla görülmektedir. Bu konuda yapılan farklı birçok çalışmada da, benzer sonuçlar mevcuttur.<sup>[9,10]</sup> Bizim çalışmamızda ise astımın daha ender görüldüğü 5-15 yaş grubundaki çocuklar ele alınmış olmakla birlikte ortalama başlangıç yaşı 5'in altında bulunmuştur. Çalışma grubumuzdaki olguların cinsiyet dağılımına baktığımızda, %60.9 gibi yüksek bir oranla erkek cinsiyet üstünlüğü göze çarpmaktadır. Astımlı çocuklarda, ergenlik dönemine kadar, erkeklerin daha yüksek bir risk taşıdığını bildiren çalışmalar olduğu gibi,<sup>[11,12]</sup> farklı sonuçlar içeren çalışmalar da literatürde yer almaktadır.<sup>[13,14]</sup> Astım semptomlarının genel olarak puberte dönemine kadar erkeklerde, puberte ve sonrasında kadınlarda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Bu farklılık, hormonal nedenlere ve akciğer ile hava yollarının gelişiminin cinsiyete göre farklı olmasına bağlanmaktadır. Hava yolu boyutları, puberteye kadar kızlarda, puberte ve sonrasında ise erkeklerde daha büyüktür. Bu farklı anatomik gelişiminin, semptom duyarlılığında da farklılığa sebep olabileceği belirtilmektedir.<sup>[15]</sup>

Astım bronşiyalenin ortaya çıkmasında, ailesel yatkınlık kadar çevresel faktörlerin de büyük önem taşıdığı bilinmektedir. Çevresel risk faktörleri arasında dış ortam ve ev içi hava kirliliği büyük önem arz etmektedir.<sup>[16]</sup> Bu konuda yapılan araştırmalarda ev ortamının nemliliği, kalabalıklığı, çocukların evde ya da kreş gibi bakım evlerinde sigara dumanına maruziyeti ev ortamında çiçek, tüylü oyuncak, halı, yün yatak gibi akarların yaşaması için elverişli olabilecek kişisel eşyaların bulunup bulunmamasına kadar birçok etkenin astım hastalığıyla olan ilişkisi araştırılmıştır. Çalışmamızda değerlendirilen çocukların daha çok sobalı evlerde yaşadıkları, soba yakıtı olarak da çoğunlukla kömürün ve doğal gazın tercih edildiği görülmektedir. Çevik ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, astımlı çocukların %55'nin evlerinde sobanın kullanıldığı tespit edilmiştir.<sup>[17]</sup> Morris ve arkadaşlarının 58 kızılderi- li çocukta yaptığı araştırmada, evlerinde odun sobası kullanılan çocukların daha fazla alt solunum yolu hastalıkları riski taşıdıkları tespit edilmiştir.<sup>[18]</sup>

Çalışmamızda değerlendirilen astımlı çocukların %60.9'unun evinde beşten daha az kişi yaşamaktayken, %39.1'inin evinde yaşayan sayısı daha fazladır; bu anlamda hastalarımızın büyük kısmının çekirdek aile yapısına sahip olduklarını söyleyebiliriz. Ancak, hane halkı ile as-

tım hastalığı arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde birim metre karenin daha önemli olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda birim metrekare ile ilgili verilerin bulunmaması nedeni ile bu açıdan bir karşılaştırma yapmak mümkün olmamıştır. Strachan ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada yatak odalarındaki nemin hissi için önemli bir risk faktörü olduğu belirtilmiştir.<sup>[11,19]</sup>

**Tablo 2.** Katılımcıların yaşadıkları ortama ait özellikler

Ortam özellikleri	Sayı	Yüzde	
Evde yaşayan sayısı	<5	274	60.9
	>5	176	39.1
Kullanılan ısıtıcı	Soba	304	67.5
	Kalorifer	137	30.5
	Diğer	9	2.0
Kullanılan yakıt	Doğal gaz	232	51.6
	Kömür	209	46.4
	Elektrik	9	2.0
Nem durumu	Nemli	302	67.1
	Nemli değil	148	32.9
Evde sigara içilme durumu	İçiliyor	289	72.2
	İçilmiyor	111	27.8
Evde allerjen madde	Var	392	87.1
	Yok	58	12.9

**Tablo 3.** Hastalarda görülen başlangıç belirtilerinin dağılımı

	Sayı (450)	%
Öksürük	440	97.8
Hışıltı	294	65.3
Nefes darlığı	270	60.0
Tıkanma	83	18.4
Hapşırma	37	8.2

**Tablo 4.** Hastalarda görülen semptomların aktive olduğu mevsimler

Mevsimler	Sayı	%
Sadece Kış	231	51,3
Sadece Sonbahar	85	18,9
Sadece Yaz	2	0,4
Sadece ilkbahar	1	0,2
Kış ve ilkbahar	114	25,4
İlkbahar ve Yaz	8	1,8
Kış ve Yaz	3	0,7
Sonbahar ve Kış	1	0,2
Mevsimlerden Bağımsız	5	1,1
<b>Toplam</b>	<b>450</b>	<b>100</b>

Bizim çalışmamızdaki olguların çoğunluğunun yaşadıkları yerin nemli olduğu gözlenmiştir.

Ev içi ve ev dışı hava kirliliği, özellikle kış aylarında astım hastalarının semptomlarının artışı tetiklemektedir. Berktaş ve Bircan'ın Ankara'da yapmış oldukları çalışmada, kış ayları ve ilkbahar başında, acil servislere astım nedeni başvuru sayısındaki artışlarla, hava kirliliği arasında pozitif bir korelasyon olduğu bildirilmiştir.<sup>[20]</sup> Çalışmamızda da hastaların çoğunluğunun kış ve ilkbahar aylarında atak geçirdiği saptanmıştır. Öte yandan ev koşullarıyla ilgili olarak, %87.1'inin evinde alerjen grup-tan sayılan her hangi bir materyalin bulunduğu saptanmıştır. Ev akarları ev içi alerjenlerinin içinde en önemlisidir. Ev tozu akarlarına maruz kalmak, sensitizasyonda ve astım ataklarının ortaya çıkmasında tetikleyici risk faktörü olarak bilinmekte ve ayrıca astım hastalığı gelişimi-ne de katkıda bulunabileceği belirtilmektedir.<sup>[21]</sup>

Çalışmamızda özellikle babalarda olmak üzere ebeveynlerin sigara kullanımı ile evde sigara içilme oranları yüksek bulunmuştur. Buna benzer olarak bir çalışmada, astımlı çocukların ailelerinin %53'ünün sigara içtiği,<sup>[17]</sup> bir diğerinde ise çocukların %73.9'unun evinde en az bir kişinin sigara içtiği bulunmuştur.<sup>[22]</sup>

İleriye dönük uzun süreli çalışmalarda, ilk 4-6 ay sadece anne sütüyle beslenen ve ek gıdalara bu dönemden sonra başlanan çocuklarda, atopik hastalıkların görülme sıklığının daha az olduğu, bulaşıcı hastalıklara daha dirençli oldukları belirtilmiştir. Anne sütünün koruyucu özelliği muhtemelen özel içeriğinden ve yüksek doz inek sütü proteini ile karşılaşmayı geciktirmesinden kaynaklanmaktadır.<sup>[23]</sup> Özellikle yaşamın ilk dört-altı ayında sadece anne sütü ile beslenmenin, solunum yolu hastalıklarının insidansında azalma yapmasa da, solunum sistemi bulgularının şiddeti ve süresi üzerinde olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir.<sup>[24,25]</sup>

Bizim çalışmamızda incelenen 450 olgunun büyük çoğunluğu (%93.6) değişik sürelerle de olsa anne sütü almıştır. Ancak emzirme kalitesi ve süresinin kayıtlarda bulunmaması bu değer gerçeği yansıttığı konusunda şüpheye yol açmaktadır. Çalışma grubumuzda sadece astım bronşiyale tanılı anne, baba ve kardeş varlığını sorguladığımızda, 106 hastanın (%23.6) ailesinde astım öyküsü olduğu görülmüştür.

Atopik hastalıkların etyolojisinde, kişisel ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşiminin söz konusu olduğu ve kişisel faktörler içinde genetik faktörlerin rolünün de %50-70 civarında olduğu belirtilmiştir. Atopik hastalıkların doğal seyrinde, çevresel alerjenlere duyarlılık ile hastalıkların ortaya çıkışı arasında pozitif yönde güçlü bir ilişki olduğu belirtilmektedir.<sup>[26,27]</sup> Çalışmamızda aile öyküsünün düşük çıkmasının nedeni astım tanısı konmasında önceki yıllarda karşılaşılan güçlükler olduğu düşünülebilir.

## Sonuç

Araştırmada elde edilen sonuçlar incelendiğinde, başlangıç yaşının ortalamanın beş yaş altında olduğu, erkeklerde daha sık görüldüğü, soba ile ısınmanın ön planda olduğu, pek çoğunun evinde en az bir allerjen bulunduğu, bir çoğunun yaşadığı yerin nemli olduğu, atakların ağırlıklı olarak kış ve ilkbahar aylarında arttığı, evde sigara maruziyetinin yüksek olduğu gözlenmektedir. Aile öyküsünün sıklığı konusundaki farklı sonucun yeni çalışmalarla doğrulanması gerekir.

## Kaynaklar

1. Dağlı E, Karakoç F. Dünyada ve Türkiyede çocuklarda astım epidemiyolojisi. In: Kut A, editor. Çocuk Göğüs Hastalıkları. 1. baskı. İstanbul: Nobel Kitabevi; 2007. s. 69-73.
2. Weinberg EG. Urbanization and childhood asthma: an African perspective. *J Allergy Clin Immunol* 2000;105:224-31.
3. Joseph CL, Foxman B, Leickly FE, et al. Prevalence of possible undiagnosed asthma and associated morbidity among urban schoolchildren. *J Pediatr* 1996;129:735-42.
4. Weis ST. Asthma Epidemiology risk factors and natural history In: Bierman CW,ed. Allergy, asthma and immunology from infancy adulthood. 6th ed. Philadelphia:W. B. Saunders Company; 1995. p. 472-84.
5. The Collaborative Study on the Genetics of Asthma (CSGA). A genome-wide search for asthma susceptibility loci in ethnically diverse populations. *Nat Genet* 1997;15:389-92.
6. Turктаş H. Astım Patogenezi. 2. baskı. Ankara: Bozkır Matbaası; 1996. s. 95-106.
7. Cokugras H, Akcakaya N, Seckin I, et al. Ultrastructural examination of bronchial biopsy specimens from children with moderate asthma. *Thorax* 2001;56:25-9.
8. Martinez FD, Wright AL, Taussig LM, et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. *N Engl J Med* 1995;332:133-8.
9. Phelean PD, Robertson CF, Olinsky AO. The Melbourne Asthma Study: 1964-1999. *J Allergy Clin Immunol* 2002;109:189-94.
10. Turктаş İ. Çocuktan erişkine astımın doğal seyri. *Türk Toraks Dergisi* 2004; 5:25-30.
11. Cevik D, Ecevit C, Altinoz S ve ark. Hışıtlı çocuklarda risk faktörleri ve etiyoloji. *Türk Toraks Dergisi* 2007;8:149-55.
12. Myake Y,Yura A, Iki M. Cross-sectional study of allergic disorders in relation to familial factors in Japanese adolescents. *Acta Paediatr* 2004;93:380-5.
13. Sherriff A, Peters TJ, Henderseon J, et al. Risk factor associations with wheezing patterns in children followed longitudinally from birth to 3(1/2) years. *Int J Epidemiol* 2001;30:1473-84.
14. Ferguson DM, Crane J, Beasley R, et al. Perinatal factors and atopic disease in childhood. *Clin Exp Allergy* 1997; 27:1394-401.
15. Yorgancıoğlu A. Kadınlarda astım ile ilgili özel durumlar. In: Kalyoncu F, ed. Bronş Astması. 1. baskı. İstanbul: Atlas Kitapçılık; 2001. s. 101-3.
16. Polatdemir Emek B, Güneş Bülbül L, Altınel N. Astım tanısı alan 5-15 yaş arası çocuklarda anne sütü ile beslenme süresi ve inek sütüne başlama zamanının astım gelişimi üzerine etkisi. *J Child* 2011;11:19-25.
17. Çevik Ü, Taş F. Astımlı çocukların sosyodemografik özellikleri ve astımı uyaran etkenlerin incelenmesi. 4. Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, 2004:472.
18. Morris K, Morganlander M, Coulehan JL, et al. Wood-burning stoves and lower respiratory tract infection in America Indian Children. *AJDC* 1990; 144:105-8.

19. Strachan DP, Carey IA. Home environment and severe asthma in adolescence: a population based case-control study. *BMJ* 1995;311:1053-6.
20. Berktaş BM, Bircan A. Ankarada atmosferik sülfür dioksit ve partiküler madde konsantrasyonlarının astım nedenli acil servis başvurularına etkisi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2003;51:231-8.
21. Shin JW, Sue JH, Song TW, et al. Atopy and house dust mite sensitization as risk factors for asthma in children. *Yonsei Med* 2005;46:629-34.
22. Kalyoncu F. Bronsial astımının Türk toplumundaki epidemiyolojisi. *Aktüel Tıp Dergisi* 1996;1:159-60.
23. Halcken S. Prevention of allergic disease in childhood:clinical and epidemiological aspects primary and secondary allergy prevention. *Pediatr Allergy Immunol* 2004;15:9-32.
24. Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, et al. Factors in influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. *Tborax* 2001;56:192-7.
25. Oddy WH, Peat JK, de Klerk NH. Maternal asthma, infant feeding, and risk of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 2002;110:65-7.
26. Kulig M, Bergmann R, Klettke U, et al. Naturel course of sensitization to food and inhalant allergens during the first 6 years of life. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:1173-9.
27. Illi S, von Mutius E, Lau S, et al. The pattern of atopic sensitization is associated with the development of asthma in childhood. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:709-14.

Geliş tarihi: 14.12.2012

Kabul tarihi: 26.02.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 27.03.2013

**Çıkar çakışması:**

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

**İletişim adresi:**

Yard. Doç. Dr. Betül Battaloğlu İnanç

Mardin Artuklu Üniversitesi

Sağlık Yüksekokulu, Mardin

e-posta: betulbattaloglu00@gmail.com

# Tıp fakültesi ve konservatuvar öğrencilerinde fibromiyalji sıklığının karşılaştırılması

## Comparison of fibromyalgia prevalence in medical school and music academy students

Ümit Seçil Demirdal<sup>1</sup>, Nazlı Şensoy<sup>2</sup>, Didem Darıcı<sup>3</sup>, Bengü Türemenoğulları<sup>3</sup>, Mehmet Sezen<sup>4</sup>, Ömer Kenanoğlu<sup>5</sup>

### Özet

**Amaç:** Fibromiyalji sendromu (FMS), eklem dışı tutulumla giden, yaygın vücut ağrısı ve hassas noktaların varlığı ile karakterize kronik bir hastalıktır. FMS'nin patogeneğinde psikososyal stres risk faktörleri arasında yer almaktadır. Son yıllarda kronik ağrının tedavi basamakları içerisinde sakinleştirici ve dinlendirici etkisi nedeniyle müzik ile tedavi yer almaktadır. Bu çalışmanın amacı uzun süreli ve yoğun bir eğitim programı sebebiyle stres faktörünün daima hissedildiği Tıp Fakültesi öğrencilerinde ve müziğin olumlu etkisinin hissedilebileceği Devlet Konservatuvarı öğrencilerinde FMS sıklığının saptanması ve karşılaştırılmasıdır.

**Yöntem:** Bu tanımlayıcı çalışmaya Tıp Fakültesi'nden 258 ve Devlet Konservatuvarı'ndan 184 öğrenci dahil edildi. FMS tanısı Amerikan Romatoloji Derneği'nin (ACR) 1990 kriterlerine göre kondu. Veriler ki-kare, student t testi ve Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi.

**Bulgular:** Tıp Fakültesi'nde %2.3, Devlet Konservatuvarı'nda %5.4 öğrenci FMS tanısı aldı. İki öğrenci grubu arasında istatistiksel fark yoktu (p=0.123).

**Sonuç:** Bu çalışmada diğer üniversite eğitimlerine göre daha uzun ve zor olan tıp eğitimi nedeniyle stres faktörünün yüksek olduğu Tıp Fakültesi öğrencilerinde FMS sıklığı, Devlet Konservatuvarı öğrencilerinden farklı bulunmadı. Diğer yandan, FMS sıklığını etkileyecek sosyoekonomik düzey gibi diğer faktörlerinde araştırıldığı ileri çalışmalar farklı verilere ulaşmamızı sağlayabilir.

**Anahtar sözcükler:** Fibromiyalji sendromu, öğrencileri, prevalans.

### Summary

**Objective:** Fibromyalgia syndrome (FMS) is a chronic condition characterized by generalized pain and presence of tender points. Psychosocial stress is one of the risk factors in the pathogenesis of the syndrome. Recently, musical therapy increasingly takes part in the management of the chronic pain due to its calming and soothing effect. The aim of this study is to determine and compare the FMS frequencies among the medical school students where stress has always been felt due to the long and intensive education period and the students of musical academy where positive effect of music can always be sensed.

**Methods:** In this descriptive study, 258 students from the medical school and 184 students from the musical academy were enrolled. FMS was diagnosed according to the American College of Rheumatology (ACR) 1990 criteria. Data were analyzed with the chi-square test, student t test and the Mann-Whitney U test.

**Results:** FMS frequencies were 2.3% among the students of medical school and 5.4% among the musical academy students. Difference between the two groups was not significant (p=0.123).

**Conclusion:** In this study, FMS frequency among the medical school students where the stress factor is higher due to the longer and harder education was not differ from that of the musical academy. On the other hand, further studies investigating the other risk factors of FMS such as socioeconomic level may provide different results.

**Key words:** Fibromyalgia, students, prevalence.

Fibromiyalji sendromu (FMS), eklem dışı tutulumla giden, yaygın vücut ağrısı ve hassas noktaların varlığı ile karakterize kronik ağrı sendromudur. FMS'ye

uyku bozuklukları, yorgunluk, baş ağrısı, sabah tutukluğu, parestezi ve anksiyete gibi çeşitli klinik tablolar sıklıkla eşlik eder.<sup>[1]</sup> FMS günlük yaşam aktivitelerine zarar verir,

<sup>1)</sup> Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Afyonkarahisar

<sup>2)</sup> Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Afyonkarahisar

<sup>3)</sup> Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 4. sınıf Öğrencisi, Afyonkarahisar

<sup>4)</sup> Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 3. sınıf Öğrencisi, Afyonkarahisar

<sup>5)</sup> Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, 5. sınıf Öğrencisi, Afyonkarahisar

sosyal yaşamı kısıtlar ve sonuçta yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler.<sup>[2]</sup> FMS en sık 20-50 yaş arası kadınlarda görülen bir hastalık olarak kabul edilmekle birlikte erkeklerde, çocuklarda, gençlerde ve yaşlılarda da görülebilir.<sup>[1,3]</sup>

Son yıllarda yapılan çalışmalarda FMS'nin patogeneğinde, ağırlı ya da ağrısız uyarılara karşı artmış duyarlılığı içeren santral sensitizasyonun önemli bir yeri olduğu gösterilmiştir. Ayrıca FMS'nin patogeneğinde genetik, travma, endokrin disfonksiyon, viral enfeksiyonlar, çevresel faktörler, sempatik aktivitede artış ve psikososyal stres gibi faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir.<sup>[4]</sup> Buna karşılık müziğin dinlendirici ve sakinleştirici etkisi yüzyıllardır bilinmektedir. Son yıllarda kronik ağrının tedavi basamakları içerisinde müzik ile tedavi yer almakta ve kronik ağrı üzerinde müziğin etkileri araştırılmaktadır.<sup>[5,6]</sup> FMS'de yaygın vücut ağrısı ile seyrettiği için, müzikle uğraşan konservatuvar öğrencilerinde bu sendromun daha az görülebileceği hipotezi, çalışmanın çıkış noktalarından birisi olmuştur. Müzikle tedavi ve müzikle uğraş farklı şeyler olsa da, müzikle ilgilenmenin FMS ve eşlik eden semptomların daha az görülmesine neden olabileceği düşünülmüştür.

Yukarıdaki hipotez temelinde bu çalışmada, uzun süreli fiziksel ve zihinsel yoğun bir eğitim programı sebebiyle stres faktörünün hep hissedildiği<sup>[7-9]</sup> Tıp Fakültesi öğrencilerinde ve müziğin dinlendirici, sakinleştirici olumlu etkisinin hissedilebileceği Devlet Konservatuvarı öğrencilerinde FMS sıklığının saptanması ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı tipteki çalışma Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 1-5. sınıf öğrencileri ile Devlet Konservatuvarı öğrencileri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya dâhil edilme gönüllülük esasına göre yapıldı; öğrenciler çalışma hakkında bilgilendirildikten sonra sözlü onamları alındı. Çalışmada tüm öğrencilere ulaşılması hedeflendi. Metabolik-endokrin bozukluğu olan, nörolojik ya da inflamatuvar romatolojik hastalık tanısı alan, malignensisi bulunan ve travma geçirmiş öğrenciler çalışmaya alınmadı ve bunlar dışlanma kriterleri olarak kabul edildi. Dışlanma kriterleri saptanmayan tüm gönüllüler çalışmaya dâhil edildi.

Tıp Fakültesi öğrencilerinden dört gönüllü öğrenciye, aynı fiziyatrist tarafından ilk olarak FMS insidansı, etyolojisi, klinik bulguları ve tanı yöntemlerini içeren teorik bilgi verildikten sonra, anket uygulaması için özel bir eğitim verildi. Eğitim veren fiziyatristin gözetiminde, eğitim alan gönüllü öğrenciler tarafından katılımcılara anket uygulandı ve tüm gönüllülerin fizik bakıları aynı Fizik Tedavi Uzmanı tarafından yapıldı. Her katılımcıya uygulanan, demografik bilgiler ve klinik özellikleri sorgulayan bu anket-te yaş, cinsiyet, ders programları haricinde ortalama gün-

lük ders çalışma süresi (saat olarak) sorgulandı ve kaydedildi. Ayrıca spor yapma durumu, ruhsal sıkıntı, uyku problemleri, yorgunluk, el parmaklarında sabah tutukluğu ve şişliği, sık baş ağrısı, dismenore, ishal-kabızlık atakları, ağız-göz kuruluğu hissetme durumu evet-hayır şeklinde sorgulandı ve kaydedildi. Adı geçen şikâyetleri Devlet Konservatuvarı'ndaki öğrencilerin doğru anlayabilmesi için kendilerine bilgilendirici açıklamalar yapıldı.

FMS tanısı Amerikan Romatoloji Derneği'nin (ACR) 1990 yılı kriterlerine göre kondu.<sup>[10]</sup> Buna göre, üç aydan daha uzun süreli yaygın vücut ağrısı olan ve belirlenmiş 18 noktadan en az 11 tanesinde hassasiyet saptanan öğrenciler FMS tanısı aldı. Hassas nokta (HN) sayısı fizik bakıda dijital palpasyon yoluyla tespit edildi. Dijital palpasyon yönteminde; oksiput, alt servikal, trapezius, supraspinatus, ikinci kosta, lateral epikondil, gluteal, büyük trokanter ve diz medialinde yer alan noktalara<sup>[10,11]</sup> elin başparmağını beyazlaştırarak şiddette yaklaşık 4 kg/cm<sup>2</sup> basınç uygulandı.

İstatistiksel analizden önce, cevaplanmayan ya da çoklu cevaplanan sorular açısından anketler yeniden gözden geçirildi, uygun olmayanlar elendi. Anket verileri SPSS 18.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde bağımsız grup ortalamalarının karşılaştırılması student t testi ve Mann-Whitney U testi ile yapıldı. Tıp Fakültesi ve Devlet Konservatuvarı gruplarında karşılaştırılan değişkenlerin dağılım özellikleri araştırıldı; normal dağılım gösterdiğinde t testi ile normal dağılım saptanmadığında ise Mann-Whitney U testi ile değerlendirildi. Her iki grupta FMS oranlarının karşılaştırılması kare testi uygulanarak gerçekleştirildi. P değerinin 0.05'in altında olduğu durumlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

## Bulgular

Devlet Konservatuvarı'nda toplam olarak 225 (müzik bölümü 88, Türk sanat müziği 67 ve Türk halk müziği 70) öğrenci bulunmaktaydı. Bunlardan 28'i çalışmaya katılmak istemediklerinden, ikisi anket formunu eksik ve/veya hatalı doldurduğundan ve 11'i de dışlanma kriterleri kapsamına girdiğinden çalışmaya dâhil edilmediler. Tıp fakültesinde 1.-5. dönemler arasında toplam 409 öğrenci mevcuttu. Bunların 126'sı çalışma davetine olumlu yanıt vermedikleri ve dördü anket formunu eksik ve/veya hatalı doldurdukları için, 21'i de dışlanma kriterleri nedeniyle çalışmaya alınmadılar. Çalışmaya Tıp Fakültesi'nden 115'i kız (%44.6), 143'ü erkek (%55.4) olmak üzere toplam 258 ve Devlet Konservatuvarı'ndan 78'i kız (%42.4), 106'sı erkek (%57.6) olmak üzere toplam 184 öğrenci dâhil edildi. Katılımcıların yaş ortalaması Tıp Fakültesi öğrencilerinde 20.6±1.9; Devlet Konservatuvarı öğrencilerinde ise 22.4±2.5 idi. Her iki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05).

Tıp fakültesi öğrencilerinde eğitim programı dışında günlük ortalama ders çalışma süresi 2.0±1.4 saat iken, konservatuvar öğrencilerinde 2.4±1.7 saat idi. Egzersiz yapma oranı tıp fakültesi öğrencilerinde %42.2 (109/258), konservatuvar öğrencilerinde %35.3 (65/184) bulundu. Her iki grup arasında ders çalışma saatleri ve egzersiz yapma oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05). Katılımcıların demografik özellikleri **Tablo 1**'de özetlenmiştir.

FMS sıklığı Tıp Fakültesi öğrencilerinde %2.3 (6/258; 2 erkek, 4 kız) iken, Devlet Konservatuvarı öğrencilerinde %5.4 (10/184; 4 erkek, 6 kız) olarak saptandı ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). Tıp Fakültesi'ndeki kız öğrencilerde %3.4 (4/115) ve erkek öğrencilerde %1.4 (2/143) FMS varlığı saptanırken, Devlet Konservatuvarı'nda FMS sıklığı kız öğrencilerde %7.6 (6/78), erkek öğrencilerde %3.7 (4/106) idi. Her iki grupta FMS tanısı alan öğrencilerin arasında, cinsiyet açısından da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı (p>0.05). Öğrencilerde saptanan FMS sıklığı **Tablo 2**'de özetlenmiştir.

Tıp Fakültesi ve Devlet Konservatuvarı'nda FMS'ye en sık eşlik eden şikâyetler sırayla; dismenore (kızlarda, sırasıyla %78.2 ve %83.3 ), sürekli yorgunluk hissi (%41.5 ve %57.1), uyku problemleri (%34.9 ve %53.8) ve ruhsal sıkıntı hissetme (%31.8 ve %51.1) idi. Sendroma eşlik eden semptomların gruplar arası dağılımı **Tablo 3**'te gösterilmiştir. Sendroma eşlik eden uyku problemi yaşadığını düşünme, ruhsal sıkıntı hissetme, el parmaklarında sabah tutukluğu ve şişliği hissetme Devlet Konservatuvarı öğrencilerinde Tıp Fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı oranda daha fazla saptandı (sırasıyla p=0.014, p=0.009, p=0.006, p=0.001). Baş ağrısı, dismenore, ağız ya da göz kuruluğu, kendini sürekli yorgun hissetme şikâyetleri açısından ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0.05).

## Tartışma

FMS, bel ağrısı ve osteoartritten sonra en sık görülen romatolojik hastalıktır.<sup>[11]</sup> FMS için 1990 ACR tanı kriterleri kabul edilmeden önce yapılan çalışmalarda hastalığın insidansı, romatoloji kliniklerinde %10-20, genel tıp polikliniklerinde ise %2.1-5.7 oranında saptanmıştır. Genel popülasyondaki FMS prevalansının, %0.5-10 oranında olduğu vurgulanmıştır.<sup>[12]</sup> Elde edilen farklı sonuçlar büyük olasılıkla çalışmaların yapıldığı popülasyonun karakteristik özelliklerinin, kullanılan metodolojinin ve tanı kriterlerinin çeşitliliğinden kaynaklanmıştır.<sup>[13]</sup>

1990 ACR tanı kriterlerinin kullanıma girmesiyle birlikte çeşitli ülkelerde FMS prevalansı genel popülasyonda Danimarka'da %0.66, İsveç'te %1.3, Norveçli kadınlarda %10.5, Fransa'da %1.6 ve Amerika'da %2 oranında saptanmıştır.<sup>[14-18]</sup> Türkiye'de Topbaş ve ark.'nın yaptığı bir

**Tablo 1.** Üniversite öğrencilerinin demografik özellikleri

	Tıp Fakültesi (s=258)	Devlet Konservatuvarı (s=184)	p değeri
Kız/erkek oranı (s)	115/143	78/106	0.721
Yaş ortalaması (yıl)	20.6±1.9	22.4±2.5	0.697
Eğitim programı dışında ders çalışma süresi (saat/gün)	2.01±1.41	2.4±1.6	0.693
Spor yapma oranı (%)	42.2	35.3	0.362

**Tablo 2.** Üniversite öğrencilerinde fibromiyalji sendromu sıklığı

	Tıp Fakültesi (s=258)	Devlet Konservatuvarı (s=184)	p değeri
FMS sıklığı s (%)	6 (%2.3)	10 (%5.4)	0.123
FMS olan kız öğrenci	4 (%3.4)	6 (%7.6)	0.324
FMS olan erkek öğrenci	2 (%1.4)	4 (%3.7)	0.407

**Tablo 3.** Fibromiyalji sendromuna eşlik eden semptomların gruplar arası dağılımı

	Tıp Fakültesi öğrencileri (s=258)	Konservatuvar öğrencileri (s=184)	p değeri
Sürekli yorgunluk	107 (%41.5)	105 (%57.1)	0.064
Uyku problemleri	90 (%34.9)	99 (%53.8)	0.014*
Psikolojik sıkıntı	82 (%31.8)	94 (%51.1)	0.009*
El parmaklarında sabah tutukluğu	29 (%11.2)	42 (%22.8)	0.006*
El parmaklarında şişlik hissi	24 (%9.3)	44 (%23.9)	0.001*
Baş ağrısı	48 (%18.6)	52 (%28.3)	0.07
Dismenore	201 (%78.2)	153 (%83.3)	0.78
İshal-kabızlık atakları	35 (%13.6)	18 (%9.8)	0.304
Ağız-göz kuruluğu hissi	39 (%15.1)	45 (%24.5)	0.054

\*p<0.05

çalışmada, FMS prevalansı 20-64 yaş arası kadınlarda %3.6 oranında bulunmuştur.<sup>[19]</sup> Aynı çalışmada 20-29 yaş arası kadınlarda saptanan FMS prevalansı ise %0.9'dur. Bizim çalışmamızda kız öğrencilerde saptanan FMS sıklığı, hem Tıp Fakültesi (%3.4) hem de Devlet Konservatuvarı'nda (%7.6) çok daha yüksektir. Çalışmamızdaki yaş grubu Topbaş ve ark.'nın belirtmiş olduğu yaş aralığının alt sınırına yakındır. Ancak bizim çalışmamız genel nüfusu değil, daha spesifik bir öğrenci grubunu hedef almıştır. FMS etyolojisi henüz tam anlamıyla aydınlatılamamıştır, ancak kadın cinsinde daha çok görülmesi bilinen bir durumdur; bizim sonuçlarımız bu veri ile uyumludur.

Stres ve FMS arasındaki ilişkiye birçok çalışmada değinilmiştir. Çok geniş FMS'li hasta popülasyonu ile yapılan bir çalışmada hastaların %83 kadarı emosyonel stres varlığı bildirmişlerdir. Ayrıca bu çalışmada hastaların



%42 kadarında, tetikleyici faktör olarak kronik stres varlığı belirlenmiştir.<sup>[20-22]</sup> Bu veriler ışığında, uzun ve yoğun eğitim programı nedeniyle stresin yüksek olduğu düşünülen Tıp Fakültesi öğrencileri arasında FMS sıklığı başka çalışmalarda da değerlendirilmiştir. Eyigör ve ark., Tıp Fakültesi öğrencilerinde FMS prevalansını araştırdıkları bir çalışmada, yaş ortalaması 20.2±1.5 olan 306 tıp fakültesi öğrencisinin %2'sinde FMS saptamışlardır.<sup>[23]</sup> Çalışmamızda Tıp Fakültesi'ndeki öğrencilerde FMS sıklığı, bu çalışmaya benzer şekilde %2.3 bulunmuştur.

Çalışmamızda yaş ve cinsiyet uyumlu iki farklı grup (Devlet Konservatuarı ve Tıp Fakültesi öğrencileri) FMS varlığı açısından karşılaştırılmıştır. Devlet Konservatuarı çalışmaya dâhil edilirken müziğin yüzyıllardır bilinen dinlendirici ve sakinleştirici etkisi göz önüne alınmıştır. Ayrıca son yıllarda kronik ağrının tedavi basamakları içerisinde müzik ile tedavinin yer alması ve kronik ağrı üzerinde müziğin etkilerinin araştırılmakta olması yol gösterici olmuştur.<sup>[5,6]</sup> Ancak beklenenin aksine istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte, Devlet Konservatuarı öğrencilerinde daha yüksek (%5.4) FMS prevalansı saptanmıştır. Bu sonuç çalışma başlangıcındaki hipotezimizi doğrulamamaktadır. Bu durumun nedeni konservatuar öğrencilerinin müzik aletleriyle çalışma sırasındaki postür bozukluklarından kaynaklandığı düşünülebilir. Her iki grupta da ders çalışma sırasında postüre bağlı sorunlar oluşması mümkün olmakla birlikte, konservatuar öğrencilerinin ders dışı çalışma saatlerinin daha fazla oluşu bu görüşü desteklemektedir. Postür farklarını ortadan kaldıracak bir desende geliştirilecek yeni araştırmaların konuya açıklık getirmesi mümkündür.

Yapılan bir çalışmada hastalar semptomlarının gürültü, hava, ışık gibi faktörlerin yanı sıra postür değişiklikleri ile de alevlendiğini belirtmişlerdir.<sup>[24]</sup> Başka bir çalışma ise 641 genç atlet incelenmiş ve FMS prevalansı %0.16 olarak tespit edilmiştir. Araştırmacılar bu oranın genel popülasyondan daha düşük olduğunu ve yaşın yanı sıra atletlerdeki yüksek zindelik durumunun, olasılıkla FMS'den koruyucu bir faktör olduğunu belirtmişlerdir.<sup>[13]</sup>

FMS'ye yorgunluk, uyku bozuklukları, huzursuz (irritable) barsak sendromu, hafıza ile ilgili sıkıntılar ve duygu durum değişiklikleri eşlik edebilir. Özellikle uyku bozuklukları ve depresyon varlığı ile kronik ağrı sendromları arasında güçlü bir ilişkili olduğu ve bu klinik tabloların hastalarda somatik ve ruhsal semptomları şiddetlendirdiği ve yaşam kalitesini bozduğu belirtilmiştir.<sup>[25]</sup> Dinlendirici olmayan kalitesiz uyku, uykusuzluk ve sabahları erkenden uyanma gibi uyku bozuklukları, sendroma sıklıkla eşlik eder.<sup>[26]</sup> Birçok çalışmada kötü uyuma, dinlendirmeyen uyku ve yorgunluk gibi semptomlar %70'ten daha yüksek oranlarda bildirilmiştir.<sup>[27]</sup> FMS'li hastalarda %35-62 oranında anksiyete ve %58-86 oranında depresyon görüldüğü belirtilmiştir.

Bazı kaynaklara göre FMS'ye %20-80 oranında depresyon eşlik etmektedir. FMS'li hastalar, sağlıklı kişilere göre beş kat daha fazla depresyon ile karşılaşmaktadır. Depresyon tanısı tıbbi anlamda konmasa bile, bu hastaların yaklaşık %40 kadarında depresif semptomlar görülmektedir.<sup>[28]</sup> Literatürü destekler biçimde çalışmamızda FMS'ye en sık eşlik eden semptomlar Tıp Fakültesi ve Devlet Konservatuarı öğrencileri için sırasıyla sürekli kendini yorgun hissetme (%41.5 ve %57.1), uyku problemleri (rahat uyuyamama, uykunun bölünmesi, zamansız uyanma ve tekrar uyuyamama gibi) yaşama (%34.9 ve %53.8) ve ruhsal sıkıntı hissetmedir (%31.8 ve %51.1). Uyku problemleri ve ruhsal sıkıntı hissetme şikâyetlerinin, Devlet Konservatuarı öğrencilerinde Tıp Fakültesi öğrencilerine göre istatistiksel olarak anlamlı oranda yüksek bulunması, FMS sıklığının bu grupta daha fazla saptanması ile uyumludur.

Bu çalışmanın güçlü yanları; tanımlayıcı bir çalışma olması, geniş bir popülasyona 1990 yılı ACR tanı kriterlerine uyarak tarama yapılması ve ekibin eğitilmiş kişilerden oluşmasıdır. Kısıtlılıkları ise çalışma grubunda genç yaş ve eğitilmiş olmak dışında genetik, sosyoekonomik durum veya kognitif özelliklerin incelenmemesidir.

Sonuç olarak, bu çalışmada diğer üniversite eğitimlerine göre daha uzun ve meşakkatli olan tıp eğitimi nedeniyle stres faktörünün yüksek olduğu Tıp Fakültesi öğrencilerinde ve Devlet Konservatuarı öğrencilerinde FMS sıklığı istatistiksel olarak benzer bulunmuştur. Kendini yorgun hissetme, uyku problemleri yaşama ve ruhsal sıkıntı hissetme yakınmaları FMS ile ilişkilidir.

## Kaynaklar

1. Chakraborty S, Zoorob R. Fibromyalgia. *Am Fam Physician* 2007;76:247-54.
2. Arnold LM, Clauw DJ, McCarberg BH, FibroCollaborative. Improving the recognition and diagnosis of fibromyalgia. *Mayo Clin Proc* 2011;86:457-64.
3. Podolecki T, Podolecki A, Hrycek A. Fibromyalgia: pathogenetic, diagnostic and therapeutic concerns. *Pol Arch Med Wewn* 2009;119:157-61.
4. Bağış S. Fibromiyalji'de klinik bulgular ve tanı. *Türkiye Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2008; 54(Özel Sayı 1);12-4.
5. Guéin S, Giniès P, Siou DK, et al. The effects of music intervention in the management of chronic pain: a single-blind, randomized, controlled trial. *Clin J Pain* 2012;28:329-37.
6. Onieva-Zafra MD, Castro-Sánchez AM, Matarán-Peñarrocha GA, et al. Effect of music as nursing intervention for people diagnosed with fibromyalgia. *Pain Manag Nurs* 2010;25.
7. Sohail N. Stress and academic performance among medical students. *J Coll Physicians Surg Pak* 2013;23:67-71.
8. Sharifrad G, Marjani A, Abdolrahman C, Mostafa Q, Hossein S. Stress among Isfahan medical sciences students. *J Res Med Sci* 2012;17:402-6.
9. Yusoff MS, Yaacob MJ, Naing NN, Esa AR. Psychometric properties of the Medical Student Well-Being Index among medical students in a Malaysian medical school. *Asian J Psychiatr* 2013;6:60-5.
10. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, et al. The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

11. Spaeth M. Epidemiology, costs, and the economic burden of fibromyalgia. *Arthritis Res Ther* 2009;11:117.
12. Wolfe F. Fibromyalgia: the clinical syndrome. *Rheum Dis Clin North Am* 1989;15:1-18.
13. Andary MT, Wieting JM, Baer D, et al. The prevalence of fibromyalgia in collegiate athletes. *J Clin Rheumatol* 2004;10:323-5.
14. Prescott E, Kjoller M, Jacobsen S, et al. Fibromyalgia in the adult Danish population: a prevalence study. *Scand J Rheumatol* 1993;22:238-42.
15. Lindell L, Bergman S, Petersson IF, et al. Prevalence of fibromyalgia and chronic widespread pain. *Scand J Prim Health Care* 2000;18:149-53.
16. Forseth KO, Gran IT. The prevalence of fibromyalgia among women aged 20-49 years in Arendal, Norway. *Scand J Rheumatol* 1992;21:74-78.
17. Perrot S, Vicaut E, Servant D, et al. Prevalence of fibromyalgia in France: a multi-step study research combining national screening and clinical confirmation: the DEFI study (Determination of Epidemiology of Fibromyalgia). *BMC Musculoskelet Disord* 2011;12:224.
18. Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, et al. National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States. Part II. *Arthritis Rheum* 2008;58:26-35.
19. Topbas M, Cakirbay H, Gulec H, et al. The prevalence of fibromyalgia in women aged 20-64 in Turkey. *Scand J Rheumatol* 2005; 34: 140-4.
20. Bennett RM, Jones J, Turk DC, et al. An internet survey of 2,596 people with fibromyalgia. *BMC Musculoskelet Disord* 2007;8:27.
21. White KP, Nielson WR, Harth M, et al. Chronic widespread musculoskeletal pain with or without fibromyalgia: psychological distress in a representative community adult sample. *J Rheumatol* 2002;29:588-94.
22. Stisi S, Venditti C, Sarracco I. Distress influence in fibromyalgia. *Reumatismo* 2008;60:274-81.
23. Eyigor S, Ozdedeli S, Durmaz B. The prevalence of generalized soft tissue rheumatic conditions in Turkish medical students. *J Clin Rheumatol* 2008; 14:65-8.
24. Wentz KA, Lindberg C, Hallberg LR. Psychological functioning in women with fibromyalgia: a grounded theory study. *Health Care Women Int* 2004; 25:702-29.
25. Consoli G, Marazziti D, Ciapparelli A, et al. The impact of mood, anxiety, and sleep disorders on fibromyalgia. *Compr Psychiatry* 2012;53:962-7.
26. Bradley LA. Pathophysiology of fibromyalgia. *Am J Med* 2009; 122: 22-30.
27. Sivas AF, Başkan MB, Aktekin AL, ve ark. Fibromiyalji hastalarında depresyon, uyku ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Türkiye Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Dergisi* 2009;55:8-12.
28. Homann D, Stefanello JM, Góes SM, et al. Stress perception and depressive symptoms: functionality and impact on the quality of life of women with fibromyalgia. *Rev Bras Reumatol* 2012; 52: 319-30.

Geliş tarihi: 03.01.2013

Kabul tarihi: 11.03.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 15.04.2013

#### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

#### İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Ümit Seçil Demirdal  
Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı  
03200 Afyonkarahisar  
e-posta: secilbabaoglu@yahoo.com

# Fetişizm ve voyörizm birlikteliği: Bir olgu sunumu

## Fetishism and voyeurism comorbidity: a case report

Hülya Ertekin<sup>1</sup>, Hatice Yardım Özayhan<sup>2</sup>, İbrahim Eren<sup>3</sup>, Yusuf Haydar Ertekin<sup>4</sup>

### Özet

Bir parafil türü olan fetişizm, kişinin cansız nesnelere, belirli vücut bölümlerini kullanarak cinsel haz elde etmesidir. Diğer bir parafil tipi olan voyörizm, çıplak olan ya da soyunan, giyinen ya da cinsel etkinlikte bulunan kişiyi gözetlemeyi içeren, fantaziler ve etkinlikler ile tekrarlayıcı uğraşdır. Bu makalede fetişizm ve voyörizmi olan 26 yaşında erkek olgu sunumu yapılacaktır, bu olgunun psikiyatrik öyküsü ve aile dinamikleri ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Fetişizm, parafil, voyörizm.

### Summary

Fetishism is a paraphilia type, that use of nonsexual or nonliving objects or part of a person's body to gain sexual excitement. Another type of paraphilia voyeurism; the recurrent urge or behavior to observe an unsuspecting person who is naked, disrobing or engaging in sexual activities, or may not be sexual in nature at all. In this article, the 26-year-old male patient with fetishism and voyeurism will be presented, psychiatric history and family dynamics of this case are discussed.

**Key words:** Fetishism, voyeurism, paraphilias.

Parafililer temel olarak, bir kişinin cinsel açıdan uyandırılması için, alışılmadık nesnelere, eylemler ya da durumları içeren tekrarlayıcı ve yoğun cinsel dürtü, fantezi ve davranışlara gereksinim duyması ile ortaya çıkan bozukluklardır.<sup>[1]</sup>

Bir parafil türü olan fetişizm, kişinin cansız nesnelere kullanmakla ilgili yoğun, cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici bir biçimde ortaya çıkmasıdır. Kadın iç çamaşırları, çorapları, ayakkabıları gibi giyim eşyaları en yaygın tanımlanan fetiş nesnelere, kişi nesneye dokunarak, koklayarak masturbasyon yapar.<sup>[2]</sup> Fetiş nesnesine özel bir anlam yükleme ergenlikte başlar ve kronik bir seyir izler. Fetişizm çoğunlukla erkeklerde görülen bir bozukluktur. Yapılan bir çalışmada psikiyatrik bozukluklar içinde fetişizm oranı %0.8 olarak bulunmuştur.<sup>[3]</sup> Ancak parafil olgularının toplumda rastlanma sıklığı ile ilgili güvenilir ve kapsamlı epidemiyolojik araştırmalar bulunmamaktadır.<sup>[1]</sup>

Voyörizm kişinin bunu beklemeyen bir kişiyi çıplakken, soyunurken ya da cinsel etkinlikte bulunurken gözetleme eylemi ile ilgili yoğun cinsel yönden uyarıcı fantezilerinin, cinsel dürtülerinin ya da davranışlarının yineleyici biçimde ortaya çıkmasıdır.

### Olgu Sunumu

Yirmi altı yaşında erkek hasta, evli ve imam-hatip lisesi mezunuydu. Ekim 2012'de kadın iç çamaşırı ve ayakkabılarına dokunma ile cinsel haz duyması, ayrıca bu eşyaları giyen kadınları izlemesi ve gözetlemesi, bu sebeplerden dolayı adli sorun yaşaması üzerine babasının isteğiyle polikliniğimize başvurdu.

Hastanın yaklaşık on yaşında başlayan ve halen devam eden cinsel içerikli film izleyerek, defalarca masturbasyon yapma davranışı bulunmaktaydı. On beş yaşında kadın iç çamaşırı ve ayakkabılarına dokunma ile cinsel haz duyma

<sup>1)</sup> Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Uzm. Dr., Konya

<sup>2)</sup> Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Ass. Dr., Konya

<sup>3)</sup> Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Beyhekim Psikiyatri Kliniği, Doç. Dr., Konya

<sup>4)</sup> Konya İçerichumra İlçe Devlet Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Uzm. Dr., Konya

davranışı başlamış, evli bir kadını gözetlerken yakalanıp darp edilmişti. Askerden döndükten sonraki dönemde başlayan ve yaklaşık iki yıl kadar süren kumar oynama alışkanlığı mevcuttu. Son üç aydır stresör faktörlerin artmasıyla birlikte (eşyle olan geçimsizlik, iki yıllık evli olmasına rağmen çocuğunun olmaması, maddi sorunlar) cinsel dürtülerini kontrolü ciddi düzeyde azalmış, fetiş nesnelere giyen üst komşusunu takip etme ve gözetleme, sık sık komşunun evinin önündeki ayakkabılara dokunma, başka bir komşunun evine izinsiz girerek iç çamaşırlarına dokunma ve masturbasyon yapma davranışları olmuştu. Komşusu tarafından dava açılması üzerine polikliniğimize başvurdu.

Yapılan ruhsal durum muayenesinde yaşında görünümde, özbakımı yeterli ve göz teması kurduğu saptandı. Konuşması amaca uygun, hız ve miktarı normaldi. Duygudurumu depresif, duygulanımı uygundu. Bilinç açık, oryantasyonu ve dikkat tam, bellek normaldi; algı patolojisi saptanmadı. Soyutlama, yargılama ve gerçeği değerlendirme normal, düşünce akışı normal hız ve ritminde, düşünce içeriğinde yaşadığı adli olaylar sonucunda ceza alabileceği ile ilgili düşünceler, eşine karşı suçluluk düşünceleri ve aralarındaki sorunların çözülemeyeceği ile ilgili umutsuzluk mevcuttu; sanrı, obsesyon, özkıyım ve homosidal düşünceler saptanmadı. Uyku ve iştahı azalmış, cinsel isteği artmıştı; psikomotor aktivitesi, fizik ve nörolojik muayenesi normaldi. Zekası normal olan hastanın rutin kan tetkiklerinde bir patoloji saptanmadı. Aile öyküsünde annede obsesif-kompulsif bozukluk, erkek kardeşinde geçirilmiş geçici psikotik atak mevcuttu. Annesinin; katı, kuralcı, titiz ve duygusal açıdan uzak biri olduğu öğrenildi. Hasta, kardeşinin doğduğu tarihten itibaren, iki yaşından yedi yaşına kadar babaannesinin yanında kalmıştı.

Minnesota çok yönlü kişilik envanteri (MMPI); bireyde çevreye karşı uyumsuzluk, tutarsız davranışlar, dürtülerini kontrol etmede güçlük, öfke ve çabuk sinirlenme, antisosyal davranışlar, cinsel sapma, obsesif cinsel düşünceler, sosyal izolasyon, olumsuz benlik algısı olduğunu ortaya koydu. Profil olarak antisosyal ya da şizoid kişilik bozukluğunu düşündürdü. Hamilton depresyon ölçeği puanı 19 idi. DSM-IV eksen I tanısı olarak parafil alt tipleri olan fetişizm, voyörizm ve depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu olarak değerlendirildi.

## Tartışma

Bu olgu psikiyatrik hastalıklar arasında nadir olarak görülen fetişizm ve voyörizm hastasıdır. Parafil olan bireylerde seyrek olmayarak, birden fazla parafil birlikteliği bulunabilmektedir. Bu olguda da iki ayrı parafil tipi olan fetişizm ve voyörizm birlikteliği mevcuttu.

Fetişistlerin %25'i fetiş nesneyi çalarlar; nadiren de fetişist, fetiş nesneyi giyen insanı izler ve gözetler (voyörizm) veya fetiş beden bölgeleri ile temas kurmak için saldırabi-

lir. Fetişizmde yasal sorunlar genelde fetiş nesnenin çalınması ile olur.<sup>[4]</sup> Bu olguda ise fetiş nesne çalınmasa bile, fetiş nesne sahibinin bu durumu fark etmesi ve gözetlenmekten rahatsız olması sonucu yasal sorunlar başlamıştır.

Freud'a göre fetiş nesnelere çoğu penisi temsil eder, erkeği kastrasyon korkusundan korur.<sup>[5]</sup> Fetişist, kadını reddeder, ama gerçekte kadının penisinin olmadığını bilir. Dolayısıyla ego bölünmesi gelişir. Fetiş nesne oluşumunda, anneden ayrılma ve prefallik dönemde oluşan anksiyetenin önemli olduğu belirtilmektedir. Fetişistlerin düşük özgüven ve yetersizlik duygusunu yenebilmek için cansız nesnelere yöneldikleri öne sürülmektedir. Fetiş davranışın, erken yaşta ebeveynin kötü tutumlarının yol açtığı travmaya yönelik olduğu belirtilmektedir.<sup>[4]</sup> Hasta, annesinin her zaman kardeşine daha fazla değer verdiğini, onu daha üstün tuttuğunu, kendisine güvenmediğini, ama kardeşine çok fazla güvendiğini düşünmektedir. Yaşadığı bu olumsuz yaşantıların, fetiş davranışın ortaya çıkmasında katkısı olabilir. Kardeşinin doğumu, ayrılma-bireyselleşme evresinde oluşabilen normal seperasyon anksiyetesini daha da arttırmış olabilir. Fetiş nesnesi olan kadın ayakkabısıyla ilgili ilk anısını tam hatırlayamamasına karşın, hastanın kadın ayakkabısına olan dikkatinin, komşusunun kapı önünde ayakkabısını giyip çıkarmasıyla ilişkili olabileceği düşünülebilir. Ayakkabı ve kokusu kendisinde kadın ayağını çağrıştırmakta, karşılaştığı olumsuz olaylar karşısında, özellikle annesi veya eşi ile tartışıldığında, öfkesiyle başa çıkabilmek için fetiş nesneye yönelmektedir.

Öte yandan fetiş nesnelere rahmi ve vajinayı temsil eden kap veya oyuk eşyalar olduğu da öne sürülmüştür.<sup>[4]</sup> Fetiş nesnelere, nesnenin maddesi (kauçuk, deri) ve şekline göre (ayakkabı, kemer gibi) iki ayrı gruba kategorize edilmiştir.<sup>[4]</sup> Fetiş nesnelere parlaklığı, yapısı, şekli ve kokusuna göre incelenmiş ve algısal tercihe göre sınıflandırılmıştır. Fetiş nesnenin bu özellikleriyle, anne veya önemli biri arasında bağ kurduğuna dikkat çekilmiştir. Nesne, arzulanan kişi ile özdeşleşmeyi temsil eder ve gelişimde kritik bir dönemi belirtir.<sup>[4]</sup> Bizim olgumuzda fetiş nesne; oyuk şeklinde, deri, özel bir parlaklığı olmayan ancak kokusu olan bir topuklu kadın ayakkabısıdır. Hasta analitik olarak incelenmediği için fetiş nesnenin tam olarak neyi temsil ettiği tespit edilememiştir; ancak gelişiminin kritik dönemi olan iki yaşında annesinden ayrılması ve annesiyle hayatı boyunca olan olumsuz ilişkiler göz önünde bulundurulduğunda, annesi ile fetiş nesne arasında ilişki olabileceği düşünülmüştür.

Parafililerle kişilik bozukluğu, psikiyatrik hastalıklar ve suç işleme, sıklıkla birlikte görülür. Bu olguda da depresif duygudurum ile giden uyum bozukluğu birlikteliği, hayatının bir döneminde patolojik kumar oynama vardır.<sup>[6]</sup> Ayrıca yapılan MMPI testi antisosyal ve şizoid kişilik özellikleri olduğunu göstermiştir.

Parafilialik erkeklerin çoğunluğunun cinsel olarak kısıtlayıcı ailelerden geldikleri bildirilmiştir.<sup>[6]</sup> Bununla beraber fetişizmin kökeninde yaşamın ilk birkaç ayında oluşmuş travmatik yaşantıların olduğu düşünülmekte, bu nedenle kendilik bütünlüğünün bozulduğu, bütünlüğün cinsellik yoluyla sağlandığı öne sürülmektedir.<sup>[7]</sup>

Parafililer klinik psikiyatride nadir görülen, daha çok da adli sorun yaşandığında karşılaştığımız bir durumdur. Genellikle fetişistler bu duruma uyum sağlarlar ve bu davranışlarından şikayetçi olmazlar. Bireyin davranışları aşırı olduğunda ve toplumu rahatsız edecek bir düzeye ulaştığında yardım isteyebilirler.<sup>[8]</sup> Ayrıca bu olgunun uzun zamandır rahatsızlık belirtileri olmasına rağmen, yardım arayışının bulunmaması, ancak adli bir sorunla karşılaştığında psikiyatri başvurusu olması, bu tür hastaların toplumda gördüğümüzden çok daha fazla olduğunun kanıtlarından biridir.

## Kaynaklar

1. İncesu C. Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2004;Ek-3:3-13.
2. Juninger J. Fetishism: assessment and treatment. In: Laws DR, O'Donohue W, editors. *Sexual Deviance Theory, Assessment and Treatment*. 1st ed. New York: Guilford Publications; 1997. p. 92-110.
3. Chalkley AJ, Powell GE. The clinical description of forty-eight cases of sexual fetishism. *Br J Psychiatry* 1983;142:292-5.
4. Mason FL. Fetishism: psychopathology and theory In: Laws DR, O'Donohue W, editors. *Sexual Deviance Theory, Assessment and Treatment*. 1st ed. New York: Guilford Publications; 1997. p. 75-91.
5. Fenichel O. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York; 1945. *Nevrozların Psikoanalitik Teorisi*. Tuncer S, çeviri editörü. Ege Üniversitesi Matbaası. Bornova, İzmir; 1974. s. 297-314.
6. Wilson G D. Sexual deviations. *Br J Hosp Med* 1981;8-15.
7. Gabbard GO. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*. 3rd ed. *Paraphilias and Sexual Dysfunctions*; Washington: American Psychiatric Press; 2000. p. 299-307.
8. Nihan O, Niyazi U. Bir olgu nedeniyle bebek bezi fetişizmi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005;16:133-8.

Geliş tarihi: 27.12.2012

Kabul tarihi: 21.02.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 27.03.2013

### Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Yusuf Haydar Ertekin  
Konya İçeriçumra İlçe Devlet Hastanesi  
Aile Hekimliği Kliniği, Konya  
e-posta: dr.ertekin@gmail.com

# The patient-centered clinical method: a family medicine perspective

## Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı

Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

Moira Stewart<sup>1</sup>

### Summary

This paper describes the patient-centered clinical method for family practice. It was presented as a speech at the Family Medicine Research Days, Izmir, November 2012. As well as describing, in depth, the four components of the patient-centered clinical method, I also cover the reasons why patient-centeredness is important to patients. I offer examples that explain how patient-centered care has a role in diagnosis and cure. Our own research studies provide guides to encourage others to conduct research on patient-centered care. I cite worldwide research which has found that patient-centered care has a positive influence on patient perceptions of their care and on their own health. Finally, I describe the effective ways that patient-centeredness can be taught and learned.

**Key words:** Family practice, patient-centered medicine, patient-physician relationship.

### Özet

Kasım 2012'de İzmir'de düzenlenen Aile Hekimliği Araştırma Günleri'nde bir konuşma olarak sunulmuş olan bu makalede, aile hekimliğinde hasta merkezli klinik yöntem anlatılmaktadır. Yöntemin dört bileşeninin tanımlanmasının yanı sıra, hasta merkezliliğin hastalar için neden önemli olduğu da tartışılmıştır. Makalede ayrıca hasta merkezli bakımın tanı ve tedavideki rolü de vurgulanmıştır. Bu alandaki araştırmalarımız, hasta merkezli bakım ile ilgili yapılacak çalışmalar için hem bir rehber olacak hem de motivasyon sağlayacaktır. Dünyada bu konuda yapılmış ve yöntemin, hastaların kendilerine sunulan hizmet ile ilgili algıları ve kendi sağlıkları üzerindeki olumlu etkisini gösteren çalışmalara atıfta bulunulmuştur. Son olarak hasta merkezliliği öğrenmenin ve öğretmenin etkin yolları tanımlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Aile hekimliği, hasta merkezli hekimlik, hasta-hekim ilişkisi.

This paper is based on a speech that was delivered at the Family Medicine Research Days, Izmir, November 2012. It is about a key concept in family practice worldwide, the patient-centered clinical method. This paper covers the conceptual framework and the research that has illuminated it. The context derives from two sources: a book called Patient-Centered Medicine – Transforming the Clinical Method;<sup>[1]</sup> and a previous lecture.<sup>[2]</sup>

This paper has six sections: the concepts of patient-centered clinical method; its importance to patients; the role of patient-centered clinical method in diagnosis and cure; studies of patient-centered care; international findings about patient-centered care; and the ways that patient-centered care be taught and learned.

## The Patient-Centered Clinical Method

How can the clinician work in a more patient-centered manner? What does it mean to be patient centered?

Literature on patient-family physician relationships has been reviewed critically by Mead&Bower<sup>[3]</sup> who compared and contrasted patient-centered ideas with the conventional biomedical model. They recommended the definition from our book as the most comprehensive in the literature.<sup>[1]</sup>

A patient-centered clinical method presupposes two overarching principles or changes in the mindset of the family physician. First, the hierarchical notion of the physician being in charge and the patient being passive does not hold here. To be patient-centered the physician

<sup>1</sup>) Family Medicine, Schulich School of Medicine & Dentistry, Western University, London, Ontario, Canada

must be able to share power in the relationship. This balance of power is the moral imperative of patient-centered practice.

Second, the objective stance of the family physician in relation to patients, that distancing of physician from patient, is not acceptable in patient-centered practice. Rather, the physician must be emotionally supportive, sensitive to the patients' suffering at the level of the whole person. This requires the clinician to balance subjective and objective responses and to try to bring together the mind and the body.

We recognise the foundational importance of Dr. George Engel's biopsychosocial model.<sup>[4]</sup> In the 1970's Engel, an internist and psychiatrist with a psychoanalytic orientation, offered a critique of the conventional biomedical clinical method, as being too narrow, excluding clinically important information. He proposed an alternative, a biopsychosocial model, broadening the view of medicine as integrating biologic, psychologic and social data into medicine. Engel provided a model, a theory, but was less clear about what the physician must do. His model is an abstraction; but a method needed with its practical application in order to implement the model in practice. The patient-centered clinical method is an answer to this challenge. It will make the biopsychosocial model practical, that is, capable of: being put into practice; being researched; and being taught.

The patient-centered clinical method has four interacting components.

### 1. Exploring Both the Disease and the Illness Experience (upper left corner of **Figure 1**)

The first component involves physicians understanding two conceptualizations of ill health with all of their patients: disease and illness. Disease is a theoretical construct, or abstraction, by which physicians attempt to explain patients' problems in terms of abnormalities of structure and/or function of body organs and systems and includes both physical and mental disorders. Illness refers to patients' personal experiences of ill health, the patients' story. The diagnostic label explains what each individual with a disease has in common with all others, but the illness of each person is unique.

Effective patient care requires attending as much to patients' personal experiences of illnesses as to their diseases. The identification of disease is established by using the conventional biomedical model, but understanding illnesses requires an additional approach. A patient-centered method focuses on four principal dimensions of patients' illness experiences: first, their feelings, especially fears about being ill; second, their ideas about what is wrong with them; third, the impact of their problems on functioning; and fourth, their expectations about what should be done. The key to this approach is attention to patients'

cues related to these dimensions; the goal is to follow patients' leads, to understand patients' experiences from their own points of view. This method improves patient satisfaction, adherence, and outcomes of both illness and disease and is applicable to the everyday work of physicians with "ordinary" patients.

Reaching a therapeutic understanding of patients' illness experiences requires skill in interviewing to enable the doctor to "enter into the patient's world," to respect the patient as an expert on his/her illness and to understand the illness from the patient's point of view. Often this component will be straightforward; at other times, however, the doctor must be alert for any cues to the patient's feelings, ideas, expectations, or effects on function. Patients may prompt a physician if he or she misses cues. Sometimes, it is only at the end of an interview that a crucial comment is made, sometimes when the patient is at the door ready to leave and has a hand on the doorknob. These "doorknob" remarks may indicate that the doctor has missed earlier cues and that the patient finally has summoned up enough courage to raise a fearful or embarrassing issue before it is too late.

### 2. Understanding the Whole Person (upper right corner of **Figure 1**)

The second component is an integrated understanding of the whole person. Over time, doctors accumulate a myriad of information about their patients that goes beyond diagnosing disease or attending to illness responses. They begin to know the whole person and, in doing so, come to understand the patient's disease and experience of illness, in the context of his or her life setting and stage of personal development. This knowledge of the person may include the family, work, beliefs, and struggles with various life crises.

Serious illness of a family member reverberates throughout the entire family system. The doctor who understands the whole person recognizes the impact of the family in ameliorating, aggravating, or even causing illness in its members. The patient's cultural beliefs and attitudes also influence his or her care.

An understanding of the whole person can enhance the physician's interaction with the patient at specific times – for example, when the signs or symptoms do not point to a clearly defined disease process or when the patient's response to an illness appears exaggerated or out of character. On these occasions, consideration of the patient's position in the life cycle may shed some light on his or her current experience. But even when the diagnosis is clear and uncomplicated, knowledge of the whole person can help the doctor answer the question "Why now?"

Finally, understanding the whole person can deepen the doctor's knowledge of the human condition, espe-

cially the nature of suffering and the responses of persons to sickness.

**3. Finding Common Ground  
(in the centre of Figure 1)**

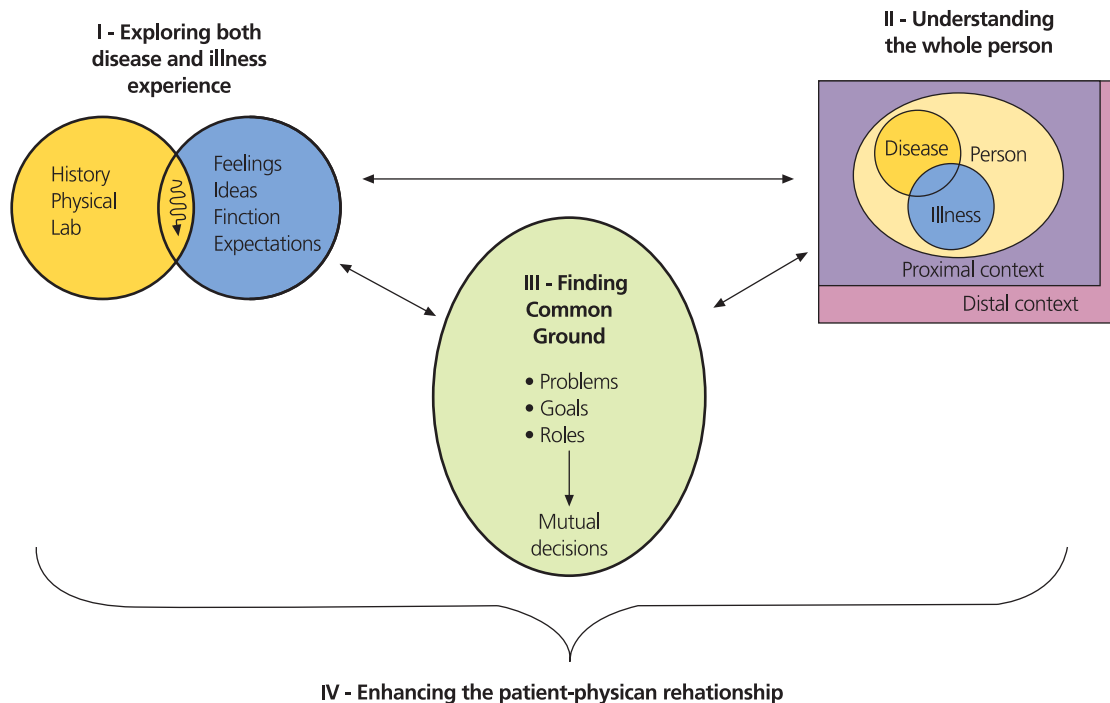
The third component of the method is the mutual understanding of finding common ground. Developing an effective management plan requires physician and patient to reach agreement in three key areas: first, the nature of the problems and priorities; second, the goals of treatment; and third, the roles of the doctor and the patient. Often, doctors and patients have widely divergent views in each of these areas. The process of finding a satisfactory resolution is not so much one of bargaining or negotiating, but rather of moving toward a meeting of minds or finding common ground. This framework reminds physicians to incorporate patients' feelings, ideas, expectations, and function into treatment planning. This third component is central to the Patient-centered Clinical Method, which is why it is placed at the middle of the diagram.

**4. Enhancing the Patient-Doctor Relationship  
(at the foundation of Figure 1).**

The fourth component of the patient-centered method is foundational and is the conscious attention to

enhancing the patient-doctor relationship. When doctors see the same patients time after time with a variety of problems, they acquire considerable personal knowledge of them that may be helpful in managing subsequent problems. At every visit, in the context of continuity of care, physicians strive to build an effective long-term relationship with each patient as a foundation for their work together and to use the relationship for its healing potential. Physicians use personal self-awareness, as well as the basic tools of effective relationships: unconditional positive regard, empathy, and genuineness. They attend fully to patients and their needs without always having to interpret or intervene. Physicians recognize that different patients require different approaches and use themselves in a variety of ways to meet the patients' needs (for example, sensing a patient who has unquenchable need for support and is vulnerable to abandonment; or recognizing and accommodating an assertive, involved patient). Physicians, at the very least, "walk with" the patients and, at most, use themselves and their relationship to mobilize the strengths of patients for a healing purpose.

In summary, then, these are four criteria on which patient-centered care can now be researched, assessed and taught.



**Figure 1.** The patient-centered clinical method four interactive components.<sup>[1]</sup>



## Is Patient-Centeredness Important to Patients?

Little et al.'s<sup>[5]</sup> series of studies in the UK indicate that greater than 75 percent of patients want a patient-centered approach. Furthermore, the sceptical authors asked the research question, "Do patients want all components of patient-centeredness?". The answer was "Yes".

To me, it is not such a surprise that a high proportion of patients expect a patient-centered approach. The following data provide an explanation.

These data show that adult patients visiting family physicians have not merely one condition but frequently suffer from multiple conditions at the same time. A focus on one disease at a time may not lead to high quality care; 23 percent of patients have 2 or more chronic conditions and for 65 year old patients (or older) greater than 65 percent have 2 or more chronic conditions.<sup>[6]</sup> In addition, chronic and acute diseases are only part of the picture that patients bring to their family physician for discussion.

The following information comes from one of our studies<sup>[7]</sup> but the information has not been published before. Of all 315 encounters or visits by patients to family physicians, 311 had at least one symptom presented. Eighty-nine percent of these patients expressed ideas about what they thought the symptom meant. For example, a patient might say: "I think these headaches may have serious significance." or "I was wondering if it could be stress"

Of the 311 patients, seventy-two percent had an expectation of what should occur during the visit. For example: "I am here to have something done about these headaches."

Fifty-seven percent of the 311 patients had problems with functioning in daily life, For example: "It sure is interfering with my sleeping what with the coughing and sweating." or "I can't go swimming anymore."

Fifty-five percent of patients expressed family, friends or life cycle issues, For example: "My son is in such big trouble."

And forty-two percent of patients expressed feelings (concerns, worries, fear, anger), For example: "I'm finding this waiting frustrating." or "This pain is really worrying me."

These issues co-occur with the symptoms that patients present verbally to family physicians. Sixteen percent of family practice patients express all five elements (ideas; expectations; problems with function in daily life; problems with family, friends and life cycle; and feelings). Almost 45 percent have four of the five and 71 percent of patients have three of the five.

These data on multimorbidity and on co-occurring illness experiences help family physicians appreciate the need for a deep understanding of all of these aspects of patients' problems and of the interplay among these elements of disease and illness. These data help us understand why patients' expect patient-centered care.

## Role of the Patient-Centered Clinical Method in Diagnosis and Cure

Two examples demonstrate the importance of patient-centered components in the two central tasks in conventional medicine: diagnosis and cure. A real case shown in a teaching videotape will illustrate the role in diagnosis.<sup>[8]</sup> The videotape shows a young woman patient, coughing and looking tired. The medical student conducts a thorough enquiry but asks closed-ended questions finding out that the cough has been going on for some time, that the patient is tired, that she has phlegm, that it hurts when she coughs. The student said the diagnosis was bronchitis and an antibiotic prescribed. The teacher later talked with the patient using a broader approach, one that I would call patient-centered. The patient was asked two broad questions which dramatically changed the differential diagnosis: with regard to her illness experience, she was asked how the illness affected her daily life and she responded, "I cannot sleep with the coughing, the nights are so difficult with drenching sweats and, actually I coughed so hard once one night there was blood in the handkerchief." As well she was asked, "What do you think this is?" and she responded that because she worked with immigrants each day, she wondered if it was something she had acquired from them. Tuberculosis. The point of telling this story is to emphasize that correct diagnosis can rely on taking a medical history that encompasses all the dimensions of human life.

The second example concerns cure. When one thinks about treating hypertension and diabetes, one immediately thinks of appropriate drug treatments. However, one rigorous intervention trial has shown that when patients are encouraged to more fully participate in their visits with their primary care doctor, their diastolic blood pressure is 83 millimetres of mercury versus 95 millimetres of mercury before (for the intervention group of patients), and 91 millimetres of mercury before and after (for the control group).<sup>[9]</sup> While the study did not explain the mechanism, there is both biological and psychological plausibility for a process revealed by seminal qualitative studies suggesting that when doctors listen, patients begin to trust in the relationship, they feel better and become more active partners in care.<sup>[10]</sup> They feel and become more empowered to mobilize their own resources finally leading to an improvement in physiologic health status.

## Studies of Patient-Centered Care

In the 1980s and 1990s, a research program, at Western University, Department of Family Medicine, began to take shape, running three tracks each informing the other: a measurement development track; an epidemiologic track; and a qualitative track.

In order to be able to conduct studies of patient-centeredness using epidemiologic methodology, quantitative measurements had to be created. Two measures have been developed.<sup>[7]</sup> One is the Measure of Patient-Centered Communication, based on coding and scoring audiotaped or videotaped encounters. An overall score ranging from 0-100 has been validated through correlations with Global Scores and found to be reliable between raters, after training. A coding and scoring sheet is used when listening to an audiotape of the interview.

Another measure is the Patient Perception of Patient Centeredness, which is a 14 item validated and internally reliable questionnaire which patients complete after a visit with a doctor. It is the patients' view of patient-centeredness. The 14-item questionnaire is reliable and valid.

Over two decades, the epidemiology track followed the typical epidemiologic progression: beginning with descriptive studies (of residents over a three-month period of training and of seven community-based family physicians); followed by an analytic cohort study testing the hypothesis that patient-centered care was associated with subsequent patient health and with use of medical resources. This led to our ability to justify a randomized controlled trial of an education program for doctors which contained a qualitative element.

The analytic cohort study of a random sample of family physicians and their patients with new symptoms, studied the impact of patient-centered care on outcomes in family practice.<sup>[7]</sup> Patient-centeredness of a study visit was ascertained using the two measures I just described above: we audiotaped the visit so we could measure the patient-centered communication; and after the visits, the patient completed a questionnaire on the patient perception of patient-centeredness. Two months later the patients reported their health. As well, a chart audit ascertained the use of medical resources, i.e. referrals and diagnostic tests ordered over the same two month period. Thirty-nine randomly selected family physicians participated. 315 consecutive eligible patients were recruited.

The study found that the measure of patient-centered communication, the audiotape measure, was not significantly related to patient health outcomes nor to use of medical resources. The patients' perception that the visit had been patient-centered was, however, statistically significantly associated with patient health outcomes and

use of medical resources. This was an important, clinically significant result, in that diagnostic tests were half as likely if the visit was perceived to be patient-centered. We portray these results in this diagram indicating the patient-centered communication was associated, not directly with outcomes, (the dotted line upper left to right) but associated with the patient perceptions of patient-centeredness (center solid line going top down) which in turn affected subsequent outcomes (solid line bottom going left to right) (Figure 2). It is noteworthy that the patients' perception of Finding Common Ground influenced outcomes. For this reason, Finding Common Ground is now at the center of the conceptual diagram shown previously in Figure 1.

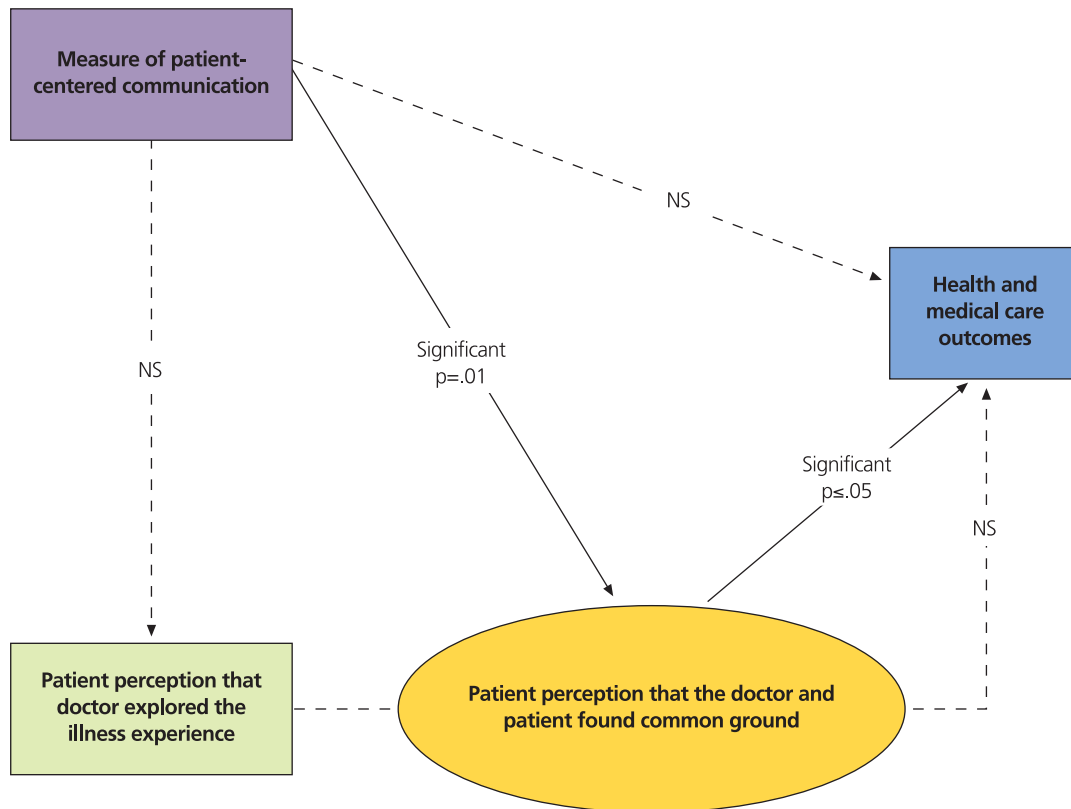
The next study in the program sought to translate patient-centered care into practice in a randomized controlled trial. This was entitled "Innovative Training to Improve Physician Communication with Breast Cancer Patients".<sup>[11]</sup> We wanted to answer this research question: Does intensive education improve physician communication with breast cancer patients? The research team was supported by a breast cancer patient advisory group. There were three phases to the study: a qualitative study, a pre-test phase of the education program, and the evaluation of the education in a randomized controlled trial.

The qualitative findings of long interviews with 11 breast cancer survivors were that their experience of communication with their doctor at the time of diagnosis or diagnosis of recurrence was characterized by four key themes: relationship building including trust and hope, intertwined with information sharing, creating the experience of control, and mastering life as a whole person with a chronic disease.<sup>[12]</sup>

The 6-hour education program included these key elements: the physicians' perspective; the patients' perspective including a discussion with breast cancer survivors; and videotaped practice sessions with feedback using standardized patients.

The randomized controlled trial included 51 family physicians, surgeons and oncologists who were randomized to experience either the 6-hour education (the Intensive Group) or a 2-hour videotape viewing and discussion (the traditional Group). The education was evaluated in terms of its influence on the measure of patient-centered communication with audiotaped visits with standardized patients (these are actors, trained to portray a case that we researchers created). These visits occurred before and after the intervention. As well, we asked real breast cancer patients' about their satisfaction and well-being.

The strengths of the research methods included seven points: random allocation; two reliable raters of communication; validated communication measures;



**Figure 2.** Relationships among measure of patient-centered communication, patient perceptions of patient-centeredness, and outcomes (NS: not significant).

raters blind to the group the physicians were in; no reason to suspect contamination; 100 percent compliance by physicians i.e. all attended the education and all completed the standardized patient interviews; and patient outcomes included.

The results were that the surgeons' and oncologists' audiotaped visits showed no change before and after the education, but the education did demonstrate a significant improvement in the family physicians.

In addition, the intervention group oncologists' and surgeons' patients were more satisfied and felt better after their visit with their doctor compared to control group patients. In other words, the patients noticed a difference that the audiotape measure did not. What more patient-centered result could one imagine in the research program – that patients' themselves are more discerning than we observers, regarding the important elements in a consultation.

### Studies Conducted Around the World

Other researchers have found that patient-centered care does make a difference: to patients' experience; to patients' health; and to the efficiency of health care.

It is virtually a universal finding in the international literature that more patient-centeredness will result in more positive patient perceptions. I have chosen two examples of such studies. In South Africa, Henbest et al. showed a large and significant difference in the percent of satisfied patients, 15 percent in the not so patient-centered visits versus 46 percent satisfied after the highly patient-centered visits.<sup>[13]</sup> In Spain, Moral et al.'s trial demonstrated significantly higher patient perceptions in the intervention group (whose family doctor had received patient-centered training), 55 percent versus 29 percent.<sup>[14]</sup>

With regard to patient health outcomes, results are mixed in the general patient-provider communication literature but with regard to family medicine and patient-centered care, results are promising. Griffin and colleagues conducted a systematic review of world literature and found that most of the 35 interventions improved the relationship between the patient and the doctor and as well, slightly more than half of the interventions improved patients' health.<sup>[15]</sup> This review points to several worthwhile ways to support effective patient-doctor relationships, including: patient interventions such as encouraging patients to ask questions, having

patients write down what their concerns are; and interventions with doctors such as teaching doctors how to better explore the patients' ideas, concerns and expectations, helping doctors provide clear information about disease and its treatment, and enhancing doctors' attention to emotion in the consultation. These ideas are highly relevant to the education strategies presented later segment in this paper. The health outcomes which were positively affected were: improved symptoms; decreased anxiety; and improved functional status.

Concerns about health care spending and being wise stewards of health care have led to studies on resource use and costs. In North America, both numbers and costs of diagnostic testing are lower for patients who received patient-centered care. For example, in Canada, our cohort study showed that at 24.3 percent of patients received diagnostic tests when the visit was not patient-centered in contrast to 14.6 percent when the visit was patient-centered.<sup>[16]</sup> In the United States, Epstein found that the costs for diagnostic testing were higher when the doctor was not patient-centered (\$100 dollars) versus when the doctor was patient-centered (\$89 dollars).<sup>[17]</sup>

In summary, we can say that patient-centered care leads to: positive patient perceptions of their experience; improved patient health; and increased efficiency through reduced use of resources and costs.

### Patient-Centered Care can be Taught and Learned

From the studies that have been conducted, here are six of the elements of successful education programs whose goal was to improve patient-centered care between family doctors and patients: 1) present some of the evidence from rigorous studies; 2) know and share the concepts about what are the components or tasks of patient-centered care, (in other words describe a patient-centered clinical method); 3) learn from patients, either by asking them to share emotional stories of their illness narrative or by asking them to complete a 14-item questionnaire; practice doing patient-centered care, perhaps using role-play or videotapes of visits with patients; provide safe and constructive feedback to students regarding their visits with patients; and 6) consider integrating the teaching of patient-centered care with all other clinical tasks, as well as integrating education into everyday clinical care, by caring for patients with students.

### Conclusion

I hope that this paper has helped you to better understand the patient-centered clinical method. The paper has covered the reasons why it is important to patients. The patient-centered approach can assist a family physician in making a diagnosis and achieving a cure. The paper shows that patient-centered care can be researched. As well, we have seen ways that the patient-centered clinical method can be taught and learned.

### References

1. Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method. 2nd ed. Oxford, UK: Radcliffe Medical Press; 2003.
2. Stewart, M. Reflections on the doctor-patient relationship: from evidence and experience. *Br J Gen Pract* 2005;55:793-801.
3. Mead N, Bower P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med* 2000;51:1087-110.
4. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *J Med Philos* 1981;6:101-23.
5. Little P, Everitt H, Williamson I, et al. Preferences of patients for patient-centered approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ* 2001;322:468-72.
6. Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet* 2012;380: 37-43.
7. Stewart M, Brown JB, Donner A, et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000;49:796-804.
8. Platt FW. Director, The Patient's Narrative, The Medical Interview Videotape, Colorado University School of Medicine, Foundations of Doctoring Curriculum, July 2000.
9. Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE, Jr. Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 1989;27:S110-27.
10. McWilliam CL, Stewart M, Brown JB, et al. Creating empowering meaning: an interactive process of promoting health with chronically ill older Canadians. *Health Promotion International* 1997;12:111-23.
11. Stewart M, Brown JB, Hammerton J, et al. Improving communication between doctors and breast cancer patients. *Ann Fam Med* 2007;5:387-94.
12. McWilliam CL, Brown JB, Stewart M. Breast cancer patients' experiences of patient-doctor communication: a working relationship. *Patient Educ Couns* 2000;39:191-204.
13. Henbest RJ, Stewart M. Patient-centredness in the consultation 2: Does it really make a difference? *Fam Pract* 1990;7:28-33.
14. Moral RR, Alamo MM, Jurado MA, Perula de Torres L. Effectiveness of a learner-centred training programme for primary care physicians in using a patient-centred consultation style. *Fam Pract* 2001;18:60-3.
15. Griffin SJ, Kinmonth AL, Veltman MWM, Gillard S, Grant J, Stewart M. Effect on health-related outcomes of interventions to alter the interaction between patients and practitioners: a systematic review of trials. *Ann Fam Med* 2004;2:6:595-608.
16. Stewart M, Ryan BL, Bodea C. Is Patient-centred care associated with lower diagnostic costs? *Health Policy* 2011;6:27-31.
17. Epstein RM, Franks P, Shields CG, et al. Patient-centered communication and diagnostic testing. *Ann Fam Med* 2005;3:415-21.

# Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı

Aile Hekimliği Araştırma Günleri, İzmir, Türkiye

The patient-centered clinical method: a family medicine perspective

Moira Stewart<sup>1</sup>

**K**asım 2012 tarihinde İzmir’de düzenlenen Aile Hekimliği Araştırma Günleri’nde verilen konferans çerçevesinde hazırlanan bu makale, tüm dünyada aile hekimliğinin temel kavramlarından biri olan hasta merkezli klinik yöntemi konu almaktadır. Burada, yöntemin kavramsal çerçevesi çizilerek ona ışık tutan araştırmalardan söz edilecektir. İçeriğin hazırlanmasında başlıca iki kaynaktan yararlanılmıştır. “Hasta Merkezli Tıp – Klinik Yöntemin Dönüştürülmesi” isimli kitap<sup>[1]</sup> ve daha önce verilen bir ders.<sup>[2]</sup>

Makale altı bölümden oluşmaktadır: Hasta merkezli klinik yöntem ile ilgili kavramlar; yöntemin hastalar açısından önemi; hasta merkezli klinik yöntemin tanı ve iyileşmedeki rolü; hasta merkezli klinik yöntem ile ilgili araştırmalar; hasta merkezli bakım ile ilgili uluslararası bulgular ve hasta merkezli bakımı öğrenme ve öğretme yöntemleri.

## Hasta Merkezli Klinik Yöntem

Bir hekim nasıl daha hasta merkezli bir şekilde çalışabilir? Hasta merkezli olmak ne demektir?

Mead ve Bower, hasta – aile hekimi ilişkisi hakkındaki literatürü eleştirel olarak derlemişler ve hasta merkezli görüşler ile geleneksel biyomedikal klinik yöntemi karşılaştırarak farklarını ortaya koymuşlardır.<sup>[3]</sup> Bu derlemede bizim kitabımızdaki tanımın,<sup>[1]</sup> literatürdeki en kapsamlı tanım olduğu kabul edilmiştir.

Hasta merkezli klinik yöntem, aile hekiminin düşünce yapısında birbiri ile ilişkili iki vazgeçilmez ilkenin var olmasını, bir başka deyişle iki temel değişimi gerektirir. Bu değişimlerden ilki hekimin belirleyici, hastanın ise pasif bir alıcı olduğu hiyerarşik düşünce tarzının bu yöntemde yeri olmadığını kavramaktır. Bir hekim, hasta merkezli olabilmek için ilişkideki gücü paylaşmayı öğrenmek zorundadır. Bu güçler dengesi, hasta merkezli bir uygulamanın zorunlu erdemidir.

İkincisi ise, aile hekiminin, hastası ile ilişkisindeki nesnellığı, onunla arasına mesafe koyan bir duruş olarak

göstermesinin kabul edilemeyeceğidir. Aslında hekim, duygusal olarak destekleyici ve hastasının bir birey olarak yaşamının bütün boyutlarında çektiği ızdıraba karşı duyarlı olmalıdır. Bunun için aile hekiminin hastadan gelen nesnel ve öznel tepkileri dengelemesi ve zihin ve bedeni bir arada algılamaya çalışması gerekmektedir.

Dr. George Engel’in biyopsikososyal modelinin devrimsel önemi açıktır.<sup>[4]</sup> Hem bir dahiliyecisi hem de psikoanalitik yönelimli bir psikiyatrist olan Engel, 1970’lerde geleneksel biyomedikal yöntemi, çok dar bir bakış açısına sahip olduğu ve klinik olarak önemli bilgileri dışladığı savı ile eleştirmişti. Önerdiği alternatif, biyopsikososyal model, biyolojik, psikolojik ve sosyal verileri entegre ederek tıbbın bakış açısını genişletti. Engel bir model, bir teori ortaya koymuştu; ancak hekimin tam olarak ne yapması gerektiği çok da açık değildi. Bu model sonuçta bir soyutlamaydı ve uygulamada hayata geçebilmesi için bir yöneme gereksinim duymaktaydı. İşte, hasta merkezli klinik yöntem bu gereksinimi karşılamaktadır. Biyopsikososyal modelin hayata geçmesini, yani uygulanabilmesini, araştırılabilmesini ve öğretilebilmesini sağlamaktadır.

Hasta merkezli klinik yöntem birbirleri ile etkileşim içinde olan dört bileşenden oluşmaktadır.

### 1. Hem Hastalığın hem de Rahatsızlık Deneyiminin Araştırılması (Şekil 1, sol üst köşe)

İlk bileşen hekimin, her bir hastası için, sağlığın bozulması ile ilgili iki kavram olan “hastalık ve rahatsızlık”ı anlayabilmesini gerektirir. Hastalık, hekimin hastanın sorunlarını, beden organlarının ve sistemlerinin yapısal ve/veya işlevsel anormallikleri çerçevesinde, hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklar ile açıklamaya çalıştığı teorik bir yapı, ya da bir soyutlamadır. Rahatsızlık ise hastanın kendi sağlığındaki bozulma ile yaşadığı kişisel deneyim, yani hastanın öyküsüdür. Bir insana koyduğumuz “tanı etiketi” onun aynı hastalığa sahip diğerleri ile ortaklaştığı noktaları belirlerken, her insanın “rahatsızlığı” sadece kendisine özgüdür.

<sup>1</sup> Western Üniversitesi Tıp ve Diş Hekimliği Fakültesi, Londra, Ontario, Kanada

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

Etkin bir hasta bakımı, bireylerin hastalıklarını dikkate aldığımız kadar onların rahatsızlık deneyimlerini de dikkate almamız ile olasıdır. Hastalık geleneksel biyomedikal yöntem ile saptanabilir; ancak rahatsızlık deneyiminin kavranması için ek bir yaklaşıma gereksinim vardır. Hasta merkezli klinik yöntem, bireylerin rahatsızlık deneyimine dört temel boyutta yaklaşır: İlk olarak duygular, özellikle hasta olmaları nedeniyle duydukları korkular; ikinci olarak, sorunlarının ne olduğu hakkındaki görüşleri; üçüncüsü, sorunlarının günlük yaşam işlevleri üzerindeki etkisi ve son olarak da ne yapılması gerektiği hakkındaki beklentileri. Bu yaklaşımın anahtarı, hastaların bu boyutlar ile ilgili sunduğu ipuçlarına duyarlı olmaktır; amaç hastaların sunduğu ipuçlarını izlemek ve hastaların deneyimini onların bakış açısından kavramaya çalışmaktır. Bu yöntem hasta doyumunu ve iş birliğini artırır, hem rahatsızlık hem de hastalık ile ilgili çıktıları iyileştirir ve bir hekimin günlük pratiğindeki tüm hastalar için uygulanabilir.

Hastanın rahatsızlık deneyiminin sağaltıcı bir şekilde kavranması hekimin “hastanın dünyasına girmesini”, hastanın kendi rahatsızlığı hakkındaki uzmanlığına saygı duymasını ve rahatsızlığı hastanın bakış açısından kavramasını sağlayacak bir görüşme becerisi gerektirir. Bu hedefe genellikle özel bir çaba göstermeksizin ulaşılabılırse de bazen hekimler, hastanın duyguları, düşünceleri, beklentileri ve durumunun günlük işlevi üzerindeki etkileri hakkında sunabileceği bütün ipuçlarına karşı tetikte olmak zorunda kalırlar. Hasta hekimi, ipuçlarını kaçırdığı konusunda farklı yollarla uyarabilir. Bu, bazen görüşmenin sonunda, hasta odayı terk etmek üzere ve eli kapı tokmağında yapmış olduğu hayati bir yorum olabilir. “Kapı tokmağı” yorumları, hekimin görüşme sırasında bazı ipuçlarını kaçırdığı ve hastanın korktuğu ve utandığı bir konuyu çok geç olmadan açmaya cesaret edebildiği anlamına gelebilir.

## 2. Bireyin Bir Bütün Olarak Kavranması (Şekil 1, sağ üst köşe)

İkinci bileşen bireyin bir bütün olarak kavranmasıdır. Hekimler zaman içinde, hastaları hakkında, hastalığa tanı koyma veya rahatsızlığa verilen tepkileri belirlemenin çok ötesine geçen bir bilgi yığını biriktirirler. Hastalarını bir birey olarak tanımaya başlarlar ve bu yolla bireyin hastalığını ve rahatsızlık deneyimini, onun yaşam ortamı ve kişisel gelişim düzeyi bağlamında değerlendirebildikleri bir kavrayışa ulaşabilirler. Birey hakkındaki bu bilgi onun ailesini, işini, inanışlarını ve çeşitli yaşam olayları ile nasıl başa çıktığını içerir.

Bir aile üyesinin ciddi bir hastalığı tüm aile sistemi içinde yankılanır. Bireyi bir bütün olarak algılayabilen bir hekim, ailenin kendi üyeleri üzerindeki iyileştirici, kötüleştirici ve hatta hasta edici olabilecek etkilerinin farkındadır. Hastanın kültürel inanış ve tutumları da kendi bakımı üzerinde etki sahibidir.

Bireyi bir bütün olarak kavramak, bazı belirli zamanlarda, hekimin hasta ile etkileşimine katkıda bulunur; ör-

neğin, belirti ve bulgular, açıkça tanımlanabilen bir hastalık sürecine işaret etmediğinde ya da hastanın rahatsızlığına verdiği tepkiler abartılı veya sıra dışı olduğunda. Bunun gibi durumlarda hastanın yaşam döngüsü evresi, o anda yaşadığı rahatsızlık deneyimine bir miktar ışık tutabilir. Ancak tanının son derece açık ve kesin olduğu durumlarda bile, birey hakkında sahip olduğu bütüncül bilgi, hekimin “Neden şimdi?” sorusunu yanıtlamasını sağlayabilir.

Son olarak, bireyi bir bütün olarak kavramak, hekimin insan yapısı ve özellikle acı çekmenin doğası ve kişilerin hasta olma durumuna tepkileri hakkındaki anlayışını derinleştirir.

## 3. Ortak Zemin Oluşturma (Şekil 1, orta bölüm)

Yöntemin üçüncü bileşeni karşılıklı bir anlayış içinde ortak bir zemin oluşturmaktır. Etkin bir yönetim planı oluşturabilmek için hasta ve hekimin, üç anahtar alanda ortak bir zeminde buluşmaları gerekir: İlk olarak, sorunların doğası ve öncelikler; ikinci olarak, tedavi hedefleri ve son olarak da, hekimin ve hastanın rolleri. Hekim ve hasta bu üç alanda sıklıkla oldukça farklı bakış açılarına sahiptirler. Bu ayrılığın tatmin edici bir çözüme ulaşması süreci, bir pazarlık veya müzakere sürecinden ziyade, zihinlerin buluşmasına veya ortak bir zemin oluşturulmasına doğru birlikte hareket etme sürecidir. Bu çerçevede hekime, hastanın duygularını, düşüncelerini, beklentilerini ve işlevini tedavi planına entegre etmesi gerektiğini anımsatır. Bu üçüncü bileşen hasta merkezli klinik yöntemin merkezinde yer almaktadır ve bu nedenle Şekil 1’in ortasında gösterilmiştir.

## 4. Hasta – Hekim İlişkisinin Geliştirilmesi (Şekil 1’in altı)

Hasta – hekim ilişkisinin geliştirilmesi yönünde harcanan bilinçli bir çabayı ifade eden dördüncü bileşen, hasta merkezli klinik yöntem için temel bir öneme sahiptir. Hekimler aynı bireyi zaman içinde farklı sorunlarla defalarca görerek, birey hakkında daha sonraki sorunların çözümünde yardımcı olabilecek hatırı sayılır bir bilgi birikimi edinirler. Hekim her bir hastası ile gerçekleştirdiği her görüşmede, bakımın sürekliliği bağlamında, hasta ile birlikte çalışmalarının temelini oluşturacak etkin bir hasta – hekim ilişkisi geliştirmeye ve bu ilişkinin sağaltıcı potansiyelini kullanmaya çalışır. Hekimler bunun için kişisel öz-farkındalıklarını ve etkin bir ilişkinin temel araçlarını kullanırlar: Koşulsuz olumlu yaklaşım, empati ve içtenlik. Her zaman yorumlama veya müdahale etme zorunluluğu duymadan hastalarına ve onların gereksinimlerine odaklanırlar. Hekimler her bir hastanın farklı yaklaşımlara gereksinim duyacağını ve bu gereksinimleri farklı yollarla (örneğin, önüne geçilemez bir destek gereksinimi içinde olan ve terkedilmeye karşı son derece kırılan bir hastayı hissetmek ya da savunmacı ve karmaşık bir hastayı tanımak ve yardım etmek) karşılamaları gerekebileceğinin farkında olmalıdırlar. Sonuçta hekimler

hastaları ile “birlikte yürüyerek”, kendilerini ve hasta ile olan ilişkilerini kullanarak, hastalarının iyileştirici güçlerini harekete geçirmeye çalışırlar.

Özet olarak, hasta merkezli bakım bu dört ölçüt aracılığı ile araştırılabilir, ölçülebilir ve öğretilebilir.

## Hasta Merkezlilik Hastalar İçin Önemli midir?

Little ve ark.’nın<sup>[5]</sup> araştırma serileri, Birleşik Krallık’ta hastaların %75’inin hasta merkezli yaklaşımı tercih ettiklerini göstermektedir. Üstelik kuşkucu yazarların araştırma sorusu, “Hastalar hasta merkezliliğin bütün bileşenlerini istiyorlar mı?” şeklindeydi. Yanıt ise kesin bir “Evet”.

Bana göre hastaların önemli bir bölümünün, hasta merkezli yaklaşım talep etmeleri şaşırtıcı değildir. Aşağıdaki veriler buna açıklık getirmektedir.

Bu veriler, aile hekimlerine başvuran erişkin hastaların nadiren sadece tek yakınmaları olduğunu, sıklıkla birden fazla durum nedeni ile rahatsızlık yaşadıklarını göstermektedir. Her seferinde tek bir soruna odaklanmak yüksek kalitede bir bakım sağlamayabilir: Hastaların %23’ü iki veya daha fazla kronik hastalığa sahipken, 65 yaş üzerindeki hastalar için bu oran %65’in üzerine çıkmaktadır.<sup>[6]</sup> Üstelik akut veya kronik hastalıklar, bireylerin aile hekimlerine sundukları resmin yalnızca bir parçasıdır.

Aşağıdaki bilgiler bizim çalışmalarımızın birinden alınmıştır.<sup>[7]</sup> Ancak bu bilgiler henüz yayınlanmamıştır. 315 aile hekimi-hasta görüşmesinden 311’inde en az bir semptom dile getirilmiştir. Bu hastaların %89’u semptomlarının ne anlama geldiği hakkındaki görüşlerini ifade etmişlerdir. Örneğin, bir hasta, “Bence bu baş ağrılarını ciddi bir öneme sahip” veya “Stres yüzünden olabilir mi acaba?” diyebilmektedir.

311 hastanın %72’sinin görüşme sırasında nelerin olması gerektiği ile ilgili bir beklentisi bulunmaktadır. Örneğin, “Burada olmamın nedeni baş ağrılarım için bir şeyler yapılması.”

311 hastanın %57’si günlük yaşam işlevlerinde sorun yaşamaktadır. “Elbette bu öksürük ve terleme uyumamı engelliyor” ya da “Artık yüzmeye gidemiyorum.”

Hastaların %55’i aile, arkadaş veya yaşam döngüsü ile ilgili sorunlarını dile getirmişlerdir. Örneğin, “Oğlum büyük bir sorun yaratıyor.”

Son olarak hastaların %42’si duygularını (endişe, öfke, kızgınlık) ifade etmişlerdir. Örneğin “Bu şekilde beklemeyi son derece sinir bozucu buluyorum” veya “Bu ağrı beni gerçekten endişelendiriyor.”

Hastalar aile hekimlerine semptomları ile birlikte yarıda belirtilen konuları da dile getirmişlerdir. Aile hekimlerine başvuran hastaların %16’sı bu beş boyutu da (düşüncelerini; beklentilerini; günlük yaşam işlevleri ile ilgili sorunlarını; aile, arkadaşlar ve yaşam döngüsü so-

runlarını ve duygularını) ifade etmişlerdir. Yaklaşık %45’i bu beş boyuttan dördünü ve %71’i de üçünü görüşme sırasında gündeme getirmişlerdir.

Multimorbidite ve rahatsızlık deneyiminin eş zamanlı olarak ortaya çıkması ile ilgili veriler, aile hekimlerinin hastanın sorunlarının bütün boyutlarını ve hastalık ve rahatsızlığın bileşenleri arasındaki karşılıklı etkileşimi derinlemesine kavramalarına olan gereksinimi takdir etmelerine yardımcı olabilir. Bu veriler, hastaların neden hasta merkezli bakım beklentileri olduğunu anlamamıza yardımcıdır.

## Hasta Merkezli Klinik Yöntemin Tanı ve Tedavideki Rolü

Hasta merkezli klinik yöntemin, geleneksel biyomedikal yöntemin iki temel görevi olan tanı ve tedavi alanlarındaki önemi, iki örnekle ortaya konabilir. Eğitim videosu haline getirilmiş gerçek bir olgu, yöntemin tanı alanındaki rolünü gösterebilir.<sup>[8]</sup> Bu videoda öksüren ve bitkin görünen genç bir kadın hasta yer almaktadır. Hasta ile görüşen tıp öğrencisi, ayrıntılı bir sorgulama yapmış ancak, kapalı uçlu sorular ile öksürüğün bir süredir devam ettiğini, hastanın halsizliği olduğunu, balgam çıkardığını ve öksürürken canının yandığını öğrenmiştir. Öğrenci bronşit tanısı koymuş ve antibiyotik reçete etmiştir. Daha sonra hasta ile görüşen eğitici hasta merkezli olarak nitelendirilebilecek daha geniş bir yaklaşım göstermiştir. Hastaya ayırıcı tanıyı dramatik bir şekilde değiştirecek iki açık uçlu soru sormuştur. Yaşadığı rahatsızlık deneyimi ile ilgili olarak bu hastalığın onun yaşamını nasıl etkilediği şeklindeki soruya hasta “Öksürmekten uyuyamıyorum. Sırsıklam ter içinde kaldığım için geceler çok zor geçiyor. O kadar şiddetli öksürüyorum ki bir seferinde mendilimde kan vardı.” yanıtını vermiştir. Hastaya ayrıca “Bunun ne olduğunu düşünüyorsunuz?” sorusu sorulmuş ve hasta göçmenler ile çalıştığını ve onlardan bir şey kapmış olabileceğinden korktuğunu söylemiştir. Tüberküloz. Bu öykünün anlatılmasındaki amaç, doğru tanının ancak insan yaşamının tüm boyutlarını kapsayan bir tıbbi öykü ile konulabileceğinin vurgulanmasıdır.

İkinci örnek tedavi ile ilgili. Diyabeti ve hipertansiyonu tedavi etmek dendiğinde hemen uygun ilaç tedavileri akla gelir. Ancak ciddi bir müdahale çalışmasında, hastaların birinci basamak hekimleri tarafından tedavilerinde daha etkin bir şekilde rol almaya teşvik edilmeleri sonucunda, müdahale grubunda diyastolik kan basıncı ortalamasının 95 mmHg’dan 83 mmHg’ya düştüğü, kontrol grubunda ise bu ortalamanın çalışmanın başlangıcında ve sonunda 91 mmHg olarak kaldığı saptanmıştır.<sup>[9]</sup> Çalışma bu bulguların arkasında yatan mekanizmaları açıklamakla birlikte, ufuk açıcı niteliksel çalışmalardan elde edilen, hekimler dinlemeye başladıkça hastaların güvenlerinin arttığı ve tedavide daha aktif ortaklar haline geldikleri yönündeki bulgular, hem biyolojik hem de psikolojik mekanizmaları akla uygun hale getirmektedir.<sup>[10]</sup>

Hastalar kendilerini daha sorumlu hissetmekte ve kendi kaynaklarını daha çok harekete geçirerek fizyolojik sağlıklarında iyileşme sağlamaktadırlar.

## Hasta Merkezli Bakım ile İlgili Araştırmalar

1980’lerde ve 1990’larda Western Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda, her biri diğeri için bilgi sağlayan üç koldan oluşan bir araştırma programı şekillenmeye başlamıştır: Ölçüt geliştirme kolu, epidemiyolojik kol ve niteliksel araştırma kolu.

Hasta merkezlilik alanında epidemiyolojik yöntemlilik ile araştırma yapılabilmesi için niceliksel ölçütler geliştirilmesi gerekir. Bu amaçla iki ölçüt geliştirilmiştir.<sup>[7]</sup> Bunlardan ilki olan Hasta Merkezli İletişim Ölçütü görsel veya işitsel olarak kayda alınan görüşmelerin kodlanması esasına dayanmaktadır. 0 ile 100 arasında değişen toplam skorun Global Skorlama ile korelasyonu doğrultusunda geçerliliği ve eğitilmiş değerlendiriciler ile de güvenilirliği sınanmıştır. Görüşme kaydı dinlenirken bir kodlama ve skorlama formu kullanılmaktadır.

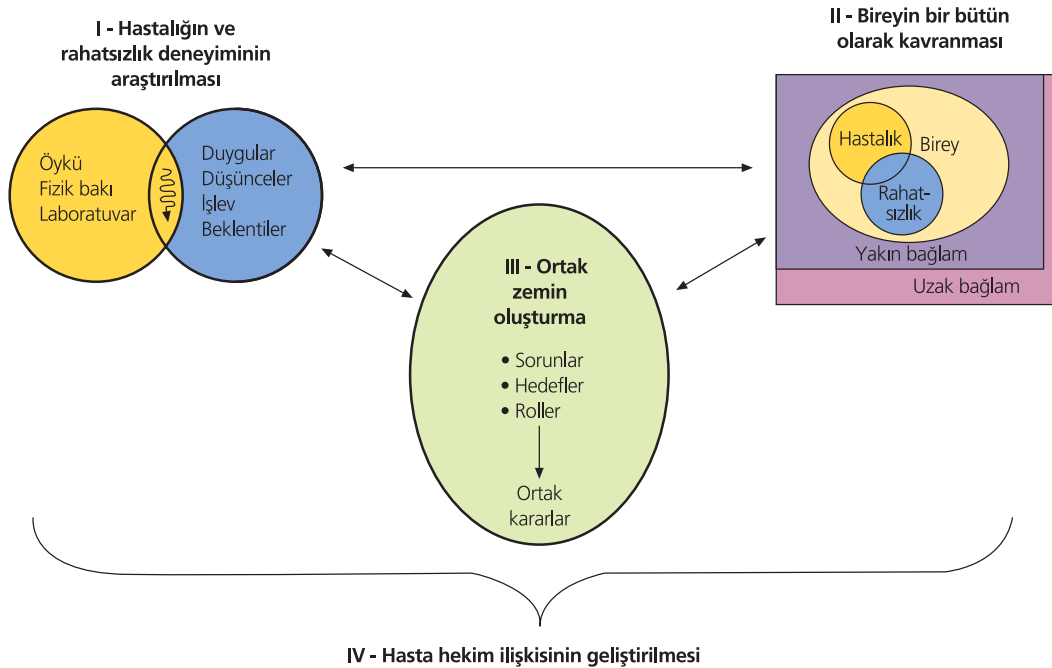
Diğ er ölçüt ise Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı’dır. Hastanın hekim ile görüşmesinden sonra doldurduğu, geçerliliği ve güvenilirliği olan 14 soruluk bir anketir.

Epidemiyoloji kolu yirmi yıl boyunca tipik bir epidemiyolojik izlem gerçekleştirdi. Bunun için önce tanımlayıcı bir çalışma ile başlandı (uzmanlık eğitimlerinin üçüncü ayının üzerindeki uzmanlık öğrencileri ile top-

lum içinde uygulama yapan yedi aile hekimi); bunu hasta merkezli bakımın hasta sağlığı ve sağlık kaynaklarının kullanımı ile ilişkili olduğu hipotezinin test edildiği bir analitik kohort çalışması izledi. Bu da bizi, hekimler için bir eğitim programının etkisini, niteliksel bileşenler de içeren randomize kontrollü bir çalışma ile araştırabileceğimiz bir noktaya getirdi.

Rastgele seçilmiş aile hekimleri ve yeni yakınmalarla başvuran hastaları üzerinde yapılan analitik kohort çalışmasında, hasta merkezli bakımın aile hekimliği çıktıları üzerindeki etkisi araştırılmıştır.<sup>[7]</sup> Çalışma kapsamındaki görüşmelerin hasta merkezliliği, yukarıda sözü edilen iki ölçüt ile değerlendirilmiştir: Görüşmeler hasta merkezli iletişimin ölçülebilmesi amacı ile kaydedilmiş ve görüşme sonrasında hastalar “Hastanın Hasta Merkezlilik Algısı Anketi”ni yanıtlamışlardır. İki ay sonra hastalar kendi sağlıkları ile ilgili bildirimlerde bulunmuşlardır. Ayrıca tıbbi kaynakların kullanımı da bir form aracılığı ile kaydedilmiştir. Bu kapsamda sözü edilen iki aylık dönem içindeki sevkler ve istenen tanı testleri dikkate alınmıştır. Çalışmaya rastgele seçilmiş 39 aile hekimi ve 315 hasta katılmıştır.

Çalışma sonuçlarına göre, görsel-işitsel kayıt ile değerlendirilen hasta merkezli iletişim ile ne hastanın sağlık çıktıları ne de tıbbi kaynak kullanımı arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte hastanın görüşmenin hasta merkezli olduğu yönündeki algısı, hem hastanın sağlık çıktıları ile hem de tıbbi kaynak kullanımı ile anlamlı bir ilişki göstermiştir. Bu önemli ve klinik olarak anlamlı bir sonuçtur. Eğer görüşme hasta merkezli olarak algılanı-



Şekil 1. Hasta merkezli klinik yöntemin birbiriyle etkileşen dört bileşeni.<sup>[1]</sup>



yorsa, tanısal test istemi yaklaşık yarı yarıya azalmaktadır. Bu sonuçlar Şekil 2’de gösterilmiştir: Hasta merkezli iletişim, çıktılar ile doğrudan ilişkili olmayıp (üstte soldan sağa uzanan noktali çizgi), hastanın hasta merkezlilik algısı ile ilişkilidir (ortada yukarıdan aşağıya uzanan düz çizgi). Bu da sonuçta çıktıları etkilemektedir (altta soldan sağa uzanan düz çizgi). Hastanın ortak zemin oluşturulduğuna ilişkin algısının çıktıları etkilediğine dikkat etmek gerekir. İşte bu nedenle “Ortak Zemin Oluşturma” Şekil 1’deki diyaframın merkezinde yer almaktadır.

Programın bir sonraki araştırması, hasta merkezli bakımın uygulamada kullanılmasını değerlendiren randomize kontrollü bir çalışma idi. Bu çalışma “Hekimlerin Meme Kanseri Hastaları ile İletişimini Geliştiren Yenilikçi bir Eğitim” olarak adlandırılmıştı.<sup>[11]</sup> Araştırma sorumuz şu şekildeydi: “Hekimlerin meme kanseri hastaları ile iletişimle-ri yoğun bir eğitim ile iyileştirilebilir mi?” Araştırma ekibi, bir meme kanseri hastaları danışma grubu tarafından desteklendi. Araştırmanın üç fazı bulunmaktaydı: Niteliksel bir çalışma, eğitim programının test öncesi fazı ve eğitimin randomize kontrollü bir çalışma ile değerlendirilmesi.

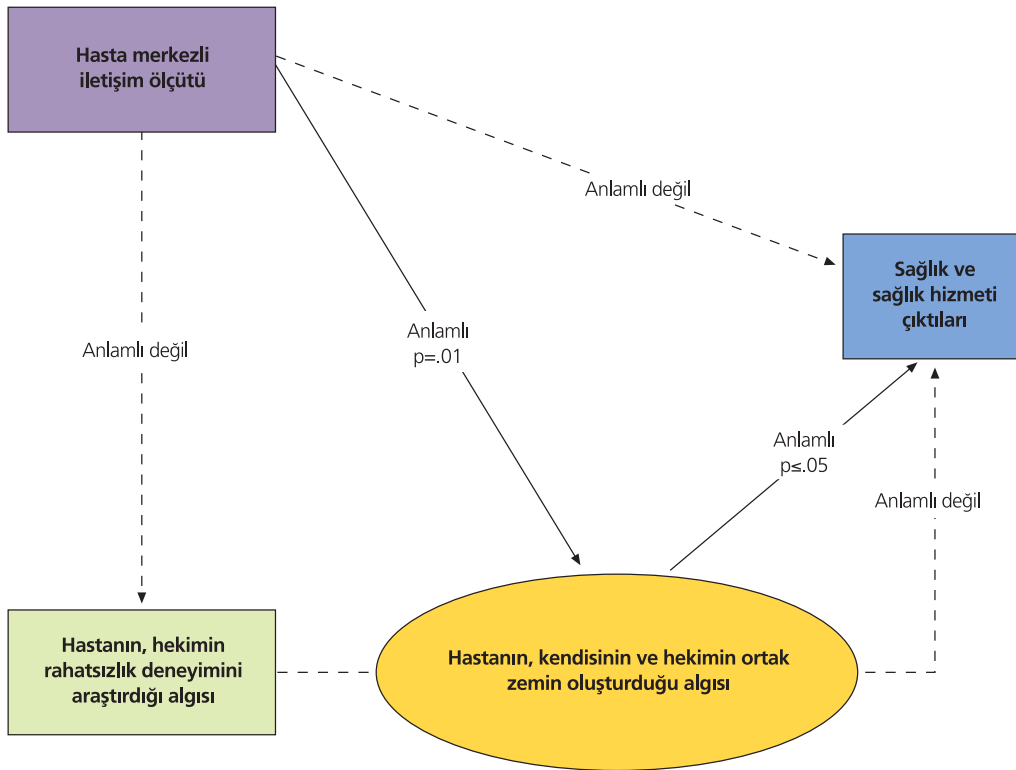
Onbir meme kanseri hastası ile yapılan ve tanı veya nüks saptanması sırasında hekimleri ile iletişim deneyimlerini araştıran, uzun görüşmelerden elde edilen niteliksel veriler sonucunda, dört ana tema ön plana çıkmıştır: Güven ve umut içeren bir ilişki geliştirilmesi, bilgi payla-

şımı, kontrol hissi yaratılması ve kronik hastalığı olan bir birey olarak yaşamı yönetebilme.<sup>[12]</sup>

Altı saatlik eğitim programı şu ana bileşenlerden oluşmaktaydı: Hekim perspektifi; meme kanseri hastaları ile tartışma oturumunu da içeren hasta perspektifi; standardize hastalarla, kayıt altına alınan ve sonrasında geribildirim verilen görüşmeler.

Çalışmada 51 aile hekimi, onkoloji uzmanı ve cerrah altı saatlik eğitim programını (yoğun eğitim grubu) veya iki saatlik video izleme ve tartışmadan oluşan standart eğitimi (geleneksel eğitim grubu) alacak şekilde randomize edildiler. Eğitimin etkinliği, standardize hastalar (bunlar araştırmacıların yarattığı olgu senaryolarını canlandıran kişilerdi) ile yapılmış ve kayıt altına alınmış görüşmelerle hasta merkezli iletişim üzerine etkisi bakımından değerlendirildi. Görüşmeler hem eğitim öncesinde hem de eğitim sonrasında gerçekleştirildi. Aynı zamanda meme kanseri olan gerçek hastaların doyumları ve kendilerini ne derece iyi hissettikleri sorgulandı.

Araştırma yönteminin yedi güçlü yönü bulunmaktaydı: Rastgele yerleştirme; iletişimi değerlendiren iki araştırmacının tutarlılığı; geçerli iletişim ölçütleri; değerlendiren araştırmacıların hekimlerin hangi grupta olduklarını bilmemeleri; kontaminasyonu düşündüren bir kuşkunun bulunmaması; hekimlerin tam işbirliği (tüm hekimler eğitim-



Şekil 2. Hasta merkezli iletişim ölçütü, hastanın hasta merkezlilik algısı ve çıktılar arasındaki ilişkisi.

lere katıldılar ve tüm standardize hasta görüşmelerini tamamladılar) ve hasta çıktılarının dahil edilmesi.

Çalışma sonunda, cerrahlar ve onkologların kayıt altına alınan eğitim sonrası görüşmelerinde, eğitim öncesine göre herhangi bir değişim saptanmamıştır. Ancak eğitim, aile hekimlerinin görüşmelerinde anlamlı bir fark yaratmıştır.

Ek olarak, müdahale grubundaki cerrah ve onkologların hastaları, kontrol grubundaki hekimlerin hastalarına göre görüşme sonrasında daha fazla doyum elde etmiş ve kendilerini daha iyi hissetmişlerdir. Diğer bir deyişle hastalar, görsel-işitsel kayıt ölçütünün saptamadığı farkı algılamışlardır. Hastalar görüşmenin önemli bileşenleri konusunda biz araştırmacılardan daha iyi sezgilere sahip olduklarını göstermişlerdir – hasta merkezliliği inceleyen bir araştırma programında, bundan daha hasta merkezli bir sonuç elde edilebilir mi?

## Dünyadaki Araştırmalar

Başka araştırmacılar da, hasta merkezli bakımın hastaların deneyimleri, sağlıkları ve sağlık bakımının etkinliği üzerinde fark yarattığını bulmuşlardır.

Uluslararası literatür göz önüne alındığında, daha hasta merkezli bakımın hasta algıları üzerindeki olumlu etkisi evrensel bir gerçek olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu şekildeki çalışmalardan iki örnek seçtim. Güney Afrika'da Henbest ve ark.'nın yaptığı çalışmada hasta merkezli olmayan ve hasta merkezli olan görüşmeler arasında hasta doyumunu açısından %15'e %46 gibi büyük ve anlamlı bir fark saptanmıştır.<sup>[13]</sup> İspanya'da Moral ve ark., aile hekimleri hasta merkezli bir eğitim almış olan müdahale grubu ile kontrol grubu arasında, hasta algılarında %55'e %29'luk bir fark göstermişlerdir.<sup>[14]</sup>

Hasta çıktıları göz önüne alındığında ise sonuçlar, genel hasta hekim iletişimi açısından karmaşık olmakla birlikte, aile hekimliği ve hasta merkezli bakım açısından umut vericidir. Griffin ve meslektaşları, dünya literatürü üzerinde yaptıkları bir sistematik derlemede, 35 girişimsel çalışmanın büyük çoğunluğunun hasta – hekim iletişimini güçlendirdiğini ve bunlardan yarından biraz fazlasının hastanın sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır.<sup>[15]</sup> Bu derleme, etkin bir hasta – hekim ilişkisini desteklemek için kullanılacak değerli yollara da işaret etmektedir. Bu yollar, hastaları soru sormaya teşvik etmek veya endişelerini kâğıda dökmelerini önermek gibi hastalara yönelik girişimlerin yanı sıra, hekimlere hastalarının görüş, kaygı ve beklentilerini nasıl araştırabilecekleri konusunda eğitim verilmesi, hastalara hastalık ve tedavisi ile ilgili daha iyi bilgi aktarabilmeleri için yardımcı olmak ve hekimlerin görüşme sırasındaki duygulara karşı dikkatini arttırmak gibi hekimler üzerindeki girişimler de olabilir. Bu görüşler, bu makalenin ilerleyen bölümlerinde söz edilecek eğitim stratejileri ile de son derece tutarlıdır. Olumlu yönde etkilenen sağlık çıktıları

ise semptomların iyileşmesi, anksiyetede azalma ve işlevsel durumun düzelmesi olarak sıralanabilir.

Sağlık harcamaları ile ilişkili endişeler ve sağlık hizmetinin bir anlamda akıl hocası olmak, kaynak kullanımı ve maliyet araştırmalarının da yapılmasına yol açmıştır. Kuzey Amerika'da hasta merkezli bakım alan hastalarda istenen tanıl testlerin hem maliyeti hem de sayısı daha düşüktür. Örneğin Kanada'da, yaptığımız bir kohort çalışması, hasta merkezli olmayan görüşmelerin %23,3'ünde, hasta merkezli olanların ise %14,6'sında tanıl test istendiğini ortaya koymuştur.<sup>[16]</sup> Amerika Birleşik Devletleri'nde Epstein, hekim hasta merkezli olmadığından tanıl test maliyetininin 100 dolar, hasta merkezli olduğunda ise 89 dolar olduğunu göstermiştir.<sup>[17]</sup>

Özet olarak, hasta merkezli bakımın, hastaların deneyimlerini daha olumlu algılamalarına, hastanın sağlığında olumlu gelişmelere ve kaynak kullanımının ve maliyetin azalması ile etkinliğin artmasına yol açtığını söyleyebiliriz.

## Hasta Merkezli Bakım Öğretilebilir ve Öğrenilebilir

Bugüne kadar yapılan çalışmalardan, aile hekimi ve hastası arasındaki hasta merkezliliği artırma amacı taşıyan başarılı eğitim programlarının sahip olması gereken bileşenlerden altısı şöyle sıralanabilir.

1) Ciddi çalışmalardan elde edilen kanıtların sunulması, 2) Hasta merkezli bakım için gerekli bileşenlerin veya görevler ile ilgili kavramların bilinmesi ve paylaşılması (başka bir deyişle hasta merkezli klinik yöntemin öğretilmesi), 3) Duygusal deneyimlerini paylaşmaları veya 14 soruluk anketi doldurmaları istenerek hastalardan öğrenilmesi, 4) Oyunlaştırmalar veya kayıt altına alınan görüşmeler ile hasta merkezli bakım uygulaması yapılması, 5) Öğrencilerin kendi hasta görüşmeleri hakkında güvenli ve yapıcı geribildirim almalarının sağlanması, 6) Hasta merkezli bakım eğitiminin diğer klinik beceri eğitimleri ve günlük klinik uygulama ile entegre edilmesi.

## Sonuç

Bu makalenin hasta merkezli klinik yöntemi daha iyi kavramanıza yardımcı olduğunu umuyorum. Bu yazıda hasta merkezli bakımının hastalar için neden önemli olduğu, bu yaklaşımın aile hekimine tanı ve tedavi alanlarında nasıl önemli katkılar sağlayabileceği tartışılmış ve yöntemin araştırılabilir, öğretilebilir ve öğrenilebilir olduğu gösterilmiştir.

## Kaynaklar

*Kaynak listesi 79. sayfada yer almaktadır.*

# Aile Hekimliği Akademisi (AHAD)

## 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri

### Bildiri Özetleri II

Abstracts presented at the Third Family Medicine Research Days, 8-11 November 2012, İzmir, Turkey. Part II

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

## Sözlü Bildiriler

(SB-33 — SB-56)

### SB-33

#### Bir aile hekimliği biriminde diyabet hastalarının profili

Şevket Akar

Konak 28 No’lu Aile Sağlığı Merkezi

**Giriş:** Amaç bir aile hekimliği birimindeki diyabet hastalarının özelliklerini ortaya koymaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Kayıtlarda, Aile Hekimliği Birimi (AHB)’ne bağlı nüfus içerisinde diyabet hastalarının sıklığı, yaş ve cinsiyete göre dağılımı, insülin bağımlı ve insülin bağımlı olmayanların oranları araştırılmıştır. Aralık 2010-Mayıs 2012 tarihleri arasında kayıtlarda yer alan insülin bağımlı olmayan diyabetik olgulardan 136 kişinin, insülin bağımlı diyabetik olgulardan ise 39 kişinin açlık kan şekeri ve hemoglobin A1c düzeyleri değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Aralık 2011 tarihi itibarıyla kesin kayıtlı nüfus sayısı 2862’dir. Bunların 1531 tanesi kadın (%53.49), 1331 tanesi erkektir (%46.51). Diyabetik hasta sayısı 355 tir. Aile hekimliği birimine kesin kayıtlı nüfusta diyabet sıklığı %12.4’dir. Diyabetik olguların 138 tanesi erkek (%38.87), 217 tanesi kadındır (%61.13). İnsülin bağımlı olmayan diyabetik olguların sayısı 222 (%62,54), insülin bağımlı olanların sayısı 133 (%37.46) tür. İnsülin bağımlı olmayan diyabetik olguların 81 tanesi erkek (%36.49), 141 tanesi kadındır (%61.51). İnsülin bağımlı olan diyabetik olguların 57 tanesi erkek (%42.86), 76 tanesi kadındır (%57.14). Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği’nin belirlediği hedef açlık kan şekeri değeri  $\leq 120$  mg/dL ve hemogloblin A1c düzeyi ise  $\leq 6.5$ ’dir. İnsülin bağımlı olmayan DM’li olgularımızda bu hedef değerlere ulaşım yüzdeleri AKŞ için %50.74 ve hemogloblin A1c için %46.32’dir. İnsülin bağımlı diyabetik olgularda ise bu değerler AKŞ için %35.90 ve hemogloblin A1c için %30.77’dir.

**Tartışma:** AHB’de kesin kayıtlı nüfus içerisindeki diyabet sıklığı ülkemizdeki diyabet prevalansına benzemektedir. Bozulmuş glukoz toleransı ve bozulmuş açlık şekeri olan olguların da ileride diyabetik olmaları beklenmektedir. Bunun yanı sıra diyabetik olduğunu bilmeyen ol-

gular da mevcuttur. Dolayısıyla önümüzdeki yıllarda prevalansın daha da artacağını ve şu andaki gerçek prevalansın daha yukarılarda olduğu düşünülebilir. Öte yandan insülin bağımlı olmayan diyabetik olguların yarısı hedef değerlerden uzakta, insülin bağımlı olgularda ise üçte ikilik kısm hedef değerlerden uzaktadır.

**Sonuç:** Diyabet ilaçları için hekimlere geri ödeme kurumlarınca getirilen kısıtlamalar, birinci basamakta diyet, egzersiz konularında hekim dışı personelin istihdam edilmeyişi gibi nedenler araştırılarak hizmetin geliştirilmesine katkıda bulunulabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Diyabet, aile hekimliği, birinci basamak

### SB-34

#### İstanbul’da Aile Sağlığı Merkezlerinde koruyucu adolesan sağlığı yaklaşımında kaçırılmış fırsatlar

Seda Arslan Özkul, Çiğdem Apaydin Kaya, Pemra C. Ünal, Mehmet Akman, Saliha Serap Çiftçili, Arzu Uzuner

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

**Giriş:** Adolesan dönemi birçok riskle karşılaşmaya oldukça açık bir dönem olmasına rağmen, sağlık sistemine başvuru sıklığının diğer yaş gruplarına göre oldukça az olduğu bir dönemdir. Bu nedenle adolesanın her başvurusu riskli davranışların tanınması, korunma tedbirlerinin alınması, davranış değişikliği oluşturulması, kişiye ve çevresine yönelik eğitimler ve erken tanı açılarından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir. Bu çalışmanın amacı koruyucu hekimlik açısından adolesan döneme özgü kaçırılmış fırsatların belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu çalışma tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmaktadır. Şubat-Mart 2013 ayları arasında, %95 güven aralığı, %5 hata payı ile Pendik’te bulunan 157 Aile Sağlığı Birimini temsil eden 112 Aile

Sağlığı Birimine, herhangi bir nedenle başvuran 10-19 yaş grubundaki bireylerin, hekim değerlendirmesi sırasında (son başvurusu dahil) önlenebilir risk faktörlerinin değerlendirilip değerlendirilmediği yüz yüze anket yöntemi ile araştırılacaktır. Her bir hekime (birime) herhangi bir nedenle başvuran adölesanlardan okuma yazma bilen ve ifade problemi olmayan ilk 5 kişi çalışmaya alınacaktır. Anketin birinci bölümünde sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, sınıf, ailenin sosyoekonomik durumu) ile sağlık merkezine başvuru nedeni, son başvuru ve muayene zamanı ve bilinen hastalıkları yer alacaktır. İkinci bölümde, şimdiki ve daha önceki sağlık merkezine başvurularında adölesan sağlığını tehdit eden risk faktörlerinin (yeme alışkanlıkları, kazalar, emniyet kemeri kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma, gebelikten korunma, sigara, alkol ve madde kullanımı, gebelik öyküsü, intihar düşüncesi, egzersiz yapma durumu) hekimler tarafından sorulup sorulmadığı, ağırlık ile kan basıncı ölçümünün yapıp yapılmadığı sorgulanacaktır. Bu sorgulamaların ve ölçümlerin yapılmaması olması koruyucu adölesan sağlığı açısından “kaçırılmış fırsat” olarak değerlendirilecektir. İstatistiksel değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ile ki-kare testi kullanılacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmadı.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Kelimeler:** Adölesan, koruyucu hekimlik, riskli davranışlar.

### SB-35

#### WHOQOL-BREF ve EQ-5D yaşam kalitesi ölçeklerinin karşılaştırılması. 'Bir araştırma önerisi'

**Nazlı Soysal, Umut Gök Balcı, Ayşe Gülsün Aksüt, Tefvik Tanju Yılmaz, Kurtuluş Öngel,**

*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

**Giriş:** Yaşam kalitesi ölçümü ile bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal alanda içinde bulunduğu durumu algılayış biçimini ortaya koyabiliriz. Bu çalışma ile klinik tıp uygulamalarında tedavinin yönlendirilmesine ve gerektiğinde tedavi protokolünde değişiklikler yapılabilmesine yardımcı olabilecek WHOQOL-BREF ve EQ-5D ölçeklerinin değerlendirmedeki farklılıklarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapılması planlanmıştır. 01-11-2012 ve 01-01-2014 tarihleri arasında 13 aylık bir sürede yapılacaktır. Hastaların medikal durumları yaşam kalitelerini etkileyeceği için cerrahi branşlarda yatan medikal hastalar, dahili branşlarda izlenen hastalar ve sağlıklı kişilerden oluşan kontrol grubu olmak üzere üç grup seçilmesi planlanmıştır. Seçilen üç gruba geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış olan WHOQOL-BREF ve EQ-5D ölçekleri uygulanacaktır.

**Bulgular:** Çalışma planlama aşamasındadır, veriler henüz elde edilmemiştir. Ancak her iki anket için her üç gruba dahil olan hastalar yüzde olarak çıkarılacak ve anketlerden aldıkları puan ortalamaları t-testi ile değerlendirilecektir.

**Sonuç:** Geçerlilikleri ve güvenilirlikleri kanıtlanmış olan WHOQOL-BREF ve EQ-5D ölçeklerinin bizim araştırma evrenimiz için geçerliliği, güvenilirliği ve iki ölçeğin farklılıkları araştırılacaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Yaşam kalitesi, sağlık algısı, tedavi.

### SB-36

#### Samsun E Tipi Kapalı Cezaevinde bir sigara bırakma programının uygulanması. Mahkumlar 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>Göynüçük Devlet Hastanesi, Amasya

**Giriş:** Cezaevleri hükümlüleri toplumdan tecrit etmek için tasarlanmış infaz uygulama bölgeleridir. Bir cezaevinin sosyal ve fiziksel koşulları normal toplumdan çok farklıdır. Ülkemizde cezaevlerine yönelik çok fazla yayın bulunmamaktadır. Özellikle hükümlüler arasında sigara kullanma alışkanlığı oranları net bilinmemektedir. Bu çalışmada sigara bırakmak isteyen hükümlüler bir sigara bırakma programına alınacak ve dışarıdaki uygulamalarla başarı yüzdesi karşılaştırılacaktır. Çalışmanın bir başka amacı a cezaevlerindeki sigara içme alışkanlığının dinamiklerinin araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** T.C. Adalet Bakanlığı ile işbirliği yapılarak Samsun E tipi kapalı cezaevinde gönüllü mahkumlara Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Sigara Bırakma Polikliniğinde uygulanan sigara bırakma programı uygulanacaktır. Hükümlülere ilk olarak Fagerstrom bağımlılık testi uygulanacak ardından fizik bakıları gerçekleştirilecektir. Genel sağlık ve sigara kullanma hikayeleri alındıktan sonra cezaevi koşullarına göre yapılandırılmış bilişsel yeniden yapılandırıcı teknikler tüm hükümlülere uygulanacaktır. Fagerstrom testi sonuçlarına göre hükümlülere nikotin replasman tedavisi veya farmakoterapi uygulanacaktır. Hükümlülerin ortalama üç ay boyunca ortalama sekiz kez görülmesi planlanmaktadır. Üç ay sonunda sigarayı bırakmış olan hastaların oranı sigara bırakma polikliniğine başvuran benzer epidemiyolojik özelliklere sahip hastalarla karşılaştırılacaktır. Bu arada hazırlanan anketle yüzüze cezaevlerindeki sigara kullanma alışkanlığının dinamikleri hükümlülerle araştırılacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Nikotin, bağımlılık, cezaevi.

### SB-37

#### Nefroloji polikliniğinde üriner sistem enfeksiyon tanısı alan 0-1 yaş arası çocukların öncesinde birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurularının değerlendirilmesi

**Tefvik Tanju Yılmaz, Caner Çabuk, Kurtuluş Öngel**

*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

**Giriş:** 0-1 yaş arası çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu belirtileri genellikle non- spesifiklerdir. Bu yaş gurubunda geçirilen idrar yolu enfeksiyonları çocukların daha sonraki sağlık durumlarına belirgin olumsuz etkiler yapabilmektedir. Bu nedenle; idrar yolu enfeksiyonlarının hızla ve doğru olarak tanınarak, etkin şekilde de tedavi edilmeleri özellikle birinci basamak sağlık kuruluşları için önem taşır. Araştırmada; 0-1 yaş arası olup, üçüncü basamak özel nefroloji dal polikliniğinde laboratuvar tetkikleri ile idrar yolu enfeksiyonu oldukları kanıtlanmış olan çocukların bu başvurularından önce birinci basamak sağlık kuruluşuna başvurma durumu ve özelliklerinin belirlenerek, bu yaşlarda görülen üriner sistem enfeksiyonlarında teşhisin daha sağlıklı şekilde konabilmesi için veri elde edilmesi amaçlanmaktadır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın 2013 yılı Aralık ayında İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Polikliniğinde tüm ay boyunca aynı araştırmacı tarafından yürütülmesi planlanmıştır. Tüm ay boyunca üriner sistem enfeksiyonu tanısı alan 0-1 yaş çocukların tamamı prospektif olarak çalışmaya dahil edilecek ve bu özel dal polikliniğine mevcut şikayetleri ile başvurmadan önce aynı şikayetlerle birinci basamak sağlık kuruluşuna gittilerse nasıl bir tıbbi yaklaşım ile karşılaştıklarını araştırarak bir tanımlayıcı anket uygulanacak ve değerlendirilmesi yapılacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır

**Anahtar Sözcükler:** Üriner enfeksiyon, birinci basamak, erken tanı.

## SB-38

### Gastroenterit tanısıyla yatan pediatrik hastaların özellikleri

Abdurrahman Ersü, Nazmiye Kaçmaz, Kurtuluş Öngel, Kayı Eliaçık, Tefik Tanju Yılmaz

*İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir*

**Giriş:** Gastroenterit yani ishal 24 saatte 3'ten fazla veya her zamankinden daha sık veya daha sulu dışkılama olarak tanımlanır. Bu çalışmada gastroenterit nedeniyle hastaneye yatan çocukların demografik özellikleri, ailelerin bilinç düzeyi ve yatış öncesinde birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanma durumları araştırılacaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde, Ağustos-Aralık 2012 arasında, gastroenterit tanısıyla yatan bir ayının üzerinde çocuklar arasında yapılacak tanımlayıcı-kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya antibiyotik kullanımını sonrası ve/veya hastaneye yatış sonrasında başlayan gastroenterit vakalarının dahil edilmemesi planlandı. Çalışmanın veri kaynağını, araştırmacılar tarafından hazırlanan 34 soruluk bir anket oluşturacaktır. Anket, hastanın ve ailesinin demografik özelliklerini, ailenin sosyokültürel ve sosyoekonomik düzeyini, çocuğun beslenme şeklini, kullandığı ilaçları, hastanede yatış süresini, yakınmaları başladığı zaman ilk olarak nereye başvurduğunu, bunun nedenlerini, başvurduğunda ne tür tedavi verildiğini değerlendiren sorulardan oluşmaktadır. Elde edilen verilerin yüzde dağılımları yapılacak ve ki- kare testi ile anlamlılıkları değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Gastroenterit, çocuk, hastaneye başvuru

## SB-39

### Kısa mesaj servisi (SMS) ile ilaç kullanımını hatırlatmanın hipertansiyon hastalarında kan basıncı kontrolüne etkisi

Ferhat Ekinci, Bilge Turgut, Mehmet Akman, Arzu Uzuner

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

**Giriş:** 2007 Avrupa Hipertansiyon (HT) Kılavuzu'nda hastalarda tedaviye uyum düşüklüğü vurgulanmakta, ilaç tedavisine gecikmeden ve yakın takiple başlanması önerilmektedir. Bu çalışmada hipertansiyon hastalarında SMS ile ilaç kullanımını hatırlatmanın kan basıncı (KB) kontrolü üzerine etkisini araştırılması planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmaya Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniğine Temmuz-Kasım 2011 tarihleri arasında başvuran hipertansiyon hastaları alınmıştır. Hastalara ilaç uyumuyla ilgili anket uygulanarak; haftada birden fazla ilaç kullanımını unutan, arasıra ilaç kullanan ve ilaç reçeteletmeyi geciktirenler uyumsuz olarak kabul edilmiştir. İlaç uyumu olmayan, okur-yazar, cep telefonuna sahip olan ve bir haftalık KB takibi ile kontrole gelenler çalışmaya dahil edilmiştir. Hastalar randomize olarak iki gruba ayrılmış, ilk vizitteki tansiyonları ve bir haftalık tansiyon takibi sonuçları kaydedilmiştir. Müdahale grubuna 2 ay boyunca SMS ile ilaç kullanımı hatırlatılırken kontrol grubuna hatırlanmamıştır. Heriki grup son bir haftalık tansiyon ölçümü ile kontrole çağırılmış, uyum anketi ve KB ölçümü tekrarlanarak sonuçları karşılaştırılmıştır.

**Bulgular:** Hipertansiyon tanısı ile başvuran 160 hastadan çalışmaya alınma şartlarını 60'ı (45'i kadın 15'i erkek) karşılıyordu. Ortalaması 55±11, BMI ortalaması 30±5, HT süresi 8±6 yıl ve günlük tablet sayısı ortalaması 5±2 olarak bulundu. SMS grubu ile kontrol grubu arasında yaş, HT süresi, tablet sayısı, BMI, kronik hastalık, evde tansiyon aleti bulunma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Has-

ta-148±8mmHg, diyastolik KB (DKB): 86±8mmHg, SMS grubunda SKB:149±7mmHg, DKB:87±8mmHg olup gruplar arasında ilk vizit tansiyonları açısından anlamlı fark saptanmadı (p>0.05). Müdahale öncesi bir haftalık evde KB ortalaması kontrol grubunda SKB: 144±9mmHg, DKB: 82±8 mmHg, SMS grubunda SKB: 145±8 mmHg, DKB:82±6 mmHg olup gruplar arasında anlamlı fark yoktu (p>0.05). Müdahale öncesi ve sonrası hastaların muayene KB kontrol grubunda SKB için 1, DKB için 2, SMS grubunda SKB için 14, DKB için 10 mmHg ortalama azalma saptandı. Bu azalma SMS grubu için istatistiksel olarak anlamlıyken (p<0.001), kontrol grubu için anlamlı değildi (p>0.05). Bir haftalık ortalama KB ev ölçümlerinde kontrol grubunda SKB ve DKB için 3, SMS grubunda SKB 14, DKB için 9 mmHg ortalama azalma tespit edildi. Bu azalma SMS grubu için istatistiksel olarak anlamlıyken (p<0.001) kontrol grubu için anlamlı değildi (p>0.05). Grupların çalışma sonunda yapılan ilaç uyum anketinde kontrol grubunda hastaların %30'u uyumlu saptanırken SMS grubunda hastaların %90'I uyumlu olarak saptandı (p<0.001).

**Sonuç:** SMS ile ilaç kullanımı hatırlatmanın KB düzenlenmesinde etkili olduğu bulundu. SMS gibi yaygın olarak kullanılan iletişim araçlarının ilaç uyumu üzerine etkisinin daha büyük hasta gruplarında ve farklı kronik hastalıklarda değerlendirilmesi önerilir.

**Anahtar Sözcükler:** Hipertansiyon, tedaviye uyum, izlem, kısa mesaj servisi, SMS.

## SB-40

### Hasta perspektifinden diyabet ve davranış değişikliği

Çağatay Turgut, Mehmet Akman, Bilge Turgut, Halis Yılmaz

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

**Giriş:** Bu çalışmanın amacı birinci basamağa başvuran diyabet hastalarında davranış değişikliği (beslenme, egzersiz ve tedavi) üzerine etkili olan faktörleri incelemektir. Bu amaçla hastalara birinci basamak hekimi tarafından davranış değişikliği önerisinde bulunulup bulunulmadığı, bu önerilerin ne oranda uygulanabildiği ve önerilere uymayı kolaylaştıran ya da zorlaştıran faktörlerin neler olduğu sorulacaktır. Konu ile ilgili yapılan literatür taramasında davranış değişikliğine uyumun diyabet hastalarında genelde düşük olduğu görüldüğünden, uyumu güçleştiren olası etkenleri tespit edebilmek için bölgemizde birinci basamağa başvuran hastaların görüşlerine başvurulması planlanmıştır. Özellikle kalitatif çalışmalarda hastalar tarafından kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı olduğu belirtilen faktörlere anketimizde yer verilmesi, böylece bu faktörlerin kendi hasta grubumuzda da geçerli olup olmadığı araştırılması planlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmamız kesitsel tiptedir. İstanbul ili Pendik ve Kartal ilçelerindeki 64 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'ni %95 güven düzeyi ve %5 hata payı ile temsil etmek istediğimizde ulaşmamız gereken ASM sayısı 55'tir. TURDEP 2 verileri projekte edildiğinde bölgede mevcut olan 146500 diyabet hastasını temsil etmek için aynı güven düzeyi ve hata payı ile ulaşılması gereken hasta sayısı 383'dür. Rastgele seçilecek 55 ASM'nin her birinden o gün hekim görüşmesini tamamlayan ilk 9 hasta çalışmaya dahil edilecektir. 18 yaşından büyük ve en az 6 aydır ASM'de aile hekimi tarafından izlenen 495 tip 2 diyabet hastasından çalışmaya katılmayı kabul edenlere araştırmacılar tarafından önceden hazırlanmış anket uygulanacaktır. Ardından yaşam kalitesi için: EQ5D (5 boyutlu Avrupa genel yaşam kalitesi ölçeği), hasta hekim iletişimi için CARE (konsültasyon ve ilişkisel empati), hastalık direnci için IRE (hastalığa direnç ölçeği) ve MDDQ (çok boyutlu diyabet ölçeği)'nin öz yeterlilik, engeller ve ciddiyet alt ölçekleri uygulanacaktır. Bu ölçeklerden CARE ve IRE'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması çalışma ekibi tarafından yürütülmektedir. Diğer ölçeklerin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ve yayınlanmıştır. Veri analizinde öncelikle tanımlayıcı istatistikler hesaplanacaktır. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin

karşılaştırılmasında kategorik değişkenler için ki-kare testi, sürekli değişkenler için t-testi kullanılacak, eğer parametrik test varsayımları karşılanmıyorsa bu testlerin parametrik olmayan eşdeğerleri kullanılacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmadı.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Diyabet, davranış değişikliği, yaşam biçimi değişikliği.

## SB-41

### Gebelik dönemlerinde kadınların sigara içmeye karşı tutum ve davranışları

Selin Bozdağ<sup>1</sup>, Güniz Yanık<sup>1</sup>, Gözde Gürsoy<sup>2</sup>, Anıl Doğan<sup>2</sup>, Kayhan Koruyan<sup>1</sup>, Vildan Mevsim<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem-5, İzmir

<sup>2</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem-6, İzmir

<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Gebelikte sigara kullanımı, bebeğin ve gebeliğin üzerinde son derecede olumsuz etkiler sahiptir. Ayrıca hem yaygınlığı hem de önlenilebilir olması bakımından da oldukça önemli bir sorundur. Bu sebeple, araştırmamızda İzmir’de sigara içen ve içmeyen gebelerin, gebelik döneminde sigara içmeye karşı tutum ve davranışlarındaki farklılıkların nedenleri saptanarak, gebelik sürecinde kadınların sigarayı bırakma konusunda daha başarılı olmasını sağlayabilecek yeni öneriler geliştirme amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma, kesitsel analitik bir çalışmadır. Araştırmanın evreni olarak, doğum yaptığı tarihin üzerinden en fazla 6 ay geçmiş olan, 15-49 yaş aralığında, 400 kadına ulaşılmaya hedeflenmiştir. Aile sağlığı merkezlerine belirli günlerde gidilerek araştırmaya alınan kadınların gebelik dönemindeki sigara içme durumları ile gebelikte sigara içme konusunda düşünce ve tutumları yüz yüze görüşme tekniği ile bir anket formu kullanılarak sorgulanacaktır. Bu anket formu, araştırma evreninden seçilen ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan kadınlarla yapılan odak grup görüşmelerinden edinilen bilgilere dayanılarak hazırlanmıştır. Anket, 1- evrenin sosyoekonomik düzeyi, eğitim seviyesi, meslek dağılımı, eşile birlikte veya ayrı yaşayıp yaşamadığı, evde kimlerle yaşadığı ve kimlerin sigara kullandığı, kaç gebeliği olduğu gibi demografik veriler ile; 2- odak grup görüşmelerinde (kadınların gebelik süreçlerinde neden sigara içmeye devam ettikleri, gebelik sürecinde sigarayı bırakma konusunda neden başarısız oldukları, gebelik sürecinde sigara içerken çevrelerindeki tepkilerinin nasıl olduğu, gebelik sürecinde sigara içmeye devam eden gebelerin sigarayı bırakabilmeyi nasıl başardıkları, çevrelerinde sigara içen gebelere verdikleri tepkilerin nasıl olduğu) elde edilen yanıtlardan oluşturulan 5’li likert ölçeğiyle değerlendirilecek soruları içeren iki ayrı bölümden oluşmaktadır. Verileri değerlendirmede “SPSS 17.0 for Windows” istatistik paket programı kullanılacaktır. İstatistik analizlerimizde tanımlayıcı analiz ve ki-kare analizi kullanılacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır

**Anahtar Sözcükler:** Sigara, gebelik, sağlık.

## SB-42

### Postpartum depresyonun annenin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu üzerine etkisi

Anıl Doğan, Gözde Gürsoy, Selin Bozdağ, Güniz Yanık, Vildan Mevsim

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

**Giriş:** Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası ilk 4 haftalık dilimdeki herhangi bir süre içinde, annede görülen major depresyondur. Ya-

pılan çalışmalarda, PPD’nin dünyadaki prevalansı %3.5-40’ken, Türkiye’deki prevalansı %6.3-50.7 olarak gösterilmiştir. Depresyonun aile hayatı üzerine olumsuz etkileri araştırmalarda gösterilmiş olmakla birlikte PPD’nin etkisiyle ilgili çalışmalara literatürde rastlanmamıştır. Postpartum dönem, annenin yeni yaşam koşullarına uyum sağlaması açısından özellikli bir dönemdir. Bu dönemde üzerine eklenecek bir depresyon, annenin aileye ve diğer çocuklarına olan tutumunu olumsuz yönde etkileyebilir. Amacımız, postpartum depresyonun annenin aile hayatı ve çocuk yetiştirme tutumu üzerine etkisini incelemektir.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma, olgu kontrol çalışması olarak planlanmıştır. Bu amaçla, 100 adet postpartum depresyonu olan kadına ve bunun dışında depresyonu olan 15-49 yaş arası 100 anneye ulaşıncaya kadarki sayıda kadın örnekleme alınacaktır. Postpartum depresyon Edinburgh Postnatal Depresyon Ölçeği (EPDÖ) ile, 15-49 yaş arası annelerdeki depresyon Beck Depresyon Ölçeği ile değerlendirilecektir. Her iki gruba da PARI (Aile Hayatı ve Çocuk Yetiştirme Tutum Ölçeği) uygulanacaktır. Araştırma verileri yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Verileri değerlendirmede SPSS 17.0 for Windows istatistik paket programı kullanılacaktır. Analizler için tanımlayıcı analizler, ki-kare analizi, T testi ve lojistik regresyon kullanılacaktır.

**Bulgular:** Henüz tamamlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz tamamlanmamıştır.

**Anahtar sözcükler:** Post partum depresyon, aile, anne çocuk ilişkisi.

## SB-43

### Birinci basamakta çalışan aile hekimlerinde aile hekimliği temel yeterlilikleri konusundaki yetkinlikleri ile ilgili düşüncelerinin tükenmişlik sendromu görülmesine etkisini saptamak

Olgu Yıldırım, Vildan Mevsim

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

**Giriş:** Tükenmişlik sendromu yoğun çalışan meslek grupları için (SAĞLIK); oldukça önemli bir sağlık sorundur. Freudenberg (1974), bu durumu, “enerji, güç veya kaynaklar üzerinde aşırı talepler oluşturularak başarısızlığa uğramak, yıpranmak ve yorulum tükenmek” şeklinde tarif etmiştir. Tükenmişlik sendromu fiziksel, duygusal ve zihinsel belirtiler içerir. Fiziksel yorgunluk ve bitkinlik hali, çaresizlik ve ümitsizlik hali, olumsuz benlik kavramı, işine ve çevresine yönelik olumsuz davranışlar karakterizedir. Tükenmişlik sendromuna yol açan pek çok faktör vardır. Bunlar; aşırı iş yükü ve dinlenme zamanlarının az olması, çalışmanın karşılığının alınmaması, hastaların gereksinimlerinin finansal, bürokratik ve idari nedenlerden dolayı karşılanamaması, önderlerin yetersizliği, denetim yetersizliği, yetersiz uzman eğitimi ve yönlendirme, yaptığı işi kontrol etme ve etkileme duygusundan yoksun olma, çalışanlar arasında destek ve sosyal ilişkilerin olmaması, kâğıt işi ve bürokratik engellerin çok fazla zaman alması gibi nedenler tanımlanmaktadır. Aile hekimleri de disiplinin özellikleri, Türkiye’deki sağlık sistemi ve uzmanlık eğitimi alınmamış olması nedeniyle tükenmişlik sendromu açısından risk altındadırlar. Mesleki anlamda kendilerini yeterli görmelerinin tükenmişlik sendromu görülmesini azalttığı düşünülmektedir. Bu çalışmada, birinci basamakta çalışan aile hekimlerinde aile hekimliği disiplininin temel yeterlilikleri konusundaki yetkinlikleri ile ilgili düşüncelerinin, tükenmişlik sendromu görülmesine etkisini saptamak amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Olgu kontrol çalışması olarak planlanan bu araştırmada, İzmir metropol ilçedeki aile sağlığı merkezlerinde çalışan aile hekimleri ele alınacaktır. Aile sağlığı merkezleri belirli bir listelemeye göre başlanılıp aile hekimlerine Maslach tükenmişlik ölçeğine göre en az 100 tükenmişlik sendromu saptanan ve 200 tükenmişlik sendromu saptanmayan hekim bulununcaya kadar anket uygulanmaya devam edilecek. Örneklem 1: 2 şeklinde tükenmişlik sendromu gösteren hekimler olgu grubuna ve tükenmişlik sendromu göstermeyen hekimler kontrol grubuna

ndan seçilecektir. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanacaktır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen aile hekimliği temel yeterliliklerini sorgulayan anket ve Maslach tükenmişlik ölçeği kullanılacaktır. Veriler SPSS 17.0 veri tabanında değerlendirilecek ve veri analizinde tanımlayıcı istatistikler, ki kare analizi, bağımsız gruplarda t testi, logistik regresyon ve yapısal eşitlik modeli kullanılacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Tükenmişlik sendromu, aile hekimleri, mesleki yeterlilik algısı.

## SB-44

### Aydın ili serviks kanseri tarama programı önerisi

**Tolga Vural, Şeniz Karadeniz, Funda Çetinkaya**

*Sağlık Bakanlığı, Ankara*

**Giriş:** Amaç, Aydın ilinde ilinde oluşturulacak ulusal bir tarama programını hedef popülasyona uygulayarak, servikal patolojileri henüz preinvaziv evrede tespit edip, etkili ve basit yöntemlerle tedavi etmek suretiyle invaziv kanser sıklığını, buna bağlı mortalite ve morbiditeyi düşürmek, uygulanması gereken pahalı ve karmaşık tedavileri önlemektir. Bu projede Aydın ilinde 30-65 yaş kadınlarda serviks kanseri taraması yapılması, kadınların serviks kanseri hakkındaki bilgi düzeylerinin ve jinekolojik hastalıklara yönelik davranış paternlerinin saptanması hedeflenerek ek olarak eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Aydın ilindeki 30-65 yaş arası kadınlar olan 230.199 kişinin %70'i olan 161.139 kadının tarama programına dahil edilmesi planlanmakta olup bu çalışmaya katılmakta gönüllülük gösterenlerin hepsi tarama programına dahil edilecektir. Katılımcıların tamamına demografik özelliklerinin, jinekolojik öykülerinin, korunma yöntemlerinin sorulduğu ayrıca jinekolojik fizik muayenelerinin yapılarak dökümanite edileceği bir anket formu uygulanacaktır. Yine bu formda katılımcıların pap smear tarama sonuçları da yer alacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Serviks kanseri, tarama, pap smear.

## SB-45

### Gebelik ve idrar yolu enfeksiyonu sıklığının araştırılması

**Zeynep Pehlivan<sup>1</sup>, Arzu Ayraller<sup>1</sup>, Bahar Dağ Can<sup>1</sup>, Banu Öndeş<sup>1</sup>, Ayşe Ender Yumru<sup>1</sup>, Hülya Akan<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

**Giriş:** Kesitsel nitelikteki bu çalışmada Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi gebe polikliniğine başvuran gebeliğinin 6-24. haftasında olan kadınlarda idrar yolu enfeksiyonu (İYE) sıklığının saptanması amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Hastanemiz gebe polikliniğine gelerek rutin tetkikleri istenen 6-24 haftalık gebelerde idrar yolu enfeksiyonu tanısı için seçilen üç bulgunun ki bunlar klinik belirti (dizüri, pollaküri, hematüri varlığı), miyarlı test çubuğu ile nitrit- lökosit esteraz pozitifliği ve idrar mikroskopisinde 40'luk büyütme ile her alanda beş ve üzerinde lökosit bulunması ile saptanan piyüri varlığına göre tanımlanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya gebeliğinin 6-24. haftasında olan 111 kadın dahil edildi. Gebelerin yaş ortalaması 29.0±5.5 yıl idi. Gebelerin %27.9'unda (n: 31) idrar yolu enfeksiyonu saptandı. Bu gebelerin hepsinde klinik bulgular pozitif. Ayrıca tüm hastalarda mikroskopi, nitrit ve lökosit esteraz pozitif saptandı. Eş zamanlı gebelerde anemi ve diabetes mellitus varlığı da değerlendirildi. İYE olup olmaması ile anemi varlığının dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.005).

İYE pozitifliği ile açlık kan şekeri düzeylerinin dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (p>0.005).

**Sonuç:** İYE gebelikte en sık rastlanılan enfeksiyondur. İYE gebelerin %17-30'unda görülür ve hem annede hem de bebekte bir çok komplikasyona, ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olur. Türkiye'de yapılan çalışmalarda %47'ye varan değerler bildirilmiştir. Bu nedenle gebelikte İYE taraması ve tedavi edilmesi önem kazanmaktadır. Biz de çalışmamızda gebelerde İYE sıklığını %27.9 olarak saptadık. Asemptomatik bakteriyüri, sistit ve pyelonefrit gibi değişik boyutlardaki enfeksiyonların gebelik süresince titizlikle irdelenmesi ve gerektiğinde etkin antibiyotiklerle tedavi edilerek belirli zaman aralıklarında izlenmesi, hem anne-ye hem de fetusa ait gelişebilecek olası komplikasyonların önlenilmesi açısından son derece önemlidir.

**Anahtar Sözcükler:** İdrar yolu enfeksiyonu, gebelik, prevalans.

## SB-46

### Cumhuriyet Üniversitesi Sigara Bıraktırma Polikliniği'nin (CÜTF) "Sağlık Bakanlığı Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı -2011" uygulamasının değerlendirilmesi

**Selman Erturhan, Yeltekin Demirel, Recep Erol Sezer**

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

**Giriş:** Sigara bırakma tedavisi destek programı kapsamında Mart 2011 - Ekim 2011 arasında, sigara bırakma ilaçları varenicline (Champix) ve bupropion (Zyban) ücretsiz olarak verilmiştir. İlaç Destek Programının altı aylık ilk döneminde, bu döneme özgü olarak ilaçları ne hekimin kendisi ne de hasta seçebilmiştir. Seçim, lojistik nedenlerle, ilaç destek programı merkezince, sabit bir varenicline/bupropion dağıtım oranını sağlayacak biçimde rastgele yapılmıştır. Bu durum, varenicline-bupropion başarı oranı karşılaştırması için kendiliğinden oluşan açık bir deney düzeni yaratmıştır. Amacımız; ilaçların sigara bırakma başarı oranlarını karşılaştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma grubu; Mart 2011-Ekim 2011 tarihleri arasında Sigara Bırakma Polikliniği'mize başvuranlardan 'üniversite personeli' olanlar olarak belirlenmiştir. Karbonmonoksit (CO) ölçümünün yüz yüze yapılması gerekliliği ve üniversite personeline ulaşımın başarılılabileceği düşüncesi bunda etkili olmuştur. Bilgi işlem merkezinden elde edilen personel listesi, bu dönemdeki destek programı katılımcı listesiyle karşılaştırılmış, katılımcıların 413'ünün üniversite personeli olduğu tespit edilmiştir. Bu kişilerin tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Anket, bırakma gününden 1 yıl geçtikten sonraki mümkün olan en erken dönemde araştırmacılarından biri tarafından yüz yüze uygulanmıştır. Sigara içmemeyi teyit etmek üzere CO ölçüm cihazı (Bedfont Pico+ Smokerlyzer) kullanılmıştır. Veriler SPSS programında analiz edilmiştir. Bu araştırma için CÜTF etik kurul onayı alınmıştır.

**Bulgular:** Bu dönemde başvuran hasta sayısı; 413'ü personel, toplam 2397'dir. Çalışma kapsamındaki 413 üniversite personelinden 378 kişiye ulaşılmış, 35 kişiye görüşmek istememeleri ve iş yoğunlukları gibi nedenlerle ulaşılamamıştır. Ulaşılamayanlara ulaşma çabası devam etmektedir. Bırakmayı izleyen birinci yılın sonu itibarıyla 378 kişiden 74'ü (%19,6) sigarayı bırakmıştır (Son 7 günde hiç içmemiş, CO düzeyi <5 ppm). Bu oran ulaşılabilen 228 varenicline kullanıcısı için %20,2 (46/228), ulaşılabilen 150 bupropion kullanıcısı için %18,7 (28/150)'dir. Ulaşılamayanların relaps yaptıkları farz edilirse; bırakma başarı oranı varenicline için %18,5 (46/248), bupropion için %17 (28/165) bulunmuştur. Saptanan farklar istatistiksel olarak önemsizdir.

**Sonuç:** Bırakma başarı oranları yönünden karşılaştırılan ilaçların etki düzeyleri anlamlı düzeyde farklı bulunmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** Sigara, bağımlılık, ilaç etkisi, varenicline, bupropion.

## SB-47

### Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi'nde 2007-2012 döneminde diyabetik ayağa bağlı ameliyat olan hastaların özellikleri ile yaş ve cinsiyetin diyabetik ayak ameliyatlarını tahmin ettirici etkisi

Pınar Kalpakçı<sup>1</sup>, Recep Erol Sezer<sup>1</sup>, Sarper Yılmaz<sup>2</sup>, Hayati Öztürk<sup>3</sup>, Selman Erturhan<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas

<sup>2</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Anabilim Dalı, Sivas

<sup>3</sup>Cumhuriyet Üniversitesi Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı, Sivas

**Giriş:** Non-travmatik ayak amputasyonlarının çoğu diyabetik ayak nedeniyledir. Bu çalışmanın amacı Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde amputasyon ve debridman operasyonları yapılan hastaların özelliklerinin tanımlanması ve bu özelliklerden yaş ve cinsiyetin operasyona neden olma riskinin tahminidir.

**Gereç ve Yöntem:** Hasta özellikleri (ameliyat tipi (debridman veya amputasyon), amputasyonun yeri, yıllara göre dağılım, yaş, cinsiyet gibi) hasta dosyalarından sağlanmıştır. Ortopedi ve Travmatoloji ve Plastik Cerrahi ve Rekonstrüktif Cerrahi anabilim dallarında 2007 yılından itibaren diyabetik ayak sonucu yapılan tüm amputasyon ve debridman operasyonları çalışma kapsamına alınmıştır. Diyabette yaş ve cinsiyetin diyabetik ayağa bağlı operasyonlara yol açma riskini hesaplayabilmek için 2008'de yapılmış Sivas diyabet prevalansı toplum taramasının diyabetik ayağı olmayan diyabetikleri kontrol grubu (n=224) seçilmişlerdir.

**Bulgular:** Diyabetik ayak sonucu ameliyat olan toplam olgu sayısı 144'tür. Olguların yaşları 43 ile 87 arasında değişmiştir. Olguların %73.6'sı erkektir. Bunun 121'i amputasyon, 23'ü debridmandır. Yıllık operasyon sayısı ortalama 27.4 olarak bulunmuştur. Logistik regresyonla yapılan analiz sonucu diyabetik ayağa bağlı operasyon riski odds oranı ve buna ait %95 güven sınırları, erkeklerde kadınlara göre 4.9 (2.95-8.14), 60-69 yaş grubunda 43-59 yaş grubuna göre 2.45 (1.33-4.49), 70yaş ve üzerinde 43-59 yaş grubuna göre 9.1 (4.92-17) olarak tahmin edilmiştir.

**Sonuç:** Hastanenin diyabetik ayağa bağlı operasyon yapma durumu ve diyabetik ayak amputasyonları ve debridmanı için yaş ve cinsiyetin etki düzeyi tanımlanabilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Diyabetik ayak, amputasyon, risk faktörleri, Sivas.

## SB-48

### Diyabetik periferik nöropati taramasında kullanılan testlerin duyarlılık ve özgüllükleri

Ferhat Ekinci<sup>1</sup>, Engin Altınöz<sup>1</sup>, Serap Çifçili<sup>1</sup>, Merve Akdeniz<sup>2</sup>, Gülseren Akyüz<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Diyabetik periferik nöropati (DPN) diyabetik ayak gelişimi için önemli bir risk faktörü ve diyabete bağlı morbiditenin en önemli nedenidir. Güncel kılavuzlar diyabetik hastalarda periyodik olarak nöropati taraması önermektedir. DPN'nin kesin tanısında yararlanılan sinir iletim çalışmaları, maliyetin yüksek olması, uygulanması için uzun süre ve deneyim gerekmesi gibi nedenlerle birinci basamakta kullanıma uygun değildirler. DPN taraması için farklı yöntemler tanımlanmış olmakla birlikte hiçbir ideal tarama testi ölçütlerini karşılamadığı gibi nasıl uygulanacağı konusunda da görüş birliği yoktur. Çalışmamızda amacımız birinci basamakta kolay uygulanabilir, ulaşılabilir, yüksek özgüllük ve kabul edilebilir duyarlılığa sahip bir tarama yöntemi tanımlamaktır.

**Yöntem:** Çalışmamız metodolojik bir araştırmadır. Marmara Üniversitesi Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine Mart-

Haziran 2012 tarihleri arasında başvuran 18-65 yaş arası Tip 2 diyabetik hastaların tamamı çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik özellikleri, diyabet öyküleri önceden hazırlanmış formlara kaydedilmiştir. Hastalara DPN taraması amaçlı "Diyabetik Nöropati Skoru" (DNS) ölçeği, vibrasyon algı eşiği (VAE) ölçümü için 1. metatars tabanına 128 ve 256Hz diyapozon, ayak üzerinde belirlenmiş 10 noktaya 10-g Semmes-Weinstein monofilaman testleri uygulanmıştır. Kesin tanı amaçlı elektronöromiyografi (ENMG) incelemesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Kliniğine bağlı Elektrofizyoloji Laboratuvarında Medtronic-Keypoint cihazıyla gerçekleştirilmiştir. Her bir yöntemim özgüllük, duyarlılık, pozitif ve negatif öngörü değerleri hesaplanmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya 100 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların %64'ü kadındır. Ortanca yaş 54 (32-79), diyabet süresi 6 (1-27) yıl olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %42.0'si tek başına veya oral antidiyabetiklerle kombine olarak insülin tedavisi altında olup HbA1C ortalaması %6.6 olarak tespit edilmiştir. VAE (128Hz) için duyarlılık, özgüllük, pozitif ve negatif öngörü değerleri sırasıyla %27.0, %95.2, %76.9 ve %69.0 olarak hesaplanmıştır. Bu değerler sırasıyla DNS için %94.6, %27.0, %43.0 ve %89.5, monofilament testi için %43.2, %84.1, %61.5 ve %71.6 olarak tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Daha önce yapılmış farklı çalışmalarda VAE ve 10-g SWM testlerinin tek veya birlikte kullanımları önerilmiştir. Çalışmamızda kullandığımız yöntemlerden VAE (128 Hz) tespit ettiğimiz en iyi özgüllük ve pozitif öngörü değeriyle birinci basamakta DPN taramasında kullanılabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Diyabetik periferik nöropati, tanı testleri, sensitivite, spesifite.

## SB-49

### Birinci trimester gebelerde anemi değerlendirilmesi

Arzu Ayraller<sup>1</sup>, Zeynep Pehlivan<sup>1</sup>, Banu Aslan<sup>1</sup>, Ayşe Ender Yumru<sup>1</sup>, Hülya Akan<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

<sup>2</sup>Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

**Giriş:** Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %30'unun, dünyadaki gebe kadınların ise yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir. Dünyadaki tüm kadınların 1/3'ünden fazlasında da anemi mevcuttur. Bu nedenle anemi kadın sağlığı ve gebe sağlığı açısından çok önemle ele alınması gereken bir sorundur. Amacımız gebeliğinin 4-24. haftasındaki gebelerde anemi sıklığını ve morfolojik özelliklerini saptamaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel nitelikteki bu çalışmaya Eylül 2011-Ocak 2012 tarihleri arasında gebe polikliniğine başvuran tüm hastaların anamnez ve sistemik muayenelerinden sonra hemogramlar incelendi. Dünya sağlık örgütü'nün kriterlerine göre hemoglobin değeri 11 gr/dl.den ve hematokrit değeri %33'ün altında olan gebelere anemi tanısı kondu. Saptanan anemi, ortalama eritrosit hacmi (MCV) bulgularına göre mikrositer (MCV<80 fl), normositer (MCV: 80-102 fl) ve makrositer (MCV>103 fl) olmak üzere üç gruba ayrıldı. Serum demiri, serum demir bağlama kapasitesi, ferritin, CRP, TSH düzeyleri, rutin biyokimya ve hemogramlar için hastane kayıtları retrospektif olarak tarandı ve SPSS 16,0 veri tabanı kullanıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 4-24 gebelik haftasında olan 110 gebe dahil edildi. Gebelerin yaş ortalaması 29.0±5.5 yıl idi. Gebelerin ortalama Hb 12.0±1.14 gr/dl, Htc 35.1±3, 1gr/dl, MCV değeri 88±9.6, MCH İse 29.0±3.7 idi. 27 gebede (%24.3) anemi saptandı. Anemi saptanan gebelerin MCV değerlerine göre 10'nunda (%37) mikrositer anemi ve 17'sinde (%63) normositer anemi saptandı. Anemi saptanan gebelerde ortalama demir düzeyi 74.6±51.1 ve saptanmayanlarda 94±48.9 idi; istatistiksel olarak farklılık saptanmadı. Anemi olan grup ile olmayan grup arasında UIBC (Serbest demir bağlama kapasitesi) dağılımları arasında fark vardı;



anemi grubunda UIBC değerleri beklenenden yüksekti ( $p<0.05$ ). TIBC düzeyleri açısından fark saptanmadı.

**Sonuç:** Yaptığımız çalışmada hastanemize başvuran gebelerde anemi prevalansı %24.3 olarak bulunmuştur. Etiyolojide demir eksikliği önemli bir etkidir. Gebelerde demir preparatları erken dönemde kullanılmaya başlanmalıdır.

**Anahtar Sözcükler:** Gebelik, anemi, prevalans.

## SB-50

### Aile Hekimine kayıtlı 14-25 yaş grubundaki kişilerin aile ilişkilerinin yeme tutumlarına olan etkisi

Salim Özenç, Şirzat Yeşilkaya, Yusuf Ziya Türk, Nuri Yıldırım

<sup>1</sup>GATA, Ankara

**Giriş:** Amaç aile hekimine kayıtlı 14-25 yaş grubundaki kişilerin aile içi ilişkilerinin yeme tutumlarına olan etkisinin araştırılması.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma etik kurulu onayı alındıktan sonra Askeri Lojman bölgesindeki aile hekimine kayıtlı nüfus üzerinden gerçekleştirildi. 14-25 yaş grubunda olanlara 60 sorudan oluşan Aile Değerlendirme Ölçeği ile 40 soruluk yeme tutumu testi uygulandı. Çalışma grubunda olan 200 kişiden 51'i çeşitli nedenlerden çalışma dışı kaldığı için araştırma 149 kişi üzerinden gerçekleştirildi. Veriler SPSS 15.0 paket programı ile değerlendirildi. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogrov testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analizlerde Mann-Whitney U ve korelasyon kullanıldı.  $P<0.05$  düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya dahil edilen 149 kişinin, %65.1'i erkek, %34.9'u kadın olup katılımcıların yaş ortalaması  $20.1\pm 2.3$  idi. Problem çözme alt grubuyla genel işlevler ve iletişim alt grubu arasında orta düzeyde ( $r=0.328$ ,  $r=0.519$ ), roller alt grubu ve duygusal tepki alt grubu arasında pozitif yönde zayıf ( $r=0.222$ ,  $r=0.2189$ ) ve istatistiksel yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Aile değerlendirme ölçeği alt grupları ile yeme tutumu testi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon saptanmamıştı ( $p>0.05$ ).

**Sonuç:** Aile içi ilişkilerin 14-25 yaş grubundaki kişilerin yeme tutumları üzerine anlamlı bir etkisi saptanamamıştır. Araştırmanın eğitimli bir grupta yapılmış olmasının sonuçları etkileyebileceği düşünülmüştür.

**Anahtar Sözcükler:** Yeme tutumu, aile ilişkileri, obezite.

## SB-51

### Kistik fibrozisli çocukta düzelmeyen öksürük nedeni olarak pseudomonas aeruginosa pnömonisi: olgu sunumu

Cennet Büyükyörük, Selma Çivi, Ruhuşen Kutlu

N.E.Ü Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Kistik fibrozis (KF) beyaz ırkın en sık rastlanan, otozomal resesif geçiş gösteren, 2.500 canlı doğumda bir görülen, ülkemizde insidansı 1/3000 olan bir hastalıktır. KF'de membran geçirgenliğini düzenleyen protein (CFTR) de mutasyon vardır. Böylece KF'de hücre membranından su ve tuz transportu etkilenir ve solunum yollarında, pankreasta, gastrointestinal sistemde, ter bezlerinde ve diğer ekzokrin bezlerde salgılanan sıvıların kompozisyonunda değişiklik oluşur. Akciğerlerde mukusun viskoelastisitesinin artması ve epitelyal örtü sıvısının daha tuzlu olması enfeksiyonu kolaylaştırır.

**Gereç ve Yöntem:** Kistik fibrozisli bir olgu sunumudur.

**Bulgular:** Altı aylıkken kilo alamama kuma şikayetiyle başvurduğunda KF tanısı konulan 10 yaşındaki kız hasta ara ara öksürük ve balgam çıkarma şikayeti ile Çocuk Göğüs Hastalıkları Polikliniği'ne müracaat etti. Fi-

zik muayenede: Boy: 130 cm, kilo: 23 kg. Solunum Sistemi muayenesinde bilateral raller ve ellerde çomak parmak mevcuttu. Laboratuvarında: BK:16600, Hemoglobin: 11.8 g/dl, Serum elektrolitleri normaldi. CRP: 72 mg/dl, Sedim: 45 mm/saat. Balgam kültüründe pseudomonas aeruginosa üredi. HRCT de akciğer parankim alanlarında bilateral üst loblarda belirgin olan kistik ve tübüler bronşiektaziler, peribronşial kalınlaşmalar, parankim alanlarında yaygın özellikle üst loblarda daha belirgin olan mukus tkaçları ile uyumlu nodüler dansite artışları izlendi. 2009 yılındaki genetik analizinde CTFR geninde N 303 K bölgesinde homozigot mutasyon izlendi.

**Sonuç:** Hasta yatırıldı. Sulperazon 3\*450 mg (sulbaktam sodyum / sefoperazon sodyum), tuz (3\*1 gr) Kreon (pancreatin enzim)3\*30.000 Ü 2\*10.000 ü, Asist şrp (acetylcysteine) 2\*1 Folbiol (folik asit) tb 2\*1, Zinco (çinko) şrp 1\*1, Polivit şrp 2\*1, Evicap (E vitamini) 200'ü 1\*1, Avicap (A vitamini) 30.000 ü haftada 3 gün 1\*1, Ventolin (salbutamol sulfate) inhaler 2\*1, pulmicort (budesonid) inhaler 2\*1, pulmozyme (dornase alfa)1\*1 uygulandı.

**Anahtar Sözcükler:** Kistik fibrozis, pnömoni, öksürük.

## SB-52

### Hemodiyaliz hastalarında huzursuz bacak sendromu ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi

Seher Sayın, Ruhuşen Kutlu, Selma Çivi

N.E.Ü Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

**Giriş:** Huzursuz Bacak Sendromu (HBS); hastalarda, uzuvlarını hareket ettirme dürtüsüyle ortaya çıkan, duyuşal ve motor semptomlarla seyreden, ilerleyici ve tekrarlayıcı yaşla prevalansı artan bir sensorimotor hastalıktır. Semptomlar genellikle bacaklarda, iki taraflı, simetrik çoğunlukla geceleri oluşur, uzun süreli hareketsizlik durumlarında kötüleşip, hareketle düzelir. HBS'undaki olay garip bir his; ağrı, karıncalanma, uyuşma ve çekilme şeklinde tanımlanmaktadır. Kadınlarda iki kat fazladır, herhangi bir yaşta başlayabilir ve yaşla birlikte şiddeti artar. Aileleş geçiş %25-50 oranında ve otozomal dominant şeklindedir. Ülkemizde HBS prevalansı %3.19 olarak bildirilmiştir. HBS idiopatik olabilir. Anemi, hipotiroidi, periferik polinöropati, diyabet, multipl skleroz, radikülopati, romatoid artrit, böbrek yetmezliği ve parkinson gibi bazı hastalıkların seyri sırasında ve gebelikte görülebilir. HBS %5-10 sıklıkta uykusuzluk nedeni olmakta ve uyku kalitesi bozulmaktadır. Biz çalışmamızda hemodiyaliz hastalarında HBS sıklığı ve yaşam kalitesini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel ve sekonder profilaktif tipteki bu çalışmada 3 anket formu kullanılacaktır. Birinci forma hastanın yaşı, cinsiyeti, görevi ve Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu (International Restless Legs Syndrome Study Group-IRLSSG) tarafından 1995 yılında hasta öyküsüne dayanan 4 soruluk tanı kriterlerini içeren anket formları yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulacaktır. Bu ankete göre aşağıdaki 4 soruya da evet yanıtı verenler HBS (+) olarak kabul edilecektir. Çalışmanın ikinci aşamasında HBS (+) bulunan olgulara hastalığın şiddet derecesini belirlemek üzere "Huzursuz Bacak Sendromu Şiddet Değerlendirme Ölçeği" uygulanacaktır. HBS-Şiddet Değerlendirme Ölçeğine göre; 1-10 puan: hafif, 11-20: orta derecede, 21-30: şiddetli, 31-40 çok şiddetli derecede HBS olduğunu göstermektedir. HBS + olan kişiler nörolojik muayeneden geçirilecek ve gerekli tedavi verilecektir. Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi için WHO-QOL-BREF kısa formu kullanılacaktır. Verilerin kodlanması ve istatistiksel analizleri bilgisayarda SPSS 13,0 paket programında yapılacaktır. Veriler Ki-kare testi ve korelasyon analizi ile değerlendirilecektir.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmadı.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı

**Anahtar sözcükler:** Huzursuz bacak sendromu, hemodiyaliz, kronik böbrek yetmezliği.

## SB-53

**Çocuklarda tiroid hormon düzeylerinin obeziteyle ilişkisi: Vaka kontrol araştırması**Ferhat Ekinci<sup>1</sup>, Arzu Uzuner<sup>2</sup><sup>1</sup>Van Halk Sağlığı Müdürlüğü, Van<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul

**Giriş:** Tüm dünyada epidemik özellik gösteren bir sağlık sorunu olan obezite, çocuk yaş grubunu da etkilemektedir. Son yıllarda medikal tedavi için başvuran obez çocuk sayısında artma ile birlikte obezite ve tiroid fonksiyon testleri arasındaki ilişki ilgi çekmektedir. Yapılan araştırmalar tiroid fonksiyonlarıyla obezite arasında doğrudan bir ilişki ortaya koymamaktadır. Bu çalışmanın amacı; çocukluk çağında tiroid hormon düzeylerinin obezite ile ilişkisini araştırmaktır.

**Gereç ve Yöntem:** Bu amaçla 04.2011 ve 08.2011 tarihleri arasında Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine çeşitli nedenlerle başvuran 5-11 yaş arasındaki çocuklar çalışmaya dahil edilerek persentillerine göre normal, fazla kilolu ve obez olmak üzere üç gruba ayrıldı. Sosyodemografik, genetik ve çevresel faktörler bir anket formu ile sorgulandı. Tüm çocuklarda TSH, sT4 düzeyleri bakılarak gruplar arasında fark olup olmadığı araştırıldı.

**Bulgular:** Çalışmaya 5-11 yaş arası 300 çocuk dahil edildi. Çocukların 159'u kız, 141'i erkekti. Çalışmaya alınan çocukların ortalama yaşı 8.4±2.1 yıldır. Normal kilolu (5-85p) grupta 100, fazla kilolu (85-95p) grupta 74, obez(>95p) grupta 126 çocuk yer aldı. Normal kilolu grubun %1'inin, fazla kilolu grubunun %9.5'inin, obez grubun %11.9'unun TSH düzeyi yüksekti. TSH düzeyi obez grupta diğer gruplara göre anlamlı olarak yüksek bulunurken(p=0,007) sT4 ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0.395). Çalışmada doğum ağırlığının fazla oluşu, anne ve babanın VKİ'lerinin yüksek oluşu, kardeşte obezite, sezaryen ile doğum öyküsü, babanın eğitim düzeyinin yüksek oluşu, fiziksel aktivitenin az olması ve günlük televizyon izleme süresinin iki saatten fazla oluşu çocukta obezite ile ilişkili faktörler olarak saptandı. Yaş, cinsiyet, anne ve babanın akraba olması, prematürite, anne sütü alma öyküsü, annede gestasyonel diyabet öyküsü, anne eğitim düzeyi ve çocuğun günlük ortalama öğün sayısı obezite ile ilişkili bulunmadı.

**Sonuç:** Araştırmamızda literatürle uyumlu olarak TSH değerinde yükselme ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanırken, sT4 düzeyleri ile VKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Araştırmalar giderek TSH yüksekliğinin obezitenin sebebi mi yoksa sonucu mu olduğu konusuna odaklanmakta, daha çok obezitenin sonucu olarak düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** TSH, VKİ, obezite

## SB-54

**6 ay - 2 yaş grubu çocukların annelerinin süt çocuğu beslenmesinde kullanılan tamamlayıcı besinler hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi**Nilgün Yapan Gör Al<sup>1</sup>, Demet Can<sup>2</sup>, Tolga Günvar<sup>3</sup>, Dilek Güldal<sup>3</sup><sup>1</sup>İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir<sup>2</sup>İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji Birimi, İzmir<sup>3</sup>Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir

**Giriş:** Anne sütüne devam edilirken diğer ek gıdalarla beslenme dönemi 'tamamlayıcı beslenme dönemi' olarak tanımlanmakta ve erken çocukluk döneminde anne sütü, formül mama ya da devam sütleri dışında tüm sıvı ve katı gıdalar 'tamamlayıcı besinler' olarak ifade edilmektedir. Tamamlayıcı beslenmeye zamanında ve doğru besinlerle geçiş konusunda annelerin bilgi durumu belirlenerek bebek beslenmesi ko-

nusunda sunulan sağlık hizmetinin daha iyi hale getirilmesi için düzenlemeler yapılabilecektir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki çalışmamız İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi'ne başvuran, miadında doğmuş ve kronik hastalığı bulunmayan 6-24 aylık bebeği olan 400 anneye anket uygulanarak yürütüldü. İstatistiksel analizler SPSS 15.0 programıyla değerlendirildi.

**Bulgular:** Annelerin bebek beslenmesi konusunda bilgiyi öncelikle birinci basamak sağlık personelinden ve kitle iletişim araçlarından elde ettiği görüldü. Beslenme bilgi düzeyinin annenin yaşça büyük ve eğitim düzeyinin yüksek olması, sosyoekonomik düzeyinin iyi olması, il merkezinde, çekirdek ailede yaşamasıyla ilişkili olduğu saptandı. %88'inin 6 ay ve daha uzun süreli olarak anne sütü verdiği ve annelerin %85.8'inin ek gıdalara 4-6 ayda başladığı görüldü. Yaşça küçük, üst sosyoekonomik düzeyde, eğitim düzeyi yüksek annelerin daha erken; birinci basamak sağlık personelinden bilgi alan annelerin daha geç ek gıdalara başladığı saptandı. Annelerin sıklıkla kullandığı ek besinlerin yoğurt, meyve, sebze, tavuk, yumurta ve tahıllar olduğu görüldü. Yumurta, sebze ve meyveye üst sosyoekonomik düzeydeki annelerin daha erken başladığı saptandı. Annelerin az tercih ettiği besinlerden biri olan inek sütüne 1 yaşından önce başlama durumunun; annenin okula gitmemiş olması ve daha genç yaşta, geniş aile yapısında, alt sosyoekonomik düzeyde olmasıyla ilişkili olduğu görüldü.

**Sonuç:** Annelerin anne sütü verme konusunda duyarlı ve istekli olduğu ancak; DSÖ ve Sağlık Bakanlığımızın önerilerine rağmen ek gıdalara daha erken ancak son yıllarda yayınlanan çalışmalarda kabul edilebilir bir zaman olan 4-6 ayda başladığı görüldü. Bu durum Türkiye'deki çevresel, sosyoekonomik ve eğitim koşullarıyla güncel bilgiler ışığında tekrar değerlendirilmelidir.

**Anahtar Sözcükler:** Anne sütü, ek gıdalar, bebek beslenmesi.

## SB-55

**Bir İlçe Devlet Hastanesi'nde ilaç kullanımı ve hasta katılım payından muaf ilaç raporu verilen hastaların profili**Murat Altuntaş<sup>1</sup>, Kurtuluş Öngel<sup>2</sup><sup>1</sup>Gelendost İlçe Devlet Hastanesi, Isparta<sup>2</sup>Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

**Giriş:** Aile Hekimliği Uygulaması haricinde görev yapan Aile Hekimliği Uzmanları ülkemizde sıklıkla İlçe Devlet Hastanelerinde genellikle tek uzman hekim olarak çalışmaktadırlar. İlaç Kullanımı ve Hasta Katılım Payından Muaf İlaç Raporu; şartları Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından belirlenmiş olan ve hastaların kullanacakları ilaçlar için ek ödeme yapmak zorunda oldukları tutardan muafiyetlerini sağlayan ve de sadece uzman hekimlerin görev ve yetkisi ile sınırlandırılmış olan ilaç rapordur. Bu çalışma ile bir ilçe devlet hastanesinde ilaç kullanımı ve hasta katılım payından muaf ilaç raporu verilen hastaların farklı özellikler temelinde araştırılması ve konuya ilişkin tespitte bulunulması hedeflenmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın Isparta Gelendost İlçe Devlet Hastanesi'nde, retrospektif olarak yapılması planlanmaktadır. İlgili hastaneyeye Mayıs 2012 tarihinde bir Aile Hekimliği Uzmanı atanmış olup, Haziran 2012 tarihinden itibaren itibaren ilaç muafiyet raporu çıkarılmaya başlanmıştır. Haziran-Ağustos 2012 tarihlerinde hastane polikliniğine müracaat eden hastalardan rapor çıkarılanlara ait veriler, aylara göre yüzde dağılım şeklinde istatistiki olarak değerlendirilecektir. Bu çerçevede ilaç Kullanımı ve Hasta Katılım Payından Muaf İlaç Raporu çıkarılan hastaların, araştırılması planlanan zaman aralığında toplam polikliniğe müracaat eden hastalar içindeki oranı ortaya konulacaktır. Ayrıca rapor çıkarılan hastaların yaş, cinsiyet ve sosyal güvenlik durumları gibi parametrelerine ilaveten hastalara konulan tanılar ve ilgili tanılar için tedavi protokolleri araştırma kapsamına alınacaktır. İlaveten cinsiyet-yaş, tanı-yaş, tanı-cin-

siyet, tanı-tedavi gibi ikili parametre değerlendirmeleri için de anlamlılık ilişkisinin araştırılması planlanmaktadır. Çalışmanın bir ön çalışma olması dolayısıyla; ilerleyen süreçte özellikle ilaç katılım payından muafiyet için başvuran hastalara harcanan zaman araştırılarak aile hekiminin günlük mesaisinin ne kadarını rapor için harcadığı ve hekimin kendi endikasyonu harici rapor çıkarma durumu gibi diğer bazı özelliklerinin de ortaya konulması düşünülmektedir.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmamıştır.

**Anahtar Sözcükler:** İlaç raporları, kronik hastalıklar, zaman.

## SB-56

### **Obes çocuk ve ergenlerde kas-iskelet sistemi bozuklukları: Kesitsel araştırma**

**Demet Merder Coşkun<sup>1</sup>, Arzu Uzuner<sup>1</sup>, Naime Evrim Karadağ Saygı<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Marmara Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

<sup>2</sup>Marmara Üniversitesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, İstanbul

**Giriş:** Obezite giderek artan sıklığı ile global bir sorun haline gelmiştir. Son yıllarda yapılan çalışmalar, çocukluk çağı obezitesinin ilişkili olduğu bilinen hastalıklar ve yol açtığı sorunlar nedeniyle ileri yaşlar için de ciddi bir sağlık sorunu olduğunu düşündürmektedir. Obezitenin kas iskelet sisteminin yapısı ve işlevleri üzerine etkisi iyi belgelenmemiştir. Araştırmanın amacı çocuk ve ergenlerde görülen kas iskelet sistemi bozukluklarının sıklığının araştırılmasıdır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırmamız gözleme dayalı kesitsel araştırma olarak planlanmaktadır. Çalışmaya obez, fazla ve normal kilolu 5-18 yaş arası çocuk ve ergenler dahil edilecektir. Araştırmaya dahil edilecek çocuklar toplumdaki dağılımlarını yansıtmak üzere, hastanemizin bulunduğu bölgede yaşayan 5-18 yaş grubundaki çocukları temsil edecek şekilde, kesitsel bir araştırma ile belirlenecektir. Kesitsel araştırma bu yaş çocuklarının toplu olarak bulunduğu ilköğretim ve liselerde yürütülecektir. %95 güven aralığında, 0.01 hata payı ile, tahmin edilen fazla kilolu olma sıklığı %12 olacak şekilde hesaplanarak toplam 3948 çocuğa ulaşılması planlanmaktadır. Okullarda obeziteye ilişkin antropometrik ölçümler yapılarak obez, fazla kilolu çocuklar ve bu gruplara benzer özelliklerdeki çocuklar belirlenecek, Marmara Üniversitesi Hastanesi Aile Hekimliği ve Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon polikliniklerine ayrıntılı kas iskelet sistemi muayenesi yapılmak üzere davet edileceklerdir. Çocuklara standardize kas iskelet sistemi muayenesi uygulanarak, sık rastlanan kas iskelet bozuklukları belirlenecek, bu bozuklukların normal, fazla kilolu ve obez gruplarda sıklık açısından fark gösterip göstermedikleri araştırılacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul ederek polikliniğe gelen ebeveyn, ailenin sosyodemografik özellikleri, çocukların fizik aktivite, yeme alışkanlıkları ve beslenme düzenleri hakkında sorular içeren bir anket formu ve Çocuk ve Ergenlerde Bedensel İşlevsellik Değerlendirme Aracı (POSNA PODCI Pediatric Outcomes Data Collection Instrument) uygulanacaktır.

**Bulgular:** Henüz sonuçlanmadı.

**Sonuç:** Henüz sonuçlanmadı.

**Anahtar Sözcükler:** Obezite, kas iskelet bozuklukları, çocuk.

## Dergimizden haberler

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi (TAHD), bilinirliği ni ve okunurluğunu artırmaya çalışmaktadır. Bilindiği üzere Dergimiz 2012 yılından itibaren web sitesi üzerinden erişime açık hale gelmiştir. Ayrıca yayına kabul edilen yazılar, basılmadan önce erken baskı olarak web sitesine konmaktadır. Dergilerin bilinirliği tarandığı endeks- lere de bağlıdır. Bunun bilincinde olarak Dergimiz, belli başlı tıp dizinlerinde yer alma koşullarını karşılamayı he- deflemektedir. TAHD bugün için Türkiye Atıf Dizini (Turkish Citation Index), Google Akademik (Scholar), Index Copernicus ve EBSCOHost endekslerince taran- maktadır. Ülkemizde en önemli tarama endeksi Türk Tıp Dizinidir. TAHD bu dizinde taranan ilk ve tek aile hekimliği dergisiydi. 2004-2006 yılları arasında iki yıl kaldıktan sonra endeksten çıkarılmıştı. Geçtiğimiz yıl Türk Tıp Dizinine yeni başvuru yapılmıştır. Başvuru- muz şu an inceleme aşamasındadır; Temmuz ayına kadar Türk Tıp Dizinine girmeyi beklemekteyiz.

### WONCA Avrupa Dergisi TAHUD Üyelerinin Erişimine Açıldı!

WONCA Avrupa'nın bilimsel yayın organı olan The European Journal of General Practice (EJGP), SCI-expanded kapsamında taranan uluslararası saygın bir dergidir. TAHUD ve EJGP yayıncı kuruluşu Informa Healthcare arasında varılan bir anlaşma ile EJGP'de yayınlanan makaleler, geçici bir süre okurlarımızın ve TAHUD üyelerinin kullanımına açılmış bulunmaktadır. TAHUD web sitesi üzerinden kişiye özel şifrelerle ön deneme uygulaması baş- lamıştır. Ön deneme sonunda uygulamanın devam etmesi ilgili taraflarca yeniden görüşülecektir. Anlaşma sağlanma-

da durumunda uygulama kalıcı hale gelecektir. Sizlerin ilgi- si ve kullanımı bu sürecin olumlu gelişmesinde belirleyici olacaktır. TAHUD üyelik izlem sistemi TÜATS üzerin- den bilgilerini güncelleyen tüm Dernek üyeleri, Dernek web sitesi üzerinden bu uygulamadan ücretsiz olarak yarar- lanabilmektedir.

### EJGP-TAHD Ortak Yayın Protokolü

Dergimiz açısından bir önemli gelişmeyi daha sizlerle paylaşmak istiyoruz. Dergimiz, WONCA Avrupa dergisi EJGP ile bir ortak yayın anlaşması imzalandı. Buna göre, Dergimizde yayınlanan bazı makalelerin eş zamanlı ola- rak EJGP'de de yayınlanması sağlanacaktır.

Bunun için özel bir makale değerlendirme süreci oluşturulmuştur. Dergimizde yayını kabul edilen makale- lerden, Editörler Kurulunun belirleyeceği bir makalenin İngilizce geniş özeti EJGP Editörler Kuruluna gönderi- lecektir. EJGP Editöryal değerlendirmesinde uygun bu- lunursa, iletişim yazarından makalenin İngilizce tam metni istenecektir. EJGP makale değerlendirme sürecin- de de uygun bulunursa, EJGP'te yayınlanmak üzere ka- bul edilecektir. Daha sonra makale eş zamanlı olarak her iki dergide de yayınlanacaktır.

Bu ortak yayın uygulaması, Dergimiz için, uluslararası alanda tanınma, atıf alma ve SCI kapsamında taranma sürecinde önemli bir adımdır.

Böylece TAHD okurları ve TAHUD üyeleri EJGP'e ulaşabilecek ve yazarlarımız, bir SCI-expanded dergisin- de makalelerini yayınlama fırsatı bulacaklardır. Ortak yayın fırsatı yakalayabilmek için özgün araştırma makale- lerinizi Dergimize bekliyoruz.



## Güney Doğu Avrupa Aile Hekimleri Birliği ve Türkiye'nin bölgedeki konumu

Ülkemizde son 30 yıllık süreçte aile hekimliğinin kavram olarak ortaya çıkışı, Türkiye içinde örgütlenişi ve uluslararası kuruluşlarla iletişime geçme aşaması büyük oranda tamamlanmıştır. Bu süreç içerisinde dünyadaki en büyük aile hekimliği organizasyonu olan WONCA yönetim kurulunda yer alacak düzeye gelinmiştir. Güney Doğu Avrupa Aile Hekimleri Birliği (Association of General Practice/Family Medicine in South East Europe AGP/FMSEE) 29.09.2002'de Makedonya, Bulgaristan ve Bosna Hersek temsilcilerinin katılımıyla kurulmuştur. Makedonya'dan Dr. Ljubin Shukriev aynı yıl koordinatörlüğe, 2003 yılında da başkanlığa getirilmiştir. TAHUD 11-12 Ekim 2004 Zlatibor Toplantısı'nda üyeliğe kabul edilmiştir (Resim 1).

Bu süreçte Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu Güneydoğu Avrupa ülkeleri ile ilk teması kurmuş ve Zlatibor toplantısında yer alarak TAHUD adına temsilcilik görevini üstlenmiştir. Halen Doç. Dr. Arzu Uzuner ile birlikte kuruluşun bilimsel komite üyeliğini yürütmektedir. Kuruluşundan beri Makedonya merkezli olan AGP/FMSEE'nin yine kuruluşundan beri başkanlığını Prim. Dr. Ljubin Shukriev yürütmektedir. Kuruluşunda iki dönemden fazla başkanlık yapılamayacağı şartı olmasına rağmen, 2011 yılında kuruluşun Makedonya dışından bir başkanla götürülmesinin yaratacağı mevzuatla ilgili zorluklar ve diğer ülkelerin önerileri doğrultusunda başkanlığı 3. dönemde de Prim. Dr. Ljubin Shukriev'in yürütmesine karar verilmiştir.

Son başkanlık seçimini takiben Romanya'dan Arnavutluk'a, Türkiye'den Bosna Hersek Cumhuriyeti'ne

uzanan bir yelpazede üye ülke sayısı 11'e yükselmiş ve idari yapısında genişlemeye gidilmiştir. Bu dönemde başkan yardımcılığı sayısı ikiye yükseltilmiş, Sırbistan'dan Prim. Dr. Mirjana Mojovic ve Bulgaristan'dan Doç. Dr. Lyubomir Kirov başkan yardımcılığına getirilmiştir. Yine bu dönemde ilk kez Türkiye'den Doç. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu Birliğin Genel Sekreterliğine seçilmiştir. Ülkemiz adına kuruluşla anabilim dallarımız ve eğitim hastanelerimiz arasındaki koordinasyonun yürütülmesi görevini Doç. Dr. Kurtuluş Öngel üstlenmiştir.

Kuruluşundan itibaren dört yılda bir yapılan iki büyük kongre ve iki yılda bir yapılan üç konferans düzenlenmiştir (Resim 2).

### Kongreler

- I. Kongre 15-18 Haziran 2006 Ohrid/Makedonya
- II. Kongre 22-25 Nisan 2010 Antalya/Türkiye

### Konferanslar

- I. Konferans 18-21 Haziran 2009 Ohrid/Makedonya
- II. Konferans 10-13 Kasım 2013 Filibe/Bulgaristan
- III. Konferans 11-14 Nisan 2013 Belgrad/Sırbistan

Uluslararası bu toplantılar dışında her yıl ülkelerin kendi aile hekimliği kongrelerine uluslararası katılım sağlanmıştır. Birliğin kendisi ya da üye ülkeler ayrıca WONCA



**Resim 1.** TAHUD'un AGP/FMSEE'ye üyeliğinin kabul edildiği Zlatibor kongresi katılımcıları (11-12 Ekim 2004).



**Resim 2.** I. AGP/FMSEE kongresi katılımcıları (Ohrid/Makedonya, Ekim 2009).

**Tablo 1.** AGP/FMSEE ülkelerinde 2013 yılı içerisinde planlanan ulusal aktiviteler

Ülkeler	Kongre/Konferans başlıkları	Toplantı yeri ve tarihi
Makedonya	XXIII. Uluslararası katımlı sempozyum	Üsküp, 18 -20 Ekim 2013
Romanya	IX. Ulusal aile hekimliği konferansı	Bükreş, 27-30 Mart 2013
	• <b>Tıbbi Forumlar</b>	
	- Targu Mures	13-14 Mart 2013
	- Cluj-Napoca	20-21 Mart 2013
	- Bükreş	14-15 Mayıs 2013
	• <b>Bölgesel konferans</b>	
	- Bacau	14-16 Mart 2013
	- Bükreş	12-14 Aralık 2013
Sırbistan	IV. Uluslararası katımlı Sırbistan genel tıp doktorları kongresi	Zlatibor, 19- 22 Eylül 2013
Slovenya	• Birinci basamakta çalışanlar toplantısı	Mayıs 2013
	- Schrotovi dnevi	Mart 2013
	- Kokaljevi dnevi	Haziran 2013
	- Zadravæevi dnevi	Eylül 2013
	- Fajdigovi dnevi	Kasım 2013

konferanslarına bireysel olarak katılımcı göndermekle beraber, ekonomik açıdan WONCA kongreleri kendi kongreleri ile karşılaştırıldığında oldukça pahalı olduğu için, katılım şimdiye kadar hep sınırlı kalmıştır. AGP/FMSEE ülkelerinde 2013 yılı içerisinde planlanan ulusal aktivitelerden derlenebilenler **Tablo 1**'de sunulmuştur.

AGP/FMSEE kongreleri her dört yılda bir, konferansları ise her iki yılda bir yapılmaktadır. Bu toplantılara; hem coğrafi yakınlığı, hem de dil benzerliği nedeniyle Güneydoğu Avrupa ülkelerinden çok sayıda, akademik kuruluşlar ağırlıklı olmak üzere ülkemizden de sınırlı sayıda katılım olmaktadır (**Resim 3**). Güneydoğu Avrupa ülkeleri içerisinde Makedonya, Bulgaristan, Arnavutluk gibi ülkelerde aktif olarak aile hekimliği yapmakta olan Türk kökenli hekimler de, bu toplantıların katılımcıları arasında yer almaktadır.

Güneydoğu Avrupa ülkelerinden eski Yugoslavya Cumhuriyeti'nden ayrılarak bağımsızlıklarını ilan eden; Sırbistan, Hırvatistan, Makedonya, Slovenya, Kosova, Karadağ, Bosna Hersek, Sırp Cumhuriyeti'nde, Dünya Sağlık

Örgütü ilk başkanı Andria Stampar tarafından yapılandırılan geniş kapsamlı sağlık hizmeti veren sağlık merkezleri tarzı yapılandırmadan, bağımsızlık sonrası merkezi olmayan bir yapılanmaya doğru yol alınmaktadır (**Resim 4**). Bu yapılanma Dünya Bankası, Avrupa Birliği gibi kuruluşlarca desteklenmektedir. Aile hekimliği uygulamaları Eski Yugoslavya'da 1960'lı yıllarda başlamıştır. Sırbistan'da 1969'dan itibaren iki yılda bir kongre düzenlenmektedir.

Bu ülkelerin hemen hepsinde halen aktif bir yeniden yapılanma ve değişim süreci devam etmektedir. Bulgaristan'da ise 2004 yılında aile hekimliği uygulamasına; bir geçiş süreci yaşanmadan ve sistemde çalışacak hekimlere eğitim verilmeden, sınırlı bir süre içinde tüm hekimlere seçme hakkı tanınarak geçiş sağlanmıştır. Halen bu düzenleme içerisinde çalışan aile hekimlerinin en önemli problemi aşırı iş yüküdür. Hekim başına hem çok sayıda nüfus bağlanmakta hem de bağlanan nüfusun tamamı için ödeme yapılamamaktadır. Ülkemizdeki geçiş eğitimlerine benzer bir eğitim Makedonya'da tek bir merkezde yürü-



**Resim 3.** I. AGP/FMSEE kongresine Ülkemizden katılanların TAHUD başkanını Prof. Dr. Okay Başak ile birlikte Manastır'da Mustafa Kemal Atatürk'ün eğitim gördüğü lise binasını ziyaretleri (Ohrid/Makedonya, Ekim 2009).



**Resim 4.** Hırvatistan'da başkent Zagreb'te bir aile sağlığı merkezinden görünüm.

tülmeye başlanmıştır. Katılımcıların uygulama öncesi ne kadar süre aile hekimliği çalışması içinde yer aldıklarına bağlı olarak değişen, iki yıla varan sürelerde aktif çalışma içinde eğitim alabilecekleri bir düzenleme yapılmıştır.

Birliğe yeni katılan ülkelerden Romanya yaklaşık 11000 üyesi olan bir aile hekimliği derneğine sahiptir. Yapılandırılmış bir aile hekimliği eğitimi vardır. İlk kez 1990 yılında “General Medicine” adıyla başlayan aile hekimliği uygulaması, 1999 yılında “Aile Hekimliği” adını almıştır. Avrupa Birliği ülkelerinden Hollanda tarafından desteklenen MATRA ve İrlanda tarafından desteklenen NICARE projeleri ile aile hekimliği eğitimi programlanıp yürütülmüştür. Aile hekimliği uygulaması, Birleşik Krallıktan örnek alınarak yapılandırılmış bir uygulamadır.

Slovenya’da aile hekimliği 1960’lardan itibaren bir tıp disiplini olarak kabul edilmişken, ancak 1995 yılında Ljubljana’da bir anabilim dalı açılabilmiştir. Birinci basamağın yönetimi, merkezi yapılandırmadan, resmi ancak dağıtık bir yapılanmaya doğru gitmektedir. Bireyler aile hekimlerini seçme özgürlüğüne sahiptir ve aile hekimleri aciller dahil bireylerin tüm sağlık ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür. Bu nedenle aile hekimleri kendi ofisleri dışında farklı alanlarda da çalışmak durumunda kalabilmektedirler.

Hırvatistan’da her aile hekimine yaklaşık 1700 kişi bağlı bulunmaktadır. Aile hekimlerinin %84’ü bireysel sözleşme ile çalışmakta, kalan %14’ü ise toplum sağlığı gibi birimlerde çalışmaktadır. Tıp eğitiminin 6. yılında bir yıllık aile hekimliği eğitimi bulunmaktadır. Uzmanlık eği-

timi 3 yıldır. Tüm aile hekimleri için, 2003 yılında başlatılıp 2015 yılında bitirilmesi planlanan zorunlu 36 aylık bir mesleki eğitim projesi başlatılmıştır. Bu proje halen yürütülmektedir. Hırvatistan Cumhurbaşkanı Ivo Josipovic, 2012 yılında ülkemiz dahil birliğe üye ülke temsilcilerini kabul ederek görüş alışverişinde bulunmuştur (Resim 5).

Ülkemiz Güneydoğu Avrupa Aile Hekimleri Birliği üyesi olarak, en büyük nüfusa ve en geniş coğrafi alana sahip olması nedeniyle önemli farklılıklar göstermektedir. Buna karşın bu ülkelerin hepsinde ülkemizdekine benzer bir aile hekimliği uygulaması yürütülmektedir. Bulgaristan ve Makedonya gibi ülkelerde çalışan çok sayıda Türk kökenli aile hekimi bulunmaktadır. Bundan sonraki süreçte, Birlik ülkeleri arasında hem coğrafi hem de birinci basamak aile hekimliği organizasyonu açısından, diğerlerine oranla daha büyük görünen ülkemiz ve Romanya’nın, Birliğin gelişim sürecine büyük katkıları olacağı açıktır. Birliğin kuruluşunda yer alan kurucu üyeler, şimdiye kadar Türkiye’ye karşı oldukça samimi bir yaklaşım sergileyerek, son derece misafirperver olmuşlardır. Bu nedenle Birlik yönetimi ve diğer ülke temsilcilerine şükranlarımızı sunmamız gerekir. Birliğin II. Büyük Kongresi 2014 yılında Bosna Hersek Cumhuriyeti’nin Saraybosna şehrinde yapılacaktır. Bu kongreye ülkemizden, şimdiki kongrelere oranla daha büyük bir katılımın olmasını beklenmektedir. Önümüzdeki süreçte AGP/FMSEE ile TAHUD arası ilişkilerin gelişerek bölgede daha yeni ve büyük açılımlara vesile olmasını dileriz.



**Resim 5.** Hırvatistan Cumhurbaşkanı Ivo Josipovic’in I. AGP/FMSEE merkez yönetim kurulu ve ülke temsilcilerini kabulü (Zagreb/Hırvatistan, Ekim 2012).

## Bir zamanlar bir çam fidanı vardı...

Her şey küçük bir çam fidanının gökyüzüne bakmasıyla başladı. Sonra gökyüzü beyaz papatyaya, papatya ise küçük bir çocuğa baktı. İşte o küçük çocuk Dokuz Eylül Üniversitesi (DEÜ) Aile Hekimliği Anabilim Dalı (AD) Polikliniği'nden içeriye girince; küçük çam ağacının hayalleri tüm anabilim dalına yayıldı. Görevleri yaşlı dünyanın hastalarını iyileştirmek, tıp eğitimi almak ve eğitim vermek olan 36 DEÜ Aile Hekimliği AD doktoru, bir anda hep beraber şarkı söylemeye karar verdiler. Şarkı uzaklarda bir arazide söylenmeliydi. Öyle bir şarkı olmalıydı ki içinde ağaç olsun, umut olsun. Hazırlıklar yapıldı. Sıcacık bir ilkbahar gününde yaşlı dünyayı iyileştirmenin en güzel yolu çoktan bulunmuştu... Urla Kadıovacık köyü çıkışındaki Orman Müdürlüğü arazisine gidildi. Gökyüzünün altında yüreklerle toprak kazıldı, fidanların yatakları hazırlandı. Yeni yuvalarına sevgiyle yerleştirilen fidanlar, küçük çam fidanının yanında yerlerini almışlardı. Yaşlı dünya teşekkür etti, çünkü bu birkaç (304) fidanın dikilmesi belki birazcık olsun onun ağrılarını kesecekti.

Artık dünyada 304 tane daha fidan=umut=hayat var...





**iLAN**