

Türkiye

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD) Yayın Organıdır

Aile Hekimliği

Turkish Journal of Family Practice

Dergisi



Cilt **17** Sayı **4** | 2013 |
Volume **17** Number **4** | 2013 |

3 AYDA BİR YAYIMLANIR
PUBLISHED QUARTERLY

Dergimiz yeniden Türk Tıp Dizini'nde

**Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi:
Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları**
Dionne Sofia Kringos

Disiplinime dokunma!
Okay Başak



**Kistik fibrozisli çocukta düzelmeyen öksürük nedeni olarak
Pseudomonas aeruginosa pnömonisi: Olgu sunumu**
Ruhuşen Kutlu, Sevgi Pekcan, Derya Işıklar Özberk

**Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet:
Şiddetin rapor edilme sıklığı**
Fisun Vural, Seval Çiftçi, Şükran Fil, Ayşe Dura, Birol Vural

- **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. İncelenme sonucu derginin yayın amacına uygun olmayan yazılar bilimsel kurula sunulmadan reddedilebilir ya da yayın amacına ve yayın kurallarına uygun hale getirilmesi istenebilir. Editöre mektuplar, başmakaleler, önemli uluslararası belgelerin çevirileri, yayın tanıtımları, yerli ve yabancı makale özetleri gerek görülmedikçe bilimsel kurula sunulmazlar. Araştırma makaleleri, kısa raporlar, olgu sunumları, sürekli tıp eğitimi yazıları ve derlemeler ise her durumda yayın kurulu incelemesi aşamasının ardından bilimsel danışma kuruluna sunulur.
- Bilimsel danışma kuruluna sunulacak yazılar en az biri aile hekimliği uzmanı olmak üzere birbirinden habersiz iki ayrı hakeme, kapak sayfaları olmaksızın gönderilir. Hakemlere gönderilmeden önce yazı metninde geçen ve yazarların kimliği hakkında bilgi verebilecek yer adları okunmaz hale getirilir. Her iki hakemden gelen yanıtlar da aynı doğrultudaysa sonuçlar ve varsa revizyon istekleri yazışma yapılacak yazara bildirilir. Hakemlerden birisi yazının reddedilmesine karar vermiş, diğeri farklı bir karara varmışsa makale önceki incelemelerden habersiz üçüncü bir hakeme gönderilir. Üçüncü hakemden gelen yanıtı göre karar verilir.
- Yazılar çift satır aralıklı, alt-üst ve her iki yandan 2,5 cm boşluk bırakarak, 12 punto Times New Roman karakteri kullanılarak hazırlanmış Word dokümanı olarak hazırlanmalıdır. Yazılarda sadece standart kısaltmalar kullanılmalı, bunun dışındaki ifadeler kısaltılacak ise yazı içinde ilk geçtiği yerde parantez içinde belirtilmelidir.
- Türkçe karşılığı olan yabancı kelimelerin kullanımından kaçınılmalıdır. İlaçların jenerik ya da kimyasal isimleri kullanılmalıdır.

Yazı Çeşitleri

Özgin araştırmalar: Özet, Giriş ve Amaç, Gereç ve Yöntem, Bulgular, Tartışma ve Sonuç bölümlerinden oluşur (Özet bilgileri için bkz. Yazı Kuralları). *Giriş* ve *Amaç* bölümünde çalışma konusu, ulusal ve uluslararası araştırmalara atıfta bulunarak konunun bilinen ve bilinmeyen, bilgi birikimi olmayan ya da çelişkili olan yönleri, araştırmanın bu eksiklerden hangisini ve neden tamamlamayı amaçladığı belirtilmelidir. Ayrıca bu bölümde çalışmanın aile hekimliğine beklenen katkısı ve uygulamada ne tür değişikliklere yol açmasının öngörüldüğü yer almalıdır. *Gereç* ve *Yöntem* bölümünde çalışmanın türü, evreni, örnekleme, örneklem bütünlüğüne 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 birinden yinelenmemelidir. *Tartışma* bölümünde araştırmada elde edilen bulguların önemi vurgulanmalı, bunlar başka yazıların bulguları ile karşılaştırılmalı, çalışmanın sınırlılıkları ve güçlü yanları belirtilmelidir. Bu alanda yapılmaması gereken ileri çalışmaların neler olabileceği eklenmelidir. *Sonuç* bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulgulara dayanarak varılan ana sonuçlar vurgulanmalı, aile hekimliğine katkısı açıklanmalı ve özgün öneriler sunulmalıdır. Burada tüm sonuçların ve tartışmanın kısa bir tekrardan kaçınılmalıdır. Özgün araştırma yazıları özet, kaynaklar ve tablolar dışında 3000 sözcüğü geçmemelidir.

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

Derlemeler: Bir konu üzerinde geniş bir literatür taraması yapılarak tartışılan ana görüşleri ortaya koyan, bu görüşlere dayanarak bir sonuca varan yazılardır. Yazar(lar)ın konuyla ilgili kendi araştırma, gözlem ve deneyimlerinin olması ve bunları literatür bilgileri ile birlikte ele alması ve tartışması beklenir. Belli bir biçim izlenmesi 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 hekimlerini geliştiren haberler etmek, Türkiye'de aile hekimliğinin gelişimi ile ilgili bilgileri ya da anıları aktarmak ya da belli ko-

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

Siz olsaydınız ne yapardınız: Aile hekimliği uygulamaları sırasında karşılaşılan durum ve olguların biyopsikososyal yaklaşım ile derlenerek 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 yapımanın sorumluluğundadır.

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

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

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

Başmakale (Editöryal): Dergi yayın politikası ve yayın ilkeleri hakkında bilgi vermek ve Dergide yayınlanmış başlık 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 dışında editöryallerin 2000 sözcüğü geçmemesine özen gösterilmelidir. Gerek görüldüğünde başlık ve kaynak içerebilirler.

Yazı Kuralları

Dergiye gönderilecek yazılar aşağıdaki bölümlerden oluşmalıdır:

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

Özet: Türkçe ve İngilizce başlıkları izleyen Türkçe ve İngilizce özetler, biri 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 sonuna "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 VANCOUVER Reference Style Guide'a uyulmalıdır. Ayrıntılı bilgi için bkz. http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html

Örnekler:

Makaleler için:

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

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

Kitap bölümü için:

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

İnternet sayfası için:

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

Şekil, tablo ve resimler: Resimler, şekil ve tablolar Arap rakamlarıyla numaralandırılır (1, 2, 3...) numaralandırılmalıdır. Tablolarda tablo numarası ve başlığı üstte, şekillerde ise altta yer almalıdır. Her bir şekil ve tablo ayrı sayfada yer almalıdır. Şekil, tablo ve resimlerde standart dışı kısaltma kullanılması gerektiğinde bu durum ilgili başlıkta açıklanmalıdır.

Yazıların Gönderilmesi

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

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
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: tahud@tahud.org.tr

Teknik Yayın Koordinatörü | Technical Publishing Coordinator

İlknur Demirel, ilknurd@deomed.com

Grafik Tasarım | Graphic Design

Tolga Erbay, tolgae@deomed.com

Sayfa Düzeni | Application

Nurgül Özcan, nurgulozcan@deomed.com

Abone Koşulları | Subscription

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

Yayınevi | Publisher

Deomed Yayıncılık
Sarayardı Cad. Cemhan-Doğan İş Merkezi No: 100/16 Hasanpaşa
Kadıköy 34722 İstanbul
Tel: (0216) 414 83 43 (pbx), Faks: (0216) 414 83 42
www.deomed.com

Baskı ve Cilt | Printing and Binding

Birmat Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti., Tel: (0212) 629 05 59-60



Kapak Resmi: Gürkan Nalkıran "Galata Köprüsü" (2011) 40x60 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 atö-
yesinde 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

Başmakale | Editorial

Disiplinime dokunma! | 145

Do not intervene with my discipline!

Okay Başak

Araştırmalar | Research Articles

Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet:

Şiddetin rapor edilme sıklığı | 147

Violence towards healthcare staff at emergency department of a public hospital:
the rate of reported events of violence

Fisun Vural, Seval Çiftçi, Şükran Fil, Ayşe Dura, Birol Vural

Talasemi majör tanısı olan hastalarda osteoporoz sıklığının değerlendirilmesi | 153

Determination of osteoporosis frequency among the thalassemia major patients

Hatice Hamarat, Göknur Yorulmaz, Uğur Bilge, Özlem Demirpençe

Olgu Sunumları | Case Reports

Kistik fibrozisli çocukta düzelmeyen öksürük nedeni olarak *Pseudomonas aeruginosa* pnömonisi: Olgu sunumu | 157

Pseudomonas aeruginosa pneumonia as cause of persistent cough in a child with cystic fibrosis:
a case report

Ruhuşen Kutlu, Sevgi Pekcan, Derya Işıklar Özberk

Boyun ağrısı ve disfaji ile seyreden Forestier hastalığı | 161

Forestier disease presenting with neck pain and dysphagia

Mehmet Ali Çetin, Sabri Köseoğlu, Doğan Atan, Tuğba Atan, Hacı Hüseyin Dere

Durum Raporu | Position Paper

**The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe:
results of an international comparative study | 165**

Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi:
Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları

Dionne Sofia Kringos

Özetler | Abstracts

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi

Bildiri Özetleri | 180

Abstracts presented at the Twelfth National Family Medicine Congress,
15-19 May 2013, Kuşadası, Aydın, Turkey

Dizin | Index | 195

Disiplinime dokunma!

Do not intervene with my discipline!

Okay Başak¹

Değerli okuyucular,

Sağlık Bakanı Sayın Dr. Mehmet Müezzinoğlu'nun açıklaması, geçtiğimiz günlerde yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi tartışmalarını yeniden sıcak gündeme taşımıştır. Sayın Bakan, "aile hekimlerine uzaktan eğitimle uzmanlık eğitimi imkanı ve mecburi hizmetten de muafiyet hakkı verileceğini" ilan etmiş ve konuyla ilgili yasa tasarisının meclise gönderildiğini açıklamıştır. Yine Sayın Müezzinoğlu'nun bir başka gazetede çıkan açıklamasında yeni yolla yapılacak "uzmanlık eğitiminin" aile hekimleri için zorunlu olacağı ifade edilmektedir. Hemen belirtmeliyim ki zorunlu hizmetten muafiyetle başlayan bu "kolaylaştırmalar", mevcut aile hekimliği asistanları ve uzmanları için çok büyük bir haksızlık ve adaletsizliktir.

Konuyu bilimsel boyutuyla yeterince tartıştığımızı düşünüyorum. İlk kez 2011 yılı Ekim ayında dile getirilen ve Kasım ayında yürürlüğe giren 663 sayılı KHK ile resmileşen yarı zamanlı uzaktan uzmanlık eğitimi yolunun bilimsel olmayan özü ve dünyada bazı ülkelerde tüm uzmanlık alanları için uygulanan "part-time" uzmanlık eğitimi ile hiçbir ilgisinin bulunmadığı, geçen iki yıllık sürede birçok toplantıda ve makalede dile getirildi. Son gelişmeler, konunun Sağlık Bakanlığı'nun gündemindeki şekliyle tamamen politik olduğunu ortaya koymuştur. Öyle ki, konunun aile hekimlerinin hastane acil servislerinde nöbet tutmalarına ilişkin girişimlerle eş zamanlı olarak yeniden gündeme getirilmesi, bunun en büyük kanıtıdır. Bu eş zamanlılık aile hekimliği camiasında hemen, aile hekimlerinde nöbete karşı oluşan direncin uzmanlık vaatleriyle kırılmaya çalışıldığı yorumlarına yol açmıştır.

Dolayısıyla bir türlü Sağlık Bakanlığını ikna edemediğimiz ve aşamadığımız sorun bilimsel değil politiktir. Aile hekimlerinin sendikalaşma olmaksızın sözleşmeli çalışma statüsü iş güvensizliğini de beraberinde getirmektedir. Bugün için aile hekimlerinin temel sorunu nasıl olursa olsun uzman olmaları değil, aile hekimi olarak çalışma

haklarının güvenceye alınmasıdır. Nitekim Türkiye Aile Hekimleri uzmanlık Derneği'nin geçtiğimiz günlerde konuyla ilgili yaptığı tüm açıklamalarda ve oluşturduğu metinlerde bu özellikle vurgulanmıştır.

Aile hekimliği uzmanlık eğitiminin tüm uzmanlık alanları için uygulanmakta olan standartların dışına taşınması ve eğitimin kalitesinin düşürülmesi girişimleri, yalnızca aile hekimliği disiplini ve uzmanlık alanı için bir tehdit değildir. Standart dışı bir uzmanlık yolunun açılması ve pratisyen aile hekimlerini bu eğitime zorlamak, onların iş güvencesi için de bir tehdit olacaktır. Dahası, bugün aile hekimliği tıp disiplini için yapılmak istenenler, yakın gelecekte diğer tıp disiplinleri için de bir tehdit oluşturmaktadır. TAHUD bu tehlike konusunda tüm uzmanlık derneklerini bilgilendirmiştir.

Aile hekimliği uygulaması birinci basamak hekimlerinin statüsünü yükseltmek için bir fırsat olarak görülmüştür. Bunda bir tıp disiplini ve uzmanlık alanı olarak aile hekimliğinin gerek tıp mesleği içinde gerekse halkın gözünde kazandığı prestijli yerin büyük katkısı vardır. İşte bunun içindir ki, aile hekimliği uzmanlık eğitiminde mevcut standardı korumak, yalnızca aile hekimliği uzmanları ve asistanları için değil, "kolaylaştırılmış" alternatif yolla uzman yapılmak istenen pratisyen aile hekimleri için de yaşamsal öneme sahiptir.

Disiplinimizi akademik alanı, eğitimi ve uygulamasıyla bir bütün olarak savunmalıyız ve temellerinden ödün vermemeliyiz. Bunun için birinci basamakta çalışan tüm hekimlerin, tüm aile hekimlerinin birlikte hareket etmesi ve direnmesi büyük önem taşımaktadır. Aile hekimliği uygulamasındaki sorunlarımız ortak, çözümleri de... Son zamanlarda aile hekimlerinin birlikte hareket etme çabaları ilk somut ürününü geçtiğimiz günlerde vermiştir. Bir araya gelen Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD), Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu (AHEF), Türk Tabipleri Birliği (TTB) ve Türkiye Aile Hekimliği Vakfı (TAHEV) temsilcileri Sağlık ba-

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

kanlığına çok net mesajlar vermiştir. Yapılan ortak açıklamada dört önemli nokta vurgulanmıştır:

1. “Aile hekimlerinin en temel sorunu iş güvencesidir.
2. Mevcut aile hekimlerinin aile hekimliği unvanı ve aile hekimliği yapmayı sürdürme hakları yasal güvenceye alınmalıdır. Aile hekimlerinin kazanılmış özlük hakları korunmalıdır.
3. Aile hekimliği uzmanlık eğitimi vaadiyle aile hekimlerinin iş güvencesi ortadan kaldırılamaz.
4. Mevcut aile hekimlerinin uzmanlık eğitimi almasını desteklemekle birlikte, mevcut aile hekimlerinin aile hekimliği yapabilmesi için Aile Hekimliği Uzmanlık Eğitimi alması şart değildir.”

Yazımı Derneğimizin basın açıklamasında yer alan son bölümle bitirmek istiyorum:

“Aile hekimliği eğitimini uluslararası değerlerin dışına çıkaracak niteliksiz eğitimlere karşıyız! Birinci basamakta-ki sorunların çözümü gerçek aile hekimliği uygulamasının önünü açmaktan geçmektedir. Aile hekimliğini geliştirme- nin yolu, tüm diğer tıp uzmanlık alanlarıyla aynı statüde gerçekleştirilmekte olan mevcut uzmanlık eğitimimizden geçmektedir.

Disiplinime, uzmanlığuma, eğitimime dokunma!

Son olarak sizlerle güzel bir haberi paylaşmak isterim: Dergimiz yeniden TÜBİTAK ULAKBİM Türk Tıp Veri Tabanına kabul edilmiştir. 2012 yılı 16. cilt 1. sayıdan itibaren dergimizde yer alan makalelere Türk Tıp Veri Tabanından ulaşılabilir.

Gelecek sayımızda buluşmak dileğiyle...

Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: Şiddetin rapor edilme sıklığı

Violence towards healthcare staff at emergency department of a public hospital: the rate of reported events of violence

Fisun Vural¹, Seval Çiftçi², Şükran Fil², Ayşe Dura², Birol Vural³

Özet

Amaç: Son yıllarda sağlık sektörü çalışma ortamında sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik şiddet eylemlerinde artış gözlenmektedir. Diğer iş alanlarına göre sağlık sektöründe çalışan insanların şiddete maruz kalma riskleri daha yüksektir. Bu çalışmada, bir devlet hastanesi acil servisinde görevli sağlık çalışanlarına yönelik şiddet ve şiddetin rapor edilip edilmediğini araştırmayı planladık.

Yöntem: Acil serviste çalışan 50 sağlık çalışanı ile yapılan yüz yüze görüşmelerde anket uygulandı. Şiddete maruz kalma, sebepleri ve şiddetin rapor edilip edilmediği sorgulanmıştır.

Bulgular: Bu çalışmada acil çalışanlarının %82'sinin şiddete maruz kaldığı ve şiddete maruziyetin cinsiyet, yaş ve mesleki kıdemden bağımsız olduğu bulunmuştur. Şiddetin en sık karşılaşılan tipi sözel şiddettir, daha az oranda fiziksel şiddet ve cinsel taciz gelmektedir ($p<0.001$). Acilde çalışan doktor (%87.5), hemşire (%100) ve laboratuvar çalışanları (%90.9), sekreterlik hizmetleriyle (%50) karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı olarak yüksek oranda şiddete maruz kalmaktadır ($p<0.005$). Sağlık çalışanlarının şiddeti rapor etme oranları oldukça düşüktür (%26.8'dir) ($p<0.001$). Şiddet görmenin en önemli sebebi; muayene olabilmek için beklenen sıradır.

Sonuç: Acil servis çalışanlarına yönelik şiddet oranları oldukça yüksek olmasına rağmen, yaşanan şiddet rapor edilmemektedir.

Anahtar sözcükler: Acil tıp, şiddet, sağlık çalışanları.

Summary

Objective: There has been an increase in violence towards physicians and healthcare staff in the health-care environment in recent years. The risk of violence remains stronger in people working in health institutions than the ones working in other businesses. We aimed to search violence towards healthcare staff and rates of event reporting in a public hospital emergency department.

Methods: The survey which is performed in fifty employees during face to face interviews. They were asked exposure to violence, type of violence and report or underreport of violence.

Results: In this study, 82% of emergency department healthcare staff reported the exposure to violence independent from sex, age, professional seniority ($p<0.001$). Verbal violence were found to be more common than physical violence and sexual assault ($p<0.001$). Emergency department, doctors (87.5%), nurses (100%) and laboratory workers (90.9%) were the most vulnerable population to violence with respect to secretaries (50%) ($p<0.005$). The rate of violence reported events of violence was low (26.8%) ($p<0.001$). The most common cause of violence was prolonged waiting time for physical examination.

Conclusions: Although the incidence of violence towards healthcare staff at emergency departments were high, the most of the healthcare workers underreported their exposure to violence.

Key words: Emergency department, violence, health care employee.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) şiddeti “kişinin kendisine, karşısındaki bireye, gruba, topluma karşı yaranan, ölüm, psikolojik zarar ve kayıpla sonuçlanan ya da sonuçlanması muhtemel olan fiziksel güç uygulaması veya tehditte bulunması” olarak tanımlamıştır. Daha basit bir tanımla şiddet; “insana fiziksel veya ruhsal olarak zarar vermeye, yaralamaya yönelik davranışlardır”.^[1]

DSÖ istatistiklerine göre tüm dünyada her yıl 16 milyondan fazla kişi şiddet sebebiyle kaybedilmektedir. 15-44 yaş grubu bireylerde ölüm sebeplerinin; erkeklerde %14'ü, kadınlarda ise %7'si şiddete bağlıdır. 1996'daki 49. Birleşmiş Milletler Dünya Sağlık Organizasyonu şiddetin önlenmesinin halk sağlığı araştırmacıları ve hekimlerin öncelikli konuları arasında olması gerektiğini bildirmiştir.^[1]

¹⁾ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Op. Dr., İstanbul

²⁾ Gölcük Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Bölümü, Kocaeli

³⁾ Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Prof. Dr., Kocaeli

1990'lardan önce işyerinde şiddet tanımı göz ardı edilmekteydi, ancak toplumların değişmesi ve halkın farkındalığının artmasıyla birlikte iş yerinde çalışan güvenliğinin geleneksel tanımları da değişti. Önceden işyerinde çalışanların karşılaştığı tehlikelerden bahsedilirken (fiziksel, kimyasal, radyasyona bağlı, ergonomik ve biyolojik), günümüzde bunlara iş yerinde şiddet, cinsel taciz ve stress gibi psikososyal zararlar da eklenmiştir.^[2,3] Günümüzde iş yeri şiddeti küresel ölçekte yaygın bir sorun olarak kabul edilmektedir.^[1] Her yıl 25 milyon kişinin iş ortamında şiddete maruz kaldığından bahsedilmektedir.^[4]

Sağlık kurumlarında çalışmak diğer kurumlara göre şiddete uğrama yönünden daha risklidir. Bu konuda yürütülmüş çalışmaların sonuçları, sağlık alanında ortaya çıkan şiddetin diğer kurumlara göre oldukça fazla olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır. Sağlık hizmetlerinde karşılaşılan şiddet eylemleri farklı toplumlarda görülmektedir.^[5-7] Sağlık hizmetlerinde şiddet açısından en riskli yerler acil servisler olarak belirtilmiştir, ancak sağlık çalışanlarında şiddetin rapor edilmediği de bildirilmektedir.^[8,9] Bu çalışmada bir devlet hastanesi acil servisinde çalışanlara yönelik hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddetin araştırılması, risk faktörleri, sıklığı ve şiddetin rapor edilip edilmediğini araştırmayı planladık.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Ocak-Mart 2012 tarihlerinde, Kocaeli Gölcük Devlet Hastanesi Acil Servis çalışanlarında yüz yüze yapılan görüşmelerde anket yöntemi ile yapılmış, tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Başhekimlik ve Hastane Etik Kurulu'nun izni alınarak acil serviste çalışan 60 sağlık personelinin (doktor, hemşire, teknisyen ve bilgi işlem elemanı) ankete katılmayı kabul eden 50 kişi ile gerçekleştirilmiştir.

Anket dört ana bölümden ve toplam 14 sorudan oluşmaktaydı:

1. Mesleki ve kişisel özellikler
2. Son bir yıl içerisinde hasta ve hasta yakınları tarafından şiddete maruz kalma
3. Şiddetin tipi (fiziksel, sözel, cinsel), sözel şiddet ise şiddetin tipi (şikayet, hakaret, mesleki tehdit, ölüm tehdidi), fiziksel ve cinsel şiddet söz konusuysa nasıl olduğu
3. Yaşananların rapor edilip edilmediği (Sağlık Bakanlığı çalışan şiddet bildirim kodu: Beyaz kod bildirim veya adli mercilere yapılan bildirim)
4. Şiddete neden olan etkenler (hasta veya yakınının; alkol/madde bağımlı olması, bekleme süresini uzun bulması, hasta bakımının yetersiz bulması, tedavi süresinin uzaması ve diğer)

Elde edilen veriler için SPSS 14.0 programı kullanılmıştır, p değeri <0.05 istatistiki olarak anlamlı kabul edil-

miştir. Tanımlayıcı tipte istatistik yanında, spearman korelasyonu ve ki kare testleri kullanılmıştır. Tüm analizler %95 güven aralığında ve iki yönlü olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya 8 doktor (%16), 17 hemşire (%34), 11 teknisyen (%22) ve 14 bilgi işlem (%28) çalışanı olmak üzere toplam 50 kişi katılmıştır. Çalışmaya katılanların demografik özellikleri **Tablo 1**'de verilmiştir. Çalışmaya katılanların %64'ü erkek, %36'sı kadın ve %32'si 30 yaş altında idi. Meslek gruplarına göre şiddete maruz kalma oranlarının: Doktorlarda %87.5 (7/8), hemşirelerde %100 (17/17), teknisyenlerde %90.9 (10/11) ve bilgi işlemcilerde %50 (7/14) olduğu tesbit edilmiştir (**Şekil 1**). Doktor, hemşire ve teknisyenin şiddete maruz kalma oranlarının benzer ($p>0.05$) olduğu, ancak bilgi işlem elemanlarının daha az oranda şiddete maruz kaldığı ($p=0.001$) bulunmuştur.

Şiddetle karşılaşma ile ilişkili olabilecek yaş, cinsiyet, toplam çalışma süresi, acil serviste çalışma süresi ele alınıp lojistik regresyon analizi yapıldığında $R^2:0.84$; $p=0.000$ olarak bulunmuş ve parametreler ile şiddet arasında bağımsız bir ilişki saptanmamıştır.

Çalışmaya katılanların %82'si (n:41) son bir yıl içerisinde şiddete maruz kalmıştır (**Şekil 2**). Otuz bir kişi sözel şiddet (%90.2), 2 kişi fiziksel şiddet (%4.8) ve 2 kişi cinsel şiddet (%4.8) gördüğünü belirtmiştir. Çalışanların %28'inin

Tablo 1. Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri

	N (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet		
Kadın	18	36
Erkek	32	64
Yaş grupları		
<30 yaş	16	32
30-34 yaş	11	22
35-39 yaş	10	20
40-44 yaş	9	18
>45 yaş	4	8
Mesleki yıl		
<1 yıl	7	14
1- 10 yıl	13	26
11-20 yıl	17	34
>20 yıl	5	10
Meslekler		
Doktor	8	16
Hemşire	17	34
Teknisyen	11	22
Bilgi işlem	14	28

her mesai günü şiddete maruz kaldığı ve şiddetin en sık hafta içi mesai saatlerinde (08:00-16:00) olduğu bulunmuştur ($p<0.001$). Çalışmaya katılanların şiddetle karşılaşma sıklığı, şiddetin tipi ve zamanı ile ilgili bulgular **Tablo 2**'de verilmiştir.

Şiddet olayına sebep olarak en sık karşılaşılan etken; muayene olmak için beklenen sıradır (%66). Bunun dışında tedaviyi yetersiz bulma (%10), tedavi süresinin uzun olması (%10), alkol/madde bağımlılığı (%10), bürokratik işlemler (%4) daha seyrek nedenlerdir. Şikayet tehdidi (%34.4) ve hakaret etmek (%34.4) en sık olarak karşımıza çıkan sözel şiddet tipleridir. Sözel şiddet tipleri **Şekil 3**'de verilmiştir. Fiziksel şiddet olarak itme ve vurma bildirilmişken, cinsel şiddetin tipi belirtilmemiştir. Ayrıca cinsel şiddet gördüğünü iddia eden 2 çalışan, şiddet bildirim yapmamıştır. Sözel şiddet eğer kişisel hakaret içeriyorsa veya ölümle tehdit söz konusu ise bildirim yapılmıştır. Ancak şikayet tehdidi ve mesleki tehdit, çalışanlar tarafından rapor edilmeyip göz ardı edilmektedir.

Şiddetle karşılaşma oranı %82 olmasına rağmen, şiddetin beyaz kod olay bildirim oranının %7.31 (3/41) ve adli makamlara müracaat etme oranının ise %19.5 (8/41) olduğu görülmektedir. Şiddete maruz kalanların %26.8'i beyaz kod bildirim yapmış veya adli makamlara müracaat etmiştir. Şiddetin raporlanma sıklığı **Şekil 4**'de gösterilmiştir. Bu oran şiddete maruz kalma sıklığı ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p<0.05$).

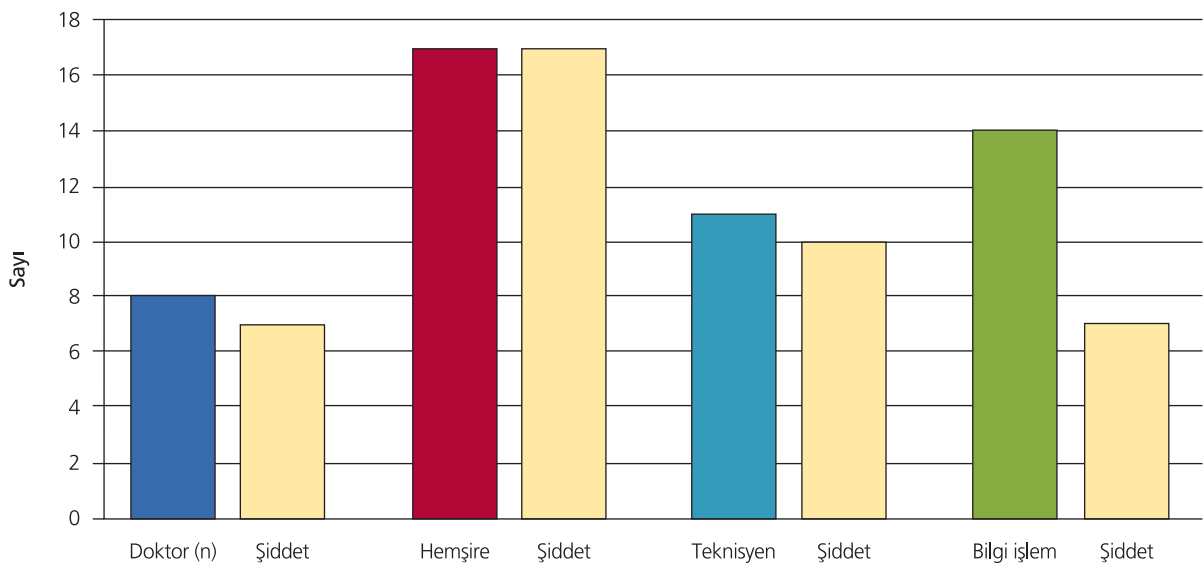
Tartışma

Sağlık personelinin maruz kaldığı şiddet, birçok ülkede ciddi bir problem teşkil eden toplumsal bir olaydır. Ame-

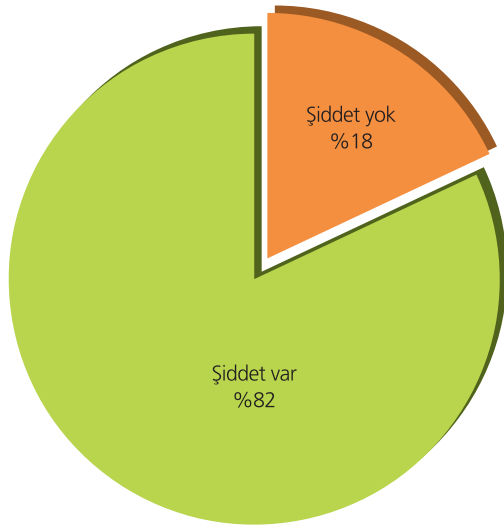
Tablo 2. Çalışmaya katılanların şiddetle karşılaşma sıklığı, şiddetin tipi ve zamanı

	N (sayı)	% (yüzde)
Şiddete maruziyet		
Evet	41	82
Hayır	9	18
Şiddetin tipi		
Sözel	37	74
Fiziksel	2	4
Cinsel	2	4
Şiddet olmadı	9	18
Şiddetle karşılaşma sıklığı		
Şiddet yok	9	18
Her mesai günü	14	28
Haftada bir	12	24
Ayda bir	11	22
Yılda bir	4	8
Şiddetle karşılaşma zamanı		
Yanıt yok	9	18
Hafta içi Saat 08:00-16:00	33	66
Saat 16:00-08:00	2	4
Hafta sonu Saat 08:00-16:00	3	6
Saat 16:00-08:00	3	6

rika Birleşik Devletleri'nde yapılmış bir araştırmada sağlık personelinin şiddete uğrama riskinin diğer hizmet sektörlerinde çalışanlara göre 16 kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Sağlık personelinin, gardiyanlardan ve polis memurlarından daha fazla şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir.^[10] Bu konuda yürütülmüş çalışmaların sonuçları, sağlık



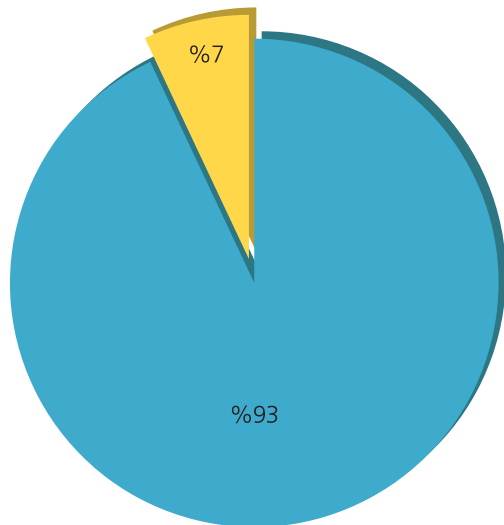
Şekil 1. Meslek gruplarının şiddetle karşılaşma oranları.



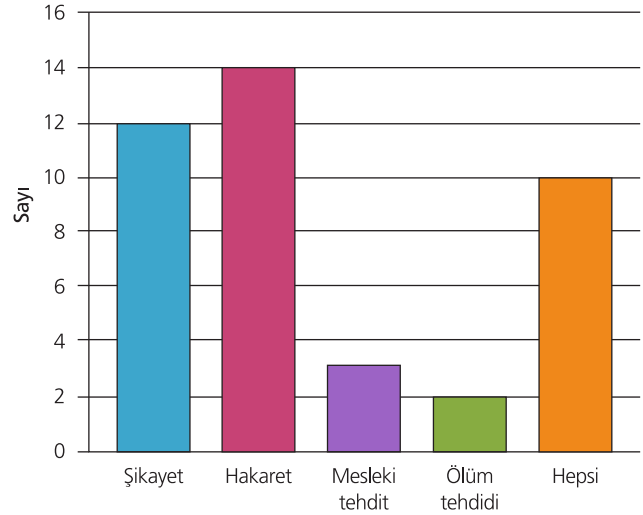
Şekil 2. Tüm acil servis çalışanlarında şiddete uğrama sıklığı.

alanında ortaya çıkan şiddetin diğer kurumlara göre oldukça fazla olduğu gerçeğini ortaya koymaktadır.^[8,9]

Şiddet olayına etki eden pek çok faktör bulunmaktadır. Geçmişinde şiddet davranışı bulunanların, alkol madde kullananların, kişilik bozukluğu olanların şiddet kullanma eğilimlerinin yüksek olduğu belirtilmektedir. Ayrıca; yaş, cinsiyet, kalabalık-gürültülü ortamların ve sağlık ekibi ile yaşanan iletişim güçlüklerinin şiddet olaylarında etkili olduğu öne sürülmektedir. Sağlık hizmetleri alanında acil servisler ve psikiyatri klinikleri şiddetin en sık karşılaşıldığı yerlerdir.^[10,11] Kanada'da yapılan bir ça-



Şekil 4. Şiddete maruz kalan kişiler arasında şiddetin raporlanma sıklığı (%).



Şekil 3. Sözel şiddet tipleri içerisinde en çok şikayet tehditi ve hakaret ile karşılaşılmaktadır.

alışmada acil servislerde herhangi bir zamanda şiddete uğrama sıklığının %60, sözel istismarın %76, fiziksel tehdit veya saldırının %86 olduğu gösterilmiştir.^[12] İngiltere'de yapılan bir çalışmada ise hastanede çalışanlarda şiddete maruz kalanların çoğunluğunun kadın olduğu ve %20'sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı gösterilmiştir.^[13]

Şiddet fiziksel saldırı, sözel saldırı ya da cinsel taciz şeklinde ortaya çıkmaktadır. Sözel şiddetin fiziksel şiddetten daha sık olduğu belirtilmiştir.^[10] Yapılan çalışmalarda şiddetle karşılaşma riski açısından cinsiyet, yaş, mesleki deneyim gibi farklılıklar saptanmış, hemşirelerde şiddete maruz kalma oranı diğer sağlık çalışanlarına oranla daha fazla bulunmuştur.^[11,14] Bu çalışmada da şiddete en çok maruz kalan grup doktor, hemşire ve laboranttır. Bilgi işlem elemanları daha az oranda şiddet görmektedir. Ayrıca şiddete maruz kalma ile cinsiyet, yaş ve mesleki kıdem arasında bağımsız bir ilişki saptanmamıştır. Bu çalışmada sözel şiddet (şikayet tehdidi ve hakaret etmek) yüksek oranda karşılaşıırken, fiziksel şiddet daha az görülmüştür. Türkiye'de şiddet konusunda yapılan diğer çalışmalara baktığımızda, sonuçlar bölgesel ve kurumsal farklılık arz etmektedir. Ayrancı ve arkadaşlarının ülkemizde yaptığı geniş çaplı çalışmada, 1071 sağlık çalışanında şiddete uğrama oranı %50.8 (erkeklerde %48 ve kadınlarda %52.5) bulunmuştur. Şiddete en sık pratisyen hekimler ve hemşirelerin uğradığı, en az öğretim görevlilerinin uğradığı gösterilmiştir. Çalışma birimi açısından en sık acil servislerde çalışanların şiddete maruz kalmakta olduğu gösterilmiştir.^[7] Adana'da acil servislerde yapılan bir çalışmada katılımcıların %100'ü her nöbetlerinde en az bir kez sözel şiddete maruz kaldıklarını belirtmişlerdir. İzmir'de yapılan bir çalışmada katılımcıların

%98.5'inin sözel şiddete, %19.7'sinin de fiziksel şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir.^[15] Bolu'da yapılmış bir çalışmada uzman doktor, hemşire ve diğer çalışanlardan oluşan grubun %87.1'inin şiddet davranışına maruz kaldığı; sözel şiddetin %46.9, saldırgan davranışın %33.5, fiziksel saldırının %19.4 olduğu gösterilmiştir.^[14] Ülkemizde 2006 yılında yapılmış çok merkezli bir çalışmada son bir yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranını %49.5 olarak belirtilmiş ve kadınlarda şiddete uğrama sıklığının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Diğer çalışmalara benzer olarak pratisyen hekimler ve hemşirelerin şiddete daha fazla maruz kaldıkları, çalışma ortamı olarak devlet hastanelerinde ve acil servislerde şiddetle karşılaşma oranının diğer bölümlerden fazla olduğu gösterilmiştir.^[10] Bizim çalışmamızda da benzer olarak acil servis çalışanlarının %82 oranında şiddete maruz kaldığı, bunun da %90.2'sinin sözel şiddet olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar sağlık alanında şiddetin çok sık olduğu ancak az bildirildiğini göstermiştir. Kanada'da yürütülen bir çalışmada acil servislerde şiddete uğrama oranlarının oldukça yüksek olduğu saptanmış ve rapor edilme yüzdesinin %67 olduğu belirtilmiştir.^[12] Bizim çalışmamızda da şiddetle karşılaşma oranı %82 olmasına rağmen, şiddetin rapor edilme oranı %26.8'dir. Bu oran şiddete maruz kalma sıklığı ile karşılaştırıldığında oldukça düşüktür. Bu çalışmada şiddetin sadece fiziksel şiddet olduğunda rapor edildiği, sözel şiddetin genellikle gözardı edildiği tespit edilmiştir. Şiddetin rapor edilmesi ile ilgili literatürde sadece yaralanma gibi ciddi olayların şiddet olarak algılandığı ve diğerlerinin ise önemsenmediği şeklindedir.^[16-18] Bu anket çalışmasında, cinsel şiddet olduğunu iddia eden iki kişi, olayın oluş şekli ve şiddeti raporlamama gerekçeleri konusunda, konuşmak istememişlerdir. Ayrıca, sözel şiddet eğer kişisel hakaret içeriyorsa veya ölümle tehdit söz konusu ise bildirim yapıldığı, şikayet tehdidi ve mesleki tehdidin çalışanlar tarafından rapor edilmeyip gözardı edildiği gözlenmiştir.

Bazı araştırmalar şiddetin en sık 16:00-20:00 saatleri arasında ve gece mesaisinde yaşandığını göstermektedir.^[18,19] Bizim çalışmamızda şiddet en çok mesai saatleri içerisinde hafta içi yaşanmakta olup, bu sonuçlar daha önce Çamcı ve arkadaşları tarafından yapılan çalışma sonuçlarıyla benzerdir.^[20] Bu çalışmada şiddet yaşanma sebebinin en sık acil servislerde beklenen sıra nedeniyle olduğu tesbit edilmiştir. Bunun dışında tedaviyi yetersiz bulma (%10), tedavi süresinin uzun olması (%10), alkol/madde bağımlılığı (%10) ve bürokratik işlemler (%4) daha seyrek nedenler olarak belirlenmiştir.

Türkiyede şiddetin boyutu nedenleri, etkileri ve yönetimi konusunda geniş kapsamlı çalışmalar olmayıp daha ziyade sağlık çalışanının şiddet algısını ortaya koyma-

ya yönelik çalışmalar vardır ve bölgesel farklılık arz etmektedir. Şiddetin rapor edilmesine az miktarda çalışmada değinilmiştir.^[8,16,17,20,21] Bu çalışmanın tek merkezli olması genelleme yapılması için kısıtlayıcı bir faktördür. Acil servis çalışanlarına yönelik sözel şiddet yüksek oranda iken, şiddetin bildirim oranı oldukça düşük bulunmuştur. Yaşanan şiddet sözel dahi olsa iş motivasyonunun ve iş barışının bozulması kaçınılmazdır. Şiddet karşıtı politikalar ve iş güvenliğini sağlayan tedbirler konusunda daha somut adımlar atılabilmesi için, şiddetin nedenlerine ve bildirimine yönelik yapılacak pilot çalışmalara gereksinim olduğuna düşünmekteyiz.

Kaynaklar

1. Dahlberg LL, Krug EG. Violence-a global public problem. In: Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R, editors. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002. p. 3-19.
2. Castillo DN, Pizatella TJ, Stout N. Injuries. In: Levy BS, Wegman DH, editors. Occupational health: recognizing and preventing work-related disease and injury. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins; 2000. p. 3-23.
3. Steven LS, Lawrence RM, Joseph JH, Lennart L. Psychosocial and organizational factors. In: Encyclopaedia of occupational health and safety. Vol. 2. 4th ed. Geneva: International Labor Office; 1998. p. 3415-27.
4. World Health Organization. Violence and health: task force on violence and health. WHO: Geneva; 1998. p. 8.
5. Ryan D, Maguire J. Aggression and violence a problem in Irish accident and emergency departments? *J Nurs Manag* 2006;14:106-15.
6. Uzun Ö. Sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetini önlemek için öneriler. Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 2. Ulusal Kongresi. Ankara: Genel-İş Matbaası; 2001. p. 188.
7. Ayrancı Ü, Yenilmez C, Günay Y, Kaptanoğlu C. Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002;3:147-54.
8. Annagur B. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010;2:161-73.
9. Kingma M. Workplace violence in the health sector: a problem of epidemic proportion. *Int Nur Rev* 2001;48:129-30.
10. Ayrancı U, Yenilmez C, Balci Y, Kaptanoğlu C. Identification of violence in Turkish health care settings. *J Interpers Violence* 2006;21:276-96.
11. Coşkun S, Tuna Öztürk A. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi hemşirelerinde şiddete maruz kalma durumlarının incelenmesi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi* 2010;3:16-23.
12. Fernandes C, Bouthillette F, Raboud JM, et al. Violence in the emergency department: a survey of health care workers. *CMAJ* 1999;161:1245-8.
13. Winstanley S, Whittington R. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *J Clin Nurs* 2004;13:3-10.
14. Bilgin H, Buzlu S. A study of psychiatric nurses' beliefs and attitudes about work safety and assaults in Turkey. *Issues Ment Health Nurs* 2006;27: 75-90.
15. Güllalp B, Karcioglu O, Köseoğlu Z, Sari A. Dangers faced by emergency staff: experience in urban centers in southern Turkey. *Ulus Travma Acil Cerrahi Derg* 2009;15:239-42.
16. Barrett S. Protecting against workplace. *Public Manag* 1997;79:9-12.

17. Gates DM. Workplace violence. *AAOHN J* 1995;43:536-43.
18. Lau J, Magarey J, McCutcheon H. Violence in the emergency department: a literature review. *Aust Emerg Nurs J* 2004;7:27-37.
19. Ergün FS, Karadakovan A. Violence towards nursing staff in emergency departments in one Turkish city. *Int Nurs Rev* 2005;52:154-60.
20. Çamcı O, Kutlu Y. Kocaeli'nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 2011;2:9-16.
21. Sucu G, Cebeci F, Karazeybek E. Acil birim çalışanlarına hasta ve yakınları tarafından uygulanan şiddet. *Türkiye Acil Tıp Dergisi* 2007;7:156-62.

Geliş tarihi: 16.03.2013

Kabul tarihi: 13.06.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 07.11.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Fisun Vural

Orhan Mah., Bağtepe Sok., Erenkaya Park Evleri

A2 Blok D. No: 2 Bağçeşme 41000 Kocaeli

e-posta: fisunvural@yahoo.com.tr

Talasemi majör tanısı olan hastalarda osteoporoz sıklığının değerlendirilmesi

Determination of osteoporosis frequency among the thalassemia major patients

Hatice Hamarat¹, Göknur Yorulmaz², Uğur Bilge³, Özlem Demirpençe⁴

Özet

Amaç: Talasemilerin en ağır tipi talasemi majördür. Talasemi majörlü hastalarda anemi, hepatosplenomegali ve spinal deformiteler gibi kemik deformiteleri yanında osteoporoz da görülebilmektedir. Amacımız talasemi majör tanısı olan hastalarda osteoporoz sıklığını değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışmaya talasemi majör tanısı alıp takipte olan bireyler dahil edildi. Kemik mineral dansitesi T ve Z skorunun -2.5'in altında olması osteoporoz, -1 ile -2.5 arasında olması ise osteopeni olarak kabul edildi. Hastaların osteoporoz açısından tedavi alıp almadıkları sorgulandı.

Bulgular: Çalışmaya 14'ü erkek, 11'i kadın toplam 25 talasemi majör hastası alındı. Hastaların yaş ortalaması 22.0±0.90 yılıdır. Kemik mineral dansitesi skorlarına göre hastaların 16'sında hem Z hem de T skorlarına göre osteoporoz, 9 hastada ise osteopeni saptandı. Bu hastaların hiçbirisine daha önce osteoporoz taraması yapılmamış ve herhangi bir destek tedavisi de başlanmamıştı.

Sonuç: Talasemi majör hastalarının kalan hayatlarını ve yaşam kalitesine olan etkileri açısından kemik dansitometri ile taranmasının ve uygun tedavilere en erken dönemde başlanmasının önemli olduğu görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Talasemi majör, osteoporoz, osteopeni.

Summary

Objective: Thalassemia major is the heaviest form of the thalassemias. Anemia, hepatosplenomegaly, spinal deformities and osteoporosis can be seen in the patients with thalassemia major. Our aim is to detect the frequency of osteoporosis among the thalassemia major patients.

Methods: Patients with diagnosis of thalassemia major were included in the study. Bone mineral density (BMD) scores (T-score and Z-score) less than -2.5 were accepted as osteoporosis and the scores between -1.5 and -2.5 were accepted as osteopenia. Patients were asked if they had any treatment for bone disorders.

Results: Total 25 patients with thalassemia major (14 men, 11 women) were included to study. Patients average age was 22.0±0.90 years. According to BMD scores 16 of our patients had osteoporosis where as 9 patients had osteopenia. None of the patients were screened for osteoporosis and also none of them was taken any supportive bone treatment.

Conclusions: Patients with thalassemia major should be screened for osteoporosis which will affect their further life and quality of life and appropriate medications should be given at early stages.

Key words: Thalassemia major, osteoporosis, osteopenia.

Talasemilerin dahil olduğu hemoglobinopatiler, sık görülen kalıtsal hastalıklardandır. Tropik ve subtropik bölgelerde daha sık görülmeyle birlikte ülkemizde en sık Akdeniz bölgesinde görülmektedir. Talasemi taşıyıcılığı %2.1 iken^[1,2] hastalığın Türkiye'deki sıklığı %0.37-0.6 arasında değişmektedir.^[3]

Talasemiler kalıtsal hastalıklar olup en ağır tipi talasemi majördür. Talasemi majörde beta globin sentezinde

ciddi bir defekt vardır ve sentez ya çok azdır ya da hiç yoktur.^[4] Talasemi majörlü hastalarda anemi, karaciğer ve dalak büyümesi ve kafa ve yüz kemiklerinde genişleme, raşitizm, skolyoz, spinal deformiteler gibi kemik deformiteleri yanında sinir basısı kırıklar ve ileri düzeyde osteoporoz görülebilmektedir.^[4]

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre osteoporoz kemik mineral dansitesinin genç erişkin değerlerine göre ≥ 2.5 stan-

¹⁾ Batman Bölge Hastanesi İç Hastalıkları Kliniği, Uzm. Dr., Batman

²⁾ Eskişehir Devlet Hastanesi İç Hastalıkları ve Endokrinoloji Kliniği, Uzm. Dr., Eskişehir

³⁾ Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yard. Doç. Dr., Eskişehir

⁴⁾ Batman Bölge Devlet Hastanesi Biyokimya Bölümü, Uzm. Dr., Batman

dard sapma düşük olması şeklinde kabul edilirken osteopeni düşük olarak kabul edilmektedir.^[5]

Talasemili hastalarda osteoporozun oluşmasına neden olabilecek birçok etken vardır. Bunlar; azalmış insülin benzeri büyüme faktörü seviyeleri, hipogonadizm, hipoparatiroidi gibi endokrin nedenler olabileceği gibi artan demir yükü, kemik iliği ekspansiyonunun yol açtığı kortikal incelme, aşırı demir yükünden korunmak için verilen şelatörlerin kalsiyum, fosfor emilimine yaptıkları negatif etkiler olabilmektedir.^[6-8] Talasemi hastalarında demir şelasyonuna bağlı olarak karaciğerden vitamin D hidroksilasyonunun bozulması da bu süreçte etkili olmaktadır.^[9] Hastaların yaşam süreleri uzadıkça gelişen osteoporoz ve neden olabileceği kemik kırıkları bu hastaların morbiditelerini ve sakatlık durumlarını etkileyen önemli nedenlerden birisidir.^[9,10]

Talasemi hastalarında osteoporozun tanınması ileride oluşabilecek komplikasyonların ve sakatlıkların önlenmesi açısından önemlidir. Bu hastalarda bifosfanat tedavileri kullanılabilir. Bifosfanat tedavileri kemik mineral dansitesinde ve hastaların yaşam kalitesinde artış ile ilişkilidir.^[11,12] Bu hastalarda gerekli görüldüğünde D vitamini desteği de yapılabilir. D vitamini desteğinin bu hastalarda kemik parametreleri üzerinde olumlu etkileri olsa da kemik rezorpsiyonu üzerine bir etkisi yoktur.^[9] Hormonal destek, kalsiyum ve D vitamini destekleri, etkili demir şelasyon tedavileri ve hemoglobin seviyelerinin normal değerlere çekilmesine rağmen bu hastalar kemik kaybetmeye devam etmektedirler ve bifosfanat tedavisi bu hastalarda kurtarıcı olabilmektedir.^[11,12]

Talasemi majörü olan hastaların endokrin fonksiyonlarında da bozulmalar mevcuttur. Bu hastalarda büyüme gelişme geriliği, hipogonadizm, hipotiroidizm, hipoparatiroidizm, gecikmiş puberte, diabetes mellitus, adrenal yetersizlik ve kardiyak yetmezlik de gelişebilmektedir.^[13]

Bu çalışmamızda amaçlanan iç hastalıkları polikliniğine başvuran talasemi majör tanısı almış hastalarda osteoporoz, tiroid ve paratiroid bozukluklarının sıklığını araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel bir desende planlanan çalışmaya Batman Bölge Hastanesi İç Hastalıkları Polikliniğine 1 Ocak - 1 Nisan 2013 tarihlerinde başvuran, talasemi majör tanısı alıp takipte olan bireyler gönüllülük esasına göre dahil edildi. Hastaların tamamı transfüzyon alan hastalardan oluşuyordu.

Hastaların yaşı, cinsiyeti, açlık kan şekeri (AKŞ), serum kalsiyum (Ca), fosfor (P), alkalin fosfataz, (ALP) ve demir (Fe) düzeyleri, serum demir bağlama kapasitesi (FeBK), ferritin, parathormon (PTH), tiroid stimulan hormon

(TSH) ve kemik mineral dansitesi (KMD) (T ve Z skorları) değerleri saptandı. Yapılan çalışmada; osteoporoz ve osteopeni tanısı için DSÖ'nün önerdiği kriterler (KMD T ve Z skorunun -2.5'in altında olması osteoporoz, -1 ile -2.5 arasında olması ise osteopeni) kabul edildi. Osteoporoz ve osteopeni rastlanan hastalara uygun tedavileri başlandı ve hastalıkları ile ilgili eğitim verildi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi SPSS 16.0 for Windows'la yapıldı. Veri setlerine betimleyici istatistikler uygulanarak, ortalama, standard sapma ve oran değerleri hesaplandı. Normal dağılım göstermeyen sürekli nicel veriler; n, ortanca değer, 25'inci ve 75'inci yüzdellik değerler olarak ifade edilmiştir.

Çalışma için T.C. Sağlık Bakanlığı Batman Bölge Hastanesi Etik Kurulu'nun 31/01/2013 tarih ve 714 numaralı belgesi ile etik kurul onayı alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya 14'ü erkek, 11'i kadın, toplam 25 talasemi majör hastası alındı. Hastaların yaş ortalaması 22.0±0.90 yıld. Hastaların ortalama hemoglobin değeri 8.5±0.90 g/dl, parathormon (PTH) değerleri 36±18.8 pg/ml, ferritin değeri 1.753±549 ng/ml, folat değeri 8.28 ± 6.1 ng/ml olarak bulundu. TSH ortanca değeri 3.04 uIU/ml iken, 25'inci ve 75'inci yüzdellik değerleri ise 2.17-4.44 µIU/ml olarak bulundu. Bu hastaların hepsi düzenli olarak kan transfüzyonu alıyorlardı. Hastaların ortalama KMD skorları ise 2.96±1.14 ve Z skoru ise 2.92 ±1.3 olarak bulundu. Sadece bir kişide hipokalsemi ile birlikte hiperfosfatemiye rastlandı, diğer hastalarda kalsiyum seviyesi normal sınırlardaydı. Hastaların 7'sinde (%28) hipotiroidi saptanırken, 1 hastada (%4) ise normal sınırın hafif üzerinde (PTH=71.45 ng/ml, normal değerleri 15-65 ng/ml) hiperparatiroidi saptandı. KMD skorlarına göre hastaların 16'sında (%64) hem Z hem de T skorlarına göre osteoporoz diğer hastalarda ise osteopeni saptandı. Hiçbir hastada KMD skorları normal sınırlarda değerlendirilmedi. Bu hastaların hiçbirisine daha önce osteoporoz/osteopeni taraması yapılmamış ve kemik metabolizması ile ilişkili herhangi bir destek tedavisi de başlanmamıştı.

Tartışma

Talasemi majördeki osteoporozun bir çok nedeni vardır ve aşırı kemik rezorpsiyonu ile birlikte artmış kemik döngüsü ve artmış yeniden yapılanma nedeniyle oluşur.^[11] Talasemi hastalarında uygun tedavi yaklaşımlarına rağmen osteoporoz %30-50 oranında görülmekte ve talasemi majörlü hastaların %16.6'sında kırık oluşmaktadır.^[14,15] Bizim araştırmamızın sonuçlarına göre de osteoporoz oranı belirgin olarak yüksektir. D vitamini düzeylerine hastanede bu tetkikin çalışmaması nedeniyle bakılamamasına rağmen katılımcılar arasında normal KMD değerlerine sahip

olanların bulunmaması nedeni ile D vitamini düzeyinin de düşük çıkacağı varsayılabilir. Zaten ülkemizde kadınlarda D vitamini düzeyleri oldukça düşük bulunmuştur.^[16] Ülkemizde osteoporoz hastalarında yapılan bir çalışmada erkeklerde %53.4 oranında D vitamini yetersizliği bulunurken kadınlarda bu oran %69.8 olarak bulunmuş ve kadınlarda erkeklere göre D vitamini düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğu belirtilmiştir.^[17]

Ancak çalışmamızda osteoporoz ile ilgili olarak ortaya çıkan daha önemli bir bulgu, çalışmamıza alınan hastalara daha önce kemik taramasının yapılmamış olmasıdır.

Bu hastaların ileride oluşabilecek kırıklara bağlı olası komplikasyonlarının ve yaşam kalitesindeki bozulmalarının önlenmesi açısından kemik dansitometri ile taranması ve uygun tedavilere en erken dönemde başlanması önemlidir. Çalışmalara göre erken dönemde uygun osteoporoz tedavilerinin başlanması hem komplikasyonların önlenmesi hem de yaşam kalitesinin iyileştirilmesi yönünden önemli olduğu açıktır. Talasemi hastalarında osteoporozun geç teşhisi ve tedavinin gecikmesi, ağrıya, kırıklara ve spinal deformitelere neden olmaktadır. Multifaktöriyel olan bu morbiditenin potansiyel zararlarından korunmak için erken tarama, koruyucu önlemler ve tedavi önemlidir. Adolesan dönemden başlayarak yıllık KMD yapılması önerilmektedir.^[18] Tedavide ve korunmada; fiziksel aktivite sürekli önerilirken sigara içme yasaklanmalıdır. Yeterli kalsiyum (500 mg-1 g/gün oral) ve çinko alımı erişkin hayatta kemik kütlesini arttırabilirken düşük doz vitamin D (1000-1500 IU/gün oral) kombinasyonunun tedaviye eklenmesi kemik kaybını ve kırıkları önleyebilmektedir.^[19-21] Bizim çalışmamızda hastalara yıllık KMD yapılmadığı gibi bu vakalara herhangi bir kalsiyum, çinko ve D vitamini desteğinin verilmemiş olduğu görülmüştür.

Bu bağlamda bu hastalığın takip ve tedavisini düzenleyen ikinci ve üçüncü basamak hekimleri kadar hem bu hastaların bağlı olduğu aile hekimlerine de önemli görevler düşmektedir. Aile hekimleri bağlı oldukları disiplinin gereği bu tür kronik hastaların da bakımından sorumludurlar. Özellikle günlük yaşam aktivitelerinde alınması gereken önlemler, kullanılması gereken tedaviler ve erken uyarıların fark edilmesi açısından aile hekimleri bu hastaların yaşamında önemli bir yere sahiptirler. Öte yandan bu hastaların eğitiminde de aile hekimlerinin rolü büyüktür.

Hipoparatiroidizm olgularının yaklaşık %13.5'inde görülür ve osteopeni ve osteoporozla eşlik edebilir. Çalışmamıza alınan hastalarımızda hasta sayısının azlığı nedeniyle açıklanabilecek şekilde hiç hipoparatiroidi olgusuna rastlanmamıştır.^[22]

Çalışmamızda hipotiroidi olgularına %28 oranında rastlanmıştır, yapılan çalışmalara bakıldığında beta tala-

semi hastalarında; hipotiroidi %6-31 arasında görülmektedir. Bu hastalarda tiroid bezinde demir birikimi nedeniyle ortaya çıkan tiroid disfonksiyonu ortaya çıkan hipotiroidinin temel sebeplerinden biridir.^[13,23]

Bu çalışmanın kısıtlılıkları, çalışmanın dar bir bölgede planlanmış olması, Talasemi majörün nadir görülen bir rahatsızlık olması nedeniyle vaka sayısının azlığıdır.

Sonuç olarak; çalışmamızda literatür ile uyumlu olarak talasemi hastalarında osteopeni, osteoporoz ve hipotiroidi önemli morbidite nedenleri olarak bulunmuştur. Özellikle osteopeni ve osteoporozun önlenabilir olması, hipotiroidinin erken tanısı açısından aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Aile hekimlerinin bu konudaki bilgi, tutum ve davranışlarına yönelik çalışmalara gereksinim vardır.

Kaynaklar

1. Yapıcı G, Kurt AÖ, Öner S, Şaşmaz T, Buğdaycı R, Tamam A. Kronik kan transfüzyonu alan beta-talasemi major ve orak hücreli anemi hastalarında görülen komplikasyonlar. *Cumhuriyet Tıp Dergisi* 2009;31:45-51.
2. Aksoy M, Lekin EW, Maurant AE, Lehmann H. Blood groups, hemoglobins, and thalassemia in Southern Turkey and Eti Turks. *Br Med J* 1958; 18;2:937-9.
3. Canatan D. Dünyada ve Türkiye'de talasemi ve anormal hemoglobinler <http://www.talasemifederasyonu.org.tr/pdf/tani/1cansinTani.pdf> / Erişim tarihi: 22.04.2013.
4. Perrotta S, Cappellini MD, Bertoldo F, et al. Osteoporosis in beta-thalassaemia major patients: analysis of the genetic background. *Br J Haematol* 2000;111:461-6.
5. Jensen CE, Tuck SM, Agnew JE, et al. High incidence of osteoporosis in thalassaemia major. *J Pediatr Endocrinol Metab* 1998;11(Suppl 3):975-7.
6. Carmina E, Di Fede G, Napoli N, et al. Hypogonadism and hormone replacement therapy on bone mass of adult women with thalassaemia major. *Calcif Tissue Int.* 2004;74:68-71.
7. Vainas I. Bone mineral density of patients with thalassaemia major: four-year follow-up. *Calcif Tissue Int* 1999;64:481-4.
8. Gulati R, Bhatia V, Agarwal SS. Early onset of endocrine abnormalities in beta-thalassaemia major in a developing country. *J Pediatr Endocrinol Metab* 2000;13:651-6.
9. Morabito N, Lasco A, Gaudio A, et al. Bisphosphonates in the treatment of thalassaemia-induced osteoporosis. *Osteoporos Int* 2002;13:644-9.
10. Perifanis V, Vyzantiadis T, Tziomalos K, et al. Effect of zoledronic acid on markers of bone turnover and mineral density in osteoporotic patients with betathalassaemia. *Ann Hematol* 2007;86:23-30.
11. Gaudio A, Morabito N, Xourafa A, et al. Bisphosphonates in the treatment of thalassaemia-associated osteoporosis. *J Endocrinol Invest* 2008; 31:181-4.
12. Trotta A, Corrado A, Cantatore FP. Anabolic therapy of induced osteoporosis in beta-thalassaemia major: case report and literature review. [Article in Italian] *Reumatismo* 2010;62:119-26.
13. Baytan B, Sağlam H, Erdol Ş ve ark. Talasemi majorlu vakalarda endokrin komplikasyonların değerlendirilmesi. *Güncel Pediatri* 2008;6:58-65.
14. Mamtani M, Kulkarni H. Bone recovery after zoledronate therapy in thalassaemia-induced osteoporosis: a meta-analysis and systematic review. *Osteoporos Int* 2010;21:183-7.

15. Terpos E, Voskaridou E. Treatment options for thalassemia patients with osteoporosis. *Ann N Y Acad Sci* 2010;1202:237-43.
16. Hatun S, Islam Ö, Çizmecioglu F, et al. Subclinical vitamin D deficiency is increased in adolescent girls who wear concealing clothing. *J Nutr* 2005;135:218-22.
17. Kurt M, Cömertoğlu İ, Sarp Ü, Yalçın P, Dinçer G. Osteoporozlu hastalarda D vitamini düzeyleri. *Türk Osteoporoz Dergisi* 2011;17:68-70.
18. Haidar R, Musallam KM, Taher AT. Bone disease and skeletal complications in patients with, thalassemia major. *Bone* 2011;48:425-32.
19. Lasco A, Morabito N, Gaudio A, Buemi M, Wasniewska M, Frisina N. Effects of hormonal replacement therapy on bone metabolism in young adults with beta thalassemia major. *Osteoporos Int* 2001;12:570-5.
20. Lindsay R. Prevention and treatment of osteoporosis. *Lancet* 1993;341:801-5.
21. Soliman AT, El Banna N, Abdel Fattah M, El Zalabani MM, Ansari BM. Bone mineral density in prepubertal children with beta-thalassemia: correlation with growth and hormonal data. *Metabolism* 1998;47:541-8.
22. Toumba M, Skordis N. Osteoporosis syndrome in thalassaemia major: an overview. *J Osteoporos* 2010;2010:537673.
23. Gamberini MR, De Sanctis V, Gilli G. Hypogonadism, diabetes mellitus, hypothyroidism, hypoparathyroidism: incidence and prevalence related to iron overload and chelation therapy in patients with thalassaemia major followed from 1980 to 2007 in the Ferrara Centre. *Pediatr Endocrinol Rev* 2008;6(Suppl 1):158-69.

Geliş tarihi: 22.04.2013

Kabul tarihi: 31.08.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 06.11.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Uğur Bilge

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir

e-posta: dr_ubilge@windowslive.com

Kistik fibrozisli çocukta düzelmeyen öksürük nedeni olarak *Pseudomonas aeruginosa* pnömonisi: Olgu sunumu

Pseudomonas aeruginosa pneumonia as cause of persistent cough in a child with cystic fibrosis: a case report

Ruhuşen Kutlu¹, Sevgi Pekcan², Derya Işıklar Özberk³

Özet

Kistik fibrozis (KF), transmembran ileti regülör genindeki mutasyon sonucu oluşan ve otozomal resesif kalıtım gösteren bir hastalıktır. Kistik fibrozis transmembran regülör protein (KFTR) ter, sindirim sıvıları ve mukus bileşenlerinin düzenlenmesinde gereklidir. Hastalığın sıklığı beyaz ırkta 1/2500-1/3500 civarındadır. Kistik fibrozisin ülkemizdeki sıklığı ise bilinmemektedir. Kistik fibrozis çocukluk yaşlarında ortaya çıkan ve tüm ekzokrin bezlerin fonksiyon bozukluğu ile seyreden kalıtsal bir hastalıktır. Temel bozukluk ter, tükürük, solunum sistemi, kalın barsak, ürogenital sistem ve pankreas ekzokrin bezlerinden anormal sekresyonların oluşumudur. Önde gelen klinik belirtiler, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve pankreas yetersizliğine ait bulgulardır. *Pseudomonas aeruginosa* KF hastalarında kolonizasyona, kronik ve tekrarlayan enfeksiyonlara neden olan bir bakteridir. Bu yazıda kalıcı öksürüğünün sebebi olarak, *Pseudomonas aeruginosa* kolonizasyonuna bağlı kronik akciğer enfeksiyonunun akut alevlenmesi tespit edilen kistik fibrozis tanısı almış 10 yaşında bir kız çocuğu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Kistik fibrozis, öksürük, *Pseudomonas aeruginosa*, gelişme geriliği.

Summary

Cystic fibrosis (CF) is a disease which is caused by a mutation in the transmembrane conductance regulator gene, and displays autosomal recessive heredity. Cystic fibrosis trans-membrane regulator protein (CFTR) is required to regulate the components of sweat, digestive fluids, and mucus. The prevalence of the disease is estimated as 1/2500-1/3500 in the white race. But the frequency of CF is not known for our country. Cystic fibrosis occurring in childhood, is a hereditary disease that proceeds with the dysfunction of all exocrine glands. The characteristic feature of the disease is the production of abnormal secretions in sweat, salivary, tracheobronchial, colon, urogenital system and pancreatic exocrine glands. The significant clinical signs of cystic fibrosis are chronic obstructive pulmonary disease and pancreatic insufficiency symptoms. *Pseudomonas aeruginosa* may lead to colonization, chronic and recurrent infections in patients with CF. In this article, a 10-year-old girl with CF having persistent cough related to acute exacerbation of chronic lung infection due to *Pseudomonas aeruginosa* colonization, has been presented.

Key words: Cystic fibrosis, cough, *Pseudomonas aeruginosa*, growth retardation.

Kistik fibrozis (KF), kistik fibrozis transmembran regülör proteini (KFTR) genindeki mutasyon sonucu oluşur ve otozomal resesif kalıtım gösteren beyaz ırkın en sık rastlanan ölümcül hastalığıdır.^[1-4] Temel bozukluk ter ve tükürük bezleri, trakeobronşiyal ağaç, kalın barsak ve pankreasa ait ekzokrin glandlardan anormal sekresyonların oluşumudur. Kistik fibrozisli kişilerin %85'inde, pankreatik fonksiyon yetersizliği sonucu steatoreye sebep olan yağ ve protein malabsorpsiyonu oluşur. Bu durum yağda çözünen vitamin yetersizlikleri, kalori açığı, büyüme ve gelişme geriliği, rektal prolapsus gibi belirtilere yol açar. Hastalar çoğun-

lukla tekrarlayan veya düzelmeyen akciğer enfeksiyonu, kronik öksürük, tekrarlayan bronşit atakları ve malnutrisyon tabloları ile getirilmektedir.^[3]

Yukarıda sayılan klinik bulgulara ek olarak, üç ayrı dönemde pilokarbin elektroforez yöntemiyle terde klor konsantrasyonunun 60 mEq/l üzerinde ölçülmesi, KF tanısını kesin olarak koydurur. Güvenilir sonuçlar elde edilebilmesi için bu ölçüm iyi bir laboratuvarında deneyimli bir teknisyen tarafından yapılmalıdır.^[5] Terde elektrolit içeriğindeki artışa rağmen, ter kanalından elektrolitlerin yetersiz reabsorpsiyonu söz konusudur. Elektrolit kaybı özellikle küçük çocuklarda önemli tuz kaybına yol açabilir.^[6,7]

¹⁾ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., Konya

²⁾ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü, Doç. Dr., Konya

³⁾ Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Arş. Gör. Dr., Konya

Olgu Sunumu

10 yaşında kız hasta öksürük ve balgam çıkarma şikayetleri ile çocuk acil servisine başvurdu. Hastanın çocukluğundan beri devam eden balgamlı öksürüğü olduğu, öksürük ve balgam şikayetlerinin ara ara arttığı öğrenildi. Son 10 gündür balgamının rengi koyulaşmış, miktarı artmış, iştahsızlık ve ateş eklenmişti. Ateşi 39 °C'ye kadar yükselmişti. Hikayesinden 6 aylıkken kilo alamama ve kusma şikayetiyle müracaat ettiği merkezde kistik fibrozis tanısı konulduğu ve halen Çocuk Göğüs Hastalıkları bölümünde takip edildiği öğrenildi. Soy geçmişinde anne ve babası arasında ikinci dereceden akrabalık mevcuttu. Genetik mutasyon analizi sonucunda, KFTR geninde N 303 K bölgesinde homozigot mutasyon izlendiği; yüksek çözünürlüklü bilgisayarlı tomografisinde akciğer parankim alanlarında, bilateral üst loblarda daha belirgin olan kistik ve tübüler bronşiektaziler, aynı zamanda peribronşial kalınlaşmalar, parankim alanlarında yaygın, özellikle üst loblarda daha belirgin olan mukus tıkaçları ile uyumlu nodüler dansite artışları görüldüğü rapor edilmişti (Resim 1). Balgam kültüründe *Pseudomonas aeruginosa*'nın aynı yıl içerisinde üç defa ürettiği ve kronik kolonizasyon kabul edilip kronik psödomonas tedavi protokolüne uygun olarak 300 mg inhale tobramisin (TOBİİ) 6 aylık üç kür tedavi şeklinde 28 gün kullanıp 28 gün ara verilerek kullanıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durum orta, kaşektik, boy 130 cm (%11.75) (10 persentil), kilo 23 kg (%1.76) (3 persentil), TA 100/60 mmHg idi. Solunum sayısı 45/dk, vücut sıcaklığı 36.7 °C, solunum sisteminde dinlemekle sağda daha belirgin olmak üzere bilateral tüm akciğer alanlarında yaygın kaba raller vardı. Oksijen saturasyonu %86, kalp taşikardik ve çomak parmak (Resim 2) mevcut idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Laboratuvar bulgularına bakıldığında; beyaz küresi 16600/mm³, hemoglobin 11.8 g/dl, gaitada yağ negatif idi. Serum elektrolitleri; sodyum (Na) 138 mmol/L, potasyum (K) 4.2 mmol/L, klor (Cl) 100 mmol/L, CRP 72 mg/dl ve sedimantasyon 45 mm/saat bulundu. PA akciğer grafisinde, sağ orta ve alt zonda daha belirgin olmak üzere bilateral lineer, yer yer retiküler ve nodüler infiltrasyon mevcuttu (Resim 3). Aktivasyon kriterleri olan oksijen saturasyonunda azalma, balgamda artma, solunum fonksiyon testinde FEV değerinde azalma, sedimantasyon hızında ve vücut ısısında artma, dinleme bulgularının değişmesi, akciğer grafisinde yeni infiltrasyonu olması nedeniyle kronik kolonizasyon zemininde aktive akciğer enfeksiyonu olarak kabul edildi.^[5]

Hasta Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümüne yatırıldı ve psödomonas antibiyotik tedavisine başlandı. Tedavi öncesi balgam kültürü tekrar alındı ve sonuç beklenmeden, önceki kültür sonuçlarının duyarlılığı göz önüne alı-



Resim 1. Toraks BT. Akciğerlerde perihiler yaygın kistik bronşiektaziler.



Resim 2. Olguda mevcut çomak parmak görünümü.



Resim 3. PA akciğer grafisi. Sağ orta ve alt zonda belirgin, bilateral retikülnodüler infiltrasyon.

arak sefaperazon/sulbaktam IV olarak başlandı. Yatışında yeni aktivasyonu olması nedeniyle takipte görülebilen komplikasyonlar açısından alerjik bronkopulmoner aspergillozis (ABPA) için IgE, aspergillus spesifik IgE, aspergillus cilt testi, eozinofil sayımı, balgamda mantar kültürü, mikobakteriyel enfeksiyon açısından PPD ve tüberküloz kültürü ve kistik fibrozis ilişkili diyabet açısından açlık/tokluk kan şekeri, HbA1c, glukoz tolerans testleri yapıldı. IgE 62.6 IU/ml, eozinofil %0.071 (0.5-6) idi; aspergillus prick testi negatif, PPD testi, açlık kan şekeri, tokluk kan şekeri, HbA1c, insülin ve OGTT değerleri normaldi.

Tedavisinde sefoperazon/sulbaktam 2x450mg, oral tuz 3x1 gr, pankreatin 5000/kg 3 ana öğün ve 3 ara öğün beslenmenin hemen öncesinde olacak şekilde, asetilsistein, yağda eriyen vitaminler olan E vitamini 200 Ü/gün, A vitamini 10.000 Ü/gün, dornase alpha inhaler 2.5 ml/gün uygulandı. Göğüs fizyoterapisi düzenli uygulanıp düzenli vücut ağırlığı takibi yapıldı. Hastanın tedavisinin 5. günü ateşi düştü; tedavisi 14 güne tamamlandı. Tedavi sonrası beyaz küresi, sedimantasyonu ve CRP'si normale dönen hastanın iştahı arttı. İki günde bir yapılan ağırlık takibinde 2 kg alıp 25 kg'e ulaştığı gözlemlendi. Hasta takibinde de kronik *Pseudomonas aeruginosa* kolonizasyonu olması nedeniyle inhaler tobramisin tedavisine devam edilmesi planlandı. Hastaya grip aşısı yapıldı ve yaygın bronşektazi ve ağır büyüme geriliği nedeniyle evde eğitim raporu çıkarıldı. Kilo alımı hep az olan hastaya gastrotomi açılması önerildi. Aile kabul etmedi. Hasta inhaler dornaze alfa, pankreatin enzim tedavisi, yağda eriyen vitamin desteği, tuz ve enteral gıda desteği ile taburcu edilip takibe çağrıldı.

Tartışma

Kistik fibrozis birden çok sistemi tutan bir hastalık olması nedeniyle çok değişik klinik belirti ve bulgularla kendini gösterir. Çocukluk ve adolesan döneminde yineleyen hırıltı atakları, düzelmeyen ya da yineleyen akciğer enfeksiyonları, pürülan balgam çıkarma, nazal polipozis, kronik ve inatçı sinüzit, astım, parmaklarda çomaklaşma, hemoptizi, biliyer siroz, mekonyum ileusu eşdeğeri bulgular, diabetes mellitus, gecikmiş puberte ve infertilite, KF'yi kuvvetle düşündüren bulgular arasındadır.^[1,5,6] Bizim olgumuzda da, solunum sisteminde dinlemekle sağda daha belirgin olmak üzere, bilateral tüm akciğer alanlarında yaygın kaba raller vardı. Oksijen saturasyonu %86, kalp taşikardik ve çomak parmak mevcut idi.

Önde gelen klinik belirtiler kronik obstrüktif akciğer hastalığına ait bulgular (hemen bütün vakalarda değişik derecelerde bulunur) ve pankreatik yetersizliktir (hastaların %80-90'ında mevcuttur). Ölümün en yaygın sebebi tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlardır.^[4] Ayrıca bu has-

talarda alerjik bronkopulmoner displazi (ABPD) ve kistik fibrozise bağlı diabetes mellitus gelişimi de akılda tutulmalıdır. Bizim hastamızda HbA1c ve kan şekeri düzeyi sınırdan idi ve takibe alındı. ABPD için bakılan aspergillus spesifik IgE, IgE ve eozinofil düzeyi normal bulundu. Akciğer grafisinde yeni infiltrasyon olması nedeniyle kronik kolonizasyon zemininde aktive olmuş akciğer enfeksiyonu olarak değerlendirildi.

Solunum sistemi tedavisinde; enfeksiyonların uygun antimikrobiyal ajanlarla tedavisi, havayolu klirensinin artırılması, havayolu obstrüksiyonunu geciktirmek amacıyla konağın inflamatuvar yanıtının anti-inflamatuvar ilaçlarla tedavisi yer almaktadır.^[8] Kistik fibrozisli hastaların solunum yollarında kolonizasyona ve kronik akciğer enfeksiyonlarına yol açan belli başlı mikroorganizmaların başında *Pseudomonas aeruginosa* gelmektedir. KF'li hastalarda havayollarında en sık rastlanan mikroorganizmalar; *Pseudomonas aeruginosa* (%60.9), *Staphylococcus aureus* (%40.7), *Haemophilus influenzae* (%15.4) ve *Stenotrophomonas (Pseudomonas) maltophilia'* dir (%5.1). Olgumuzun balgam kültüründe de *Pseudomonas aeruginosa* üremiştir. Psödomonas kolonizasyonu olan hastalarda profilaktik amaçla inhale antibiyotiklerin kullanımının, solunum fonksiyon testlerini iyileştirdiği ve hastaneye yatışı gerektiren alevlenme sıklığını azalttığını gösteren çalışmalar vardır.^[9]

Bu hastalarda malnutrisyon görülmekte ve normal sindirimi sağlamak için pankreatik enzim replasmanı kullanılmaktadır. Enzim miktarı yeterli olmadığında, yağlı ve bol miktarda dışkılama sürer. Enzim miktarı fazla ise nadiren ishal ya da kabızlık ortaya çıkar.^[4]

Olgumuzda genetik mutasyon analizi sonucunda, KFTR geninde N 303 K bölgesinde homozigot mutasyon izlendi. Son yıllarda hastalığın tedavisinde yenilikler olmuştur. Mutant KFTR genini aktive edecek ilaçlarla ilgili çalışmalar araştırma aşamasındadır. Hastalığın genetik özellikleri aydınlatıldıkça gelecekte gen tedavisi mümkün olacaktır.^[10,11]

Sonuç olarak kronik solunum yolu hastalığına büyüme gelişme geriliği, malabsorpsiyon eşlik ediyorsa kistik fibrozis akla gelmeli ve ter testi uygulanmalıdır. Mekonyum ileusu, uzamış sarılık, hemolitik anemi, hiponatremi, hipokloremi, tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, çomak parmak, diabetes mellitus, malabsorpsiyon, balgamda *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* üremesi, benzer kardeş şikayetleri ve akraba evliliği kistik fibrozisi hatırlatmalıdır.^[12,13]

Kistik fibrozis tanısının, bireylerin sağlık sistemi ile ilk temas noktası olan birinci basamakta konulabilmesi ve hastaların olabildiğince uzun ve sağlıklı yaşayabilmeleri için, şüphelenmeye yol açacak belirti ve bulguların, tanı yöntemleri ve takip prensiplerinin daha sık gündeme ge-

tirilmesi gerekir. Ülkemizde birinci basamakta aile sağlığı merkezlerine müracaat eden çocukların büyüme ve gelişimlerinin izlemi sırasında doktorların uyanık olması, erken tanı ve uygun tedavi ile bu hastaların yaşam kalitesini artırmak mümkün olacaktır.

Kaynaklar

1. Schram CA. Atypical cystic fibrosis: identification in the primary care setting. *Can Fam Physician* 2012;58:1341-5.
2. Kiper N. Kistik Fibrozis: Ülkemizdeki Durum. *Güncel Pediatri* 2007;5(Ek 1):18.
3. Tuğ E, Tuğ T. fibrozis ve moleküler-genetik yaklaşımlar. *Toraks Dergisi* 2003;4:198-204.
4. Cesur Y, Doğan M, Arıyüca S, et al. Hastaneye Başvuran malnutrisyonu ve/veya tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan çocuklarda kistik fibrozis sıklığı araştırılması. *Selçuk Tıp Dergisi* 2010;26:138-41.
5. Kiper N, Yalçın E. Kistik fibrozis. *STED* 2003;12:131-3.
6. Saner G, Süoğlu Ö. Kistik fibrozis. In: Neyzi O, Ertuğrul T, editors. *Pediatri*. 2. Cilt, 3. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2002. p. 813-19.
7. Castellani C, Tamanini A, Mastella G. Protracted neonatal hypertrypsinogenemia, normal sweat chloride, and cystic fibrosis. *Arch Dis Child* 2000;82:481-2.
8. Noone PG, Knowles MR. Standart therapy of cystic fibrosis lung disease. In: Yankaskas JR, Knowles MR, editors. *Cystic fibrosis*. New York: Lippincott-Raven; 1999. p. 145-73
9. Bozkurt-Güzel Ç, Gerçeker AA. Kistik fibrozun moleküler biyolojisi ve patogenezi. *Turkish Journal of Infection* 2006;20:73-8.
10. Hoffman LR, Ramsey BW. Cystic fibrosis therapeutics: the road ahead. *Chest* 2013;143:207-13.
11. Aliosmanoğlu Ç, Haskaloğlu ZŞ, Cevit Ö. Kistik fibrozisli bebekte düzelmeyen hışıltı nedeni olarak Sitomegalovirüs pnömonisi. *J Clin Exp Invest* 2011;2:236-8.
12. Pekcan S, Kiper N. Kronik öksürük. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2006;49:247-55.
13. Rock MJ, Sharp JK. Cystic fibrosis and CRMS screening: what the primary care pediatrician should know. *Pediatr Ann* 2010;39:759-68.

Geliş tarihi: 08.02.2013

Kabul tarihi: 24.04.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 02.08.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Doç. Dr. Ruhuşen Kutlu

Necmettin Erbakan Konya Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Konya

e-posta: ruhuse@yahoo.com

Boyun ağrısı ve disfaji ile seyreden Forestier hastalığı

Forestier disease presenting with neck pain and dysphagia

Mehmet Ali Çetin¹, Sabri Köseoğlu¹, Doğan Atan², Tuğba Atan³, Hacı Hüseyin Dere⁴

Özet

Diffüz idiyopatik iskelet hiperostozisi (DISH) olarak da adlandırılan Forestier hastalığı (FH) daha çok torasik bölgeden kaynaklanır ve genellikle asemptomatiktir. Servikal bölgede nadiren görülür. Boyun ağrısı, disfaji, odinofaji, otalji, horlama, dispne, stridor ve ses kısıklığı bu hastalığın ana semptomlarıdır. Radyolojik görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcıdır. Direkt grafide tendonlarda osteofit oluşumu tipiktir. Bu yazımızda boyun ağrısı ve yutma güçlüğü şikayetleri olan iki olgunun tanı ve tedavisi güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Forestier hastalığı, osteofit, vertebral ankilozan iskelet hiperosteozisi.

Summary

Forestier disease which is also called as "diffuse idiopathic skeletal hyperosteo-sis" is mostly originated from the thoracic region, and is usually asymptomatic. The main symptoms of this disease are; neck pain, dysphagia, odynophagia, otalgia, snoring, dyspnea, stridor and hoarseness. Diagnostic imaging is helpful in diagnosis. Osteophyte formation in tendons is the typical sign in direct radiography. In this writing case report diagnosis and treatment of two patients suffering from neck pain and dysphagia were discussed in the light of current literature.

Key words: Forestier's disease, osteophyte, vertebral ankylosing skeletal hyperosteo-sis.

Forestier hastalığı (FH) vertebraların spinal çıkıntı- larının ön kısım fasyasının, ligamentlerinin ve tendonunun masif, nonenflamatuvar ossifikasyonuna bağlı ağır osteofit oluşumu ve kalsifikasyon ile karakterize bir hastalıktır.^[1,2] Genellikle asemptomatiktir. Servikal bölgede görülen FH çoğunlukla boyun ağrısı ve disfajiye neden olur.^[3] Bunun dışında odinofaji, otalji, horlama, dispne, stridor ve ses kısıklığına neden olabilir. Hatta genel anestezi altında cerrahi planlanan hastalarda entübasyon güçlüğü yaratabilir. Forestier hastalığı 40 yaş üzeri erkekleri %3.8, 40 yaş üzeri kadınları ise yaklaşık %2.6 oranında etkilemektedir.^[4,5] Bu yazıda C4-C6 düzeyinde osteofit oluşumuyla karakterize, boyun ağrısı, disfaji ve ara ara solunum güçlüğü hikayesi olan iki hastanın tanı ve tedavisi güncel literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Olgu Sunumu

Olgu 1

Yaklaşık altı aydır yutma güçlüğü, boyun ağrısı ve ara sıra solunum sıkıntısı olan 60 yaşında obez erkek hastanın endoskopik orofarenks ve hipofarenks muayenesinde; aritenoid kıkırdaklar seviyesinde, posterior faringeal duvarda üzeri normal mukoza ile örtülü yaklaşık 3x1 cm boyutlarında hipofarengal lümeni daraltan kitle görüldü (Resim 1). Hastanın lateral servikal grafisinde, C3-4-5-6 vertebra anteriorlarında köprüleşme ve vertebralarda dejeneratif değişiklikler görüldü (Resim 2). Servikal spinal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) C4 üst C7 alt kesim düzeyleri arasında vertebra korpuslarından kaynaklanıp anteriorda füzyon gösteren osteofit formasyonları ve ossifikasyon alanları görüldü, nöral kompresyon

¹⁾ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Op. Dr., Ankara

²⁾ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Asistan Dr., Ankara

³⁾ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, Asistan Dr., Ankara

⁴⁾ Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi KBB Kliniği, Prof. Dr., Ankara

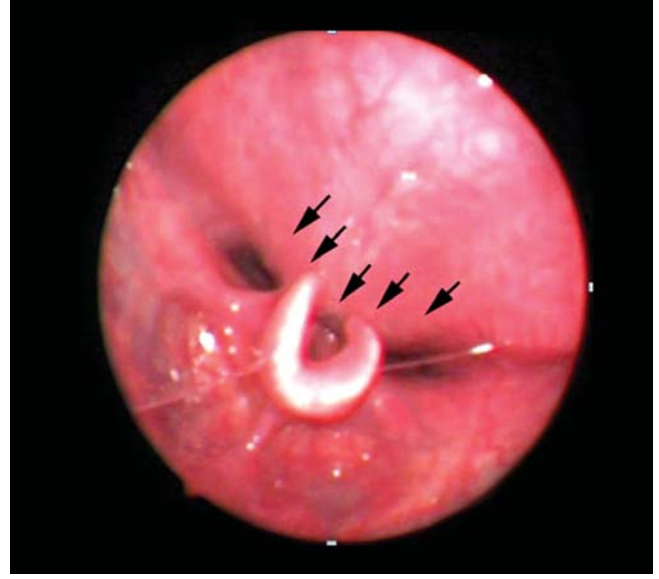
yoktu ve nörolojik muayene normaldi (Resim 3). Yutma güçlüğü olan hastanın baryumlu faringo-özefagografide, hipofarenkse dışarıdan bası bulgusu mevcuttu (Resim 4). Posterior faringeal duvarda kitlesi olan hastanın özellikle radyolojik görüntüleme sonuçlarının değerlendirilmesiyle FH düşünüldü. Hasta diyet programına alınarak fiziksel aktivite önerildi. Bir yıldır takip edilen hastanın şikayetlerinde belirgin azalma oldu.

Olgu 2

Yaklaşık 2 yıldır yutma güçlüğü, 1 haftadır solunum sıkıntısı ve bilinen kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) olan 61 yaşında erkek hastanın endoskopik orofarenks ve hipofarenks muayenesinde; posterior faringeal duvarda üzeri normal mukoza ile örtülü, epiglot seviyesinden aritenoid kıkırdaklar seviyesine kadar uzanan yaklaşık 4x1.5 cm boyutlarında hipofaringeal lümeni daraltan kitle görüldü. Nörolojik muayene olağandı. Hastanın lateral servikal grafisinde, C3-4-5-6 vertebra anteriorlarında köprüleşme ve vertebralarda dejeneratif değişiklikler görüldü (Resim 5). Servikal bilgisayarlı tomografi (BT) aksiyel kesitte; C5 düzeyinde vertebra korpusundan kaynaklanıp anteriorda füzyon gösteren osteofit formasyonları ve ossifikasyon alanları gözlemlendi (Resim 6). Hastanın klinik ve radyolojik değerlendirmesi sonucunda FH düşünüldü. Takiplerinde KOAH nedeniyle solunum sıkıntısı artan, O₂ satürasyonu düşen ve genel durumu bozulan hasta entübe edilemeyince trakeotomi açıldı.



Resim 2. Lateral servikal grafide, C3-4-5-6 vertebra anteriorlarında (oklar) köprüleşme ve vertebralarda dejeneratif değişiklikler görülmektedir. Osteofitik proliferasyonların hipofarenks hava kolonuna bası oluşturduğu izlenmektedir.



Resim 1. Endoskopik muayenede posterior faringeal duvarda üzeri normal mukoza ile örtülü yaklaşık 3x1 cm boyutlarında hipofaringeal lümeni daraltan kitle (oklar) görülmektedir.

Tartışma

Forestier hastalığı, etyolojisi tam olarak bilinmeyen, ender görülen bir hastalıktır. Hastalar genellikle boyun ağrısı ve disfaji şikayetleri ile hekime başvururlar. Disfaji nedeni olarak; mekanik baskı, periözefagial inflamasyon, krikofaringeal spazma bağlı kronik irritasyon sorumlu



Resim 3. Servikal MRG'de C4 üst ile C7 alt kesim düzeyleri arasında (beyaz oklar) vertebra korpuslarından kaynaklanıp anteriorda füzyon gösteren osteofit formasyonları ve ossifikasyon alanları görülmektedir.



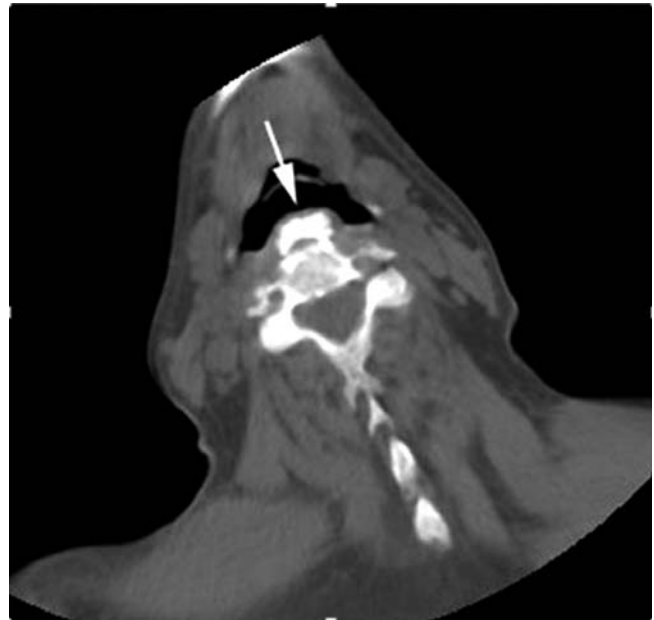
Resim 4. Baryumlu faringo-özefagografide, hipofarinkse dışarıdan baskı görülmektedir (ok).

gösterilebilir.^[6,7] Disfajinin ayırıcı tanısında öncelikli olarak hipofarinks ve özefagus maligniteleri düşünülmelidir; ayrıca boyun, mediasten ve medulla spinalis tümörleri, özefajitler, zenker divertikülleri, nöromusküler bozukluklar ve krikofaringeal spazm tanıya giderken unutulmamalıdır. Epiglot hareketinde ve larenks elevasyonunda kısıtlılık disfajinin yanında aspirasyonlara da neden

olabilir. Hastalarda solunum problemleri görülebilir.^[8,9] Servikal vertebralarda osteofit ve kalsifikasyon oluşumuna bağlı hipofaringeal bölgede darlık oluşur, hastalarda orotrakeal entübasyon güçlüğü görülebilir ve trakeatomi açılması gerekebilir. İkinci olgumuzda KOAH alevlenmesi nedeniyle yoğun bakıma alınan hastanın O₂ satürasyonlarının düşmesi ve genel durumunun bozulması nedeniyle orotrakeal entübasyon denendi. Entübasyon gerçekleşmediği için trakeatomi açıldı. Hasta halen kanüle olarak takip edilmektedir. Boyun ağrısı FH hastalarında ana şikayetlerden biridir. Forestier hastalığında vertebra fraktürleri görülebilir ve kemik mineral dansimetri fraktür riskini belirlemede önemlidir.^[10] Hastalara düşmeye bağlı oluşabilecek vertebral fraktürler ve aspirasyon hakkında bilgi verilmelidir. Özellikle aspirasyon riskini azaltmak için gastroözefageal reflünün önlenmesi gerekir. FH tanısını koymada radyolojik görüntülemenin önemi büyüktür. Tanıda lateral servikal grafi, bilgisayarlı tomografi, MRG ve baryumlu faringo-özefagografi önemlidir. Laboratuvar incelemelerinde HLA-B27 (+) olabilir.^[11] Semptomatik hastalarda ilk tercih konservatif tedavidir. Kilo problemi olan hastalar için diyet ve fiziksel aktivite önerilmelidir. Birinci olgumuzun kilo vererek disfaji ve boyun ağrısı şikayetlerinde belirgin gerileme oldu. Anti-enflamatuvar ilaçlar, kas gevşeticiler ve anti-reflü tedavileri kullanılabilir.^[12] Medikal tedaviye rağmen semptomları gerilemeyen, aşırı kilo kaybı veya basıya bağlı nörolojik defisitleri olan hastalarda cerrahi tedavi



Resim 5. Lateral servikal grafide, C3-4-5-6 vertebra anteriorlarında köprüleşme ve vertebralarda dejeneratif değişiklikler görülmekte ve hava kolonuna dıştan baskı görülmektedir (oklar).



Resim 6. Servikal BT'de; C3 üst C7 alt kesim düzeyleri arasında da vertebra korpuslarından kaynaklanıp anteriorda füzyon gösteren osteofit formasyonları ve ossifikasyon alanları görülmektedir (ok).

endikedir. Hava yolu obstrüksiyonu acil cerrahi tedavi gerektirir. Cerrahi tedavide anterior yaklaşım ve posterior yaklaşım mevcuttur. Cerrahinin komplikasyonları arasında; kanama, hematoma, enfeksiyon, Horner sendromu, süperior laringeal sinir felci ve özefagus yaralanmaları görülebilir.^[13,14] Komplikasyonları azaltmak için cerrahi yöntem dikkatli seçilmelidir. Morbiditeyi azaltmak amacıyla komplikasyonların erken dönemde farkına varmak önemlidir. Cerrahi tedavi sonrası rekürren ossifikasyonlar görülebilir bundan dolayı hastaların uzun dönem takip edilmeleri önemlidir.^[15]

Boyun ağrısı, disfaji, odinofaji, dispne, stridor ve ses kısıklığı şikayetleri ile hekime başvuran, endoskopik muayenede hipofarenks düzeyinde kitle görünümü olan hastalarda forestier FH unutulmamalıdır. Radyolojik bulguların da yardımıyla kesin tanı konulabilir. Hastalara tanı konulurken fizik tedavi ve kulak burun boğaz hekimlerinin işbirliği içinde çalışması önemlidir.

Kaynaklar

- Mader R, Sarzi-Puttini P, Atzeni F, et al. Extraspinal manifestations of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. *Rheumatology (Oxford)* 2009;48:1478-81.
- Holton KF, Denard PJ, Yoo JU, Kado DM, Barrett-Connor E, Marshall LM. Osteoporotic Fractures in Men (MrOS) Study Group. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis and its relation to back pain among older men: the MrOS Study. *Semin Arthritis Rheum* 2011;41:131-8.
- Carlson MJ, Stauffer RN, Payne WS. Ankylosing vertebral hyperostosis causing dysphagia. *Arch Surg* 1974;109:567-70.
- Andersen PM, Fagerlund M. Vertebro-genic dysphagia and gait disturbance mimicking motor neuron disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2000;69:560-1.
- Mata S, Fortin PR, Fitzcharles MA, et al. A controlled study of diffuse idiopathic skeletal hyperostosis. Clinical features and functional status. *Medicine (Baltimore)* 1997;76:104-17.
- Seidler TO, Pérez Alvarez JC, Wonneberger K, Hacki T. Dysphagia caused by ventral osteophytes of the cervical spine: clinical and radiographic findings. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266:285-91.
- Martino AD, Costa V, Denaro V. Dysphagia and dysphonia due to anterior cervical osteophytes: report of a patient affected by DISH. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2006;16:344-7.
- Papakostas K, Thakar A, Nandapalan V, O'Sullivan G. An unusual case of stridor due to osteophytes of the cervical spine: (Forestier's disease). *J Laryngol Otol* 1999;113:65-7.
- Caminos CB, Cenoz IZ, Louis CJ, Otano TB, Esain BF, Perez de Ciriza MT. Forestier disease: An unusual cause of upper airway obstruction. *Am J Emerg Med* 2008;26:1072.
- Diederichs G, Engelken F, Marshall LM, Peters K, Black DM, Issever AS, et al; Osteoporotic Fractures in Men Research Group. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis (DISH): relation to vertebral fractures and bone density. *Osteoporos Int* 2011;22:1789-97.
- Ebo D, Goethals L, Bracke P, Mercelis R, De Clerck LS. Dysphagia in a patient with giant osteophytes: case presentation and review of the literature. *Clin Rheumatol* 2000;19:70-2.
- Akhtar S, O'Flynn PE, Kelly A, Valentine PM. The management of dysphasia in skeletal hyperostosis. *J Laryngol Otol* 2000;114:154-7.
- Aslan G, Hamzaoğlu A. Forestier hastalığı ve disfaji. *KBB-Forum* 2007;6:33-6.
- Çağavi F, Kalaycı M, Uğur MB, Uzun L, Asil K, Açıköz B. Disfaji ve difüz idiopatik iskelet hiperostozu: olgu sunumu. *Türk Nöroşirürji Dergisi* 2004;14:146-50.
- Srivastava S, Ciapryna N, Bovill I. Diffuse idiopathic skeletal hyperostosis as an overlooked cause of dysphagia: a case report. *J Med Case Reports* 2008;2:287.

Geliş tarihi: 30.05.2013

Kabul tarihi: 08.09.2013

Çevrimiçi yayın tarihi: 08.10.2013

Çıkar çakışması:

Çıkar çakışması bildirilmemiştir.

İletişim adresi:

Dr. Doğan Atan

Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

KBB Kliniği, Samanpazarı, Ankara

e-posta: doganatan@gmail.com

The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study

Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları

Dionne Sofia Kringos¹

Summary

Strong primary care (PC) is supposed to improve the capacity of a country to achieve a responsive, high quality and cost-effective health care system. The available evidence-base supporting pro-primary care policies originates from studies with a limited geographical scope, narrow use of dimensions to measure PC strength, and use relatively old data. The recently published PhD Thesis by Dionne Sofia Kringos (Health Systems Researcher from The Netherlands) aimed to get insight into the elements that form (the strength of) primary care in Europe and their impact on health care system outcomes. This article summarizes the results of this work, which has been published in more detail in different scientific publications. The strength of PC was measured by 3 dimensions of PC structure: PC governance, PC workforce development, and economic conditions of PC. The strength of PC services delivery process was measured by 4 dimensions of: accessibility, continuity, coordination, and comprehensiveness of PC. The PC dimensions were operationalized by a total of 77 indicators for which data was collected in 31 European countries. The results show variation in PC strength across Europe, indicating a discrepancy in the responsibility given to PC in (inter)national policy initiatives and the needed investments in PC to solve e.g. future shortages of workforce. Countries are consistent in their PC focus on all important structure dimensions. Countries need to improve their PC information infrastructure to facilitate PC performance management. This study was able to show that strong PC has a positive impact on population health, reducing disparity in health, and avoiding unnecessary hospitalizations.

Key words: Primary health care, benchmarking, Europe.

Özet

Güçlü bir birinci basamak (BB), bir ülkenin tüm gereksinimlere yanıt veren, yüksek nitelikli ve maliyet etkili bir sağlık sistemine ulaşma kapasitesine katkıda bulunacaktır. Şu anda var olan ve BB sağlık hizmetlerini önceleyen politikalara temel oluşturan kanıtlar, dar coğrafyalarda yapılmış, sınırlı ölçütlerin kullanıldığı ve görece eski verilere dayanan çalışmalardan gelmektedir. Hollanda'da Sağlık Sistemleri Araştırmacısı olan Dionne Sofia Kringos'un yakın zamanda yayınlanmış doktora tezi, Avrupa'da BB'yi (ve onun gücünü) oluşturan bileşenleri ve bunların sağlık sistemi çıktıları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu makalede farklı yerlerde yayınlanmış söz konusu çalışmanın sonuçları özetlenmektedir. Birinci basamağın yapısal gücü, bu yapının üç boyutu ile ölçülmüştür: Yönetim, BB işgücünün gelişmişliği ve ekonomik koşullar. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu sürecinin gücü ise dört boyutta değerlendirilmiştir: Erişilebilirlik, süreklilik, eşgüdüm ve kapsamlılık. Bu boyutlar, 31 Avrupa ülkesinden toplanan verilerde toplamda 77 gösterge kullanılarak değerlendirilmiştir. Sonuçlar Avrupa ülkelerinin birinci basamağın gücü açısından farklılıklar gösterdiğini ortaya koymakta ve ulusal veya uluslararası politika yapıcılarının birinci basamağa yükledikleri sorumluluk ve örneğin gelecekteki işgücü açığının çözümü için birinci basamakta gereksinim duyulan yatırım bakımından ayrışmalara işaret etmektedir. Ülkeler, tüm önemli yapısal boyutlar açısından tutarlı bir şekilde BB odaklıdır ve daha iyi bir performans yönetimi sağlayabilmek için BB bilgi altyapılarını geliştirmelidirler. Bu çalışma, güçlü bir birinci basamağın toplum sağlığı üzerindeki olumlu etkisini, eşitsizliklerin azaltılmasında ve gereksiz hastane yatışlarının önlenmesinde katkı sağladığını göstermektedir.

Anahtar sözcükler: Temel sağlık hizmetleri, kıyaslama, Avrupa.

Strengthening the primary care level of health care systems has increasingly been considered to be of great importance to dealing with specific health care system challenges (e.g. rising costs, multimorbidity) and improving the overall performance of a health care

system, despite the absence of a sound scientific evidence-base for this. The recently published PhD thesis by Dionne Sofia Kringos (Health Systems Researcher from the Netherlands) aimed to get insight into the elements that form (the strength of) primary care in Europe

¹ Department of Social Medicine, Academic Medical Centre - University of Amsterdam, Postdoctoral Health System Researcher, Amsterdam, The Netherlands

and their impact on health care system outcomes.^[1] This article summarizes the results for two research questions (which have been described in more detail in various scientific publications^[2-6]) that were central to this thesis:

1. How can (the strength of) primary care be measured and compared in Europe?
2. Do countries with a relatively strong primary care have better health care system outcomes compared to countries with relatively weak primary care?

Measuring the Strength of Primary Care in Europe

Primary care can be defined and approached as a multidimensional concept. The strength of primary care is determined by ten core dimensions at the structure, process (services delivery), and outcome level of primary care. The strength of primary care is determined by the degree in which each of these dimensions are developed in a health care system.^[2]

The structure of primary care consists of three dimensions:

1. **Primary care governance:** Governance is an overriding function in that it oversees all aspects of primary care. It encompasses the tasks of defining the vision and direction of health (care) policy, exerting influence through regulation and advocacy (e.g. protecting patient rights) and collecting and using information (e.g. for performance assessment or quality management).
2. **Economic conditions of primary care:** The economic conditions of primary care are to a great extent shaped by the method of financing health care for (the majority of) the population (e.g. taxes, health insurance or private means), total expenditures on health care and primary care, the employment status of primary care providers (salaried employed providers, or self-employed providers with/without contract(s) with health services or insurance, and income of the primary care workforce).
3. **Primary care workforce development:** The primary care workforce development is shaped by the profile of primary care professionals that make up the primary care workforce in a country (e.g. type of professionals and their training requirements), and the position they occupy in the health care system (e.g. recognition and responsibilities).

The primary care process is determined by four dimensions:

4. **Access to primary care:** Accessibility of primary care can be defined as the ease with which primary care services are reached. Primary care ideally provides accessible care to all patients with any kind of health

problems regardless of age, sex, or any other personal characteristic. When primary care is organized in a way that facilitates access whenever a patient is in need for health care, treatment can then be provided before health problems become more severe. Access to primary care is, among other things, also influenced by financial thresholds for consultations and the geography of primary care provision.

5. **Continuity of primary care:** Continuity of care can best be defined as a hierarchy of 3 dimensions: informational, longitudinal and interpersonal continuity of care. Informational continuity refers to the availability of comprehensive information about the patient's previous health encounters to any provider who cares for the patient, regardless of the location of the provider. Longitudinal continuity implies a longitudinal relationship between a patient and a primary care provider that transcends multiple illness episodes. It can be identified by an ongoing pattern of health care interaction that occurs between the same patient and the same (team of) primary care provider(s). The interpersonal nature of the continuity relationship refers to the quality of the longitudinal relationship that, ideally, evolves in a strong bond between patients and their primary care provider characterized by a sense of responsibility for the delivery of coordinated and comprehensive care, and a feeling of trust and loyalty.
6. **Coordination of primary care:** Coordination of care is often referred to as the ability of primary care providers to guide the use of care with other parts of health care, so that providers can work together to meet patients' needs. Since primary care is offered by various disciplines including medical and paramedical workers, therapists and social workers, it is important that there is also a sense of coordination of patient care within the level of primary care itself. Therefore, to achieve a strong coordinating role for primary care it is necessary to put mechanisms into place that ensure coordination of patient care between primary care providers, as well as ensure coordination of patient care between primary care and other levels of health care. Effective communication both with patients and, at the primary and secondary care interface is an essential requirement for coordinated care. It requires recognition of the interdependency of the roles of health professionals within a health care system. Only when health care professionals provide complementary patient care, a smooth process of patient care through the system will be achieved. Without coordination of care, patient care will be fragmented and disintegrated, which will particularly be problematic for patients with chronic or multiple health problems.
7. **Comprehensiveness of primary care:** Primary care is intended to provide the most comprehensive scope

of health services within a health care system to address the wide variety and often very basic needs existing in the community. There are four key areas that determine the comprehensiveness of primary care services provided by the predominant providers of primary care. Firstly, the provision of first contact care for acute health problems, such as health problems of children, health problems of women, and psycho-social problems. Secondly, the application of medical procedures such as minor surgical and investigative procedures. The third area is concerned with disease management of patients presenting acute and chronic conditions. The fourth area covers providers' activities in preventive medicine and health education.

The outcome of primary care includes at least three dimensions: (1) quality of primary care, (2) efficiency of primary care, and (3) equity in health.

To measure and compare the identified dimensions of primary care across countries, indicators are needed that are relevant (covering an essential aspect of a dimension), precise (precise formulation assuring easy-to-fill data), flexible (likely to fit in various European health care systems) and with discriminating power (yielding a range and variety of possible answers). Based on a systematic literature review and expert consultations we developed indicators to measure the identified primary care dimensions.^[3] Each of the dimensions are complex concepts on their own, which can only be measured by a group of indicators each representing an essential aspect of the respective dimension. Although we were able to identify indicators for nine out of ten dimensions, it became clear that with the current state of knowledge, it is not possible yet to develop health equity indicators that are valid, feasible and measurable, and subject to primary care. As a result we developed the Primary Care Monitoring Instrument measuring the strength of 9 primary care dimensions with in total 99 (qualitative and quantitative) indicators.^[3]

Data Collection Approach

On the basis of the primary care indicator set, data were collected by a team of primary care experts (including the partners of the Primary Health Care Activity Monitor for Europe project) in 2009/10 in 31 countries (including 27 EU member states, Turkey, Switzerland, Norway, and Iceland) using a uniform data collection strategy. For some indicators data were available in international databases or scientific publications. These sources were complemented by national sources (e.g. literature databases or websites of national statistical offices and important health care stakeholders) as far as accessible in languages known to the project team. Furthermore, national experts were consulted to get access to grey literature or articles in a language

unknown to the project team, to help find missing information or to deliver consensus-based information, and to validate the country results.

By applying all indicators in 31 countries it became clear that the theoretical notion of 'primary care strength' cannot be captured by one (summary) measure or score.^[4] The results indicated that countries act differently in their primary care orientation at structure level, compared to their primary care orientation at process level. Countries tend to have a consistent (high, medium or low) primary care orientation (or focus) on all 3 structure dimensions (governance, economic conditions and workforce development). Therefore, it is possible to summarize the strength of primary care at structure level by one score for each country (see Table 1). But when looking at how countries organise their primary care services delivery process, a much more heterogeneous (and less obvious) picture is identified (see Table 1). There is no correlation between the access, continuity, coordination, and comprehensiveness of primary care of countries. We did find that countries with a high accessibility and coordination of primary care, generally also have a strong primary care structure; and countries with a high coordination of primary care generally also have a strong primary care governance and workforce development in place.

The lack of correlation among process dimensions implies that the strength of primary care at process level can only be measured, by analysing each of the 4 process dimensions separately.

Figures 1a and b summarise the results by indicating with the help of colour which countries have relatively strong primary care dimensions (green), relatively medium strong dimensions (yellow), and relatively weak primary care dimensions (red).

Variation in Primary Care Strength

A distinction can be made between countries with strong, medium, and weak primary care (structure and process); see also Figures 1a and 1b.^[4] This distinction was based on variation in the data on each of the primary care dimensions, and the scientific evidence base for what is considered to be a strong, medium or weaker feature of primary care. For each of dimension, we were able to show variation between countries on their primary care orientation. For example, countries with a relatively strong primary care structure, considering all 3 dimensions (governance, economic conditions, and workforce development) are Denmark, Finland, Italy, the Netherlands, Portugal, Romania, Slovenia, Spain, and the United Kingdom. We also studied the relationship between the three structure dimensions of primary care and the 4 dimensions of primary care processes delivered;

and the relationship between the 4 process dimensions of primary care services delivery and quality of care, by performing a technical efficiency analysis including a selection of countries.^[5] When comparing the strength of countries' primary care with their relatively efficiency, we saw that some of the countries with relatively strong primary care are not among the most efficient systems, in relative terms; few countries with relatively strong primary care were also relatively efficient (Netherlands, Portugal, Finland, Lithuania, Estonia); the same is true for countries with relatively weak primary care (i.e. Luxembourg, Bulgaria, Hungary) which turned out to be relatively efficient throughout their primary care system. This may suggest that maximizing the individual functions of primary care without taking into account the coherence within the system is not sufficient from a policymakers' point of view when aiming to achieve both efficiency and strong primary care.

In almost all countries high quality primary care infor-

mation on comprehensive aspects of the system are lacking. There is an urgent need for policymakers and international health care organizations to invest more in improving the primary care information infrastructures, both at national and international level.

The Contribution of Strong Primary Care to Health Care System Outcomes

We found that strong primary care is conducive to reaching important health care system goals.^[6] The structure of primary care, access, coordination and comprehensiveness of primary care are all critical aspects of primary care that reduces unnecessary hospitalizations for conditions that can also be treated in primary care. We also found that population health is better in countries with relatively stronger primary care compared to countries with relatively weaker primary care: people suffering from primary care sensitive conditions (e.g.

Table 1. The strength of primary care dimensions by country in 2009/10 (ranging from 1 (weak primary care) to 3 (strong primary care))

	PC structure	Accessibility of PC	Continuity of PC	Coordination of PC	Comprehensiveness of PC
Austria	2.22	2.27	2.19	1.38	2.33
Belgium	2.21	2.13	2.38	1.70	2.53
Bulgaria	2.14	2.15	2.33	1.44	2.54
Cyprus	1.91	2.11	2.32	1.49	2.19
Czech Rep.	2.14	2.35	2.41	1.64	2.33
Denmark	2.38	2.46	2.43	1.96	2.40
Estonia	2.29	2.21	2.42	1.71	2.41
Finland	2.31	2.20	2.32	1.74	2.51
France	2.16	2.06	2.33	1.63	2.47
Germany	2.20	2.25	2.38	1.38	2.34
Greece	2.10	2.08	2.25	1.96	2.17
Hungary	2.08	2.34	2.33	1.46	2.29
Iceland	1.77	2.28	2.40	1.60	2.42
Ireland	2.20	1.96	2.38	1.57	2.36
Italy	2.33	2.27	2.31	1.73	2.13
Latvia	2.14	2.15	2.38	1.65	2.41
Lithuania	2.27	2.29	2.30	1.98	2.56
Luxembourg	1.90	2.03	2.31	1.63	2.42
Malta	2.12	2.17	2.17	1.82	2.38
Netherlands	2.50	2.38	2.26	2.20	2.32
Norway	2.27	2.25	2.36	1.56	2.55
Poland	2.12	2.35	2.33	1.92	2.29
Portugal	2.41	2.34	2.35	1.62	2.47
Romania	2.31	2.26	2.33	1.55	2.20
Slovak Rep.	2.02	2.27	2.39	1.39	1.98
Slovenia	2.36	2.47	2.30	1.84	2.32
Spain	2.43	2.44	2.43	1.84	2.51
Sweden	2.23	2.17	2.25	2.32	2.49
Switzerland	2.04	2.17	2.37	1.63	2.42
Turkey	2.27	2.05	2.15	1.61	2.36
United Kingdom	2.52	2.40	2.37	1.88	2.52

ischaemic heart disease, cerebrovascular disease, and asthma, bronchitis and emphysema) loose less years of their total life expectancy due to these conditions when they are treated in health care systems with a strong primary care structure, good coordination of primary care, and comprehensive services delivery. Only for people with diabetes, such an association was not evident, which we cannot explain. We also found that countries relatively strong primary care have lower socio-economic inequalities in self assessed health. This could not be

shown for asthma or diabetes. We cannot explain why this relationship was not found for asthma or diabetes. We hypothesised that patient-reported quality of primary care is lower in countries with relatively strong primary care compared to countries with relatively weak primary care. This was not confirmed, as primary care strength was not associated with patient ratings of the quality of primary care. Contrary to other studies, we found that countries with a stronger primary care structure have higher total health care expenditures.

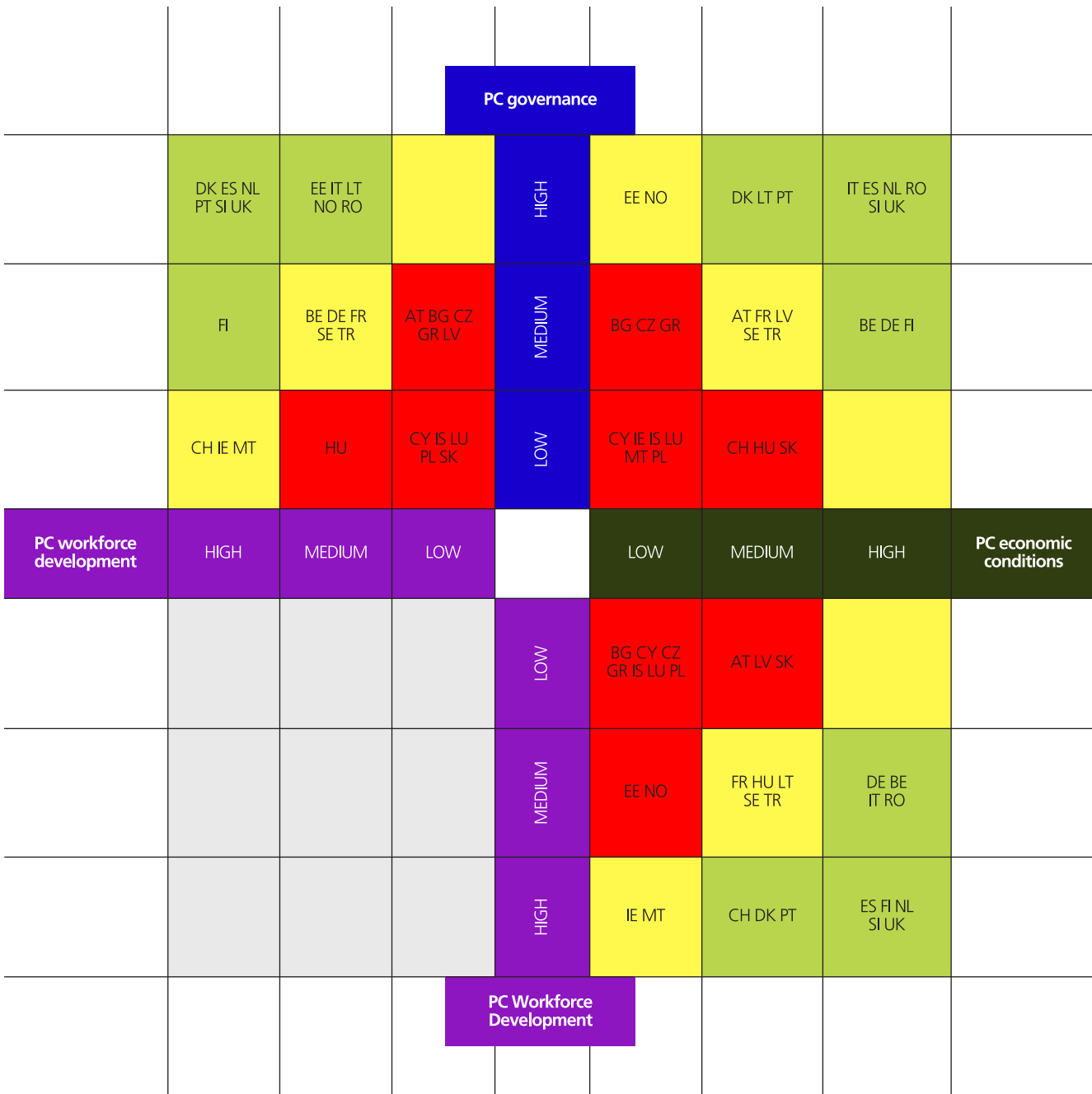


Figure 1a. Countries' strength of primary care structure by dimension.

However, countries with more comprehensive primary care have a slower growth in health care expenditures.

Strength and Limitations of this Study

This is the first European comparative study showing the contribution of PC to the performance of health care systems. Where other studies were only able to measure aspects of PC strength with a very limited number of indicators – often also outdated – this study used a comprehensive

set of indicators, measuring the complexity of PC in a recent time period (2009/10). However, the strength of PC was measured at one moment in time, and based on sources with varying levels of reliability across the 31 countries. Nevertheless, the best available data at the time of the study were used for all countries, combined with the best available data from international statistical databases and surveys. This study is limited to 31 countries, which is from a statistical point of view not ideal. Some analyses

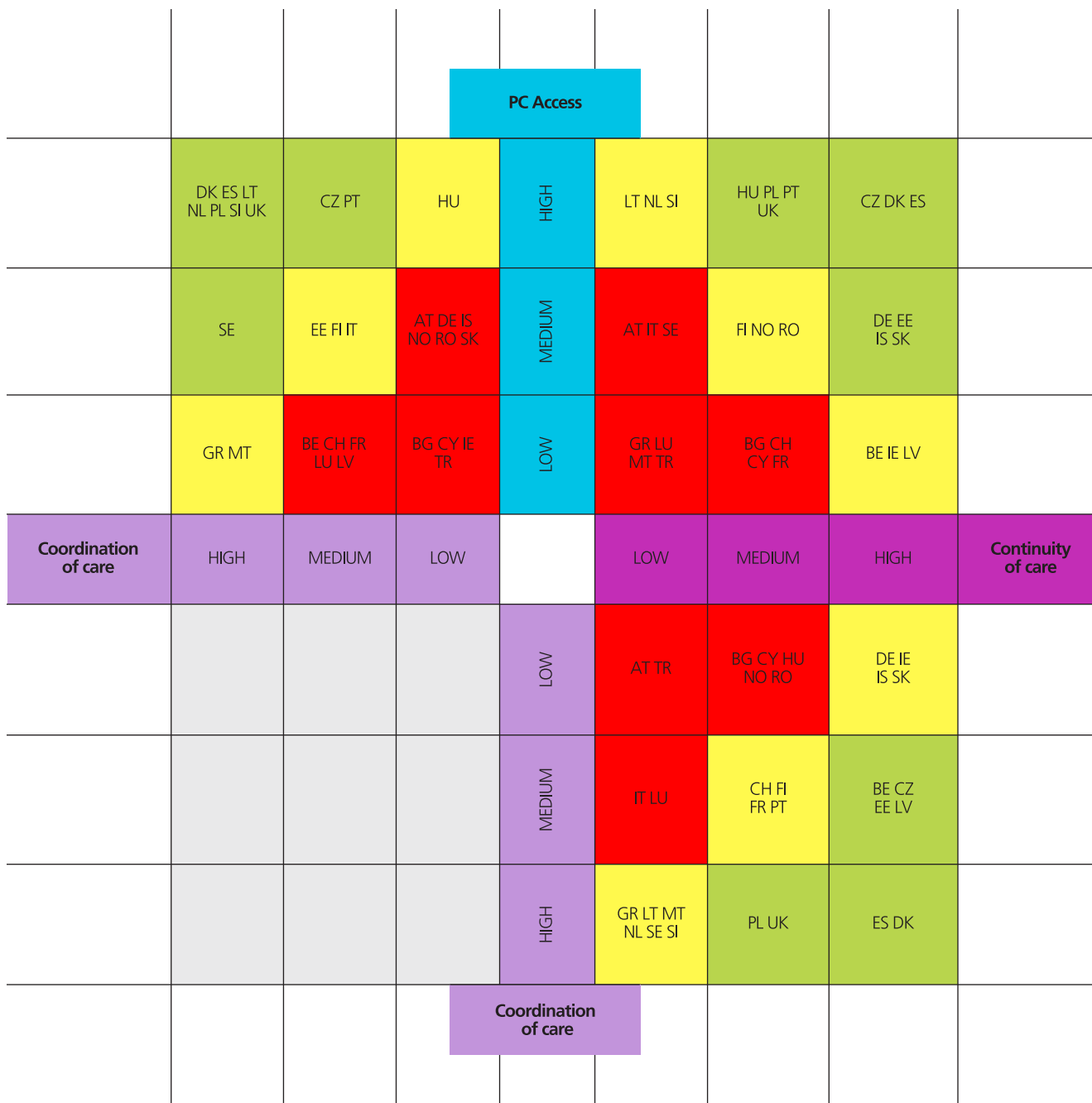


Figure 1b. Countries' strength of primary care services delivery process by dimension (excluding comprehensiveness of primary care).

could only be performed for less countries, due to limited data availability. As a result, we were not able to include the impact of potentially important context factors (e.g. culture, politics, health care system type) on the dependent variables. This would be recommended for future studies. This study should be used as a starting point for more in-depth studies on each of the complex outcome areas, preferably by also using micro level data.^[1]

Implication for Health Policy

Evaluating and Benchmarking Country Results

The thesis strengthens the evidence-base for policymakers to prioritise primary care strengthening on the health policy agenda, for funding agencies to invest in primary care research, for researchers to further improve our understanding of the functioning of primary care at meso and micro level, and for primary care professionals for the importance of their work for improving (socio-economic inequality) in health and reducing (expensive) avoidable hospitalizations.

If countries aim to improve the strength of primary care, there are a number of common issues that would need to be addressed across Europe. For example, it is worrisome that there is not always a clear governmental vision on the future direction of primary care, particularly because many countries have decentralised important primary care functions. Although decentralisation can increase the responsiveness of primary care at regional or local level, there is a risk of interregional inequities in access, financing, quality of care and ultimately health.

Countries could learn from the effectiveness of various remuneration (e.g. pay for performance) systems. There is also an urgent need for countries to take appropriate measures to tackle the threatening future workforce shortages. These could include a regular system of workforce capacity planning, raising the (financial) attractiveness of the primary care professions and increasing possibilities for task substitution. Perhaps the highest gains in access can be made by reducing the level of primary care co-payments to increase to affordability for patients. Countries should make a clear choice between demand regulation via well-accessible (gatekeeping) general practitioners or via co-payments. Cooperation and coordination between primary and secondary care might benefit from the creation of multidisciplinary professional education, teamwork, and multidisciplinary practices.

The country specific results (which will be published in a book in 2013/4) provide for each country a comprehensive description of the structure, organisation and outcomes of primary care in their country, also in comparison with others. This could be a suitable starting point for pol-

icymakers, primary care providers in each of the countries (and researchers) to further zoom in on certain (strong or weak) aspects to explore the causes and contemplate the need for improvement actions.

Monitoring Primary Care

Policy makers would be better capable of monitoring the impact of their policies on primary care, and evaluate the development of aspects of primary care if they would apply a primary care monitoring instrument on a regular basis (e.g. every 2-4 years). However, this does require a comprehensive and sound primary care information infrastructures The Primary Care Monitoring Instrument provides a sound tool for monitoring and benchmarking the strength in primary care, and to evaluate primary care in the context of their policy aims. However, in its current form the PC Monitor is very comprehensive. Depending on the monitoring goals, it would be thinkable to measure the development of only one or more primary care dimensions on set time-intervals (resulting in knowledge of trends in primary care), and perform a complete primary care evaluation exercise at less frequent, but regular time intervals. Europe-wide application of the PC Monitor has shown to result in up-to-date information on the structure and process (and to a much less degree on outcome) of primary care, variation in primary care systems across Europe and knowledge about primary care oriented policy strategies (e.g. related to accessibility or integration). By creating a basis for routine data collection, the PC Monitor could serve the need of various stakeholder groups for reliable and comparable information. Application of the Monitor will provide European and national decision makers with comprehensive comparisons of primary care policies and models of provision that may enable them to improve the effectiveness of primary care. A more generic measurement would form an excellent starting point for countries to benchmarking aspects of primary care, and select features that require a further in depth national analysis, for which the PC Monitor indicators can be used.

Strengthening Primary Care

The fact that this thesis has shown a positive association between strong primary care and health system performance with regard to avoidable hospitalizations, and (disparity in) health provides policymakers across Europe an important piece of the needed evidence to advocate further strengthening of primary care, while taking into account the limitations of the analysis. However, they will not be able to use the argument that primary care reduces health care expenditures. This may still be the case, but this thesis was not able to proof this (in fact, it showed higher total health care expenditures in countries with

strong primary care). It can be argued that when strong primary care reduces avoidable hospitalisation rates, this is a clear cost saving. In addition, it may also be plausible that the implied cost increasing effect of primary care may be more related to the national health policy agenda of countries (boosting health care expenditures), then to the performance of primary care. But this requires further investigation.

If policymakers aim to improve primary care in their country, there are a number of country specific aspects to be addressed, but also some common issues that need to be addressed across Europe (see “Evaluating and Benchmarking Country Results”). Our efficiency analysis has shown that policymakers can identify areas to improve the efficiency of primary care by using the results of our Data Envelopment Analysis, and comparing their country with suitable benchmarks. Overall, the results suggest, to improve primary care efficiency, it is particularly important to focus on strengthening access and coordination of care, and economic resources available for primary care. However, it is not necessarily the case, that when policymakers strengthen all aspects of primary care, this will also increase efficiency of the system. The integration of primary care dimensions within the health care system as a whole should be well considered when attempting to strengthen primary care, or increase efficiency.

Conclusion

Policy makers would be better capable of monitoring the impact of their policies on primary care, and evaluate the development of aspects of primary care if they would apply a primary care monitoring instrument on a regular basis. A standardized instrument for describing and comparing primary care systems has been developed based on scientific evidence and consensus among an international panel of experts, which has been tested to all configurations of primary care in Europe.

If countries aim to improve the strength of primary care, there are a number of common issues that would need to be addressed across Europe, as indicated in this study. In almost all countries high quality primary care information on comprehensive aspects of the system are lacking. There is an urgent need for policymakers and international health care organizations to invest more in improving the primary care information infrastructures, both at national and international level.

This study was able to confirm that strong PC has a positive impact on improving population health, reducing disparity in health, and avoiding unnecessary hospitalizations in Europe. However, health expenditures are currently higher in countries with relatively stronger PC. Overall, it can be concluded that in the beginning of the

twenty-first century strong PC in Europe seems to be conducive to reaching important health care system goals.

Acknowledgements

The author would like to thank W. Boerma, P. Groenewegen, J. van der Zee (Netherlands), and all PHAMEU project partners for their important contributions made, particularly in collecting the primary care data in all countries: Y. Bourgueil, T. Cartier (France); T. Dedeu (Spain); T. Hasvold (Norway); A. Hutchinson (United Kingdom); M. Lember (Estonia); M. Oleszczyk (Poland); D. Rotar Pavlič, I. Švab (Slovenia); P. Tedeschi (Italy); S. Wilm (Germany); A. Wilson (United Kingdom); A. Windak (Poland).

The authors are grateful to the PHAMEU project contributions made by D. Aarendonk (European Forum for Primary Care), H. Abholz (Germany), B. Bolibar (Spain), B. Christensen (Norway), and E. Frigola (Spain).

Special thanks go out to all PHAMEU national coordinators contributing to the primary care data collection: M. Sprenger (Austria); L. Ryssaert (Belgium); P. Salchev (Bulgaria); G. Samoutis (Cyprus); B. Seifert (Czech Republic); Johan Sahl Andersen (Denmark); K. Winell (Finland); M. Redaelli, D. Simic (Germany); C. Lionis, A. Saridaki (Greece); P. Vajer, I. Rurik (Hungary); S. Veide, K. Pölluste (Latvia); V. Kasiulevičius (Lithuania); M. Aubart, J. Leners, R. Stein (Luxembourg); J. K. Soler, M. R. Sammut (Malta); Thomas Hasvold, Knut Gaute Vardenær (Norway); C. Fonseca, L. Pisco, A. Gouveia (Portugal); R. Miftode, A. Balan, Z. Farkas Pall (Romania); E. Jurgova (Slovakia); R. Brinovec Pribaković (Slovenia); J. Gené, C. Pareja, C. Violan (Spain); Göran Carlsson, Ingvar Ovhed (Sweden); N. Senn, J. Cornuz (Switzerland); M. Akman (Turkey).

References

1. Kringos DS. The strength of primary care in Europe. Utrecht: Utrecht University/NIVEL; 2012. ISBN: 978-94-6122-154-4.
2. Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65-78.
3. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract* 2010;11:81-98.
4. Kringos DS, Boerma WGW, Bourgueil Y, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract [In Press]*. Accepted for publication.
5. Pelone F, Kringos DS, Spreeuwenberg P, De Belvis AG, Groenewegen PP. How to achieve an optimal organization of primary care services delivery at system level: lessons from Europe. *Int J Qual Health Care* 2013; 25:381-93.
6. Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff (Millwood)* 2013;32:686-94.

Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları

The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study

Dionne Sofia Kringos¹

Sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu (artan maliyetler ve multimorbidite gibi) önemli zorluklarla mücadelede, bu sistemlerin birinci basamak sağlık hizmetleri düzeyinde güçlendirilmelerinin ne kadar önemli olduğu giderek daha fazla vurgulanmaktadır. Hollanda'da Sağlık Sistemleri Araştırmacısı olan Dionne Sofia Kringos'un yakın zamanda yayınlanmış doktora tezi Avrupa'da birinci basamağı (ve onun gücünü) oluşturan bileşenleri ve bunların sağlık sistemi çıktıları üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamaktadır.^[1] Bu makalede söz konusu tezin iki ana araştırma sorusu çerçevesindeki sonuçları (Bu araştırma soruları çeşitli yayınlarda detaylı ele alınmıştır^[2-6]):

1. Avrupa'da birinci basamak (ve onun gücü) nasıl ölçülebilir ve karşılaştırılabilir?
2. Görece güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerin sağlık sistemi çıktıları, bu alanda görece zayıf olan ülkelere kıyasla daha mı iyidir?

Avrupa'da Birinci Basamağın Gücünün Ölçülmesi

Birinci basamak çok boyutlu bir kavram olarak tanımlanabilir. Birinci basamağın gücü yapı, işleyiş (hizmet sunumu) ve çıktı düzeylerinde on ana boyutta değerlendirilebilir. Birinci basamağın gücü, bu boyutlardan her birinin sağlık sistemi içinde ne ölçüde gelişmiş olduğu ile ilişkilidir.^[2]

Birinci basamak yapısal olarak üç boyuttan oluşmaktadır:

1. **Birinci basamak yönetimi:** Yönetim, birinci basamağın tüm yönlerini gözetken son derece önemli bir işlevdir. Bu boyut, sağlık (hizmeti) politikasının vizyonunun ve yönünün tanımlanması işlevlerini kapsar ve düzenlemeler ve savunuculuk (örn. hasta haklarının korunması) yoluyla ve bilgi (örn. performans değerlendirilmesi veya kalite yönetimi için) toplayarak ve toplanan bilgiyi kullanarak gerçekleştirilebilir.
2. **Birinci basamağın ekonomik koşulları:** Birinci basamağın ekonomik koşulları büyük oranda sağlık hizmet-

lerinin finansmanı (örn. vergiler, sağlık sigortası ve özel sektör), sağlık hizmetleri ve birinci basamak için yapılan toplam harcama, birinci basamak sağlık hizmeti sunucularının istihdam yöntemi (örn. maaşlı çalışan ve devlet memuru olan veya sağlık hizmeti sunan kurumlar veya sigortalarla sözleşmeli olan veya olmayan özel çalışan hizmet sunucuları) ve birinci basamak çalışanlarının gelirleri ile ilişkilidir.

3. **Birinci basamak işgücü gelişmişliği:** Birinci basamak işgücü, bir ülkede birinci basamağı oluşturan tüm çalışanlar (örn. meslek grupları ve onların eğitim gereksinimleri) ve bunların sağlık sistemi içindeki yerleri (örn. sahip oldukları saygınlık ve sorumluluklar) ile şekillenir. Birinci basamak sağlık hizmeti sunumu dört boyutta değerlendirilebilir:

4. **Birinci basamak sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği:** Birinci basamağın ulaşılabilirliği bu alandaki sağlık hizmetlerine erişimin ne derece kolay olduğu şeklinde tanımlanabilir. Birinci basamak ideal olarak yaş, cinsiyet veya başka bir kişisel özellikten bağımsız olarak herhangi bir sağlık sorunu yaşayan her birey için ulaşılabilir olmalıdır. Birinci basamak herhangi bir bireyin sağlık hizmetine gereksinim duyduğunda ulaşabileceği şekilde örgütlendiğinde, sağlık sorunları daha ciddi hale gelmeden tedavi edilebilirler. Birinci basamağa ulaşımında, diğer faktörlerin yanı sıra, konsültasyonlar için saptanan mali eşikler ve birinci basamağın coğrafi nitelikleri de belirleyicidir.
5. **Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sürekliliği:** Bakımın sürekliliği en iyi şekilde, üç boyuttaki hiyerarşi ile tanımlanabilir: Bilgisel, boylamsal ve kişiler arası süreklilik. Bilgisel süreklilik, hasta ile ilgilenen hekimin, bireyin daha önce başvurduğu sağlık kurumlarından bağımsız olarak, geçmiş sağlık öyküsü hakkında kapsamlı bilgiye ulaşabilmesi olarak tanımlanabilir. Boylamsal süreklilik ise bireyin pek çok bakım epizodu nedeniyle karşılaştığı birinci basamak hekimi ile kurduğu sürekli ilişkiyi temsil eder. Birey ile aynı birinci

¹ Amsterdam Üniversitesi Akademik Tıp Merkezi Sosyal Tıp Bölümü, Doktora Sonrası Sağlık Hizmetleri Araştırmacısı, Amsterdam, Hollanda
*Çeviren: Tolga Günvar, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Doç. Dr., İzmir, Türkiye

basamak ekibi arasında süregelen etkileşimin varlığı ile tanımlanabilir. Sürekliliğin kişiler arası boyutu ise boylamsal ilişkinin niteliğini ifade etmektedir. Bu nitelik ideal olarak, hasta ile birinci basamak hekimi arasında kurulan güven ve sadakat temeline oturmuş ve kapsamlı, eşgüdümlü bir hizmet verme sorumluluğunun hissedildiği bir hasta - hekim ilişkisidir.

6. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin eşgüdümü:

Eşgüdüm, temel olarak, birinci basamak hekiminin sağlık hizmetlerinin diğer bileşenlerinin kullanımını konusunda rehberlik yaparak hastanın gereksinimlerinin karşılanmasında tüm hizmet sunucularının birlikte çalışmasını sağlama becerisidir. Birinci basamak sağlık hizmeti, içinde medikal veya paramedikal çalışanlar, terapistler ve sosyal hizmet uzmanlarının da bulunduğu pek çok disiplin tarafından verilebildiği için bu düzeyde de bakımın eşgüdümünün sağlanması önemlidir. Bu nedenle birinci basamağın güçlü bir eşgüdüm rolü oynayabilmesi için gerek birinci basamak hizmet sağlayıcıları arasında gerekse birinci basamak ile sağlık sisteminin diğer düzeyleri arasında eşgüdümü güvence altına alacak mekanizmaların geliştirilmesi ve uygulamaya konulması gerekmektedir. Hem hastalarla hem de sağlık sisteminin birinci ve ikinci basamak kesişme düzeyinde etkin bir iletişim, eşgüdümlü bir hizmet için vazgeçilmezdir. Bunu sağlayabilmek için sağlık sisteminin farklı basamaklarında çalışan sağlık çalışanlarının rollerinin birbirini tamamlayan özelliği tanınmalıdır. Bir bireye sağlık sistemi içinde sorunsuz ve pürüzsüz bir hizmet sunulması ancak sağlık sisteminin farklı basamaklarında görev yapan sağlık çalışanlarının birbirini tamamlayan işlevleri yerine getirmeleri ile mümkün olabilir. Eşgüdüm olmaksızın sunulan sağlık hizmeti bir bütünlükten yoksun ve parçalı bir niteliğe sahip olacaktır. Bu da en çok kronik veya birden fazla sağlık sorunu olan bireyleri etkileyecektir.

7. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin kapsamlılığı:

Birinci basamak, sağlık sistemi içinde en geniş ve kapsamlı hizmetin sunulduğu alandır. Geniş bir yelpazede, toplumun en temel gereksinimlerinin karşılanmasını amaçlar. Birinci basamak hizmet sunucuları tarafından sağlanan BB hizmetlerinin kapsamlılığını belirleyen, dört temel alan bulunmaktadır: İlk olarak tüm akut sağlık sorunları (örn. çocukların, kadınların sağlık sorunları veya psiko-sosyal sorunlar) için ilk temas noktası olarak hizmet verilmesi; ikinci olarak, küçük cerrahi veya tetkik amaçlı girişimler gibi işlemlerin ne ölçüde yapılabildiği; üçüncüsü akut veya kronik sorunları olan bireylerde hastalık yönetimi ve dördüncüsü de koruyucu sağlık hizmetleri ve sağlık eğitiminin ne ölçüde verilebildiği.

Birinci basamak sağlık hizmetinin çıktıları ise en azından 3 boyutta incelenmelidir: (1) Birinci basamağın kalitesi, (2) Birinci basamağın etkinliği ve (3) Sağlıkta eşitlik.

Birinci basamağın saptanan bu boyutlar temelinde ölçülebilmesi ve ülkeler arasında karşılaştırma yapılabilmesi için kullanılacak göstergeler belli özelliklere sahip olmalıdır. Bu özellikler uygunluk (söz konusu boyutun özünü içermek), hassaslık (verinin kolayca doldurulmasını sağlayacak hassaslıkta formüle edilmiş olmak), esneklik (ülkeler arasında çeşitlilik gösteren sağlık sistemleri ile uyumlu olabilmek), ayırt edicilik (geniş bir yelpazede olası tüm yanıtları içermek) olarak sıralanabilir. Bir sistemik literatür derlemesine ve uzman görüşlerine dayanarak saptadığımız birinci basamak boyutlarını ölçecek göstergeler geliştirdik.^[3] Her boyut, ancak her biri boyutun ana yönlerini temsil eden bir grup gösterge ile ölçülebilecek, kendi başına karmaşık bir kavramdır. Her ne kadar saptadığımız bu on boyuttan dokuz için göstergeler tanımlayabilmiş olsak da, bugün sahip olduğumuz bilgilerle sağlıkta eşitlik boyutu için gereken geçerlilik, uygunluk ve ölçülebilirliğe sahip birinci basamağa özgü göstergeleri geliştiremeyeceğimiz ortaya çıkmıştır. Sonuç olarak niteliksel ve niceliksel 99 gösterge aracılığı ile birinci basamağın 9 boyutta gücünü ölçülebilecek bir "Birinci Basamak İzleme Aracı" geliştirmiş olduk.^[3]

Veri Toplama Yöntemi

Veriler, 2009 yılının 10. ayı boyunca, Avrupa Birliği'ne (AB) üye 27 ülkeye ek olarak Türkiye, İsviçre, Norveç ve İzlanda'dan oluşan 31 Avrupa ülkesinde, Avrupa için Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri İzlemi Projesi paydaşlarının da dahil olduğu birinci basamak uzmanları tarafından, türdeş bir veri toplama stratejisi kullanılarak toplanmıştır. Bazı göstergeler için gerekli veriler uluslararası veri tabanlarından veya yayınlardan elde edilmiştir. Bu kaynaklardaki veriler, proje paydaşlarının bildikleri dillerde sunulan ulusal kaynaklar (örn. ulusal istatistik kurumlarının ve önemli sağlık sistemi paydaşlarının web siteleri veya literatür veri tabanları) ile tamamlanmıştır. Buna ek olarak proje ekibinin bilmediği dillerde yazılmış, bir anlamda gri bölgede kalan literatür veya makalelere ve bu şekilde kayıp bilgilere ulaşmak, uzlaşma temelli bilgi edinmek ve ülke sonuçlarını doğrulamak için ulusal uzmanlara danışılmıştır.

Bütün göstergelerin söz konusu 31 ülkeye uygulanması, "birinci basamağın gücü" denilen kuramsal kavramın tek (özet) bir ölçüm veya skor ile yansıtılamayacağını ortaya koymuştur.^[4] Sonuçlar ülkelerin yapısal düzeydeki birinci basamak yönelimlerinde, işleyiş düzeyindeki kıyasla daha farklı davrandıklarını ortaya koymuştur. Ülkeler üç yapısal boyutta da (yönetim, ekonomik koşullar ve işgücü gelişmişliği) tutarlı (güçlü, orta, zayıf) bir birinci basamak yönelimine sahiptirler. Bu nedenle birinci basamağın yapısal düzeydeki gücünü her bir ülke için tek bir skor ile ifade etmek mümkün olabilmıştır (bkz. Tablo 1). Ancak ülkelerin birinci basamak hizmet sunumunu nasıl organize ettiklerine bakıldığında tablonun daha heterojen (daha bulaşık) olduğu görülmektedir (bkz. Tablo 1). Ülkelerde birinci basamağın ulaşılabilirliği, sürekliliği, eşgüdümü ve kap-

samlılığı arasında bir korelasyon yoktur. Bizim bulgularımıza göre birinci basamağın ulaşılabilirliği ve eşgüdümü yüksek olan ülkeler genel olarak yapısal açıdan da daha güçlüdürler. Yine birinci basamağın eşgüdümü açısından güçlü olan ülkeler aynı zamanda birinci basamak yönetimi ve işgücü gelişmişliği açısından da güçlüdürler.

Hizmet sunumu ile ilişkili boyutlar arasında bir korelasyonun olmaması birinci basamağın işleyiş açısından gücünün ancak bu dört boyutun ayrı ayrı değerlendirilmesi ile incelenebileceğini ortaya koymaktadır.

Şekil 1a ve 1b ülkelerin birinci basamak boyutları açısından durumlarını renkler yardımı ile güçlü (yeşil) orta (sarı) zayıf (kırmızı) olarak özetlemektedir.

Birinci Basamağın Gücü Açısından Farklılıklar

Ülkelerin birinci basamakları, hem yapısal hem de işleyiş açısından güçlü, orta ve zayıf olarak gruplanabilir (bkz. Şekil 1a ve 1b).^[4] Bu ayırım her bir boyut ile ilişkili

ülke verilerindeki farklılıkların neyin güçlü, neyin orta ve neyin zayıf olarak değerlendirilmesi gerektiğini söyleyen bilimsel kanıtlar eşliğinde yorumlanması ile yapılır. Her bir boyut açısından ülkeler arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin her üç boyutu (yönetim, ekonomik koşullar ve işgücü gelişmişliği) da göz önüne alarak Danimarka, Finlandiya, İtalya, Hollanda, Portekiz, Romanya, Slovenya, İspanya ve İngiltere'nin yapısal olarak görece güçlü bir birinci basamağa sahip olduklarını söyleyebiliriz. Çalışmada aynı zamanda üç yapısal boyut ve dört hizmet sunumu boyutu arasındaki ilişki ve bir grup ülke için teknik etkinlik analizi yapılarak dört hizmet sunumu boyutu ile bakımın kalitesi arasındaki ilişki incelenmiştir.^[5] Ülkelerin birinci basamaklarının gücü, sistemlerin görece etkili olma durumları ile karşılaştırıldığında, görece güçlü bir birinci basamağa sahip bazı ülkelerin en etkin sistemler arasında yer almadıklarını görmekteyiz. Başka bir deyişle görece güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerin pek azı (Hollanda, Portekiz, Finlandiya, Litvanya, Estonya) görece etkin bir sisteme sahip

Tablo 1. Birinci basamak boyutlarının ülkelere göre gücü, 2009/2010 – 1'den (zayıf birinci basamak) 3'e (güçlü birinci basamak) değişen

	BB yapısı	Erişilebilirlik	Süreklilik	Eşgüdüm	Kapsamlılık
Avusturya	2.22	2.27	2.19	1.38	2.33
Belçika	2.21	2.13	2.38	1.70	2.53
Bulgaristan	2.14	2.15	2.33	1.44	2.54
Kıbrıs	1.91	2.11	2.32	1.49	2.19
Çek Cumhuriyeti	2.14	2.35	2.41	1.64	2.33
Danimarka	2.38	2.46	2.43	1.96	2.40
Estonya	2.29	2.21	2.42	1.71	2.41
Finlandiya	2.31	2.20	2.32	1.74	2.51
Fransa	2.16	2.06	2.33	1.63	2.47
Almanya	2.20	2.25	2.38	1.38	2.34
Yunanistan	2.10	2.08	2.25	1.96	2.17
Macaristan	2.08	2.34	2.33	1.46	2.29
İzlanda	1.77	2.28	2.40	1.60	2.42
İrlanda	2.20	1.96	2.38	1.57	2.36
İtalya	2.33	2.27	2.31	1.73	2.13
Letonya	2.14	2.15	2.38	1.65	2.41
Litvanya	2.27	2.29	2.30	1.98	2.56
Lüksemburg	1.90	2.03	2.31	1.63	2.42
Malta	2.12	2.17	2.17	1.82	2.38
Hollanda	2.50	2.38	2.26	2.20	2.32
Norveç	2.27	2.25	2.36	1.56	2.55
Polonya	2.12	2.35	2.33	1.92	2.29
Portekiz	2.41	2.34	2.35	1.62	2.47
Romanya	2.31	2.26	2.33	1.55	2.20
Slovakya	2.02	2.27	2.39	1.39	1.98
Slovenya	2.36	2.47	2.30	1.84	2.32
İspanya	2.43	2.44	2.43	1.84	2.51
İsveç	2.23	2.17	2.25	2.32	2.49
İsviçre	2.04	2.17	2.37	1.63	2.42
Türkiye	2.27	2.05	2.15	1.61	2.36
İngiltere	2.52	2.40	2.37	1.88	2.52

tir. Aynıısı birinci basamakları görece zayıf olup etkin bir sisteme sahip ülkeler (örn. Lüksemburg, Bulgaristan, Macaristan) için de geçerlidir. Bu bulgu, sistemin bütünü ile uyumunu gözetmeden boyutların kendi başlarına geliştirilmelerinin, hem etkin hem de güçlü bir birinci basamak yolunda, politika yapıcılar açısından yeterli olmadığına işaret etmektedir.

Neredeyse tüm ülkelerde, sistemin kapsamlılık boyutunun tüm yönleriyle ilgili olarak yüksek nitelikli birinci basamakta bilgileri eksiktir. Hem politika yapıcıların hem de uluslararası örgütlerin, birinci basamak bilgi altyapıları-

nın hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gelişimini sağlayacak yatırımlar yapmalarına acilen gereksinim vardır.

Güçlü Bir Birinci Basamağın Sağlık Sistemi Çıktılarına Katkısı

Güçlü bir birinci basamağın sağlık sisteminin önemli hedeflerine ulaşılmasında merkezi bir role sahip olduğunu daha önce göstermiştik.^[6] Birinci basamağın yapısı, ulaşılabilirliği, eşgüdümü ve kapsamlılığı, birinci basamakta da tedavi edilebilecek durumlar için gereksiz has-

				BB yönetimi				
	DK ES NL PT SI UK	EE IT LT NO RO		YÜKSEK	EE NO	DK LT PT	IT ES NL RO SI UK	
	FI	BE DE FR SE TR	AT BG CZ GR LV	ORTA	BG CZ GR	AT FR LV SE TR	BE DE FI	
	CH IE MT	HU	CY IS LU PL SK	DÜŞÜK	CY IE IS LU MT PL	CH HU SK		
BB işgücü gelişmişliği	YÜKSEK	ORTA	DÜŞÜK		DÜŞÜK	ORTA	YÜKSEK	BB ekonomik koşulları
				DÜŞÜK	BG CY CZ GR IS LU PL	AT LV SK		
				ORTA	EE NO	FR HU LT SE TR	DE BE IT RO	
				YÜKSEK	IE MT	CH DK PT	ES FI NL SI UK	
				BB işgücü gelişmişliği				

Şekil 1a. Boyutlara göre ülkelerin birinci basamak yapılanmasının gücü.

tane yatışlarının önlenmesinde anahtar role sahiptirler. Görece güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerin, aynı zamanda, halk sağlığı açısından da daha iyi olduklarını gösterdik: Yönetimine birinci basamağın da önemli katkı sunduğu hastalıklara (örn. iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalık, astım, bronşit ve amfizem) sahip bireyler, güçlü bir birinci basamağa sahip bir sağlık sistemi içinde sağlık hizmet aldıklarında, bu hastalıklara bağlı toplam yaşam beklentisindeki düşüş daha az olmuştur. Yalnızca diyabet hastalarında böyle bir düşüş saptanmamıştır. Bu bulguyu açıklayamıyoruz. Bulgularımızdan bi-

ri de güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerde sosyo-ekonomik eşitsizliklerin kişinin kendi sağlık değerlendirmesine daha az yansıtıldığıdır. Bu astım ve diyabet için gösterilememiştir. Bu da çalışmamızın açıklayamadığımız sonuçlarından biridir. Hipotezlerimizden biri, güçlü bir birinci basamağa sahip olan ülkelerde birinci basamağın hasta beyanına dayalı kalitesinin, görece zayıf ülkelere göre daha düşük olacağı idi. Bu hipotezimiz doğrulanmamıştır. Birinci basamağın gücü ile hasta beyanına dayalı kalitesi arasında bir ilişki saptanmamıştır. Diğer çalışmaların aksine bizim çalışmamızda, birinci basamağın gücü

BB ulaşılabilirlik								
	DK ES LT NL PL SI UK	CZ PT	HU	YÜKSEK	LT NL SI	HU PL PT UK	CZ DK ES	
	SE	EE FI IT	AT DE IS NO RO SK	ORTA	AT IT SE	FI NO RO	DE EE IS SK	
	GR MT	BE CH FR LU LV	BG CY IE TR	DÜŞÜK	GR LU MT TR	BG CH CY FR	BE IE LV	
Bakımın eşgüdümü	YÜKSEK	ORTA	DÜŞÜK		DÜŞÜK	ORTA	YÜKSEK	Bakımın sürekliliği
				DÜŞÜK	AT TR	BG CY HU NO RO	DE IE IS SK	
				ORTA	IT LU	CH FI FR PT	BE CZ EE LV	
				YÜKSEK	GR LT MT NL SE SI	PL UK	ES DK	
				Bakımın eşgüdümü				

Şekil 1b. Boyutlarına göre ülkelerin BB hizmet sunumlarının gücü (bakımın kapsamılığı dışında).

arttıkça ülkelerin toplam sağlık harcamalarının da arttığı saptanmıştır. Bununla birlikte, bizim sonuçlarımıza göre, daha kapsamlı bir birinci basamağa sahip ülkelerde toplam sağlık harcamaları daha düşük bir hız ile artmaktadır.

Çalışmanın Güçlü ve Zayıf Yönleri

Bu çalışma, Avrupa’da birinci basamağın sağlık sistemi performansına katkısını karşılaştırmalı olarak gösteren ilk çalışmadır. Diğer çalışmalar birinci basamağın gücünü, yalnızca bazı boyutlarda, sınırlı (ve genellikle güncelliğini yitirmiş) göstergeler ile ölçerken, bu çalışmada boyutlar tüm karmaşıklıkları ile birlikte kapsamlı bir gösterge seti aracılığı ile daha güncel (2009/10) bir şekilde ölçülmüştür. Bununla birlikte, kesitsel olan bu ölçümde 31 ülkeden elde edilen, değişken güvenilirliğe sahip kaynaklar kullanılmıştır. Ancak çalışma sırasında her bir ülke için ulaşılabilecek en iyi verilere ulaşılmış ve bu veriler elde olan en iyi uluslararası istatistik ve araştırma veri tabanları ile kombine edilmiştir. Bu çalışma 31 ülke ile sınırlıdır. İstatistiksel açıdan bu durum, ideal olmaktan uzaktır. Verilerin sınırlılığına bağlı olarak bazı analizler sadece bazı ülkeler için yapılabilmektedir. Bunun bir sonucu olarak bağlamla ilgili bazı olası önemli faktörlerin (kültür, politika ve sağlık sistemi tipi) etkisini inceleyemedik. Bu etkiyi inceleyecek çalışmaların yapılması önerilir. Bu çalışma, her bir karmaşık çıktı alanını, tercihen de mikro düzeyde verileri de dahil ederek, daha derinlemesine inceleyecek çalışmalar için başlangıç noktası oluşturmaktadır.^[1]

Sağlık Politikası için Çıkarımlar

Ülke Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Bu tez, politika yapıcılar için sağlık politikaları gündeminde birinci basamağın güçlendirilmesine öncelik vermelerine, fon sağlayan kurumlar için birinci basamak araştırmalarına yatırım yapmalarına, araştırmacılar için birinci basamağın mezo ve mikro düzeyde nasıl işlediği ile ilgili kavrayışımızı geliştirmelerine ve birinci basamak çalışanları için işlerinin sağlıktaki sosyoekonomik eşitsizlikleri giderme ve kaçınılabilir hastane yatışlarını azaltmada ne kadar önemli olduğunun farkına varmalarına katkıda bulunacak kanıta dayalı veri tabanını güçlendirmiştir.

Eğer ülkeler birinci basamaklarını güçlendirmek istiyorlarsa Avrupa genelinde göz önüne alınması gereken bazı ortak konular vardır. Örneğin, birinci basamağın ne yöne gideceği konusunda açık yönetsel bir vizyonun eksikliği kaygı vericidir. Bu durumun en temeldeki nedeni pek çok ülkenin önemli birinci basamak işlevlerinde desantralizasyona (yerelleşme) gitmiş olmasıdır. Her ne kadar desantralizasyon bölgesel veya yerel düzeyde birinci basamağın farklı gereksinimlere yanıt verebilirliğini artırabilse de ulaşılabilirlik, finansman, bakım kalitesi ve sonuçta sağlık açısından bölgeler arası eşitsizliklere yol açma riski taşımaktadır.

Ülkeler çeşitli ödeme (örn. performans başı ödeme) sistemlerinin etkinliği konusunda birbirlerinin deneyimlerinden yararlanabilirler. Aynı zamanda, ileride önemli işgücü sıkıntısı çekecek ülkeler acilen bununla ilgili gerekli önlemleri almalıdırlar. Bu önlemler arasında sistemli bir işgücü planlaması, birinci basamağın (finansal) çekiciliğinin ve görev değişimi olanaklarının artırılması sayılabilir. Katkı paylarının azaltılması olasılıkla ulaşılabilirliğin artırılmasının en güvenceli yolu olacaktır. Ülkeler, talebi sınırlamak için katkı payı uygulaması veya ulaşılabilir (sevk zinciri ile zorunlu giriş noktası olma) aile hekimleri arasında net bir seçim yapmalıdırlar. Multidisipliner meslek eğitimleri, ekip çalışması ve multidisipliner uygulama, birinci basamak ve ikinci basamak arasındaki işbirliği ve eşgüdümün artmasına katkıda bulunacaktır.

2013 Nisan ayında yayınlanan kitapta yer alan ülkelere özgü sonuçlar, her bir ülke için kendi birinci basamağının yapısal, örgütsel ve çıktılar açısından kapsamlı bir portresini sunmaktadır. Ülkeler aynı zamanda kendilerini diğer ülkeler ile karşılaştırma fırsatı bulabilirler. Bu, her ülkedeki politika üreticilerinin, araştırmacıların ve birinci basamak çalışanlarının, kendi ülkelerinin güçlü veya zayıf yönlerini inceleyerek, bunların nedenlerini bulmaları ve bu bilgileri birinci basamağı güçlendirmek için kullanmaları yönünde iyi bir başlangıç noktası oluşturabilir.

Birinci Basamağın İzlenmesi

Politika yapıcılar, uyguladıkları politikaların birinci basamak üzerindeki etkisini izleyebilmeli ve düzenli uygulanacak (örn. 2-4 yıl) bir izleme aracı ile birinci basamağın çeşitli yönlerinin gelişimini değerlendirebilmelidirler. Ancak bunun için kapsamlı ve sağlam bir birinci basamak bilgi altyapısına gereksinim vardır. “Birinci Basamak İzleme Aracı” birinci basamağın gücünün izlenmesi ve politik amaçlar doğrultusunda değerlendirilmesi için sağlam bir yapı sunmaktadır. Ancak şu andaki hali ile bu “Birinci Basamak İzlemi” çok kapsamlıdır. İzlemenin amaçlarına bağlı olarak bir ya da birkaç boyutta, belirlenmiş zaman aralıklarında düzenli olarak ölçüm yapılması (bu şekilde eğilimlerin saptanması) birinci basamağın bütüncül değerlendirilmesinin ise yine düzenli ancak daha seyrek aralıklar ile yapılması düşünülebilir. İzlemenin Avrupa çapında uygulanmasının birinci basamağın yapı ve işlevi (bir dereceye kadar da çıktıları), ülkeler arasındaki farklılıklar ve birinci basamak yönelimli politik stratejiler (örn. ulaşılabilirlik ve entegrasyon) ile ilgili güncel bilgi sağladığı gösterilmiştir. “BB İzlemi” rutin veri toplanması için bir temel oluşturarak çeşitli paydaşların güvenilir ve karşılaştırılabilir bilgi gereksinimini karşılamaktadır. İzlemin yapılması Avrupa düzeyinde veya ulusal düzeydeki karar alıcılara birinci basamak politikalarının ve hizmet sunumu modellerinin kapsamlı bir karşılaştırmasını sunarak birinci basamağın etkinliğini artırmak yönündeki çalışmalarına destek verecektir.

Daha genelleyici bir ölçüm birinci basamağın mihenk taşlarını belirlemek ve daha derinlemesine ulusal analizlerin yapılması gereken noktaları saptamak açısından ülkeler için mükemmel bir başlangıç noktası oluşturacaktır.

Birinci Basamağın Güçlendirilmesi

Analizdeki kısıtlılıklar göz ardı edilmeden, bu tez tarafından ortaya konan, güçlü bir birinci basamak ile kaçınılabılır hastane yatışlarındaki azalma ve eşitsizliklerin giderilmesi temelinde ölçülen sağlık sistemi performansı arasındaki pozitif ilişki, Avrupa'daki politika belirleyicilere, birinci basamağın daha da güçlendirilmesi gerektiğini savunabilmeleri için gereken kanıtı sunmaktadır. Bununla birlikte birinci basamağın sağlık harcamalarını azalttığı yönündeki tezi artık kullanamayacaklardır. Durum gerçekte hala böyle olabilir; ancak bu tez bunu gösterememiş, aksine güçlü birinci basamağın toplam sağlık harcamalarını arttırdığı yönünde bir bulgu elde etmiştir. Ancak güçlü bir birinci basamağın kaçınılabılır hastane yatışlarını azalttığı söylenebilir ki bu da açıkça maliyeti azaltan bir olgudur. Buna ek olarak birinci basamağın toplam sağlık harcamalarındaki artırıcı etkisinin birinci basamağın performansından çok ülkelerin sağlık harcamalarını artıran politikaları ile ilgili olduğu ileri sürülebilir. Ancak bunların hepsi araştırılması gereken savlardır.

Eğer politika belirleyiciler kendi ülkelerinde birinci basamağı geliştirmek istiyorlarsa, ülkeleri özelinde çözüm üretmeleri gereken bir dizi konuya ek olarak Avrupa genelinde de benzer bir yaklaşım sergilemelidirler (*bkz.* Ülke Sonuçlarının Değerlendirilmesi).

Etkinlik analizimiz, politika yapımcıların birinci basamağın etkinliğini artırmak için ağırlık vermeleri gereken alanları, bizim Veri Zarflama Analizi sonuçlarımızı kullanarak saptayabileceklerini ve kendi ülkelerinin sonuçlarını uygun nirengi noktaları ile karşılaştırabileceklerini göstermektedir. Toplamda sonuçlar, birinci basamağın etkinliğinin artırılabilmesi için ulaşılabilirlik, eşgüdüm ve birinci basamağın ekonomik kaynaklarının özellikle güçlendirilmesi gereken alanlar olduğunu düşündürmektedir. Ancak mutlaka böyle olmak zorunda değildir. Politika yapımcılar birinci basamağın bütün bileşenlerinin güçlendirilmesi yoluna gittiklerinde bu aynı zamanda sistemin etkinliğini de artıracaktır. Birinci basamağın güçlendirilmesi ve etkinliğinin artırılması için bütün boyutlarının sağlık sistemine bir bütün olarak entegre edilmesi hedeflenmelidir.

Sonuç

Politika belirleyiciler, uyguladıkları politikaların birinci basamak üzerindeki etkisini izleyebilmeli ve düzenli uygulanacak bir izleme aracı ile birinci basamağın çeşitli yönlerinin gelişimini değerlendirebilmelidirler. Bilimsel kanıtlara dayanarak ve uluslararası bir uzmanlar grubunun uzlaşısı ile birinci basamak sistemlerini tanımlayacak ve

karşılaştıracak standart bir araç geliştirilmiş ve Avrupa'da birinci basamağın tüm bileşenleri ile sınınanmıştır.

Eğer ülkeler birinci basamaklarını güçlendirmek istiyorlarsa, çalışmada vurgulandığı gibi, Avrupa genelinde çözülmesi gereken bazı ortak konular vardır. Neredeyse tüm ülkeler sağlıklı ve nitelikli bir birinci basamak bilgi ağından yoksundur. Hem politika yapımcıların hem de uluslararası örgütlerin birinci basamak bilgi altyapılarının hem ulusal hem de uluslararası düzeyde gelişimini sağlayacak yatırımlar yapmalarına acilen gereksinim vardır.

Bu çalışma güçlü bir birinci basamağın Avrupa'da toplum sağlığı, sağlıkta eşitsizliklerin ve gereksiz hastane yatışlarının azaltılmasına olumlu katkı sağlayacağını ortaya koymuştur. Bununla birlikte güçlü bir birinci basamağa sahip ülkelerde toplam sağlık harcamaları daha yüksektir.

Sonuç olarak, 21. yüzyılın başlarında Avrupa'da güçlü bir birinci basamağın, önemli sağlık sistemi hedeflerine ulaşılmasında merkezi bir role sahip olduğu söylenebilir.

Teşekkür

W. Boerma, P. Groenewegen, J. van der Zee (Hollanda), ve bütün ülkelerden birinci basamak verilerinin toplanmasındaki önemli katkılarından dolayı tüm PHAMEU projesi ortaklarına teşekkür ederim: Y. Bourgueil, T. Cartier (Fransa); T. Dedeu (İspanya); T. Hasvold (Norveç); A. Hutchinson (İngiltere); M. Lember (Estonya); M. Oleszczyk (Polonya); D. Rotar Pavlič, I. Švab (Slovenya); P. Tedeschi (İtalya); S. Wilm (Almanya); A. Wilson (İngiltere); A. Windak (Polonya).

Ayrıca PHAMEU projesine katkılarından dolayı D. Aarendonk (Avrupa Birinci Basamak Forumu), H. Abholz (Almanya), B. Bolibar (İspanya), B. Christensen (Norveç), and E. Frigola'ya (İspanya) minnettarız.

Birinci basamak verilerinin toplanmasındaki katkılarından dolayı tüm PHAMEU ulusal koordinatörlerine özellikle teşekkür ederiz: M. Sprenger (Avusturya); L. Ryssaert (Balgaria); P. Salchev (Bulgaristan); G. Samoutis (Kıbrıs); B. Seifert (Çek Cumhuriyeti); Johan Sahl Andersen (Danimarka); K. Winell (Finlandiya); M. Redaelli, D. Simic (Almanya); C. Lionis, A. Saridaki (Yunanistan); P. Vajer, I. Rurik (Macaristan); S. Veide, K. Pölluste (Letonya); V. Kasiulevičius (Litvanya); M. Aubart, J. Leners, R. Stein (Lüksemburg); J. K. Soler, M. R. Sammut (Malta); Thomas Hasvold, Knut Gaute Vardenær (Norveç); C. Fonseca, L. Pisco, A. Gouveia (Portekiz); R. Miftode, A. Balan, Z. Farkas Pall (Romanya); E. Jurgova (Slovakya); R. Brinovec Pribaković (Slovenya); J. Gené, C. Pareja, C. Violan (İspanya); Göran Carlson, Ingvar Ovhed (İsveç); N. Senn, J. Cornuz (İsviçre); M. Akman (Türkiye).

Kaynaklar

Kaynak listesi 172. sayfada verilmiştir.

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Bildiri Özetleri

Abstracts presented at the Twelfth National Family Medicine Congress,
15-19 May 2013, Kuşadası, Aydın, Turkey

Aşağıda özetleri yer alan bildiriler Aile 2013, 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi kapsamında,
15-19 Mayıs 2013 tarihlerinde, Kuşadası, Aydın'da sunulmuştur.

Sözlü Bildiriler

(SB-01 — SB-19)

SB-01

Bir üniversite hastanesi acil servisine çeşitli zaman aralıklarında yapılan önlenebilir yeniden başvuruların değerlendirilmesi

Canan Tuz¹, Gökhan Eminsoy¹, Fısın Sözen¹, Altuğ Kut¹, Meriç Çolak², Betül Akbuğa Özel³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Ankara; ²Başkent Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ankara; ³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Bir üniversite hastanesi acil servisindeki önlenebilir yeniden başvuruların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı türde retrospektif bir kayıt araştırması olan çalışmada bir üniversite hastanesi acil servisine 2010-2011 arasında başvuran 24.890 erişkin hastadan 3442'sinin yeniden başvurduğu görüldü. Grup, ilk başvurudan sonra geçen zamana göre ilk 24 saat, 24-48 ve 48-72 saat sonra başvuranlar olarak üç gruba ayrıldı. Birden fazla sayıda ve 72 saat sonrasındaki başvurular çalışma dışı bırakılarak 360 hasta çalışmaya alındı. Tanılar hastane bilgi sistemi veri tabanından alınarak ICD-10 tanı sınıflamasına göre kategorize edilip değerlendirildi. Elde edilen veriler SPSS 11.5 veri tabanına kaydedilerek analizi yapıldı.

Bulgular: Bir yıllık sürede acil servise yeniden başvuran 360 erişkin hastanın 109'u (%30.3) ilk 24 saat içinde; 40'ı (%38) 24-48 saat içinde ve 114'ü (%30.8) 48-72 saat içinde başvuruda bulundu. Yapılan varyans analizinde yeniden başvurularda yaş gruplarına göre anlamlı farklılık görülmedi. Cinsiyete göre bakıldığında kadın hastaların erkeklere göre istatistiksel yönden anlamlı olarak daha fazla başvurduğu görüldü (%61.8; %38.9, t-test). İlk 24 saat içindeki yapılan yeniden başvuruların tanılarının %78.6'sının; 24-48 saat sonra yapılan başvuruların tanılarının %67.1'inin ve 48-72 saat sonra yapılan başvuruların tanılarının %58.6'sının geliş tanılarıyla ilişkili olduğu anlaşıldı. İlk 24 saat içindeki yapılan yeniden başvuruların en sık görülen geliş tanısı %10.0'la sıvı-elektrolit bozukluğu ve %9.1'le karın ağrısıyken bunların yeniden başvurularındaki

en sık tanısı %10.9'la yine karın ağrısı oldu. İlk 24 saat içerisinde acil servise yeniden başvuran hastaların geliş tanılarıyla yeniden başvuru tanılarında istatistiksel ilişki bulunmadı. Acil servise 24-48 saat sonra yeniden başvuran hastalarda geliş tanıları en sık olarak akut tonsillit (%10.71) ve ürtikerdir (%9.28). Bu hastaların en sık yeniden başvuru tanılarını ise yine ürtiker (%7.85) ve pnömoni (%7.14) olarak bulunmuştur. 48-72 saat sonra yeniden başvuran hastaların ise ilk tanılarında karın ağrısı (%10.81) ilk sırada yer alırken en sık yeniden başvuru tanılarını %9.91 ile yine karın ağrısı ve %9.01 ile üriner sistem taşı olmuştur.

Sonuç: Yeniden başvuru oranları sağlık hizmetlerinin kalitesi ve maliyetlerinin önemli bir ölçütü olup performans değerlendirilmesinde kriter olarak kabul edilmektedir. Önlenebilir yeniden başvurular bakımından bilinen nedenler arasında tedavi sonrası bakımda, hasta takibinde ve hasta yönlendirmesinde yetersizlikler ya da hasta tercihleri bulunmaktadır. Acil servis müdahalelerinin kalitesinin artırılması, maliyetlerin ve hasta yoğunluğunun azaltılması için önlenebilir yeniden başvuru algoritmaları hazırlanabilir. Bu çalışmanın verilerinin de ortaya koyduğu üzere önlenebilir yeniden başvuruların büyük kısmında ikinci başvuru nedeni birinci basamak veya poliklinikler tarafından takip ve tedavi edilebilecek sorunlardan oluşmaktadır. Hastaların idame tedavileri ve sorunları için birinci basamak sağlık hizmetlerine ve hastalığına yönelik polikliniklere yönlendirilmesi uygun olacaktır.

SB-02

İstanbul'da Aile Sağlığı Merkezlerinde koruyucu adolesan sağlığı yaklaşımında kaçırılmış fırsatlar

Seda Arslan Özkul, Çiğdem Apaydın Kaya, Pemra Ünalın, Mehmet Akman, Serap Çiççili, Arzu Uzuner, Engin Altınöz

Marmara Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Bu çalışmanın amacı, adolesan döneme özgü koruyucu hekimlik uygulamaları ile ilgili kaçırılmış fırsatların araştırılmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Kesitsel tipte olan bu çalışma, Şubat-Mart 2013 tarihlerinde İstanbul'un Pendik İlçesi'nde bulunan Aile Sağlığı Birimlerini/hekimlerini temsil eden 112 hekime herhangi bir nedenle başvuran 10-19 yaş arasındaki adolesanlarla gerçekleştirilmiştir. Çalışma günü, hekim görüşmesinden çıkan, anlama, ifade problemi olmayan ilk beş adolesan ile yüz yüze anket yapılmıştır. Görüşmede, adolesanların son hekim görüşmesi dahil, sosyodemografik özellikleri ile döneme özgü önlenebilir risk faktörleri açısından değerlendirilip değerlendirilmediği sorgulanmıştır. Döneme özgü önlenebilir risk faktörleri, Dünya Sağlık Örgütü ve Sağlık Bakanlığı'nın önerileri doğrultusunda belirlenmiştir. Buna göre hekimler tarafından adolesanlara geçirilen kazalar, emniyet kemeri kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan (CYBH) korunma, gebelik ve gebelikten korunma, sigara, alkol ve madde kullanımı, intihar düşüncesi, diyet ve egzersiz yapma durumu konusunda sorular sorulup sorulmadığı, boy-ağırlık ve kan basıncı ölçümlerinin yapıp yapılmadığı değerlendirilmiştir. Bu sorgulamaların ve ölçümlerin yapılmamış olması koruyucu adolesan sağlığı açısından "kaçırılmış fırsat" olarak değerlendirilmiştir. İstatistiksel değerlendirmede tanımlayıcı istatistikler ile ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya yaş ortalaması 14±2.74 olan 336 adolesan katılmıştır (%47 K, %53 E). Hekime başvuru nedenleri sırasıyla; boğaz ağrısı (%19.9), öksürük (%17.0), rapor almak (%15.2), nezle (%12.5), baş ağrısı (%7.7), ateş (%6.5) ve diğer nedenler-halsizlik, sıvı, sırt ağrısı, tetkik, vs. (%21.2) idi. Adolesanların %80.4'ü kaza geçirme; %94.3'ü emniyet kemeri, %97.6'sı kask takma, %98.8'i alkollü araç kullanma, %95.2'si kavgaya karışma; %82.4'ü sigara, %97.6'sı alkol, %97.9'u madde kullanma, %66.4'ü kilo değişimi, %97.0'ı diyet yapma, %80.7'si egzersiz yapma açısından daha önce sorgulanmadıklarını; %36'sı nasıl hissettikleri, tamamı intihar düşüncesi konusunda değerlendirilmediklerini; %70.2'si tansiyonlarının, %42.6'sı boy ve ağırlıklarının hiç ölçülmediğini bildirmişlerdi. Sadece 15 yaş üzerindeki için değerlendirilen cinsel deneyim, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan ve gebelikten korunma ile ilgili değerlendirilme oranları sırasıyla %0, %2 ve %1.4 idi. Kavgaya karışma ve alkol kullanımı ile egzersiz yapma durumunun erkeklere (p=0.02; p=0.007; p=0.038), kilo değişiminin kızlara (p<0.001) daha fazla sorulduğu; tansiyon ve boy-ağırlık ölçme oranının kızlarda daha fazla olduğu (p=0.001; p=0.018) saptandı. Yaş gruplarına göre karşılaştırıldığında 15 yaş üstü grupta daha küçük yaş grubuna göre alkollü araç kullanımı, sigara, alkol ve madde kullanımı, diyet yapma yapmama ile kan basıncı ölçümleri daha fazla değerlendirilmişti (p=0.022; p<0.001; p<0.001; p=0.002; p=0.002, p=0.001). Onbeş yaş altı grupta daha büyük gruba göre kendini nasıl hissettiğinin sorgulanması ile (p=0.028); boy-ağırlık ölçümlerinin değerlendirilmesi daha fazla idi (p=0.006).

Sonuç: Çalışmamız, Pendik'te bulunan Aile Sağlığı Merkezleri'nde adolesan döneme özgü önlenebilir riskler ile ilgili fırsatların kaçırıldığını düşündürmektedir. Bu fırsatların neden kaçırıldığı konusunda araştırmalar yapılması ve gerekli eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

SB-03

Gebelikte uyku bozuklukları

Mustafa Kürşat Şahin, Gülay Şahin, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Aysin Artıran İgde, Füsün Yarış

Öndokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Uyku, bireyin yaşam kalitesini ve sağlığını etkileyen temel ve vazgeçilmez günlük yaşam etkinliklerinden biri olup fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutları olan bir kavramdır. Gebelik süresince meydana gelen hormonal ve fiziksel değişimler uyku ile ilgili önemli değişikliklere neden olmaktadır. Fetüsün büyümesiyle noktüri, bel ağrısı, bacakta kasılmalar olmaya başlamakta ve uykuyla ilgili alışkanlıklar değişmektedir. Çalışmamızda gebelikte meydana gelen uyku bozukluklarını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışma hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği'ne başvuran 120 hasta üzerinde yapıldı. Her trimesterden 40 gebe alındı. Veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplandı. Veri toplama aracı olarak sosyodemografik bilgi formu, Pittsburgh Uyku Kalitesi İndeksi, Berlin Uyku Apne Anketi, Epworth Uyukuluk Skalası kullanılmıştır. Veriler değerlendirilirken SPSS paket programı kullanıldı. P<0.05 değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Gebelerin yaş ortalaması 32.26±6.60 (19-45) idi. Tüm gebelerdeki insomnia %55.8 (67), horlama %34.2 (41), obstrüktif uyku apnesi sendromu (OUAS) %7.5 (9), orta dereceli gündüz uyukuluk hali (GUH) %31.7 (38), hafif dereceli gündüz uyukuluk hali %63.3 (76), gebeliğe özel uyku bozukluğu %76.7 (92) sıklıkta görülmekteydi. Gebeliğe özel durumlardan gece sık idrar gitme %67.5 (81), kusma %30 (36), göğüste dolgunluk %27.5 (33), bacaklarda kasılma %53.3 (64), kabus görme %16.7 (20), bel ağrısı %57.5 (69) oranında saptandı. İnsomnia 1. trimesterde anlamlı olarak artmakta (p=0.001) ve 3. trimesterde ise azalmaktadır (p=0.027). Horlama ise 1. trimesterde az görülmektedir (p=0.011). OUAS gebelikte artmaktaydı (p<0.001). Gebeliğe özel uyku bozuklukları 2. ve 3. trimesterde anlamlı olarak artmaktaydı (p<0.001). Noktüri, bacaklarda kasılma, bel ağrısı, kabus görme 3. trimesterde (p<0.001) anlamlı olarak uyku bozukluğuna neden olmaktadır. Kusanlarda 2. ve 3. trimesterde gebeliğe özgü uyku bozukluğu azalmaktaydı (p<0.001).

Sonuç: Gebelik döneminde uyku bozukluklarının görülme oranı artmaktadır. Bu nedenle gebelerin uyku ve uyku bozuklukları konusunda bilinçlendirilmesi, uyku hijyenine yönelik davranışlarının geliştirilmesi önerilmektedir.

SB-04

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Polikliniklerine başvuran hastaların aile hekimleri ve aile Hekimliği uygulaması ile ilgili memnuniyet ve bilgi düzeylerinin saptanması

Abdullah Mesut Erdoğan, Dilek Toprak

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Giriş: Çalışmamızda Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (ŞEEAH) polikliniklerine başvuran hastaların aile hekimliği ve aile hekimleri ile ilgili memnuniyet ve bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Ayrıca EUROPEP ölçeğine ilaveten hastalarımıza sosyo-demografik durumlarının da araştırıldığı ek sorular yöneltildi.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmaya, 15.09.2012-15.02.2013 tarihleri arasında ŞEEAH Dahiliye, Pediatri, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Genel Cerrahi ve Psikiyatri polikliniklerine herhangi bir amaçla başvurulan çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hastalar/hasta yakınları (pediatri) dahil edildi. 18 sorudan oluşan sosyodemografik veri soruları ve 23 sorudan oluşan EUROPEP hasta memnuniyet ölçeği uygulandı. İfadeleri güvenilir bulunmayan (demans, psikoz, mental retardasyon, anlaşmayı engelleyecek işitme engeli, vb.), iletişim engeli olanlar ve anketi tamamlamayan hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Toplam 818 hastanın %79.7'si (s=652) kadın, %20.3'ü (s=166) erkekti. Çalışmamızda aile hekimini bilenler %82.5 (s=675), bilmeyenler %17.5 (s=143) olarak saptandı. Son bir yılda Aile Hekimine hiç başvurmayanların %30.6 (s=250) olduğu; hastanelere başvuru oranı ise (1-10 kez/yıl) halen oldukça fazla olduğu (%83.2) izlendi. Aile hekimini bilmeyen hastalarımızın %31.1'i (s=55) Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar arasında saptandı. Aile hekimini bilmeyenlerin en sık "bilmeme sebebi" %71.2 (s=84) ile "gerek duymamaları" olarak belirlendi. Hastanemizin adı geçen polikliniklerine doğrudan başvuranların oranı %90.2 (s=738), aile hekiminin yönlendirmesi ile gelenlerin oranı ise %9.8 (s=80) olarak saptandı. Hastalarımıza "aile hekimlerinin muayene etmesi" sorulduğunda %75.1'inden (s=428) iyi-çok iyi yanıtı, "işini tam yapıp yapmadığı" sorulduğunda ise %75.4'ünden (s=429) iyi-çok iyi yanıtı alındı. Aile hekimlerinin unvanı ile işlerini tam

yaş yapmamaları arasındaki ilişki araştırıldığında “Pratisyen-Aile Hekimleri” %59.5 (s=94), “Aile Hekimliği Uzmanları” ise %87 (s=134) oranında iyi-çok iyi olarak değerlendirildi. Hastaların aile hekimlerinin “muayene etmesi” hakkındaki görüşleri başvurdukları bölüme göre değerlendirildiğinde en yüksek memnuniyet oranı %82.3 (s=98) ile Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniği’ne başvuran hastalar arasında saptandı. Hastaların gelir düzeyleri ve eğitim seviyeleri ile aile hekimliğinden memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Aile hekimini bilen hastaların %16’sının (s=108) son bir yıl içerisinde aile hekimlerine hiç başvurmadığı gözlemlendi. Aile hekimini bilmesine rağmen son bir yıl içerisinde aile hekimine hiç başvurmayanların %32.4 (s=35) ile en fazla Genel Cerrahi hastaları arasında olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmamız sonuçlarına göre hastanemize başvuran hastaların önemli bir kısmı aile hekimlerini bilmekle birlikte öncelikli olarak birinci basamağı kullanmamaktadır. Aile Hekimlerini bilen ve muayene olanların ise memnuniyeti yüksektir. Özellikle büyük şehirlerde Aile Hekimlerine başvuruları yönlendirici politikaların geliştirilmesi, ileride sevk zincirinin getirilmesi birinci basamağın işlevini arttıracaktır.

SB-05

Akut gastroenteritli olguların ailelerinin rota virüs aşısı hakkındaki bilgi ve tutumları

Nazmiye Kaçmaz Ersü¹, Abdurrahman Ersü¹, Tevfik Tanju Yılmaz¹, Mehmet Helvacı², Kurtuluş Öngel¹

¹Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İzmir; ²Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Klinikleri, İzmir

Giriş: Çocukluk çağında ağır gastroenterite neden olan etkenlerin başında rotavirüs gelmektedir. Morbidite, mortalite ve önemli bir ekonomik yükü neden olan rotavirüs ishalinin önlenmesinde başlıca yöntemin aşılaması bilinmektedir. Bu çalışma ile akut gastroenteritli olguların demografik özellikleri ile ailelerinin aşı bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 1 Ocak-1 Mart 2012 tarihleri arasında İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi’ne gastroenterit yakınmasıyla başvuran ve gastroenterit nedeniyle Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisi’nde yatan toplam 53 hastanın ailelerine, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin SPSS 16.0 istatistik programı ile yüzde dağılım analizi yapılmış ve ki kare testi ile anlamlılıkları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaşları 1-60 ay (ortanca=13; SD=12.93) arasında değişen 31 (%58.5) erkek ve 22 (%41.5) kız olmak üzere toplam 53 hasta dahil edilmiştir. Olguların yedisinin (%13,2) gastroenterit tanısının ilk koyulduğu yer aile sağlığı merkezi, 12’sinin (%22.6) hastane polikliniği, 32’sinin (%60.4) acil servis ve ikisinin (%3.8) diğer servisler olduğu tespit edildi. Olguların 49’unun (%92.5) aşı olmadığı, dördünün (%7.5) ise aşı olduğu saptandı. Neden aşı yapılmadığı sorgulandığında; 47 (%88.7) kişi aşısı duymadığı için; bir (%1.9) kişi maddi imkansızlık nedeniyle; bir (%1.9) kişi de aşının koruyuculuğuna inanmadığı için aşısı yaptırmadığını ifade etti. Aşı hakkında nereden bilgi aldıkları sorulduğunda; 46 (%86.8) kişinin bilgilendirilmediği, üç (%5.7) kişinin aile hekimini tarafından, üç (%5.7) kişinin de diğer doktorlar tarafından bilgilendirildiği öğrenildi. On dört (%26.4) olgunun rotavirüs negatif, 14 (%26.4) olgunun rotavirüs pozitif ve 25 (%47.2) olgunun gaita virüs antijen testinin yapılmadığı saptandı. Aşı olmama ile aşısı duymadığı için aşısı yaptırmama (p=0.00) arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. Aile hekimleri tarafından bilgilendirilme ile aşısı yaptırmama arasında da istatistiksel anlamlı (p=0.00) ilişki görüldü.

Sonuç: Çalışma grubundaki olguların ailelerinin rotavirüs aşısı konusundaki bilgileri yetersizdir. Aileler rotavirüs aşısı konusunda sağlık kuruluşları tarafından daha etkin bilgilendirilmeli, aşı yaptırmada desteklenmelidir.

SB-06

Beden kitle indeksi, yeme tutum ve davranışları ile ilişkili mi?

Nurşah Özkan¹, Pemra C. Ünalın², Ebru Erginbaş¹, Didem Altay Gazi¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

Giriş: Yeme eylemi; biyolojik gerekliliğinin yanında psikolojik gereksinim olarak da karşımıza çıkmaktadır. Psikolojik nedenlerle yemeye “emosyonel yeme” denilmektedir. Vücut kitle indeksindeki artışın; yeme bozukluğu ve emosyonel yeme sıklığında artışa neden olduğuna dair yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Biz de çalışmamızda yeme tutumu ile vücut kitle indeksi arasındaki ilişkiyi araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız tanımlayıcı kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır. Çalışmaya hastanemiz Dahiliye ve Endokrinoloji polikliniklerine başvuranlar ve yakınları arasından rastgele seçilen sağlıklı 100 kişi dahil edilmiştir. Kişilere; yemek yeme ile ilişkilendirildiği duygu durumu, obezite algısı, obezite nedeni olabileceğini düşündüğü durumları, ailede obezite öyküsünü sorgulayan soruları da içeren sosyodemografik form ve yeme tutum ölçeği uygulanmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistiklerden ortalama, standart sapma değerleri, niceliksel verilerin analizi bağımsız örneklem t testi, niteliksel verilerin analizi ise Ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması 33.7±9.1 (18-60 yaş arası) idi ve %75’i kadındı. Vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 27.8±6.5 (19.1-45.3 arası) olan katılımcıların %70’inin eğitim düzeyi on iki yıl ve üzeriydi, %56’sı evliydi, %60’ının aylık geliri 1000 TL üzeriydi. Yüzde 18’i düzenli spor yapıyor, %66’sı sigara kullanmıyordu. Obeziteye neden olarak; %67’si karbonhidrat ve yağlı besinleri, %27’si spor yapmayı bırakmayı, %27’si amelihat olmayı, %22’si gebeliği ve %6’sı sigara bırakmayı görüyordu. Yüzde 54’ü yeme tutumu ile obeziteyi ilişkilendiriyordu. Yeme davranışı ile ilişkilendirdikleri duygu hali olarak; %46’sı neşeli, %28’i üzüntülü, %25’i öfkeli %19’u endişeli olduklarında daha fazla yediklerini belirttiler. Katılımcıların %86’sı sosyal yaşamını iyi buluyordu. Ailede obezite sorgulandığında %32’sinin annesinde, %22’sinin babasında ve %15’inin kardeşlerinde obezite mevcuttu. Yeme tutum ölçeği toplam puan ortalaması 18.4±6.5 (19.1-45.3 arası) olarak bulundu. Katılımcılar 30 ve üstü obez, 25 ve altı normal olarak dikotomize edildiğinde, grupların VKİ ortalaması arasında anlamlı fark mevcuttu (33.7±3.2 vs; 21.9±1.9; p=0.00 ve t=22.6); bu iki grubun yeme tutum ölçeği ortalama puanları arasındaki fark da anlamlı bulundu (sırasıyla 20.7±14; 15.9±8.4; p=0.04; t=2.05). Yeme davranışları ile arasındaki fark obez bireylerde öfke ve üzüntülü hallerde daha fazla olarak bulundu (%34, %16; p=0.04; %38, %18; p=0.04). Ailede obezite açısından karşılaştırıldığında obez bireylerin baba ve kardeşlerinde daha fazla bulundu (%15, %7; p=0.05; %13, %2; p=0.002). Obez bireylerin obezite başlangıç yaşı %75’inde 25 yaş altıydı.

Sonuç: Yeme tutumu ve bozukluğu beden kitle indeksi ile ilişkilidir. Bu konuda yapılan yerel çalışmalar sınırlı sayıdadır. Özellikle kohort tipi bir çalışma ile nedensellik ilişkisi açıklanabilir. Aile hekimine başvuran bireylerde; kilo artışı olan veya kilo verememeden yakınarlarda, yeme tutumu davranışlarını değerlendirmeli ve bu konuda bilgilendirmelidir.

SB-07

Tıp fakültesi öğrencilerinin Aile Hekimliğini tercih etme kararlarını etkileyen faktörler: Nitel bir çalışma

Özlem Tanrıöver¹, Seyhan Hidiröglü², Hülya Akan¹, Pınar Ay², Yalçın Erdoğan³, Melda Karavus², Ayça Vitriyel³, Osman Hayran⁴

¹Yeditepe Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; ²Marmara Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; ³Bozok Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Yozgat; ⁴Yeditepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; ⁵Yeditepe Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, İstanbul

Amaç: Şu anda, tüm dünyada birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunda aile hekimliği uzman sayısının yetersizliği ve iyi eğitilmiş birinci basamak sağlık personeli eksikliği yaygın bir sorundur. Bu çalışmadaki amacımız tıp fakültesi öğrencilerinin bakış açılarını araştırmak ve bir kariyer seçeneği olarak aile hekimliği uzmanlığını tercih edip etmemelerindeki etkenleri ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Bu nitel çalışma iki farklı tıp fakültesine kayıtlı 48 son sınıf öğrencisi ile her odak grupta altı-dokuz öğrencinin bulunduğu toplam altı odak grup görüşmesi olarak yürütülmüştür. Üç odak grup özel vakıf üniversitesi öğrencileri ile ve diğer üç grup devlet üniversitesi öğrencileri ile gerçekleştirilmiştir. Odak grup görüşme soruları literatür tarandıktan sonra araştırmacıların konsensüsü ile oluşturulmuştur. Her görüşmede bir moderatör ve bir kolaylaştırıcı yer almış ve tüm görüşmeler kaydedilmiştir. Her odak grup transkripti üç araştırmacı tarafından katılımcıların tutumları, inançları ve deneyimlerini yakalamak için dikkatle okunmuş ve kodlanmıştır. Bunlar daha sonra karşılaştırılıp tek bir kod listesi oluşturulmuş ve kelime işlem programı ile metinden ilgili kodları hatırlatarak veri analizinde kullanılmıştır. Verilerin doygunluğuna beşinci odak grup görüşmesinde ulaşılmıştır.

Bulgular: Verilerin analizinde katılımcıların aile hekimliği görüşleri hakkında üç ana başlık ortaya çıkmıştır: 'Bir iş olarak', 'bir uzmanlık alanı olarak' ve 'bir sistem' olarak aile hekimliği. Çok az sayıda öğrenci aile hekimliği uzmanlığının kendi kariyer seçenekleri arasında olabileceğini belirtmiştir. Aile hekimliğini seçmede en yaygın kriter uzmanlık için bir gerek kalmadan mezun olduktan sonra devlet tarafından garantili istihdam edilme olmuştur. Diğer yandan iş doyumu açısından hasta ile uzun süreli ilişki, farklı sorunları aynı anda çözmeye odaklanmak gibi motive edici faktörleri vurgularken; prestijinin düşük olması, sistemde sürekli görev tanımı değişiklikleri, iş yükü fazlalığı, sevk zinciri kurulamaması nedeni ile sistemde yerini tam alamaması, negatif performans uygulamaları, özel sektörde çalışma şansının olmamasının tercih noktasında kendilerini olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Uzmanlık ile ilişkili görüşlerde iki ana tema ağır basmaktadır. Birincisi altı günlük eğitim ile aile hekimliği sertifikasyonu alabileceken üç sene uzmanlık yapmanın gereksiz olduğu; halk tarafından aradaki farkın anlaşılmadığı ve aile hekimliğinin bir uzmanlık dalı olarak algılanmadığı; ikincisi TUS sınavını kazanmanın başarı ölçütü olduğu ve ancak sınavı kazanamazlarsa aile hekimi olarak çalışmayı düşünebilecekleridir.

Sonuç: Şu anda aile hekimliği uzmanlığı tıp öğrencileri tarafından kariyer planlamasında ön planda yer almamaktadır. Garantili istihdam tercih noktasında olumlu rol oynasa da iş prestiji ve doyumunun yüksek olmaması, uzmanlık dalı olarak algılanmaması, sistemde çalışabilme koşullarındaki ikiliklik ve sistemden kaynaklanan nedenler olumsuz etkileyen faktörlerdir.

SB-08

Türkiye'de Aile Hekimlerinin VdGM'a olan ilgisi ve VdGM'ın bilinirliğinin araştırılması

Özgür Erdem¹, Hüseyin Can², Zelay Akbayın³, Murat Altuntaş⁴, Hayriye Külbay⁵

¹Kayapınar 9 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Kayapınar, Diyarbakır; ²Kâtip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İzmir; ³Hürriyet Aile Sağlığı Merkezi, Bağcılar, İstanbul; ⁴Sütçüler 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Sütçüler, Isparta; ⁵Ümraniye 4 No'lu Aile Sağlığı Merkezi, Ümraniye, İstanbul

Giriş ve Amaç: Bu çalışmada Türkiye'de Aile Hekimlerinin Vasco da Gama Movement'a (VdGM) olan ilgisi ve VdGM'in bilinirliğinin araştırılması amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Mayıs 2012'de 11. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi ve Eylül 2012'de 6. Aile Hekimliği Güz Okulunda "VdGM hareketi, Avrupa Aile Hekimliği Deneyimleri ve Türkiye Karşılaştırması" başlıklı sunumlar yapılmış olup, bu sunumlarda VdGM aracılığı ile Avrupa'nın değişik ülkelerinde gözlemlenen Aile Hekimliği Uygulamalarının Türkiye ile karşılaştırılarak dinleyicilere Aile Hekimliği ve VdGM

ile ilgili global bir bakış açısı sunuldu. VdGM oturumlarının sonunda dinleyicilere daha önceden hazırlanmış bir anket formu dağıtıldı. Her iki oturuma toplamda 106 kişi katıldı. Ulusal kongrede 37, Güz Okulu'nda 41 tane anket formu geri toplandı. Bir kısım katılımcılar anket formunu boş bıraktı. Anket formu beşli Likert derecelendirme ölçeği kullanılarak hazırlanmış 10 soru ve 3 tane açık uçlu sorudan oluşmaktaydı. Araştırma verilerimizin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 15.0 for Windows istatistik paket programı kullanıldı. Ölçümsel değişkenler ortalama ± standart sapma (SD) ile kategorik değişkenler sayı ve yüzde (%) ile sunuldu.

Bulgular: Her iki oturuma toplam 106 kişi dinleyici olarak katıldı. Bunların %73.6'sı (n=78) uygulanan anket formunu doldurdu. Anket sonuçlarına göre katılımcılar, VdGM çatısı altında yapılan sunum ve organizasyona %67 ile %98 oranları arasında pozitif puan verdi.

Katılımcıların kendilerine sorulan açık uçlu sorulara verdikleri yanıtlar ise; "Bu oturumda en çok neyi beğendiniz?" sorusuna alınan cevapların başında "Orijinal, etkileyici, interaktif sunum şekli" geliyordu. "Bu oturumda şunu öğrendim" sorusuna "Avrupa'daki Aile Hekimliği uygulama ve işleyişi ile ilgili ayrıntılı bilgi sahibi oldum" cevabı ilk sırada idi. "VdGM ile ilgili diğer önerileriniz" sorusuna "VdGM'in daha çok tanıtılması, ön plana çıkarılması ve tabana yayılması" ile ilgili öneriler başta gelmekteydi.

Sonuç: Katılımcı Aile Hekimlerinin çoğu VdGM'a yabancı olmakla beraber VdGM'a olan ilgileri en üst düzeydeydi. Bu genç Aile Hekimlerinin ülkemizdeki Aile Hekimliği disiplininin potansiyel yarınları olduğu varsayılırsa merak duydukları, ilgilerini çeken bu hareketin tanıtılması ve Aile Hekimlerinin organize edilmesi ve/veya organize olması için daha fazla faaliyete ihtiyaç vardır. Bu konuda Türkiye VdGM temsilci ve üyeleri başta olmak üzere tüm camiamıza iş düşmektedir.

SB-09

Maraş otu kullanımının karotis arter intima media kalınlığı üzerine etkileri

Mustafa Haki Sucaklı¹, Fuat Özkan², Mustafa Çelik¹, Hamit Sırrı Keten¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş; ²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Giriş ve Amaç: Tütün kullanımı tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite etkeni olmaya devam etmektedir. Maraş Otu (MO) veya Ağız Otu (Nicotiana Rustica Linn), Kahramanmaraş'ta üretilen ve kullanımı Kahramanmaraş'ta ve çevre illerde oldukça yaygın olan bir tütün çeşididir. Maraş otunda kullanılan tütünün nikotin içeriği sigara yapımında kullanılan tütüne göre yüksek oranlardadır. Bu çalışmada; MO kullanımının karotis intima media kalınlığına (KİMK) olan etkilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma aile hekimliği polikliniğine başvuran hastalardan MO kullanan 32 olgu ve MO kullanmamış 30 kontrol grubu hasta üzerinde gerçekleştirildi. Katılımcılardan boy, kilo ve tansiyonları ölçüldü. Ayrıca venöz kan alınarak total-kolesterol, trigliserit, LDL-kolesterol, HDL-kolesterol, AST, ALT ve kan şekeri plazma seviyeleri çalışıldı. Olguların renkli doppler ile KİMK ölçüldü. Veri analizi SPSS 15.0 istatistik paket programı kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Çalışmamıza katılan olgulardan kontrol grubunun yaş ortalaması 39.4±11.7 yıl, MO kullanan grubun yaş ortalaması 45.4±11.3'tü. Çalışmamıza katılan olguların tamamı erkekti. Çalışmaya katılan olguların MO kullanım süreleri ortalaması 27.3±11.6 idi. KİMK MO kullanan grupta 0.73±0.20 mm, kontrol grubunda ise 0.49±0.14 mm olarak belirlendi. MO kullanan grupta KİMK anlamlı olarak artmış bulundu (p=0.000). Sistolik kan basıncı (SKB) MO kullanan grupta 137.2±24.3 mmHg, kontrol grubunda ise 109.7±12.7 mmHg olarak tespit edildi. Diyastolik kan basıncı (DKB) MO kullanan grupta 87.7±11.7 mmHg, kontrol grubunda ise 62.8±8.1 mmHg olarak belirlendi. MO kullanan

grupta sistolik ve diastolik kan basıncı anlamlı derecede yüksekti ($p<0.0001$). MO kullanan grup ve kontrol grubu arasında vücut kitle indeksi (VKİ), kolesterol, LDL-kolesterol, HDL-kolesterolü, trigliserit, açlık kan şekeri, AST, ALT değerleri arasında anlamlı bir fark yoktu ($p>0.05$). MO kullanım süresiyle KİMK arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif korelasyon mevcuttu ($p>0.05$; $r=0.212$). Tüm katılımcılara yapılan Pearson korelasyon analizinde KİMK ile yaş, SKB, DKB, VKİ ve LDL-kolesterol arasında pozitif korelasyon olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışmamızın sonuçları MO kullanımının KİMK'ı arttırıcı etkisinin olduğunu, bunun yanında kan basıncı artışına yol açtığını düşündürmektedir. Bu nedenlerle MO kullanımının engellenmesine yönelik koruyucu halk sağlığı politikalarının geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Ayrıca MO'yu uzun süredir kullanan olgularda sağlık kontrollerinin yapılması ve erken tanı ve tedavi uygulamalarının yapılması gerektiğini düşünmekteyiz. Bu konuda daha geniş örneklerde çok sayıda çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

SB-10

İlaç kullanan hipertansiyon hastalarının poliklinik kan basıncı ölçümü ile 24 saatlik ambulator kan basıncı ölçümlerinin karşılaştırılması

Selen Güngör, Ayşegül Uludağ, Erkan Melih Şahin

Çanakkale 18 Mart Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş ve Amaç: Ambulator kan basıncı ölçümü hedef organ hasarı olmayan 'beyaz önlük hipertansiyonu', hedef organ hasarı olan sınırdan HT, 'dipper' ve 'nondipper' hipertansiyon, epizodik hipertansiyon, labil hipertansiyon, hipotansiyon, otonomik disfonksiyon, karotid sinüs senkopu ve pacemaker sendromunda tanı, prognozun belirlenmesi ve tedaviyi değerlendirme amacıyla kullanılır. Çalışmada hipertansiyon nedeniyle ilaç kullanan hastaların poliklinikteki kan basıncı ölçümlerinin günlük tansiyon değerlerini ne kadar yansıttığının gösterilmesive tedavi regülasyonunda ölçüt alınma durumunun değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı desendeki çalışmanın evrenini Çanakkale Onsekiz Mart Uygulama ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği'ne hipertansiyon tanısıyla başvuran ve tedavi alan hastalar oluşturmaktadır. Polikliniğe başvuran hastaların tansiyonları manşonlu tansiyon aleti ile Türk Kardiyoloji Derneği Kılavuzu'nda belirtilen tansiyon ölçme prensiplerine uygun ölçülerek not edilmiştir. Sonrasında çalışmayı kabul eden hastalardan yazılı ve sözlü onamları alınarak ambulator kan basıncı ölçen Holter cihazı Microlife ile 24 saatlik kan basıncı ölçümleri yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 96 hastanın poliklinik sistolik kan basıncı ölçüm ortalamaları 142.68 ± 12.99 , poliklinik diyastolik kan basıncı ortalaması 88.60 ± 7.98 mm-Hg idi. Ambulator sistolik kan basıncı ortalaması 122.9 ± 11.31 mm Hg ve ambulator diyastolik kan basıncı ortalaması 75.73 ± 7.98 mm Hg idi. Ambulator sistolik ile poliklinik sistolik ölçümler arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2 = 15.883$ $p<0.00$) ve ambulator diyastolik ve poliklinik diyastolik ölçümler arasında anlamlı ilişki saptandı ($p<0.00$). Ambulator sistolik – poliklinik diyastolik ölçümler arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2 = 7.877$ $p<0.005$). Ambulator diyastolik – poliklinik sistolik ölçümler arasında anlamlı ilişki saptandı ($\chi^2 = 6.443$ $p<0.011$).

Tartışma: 24 saatlik ambulator kan basıncı ortalamasında HT nedeni ile tedavi alan hastaların poliklinik kontrollerinde bakılan TA ölçümleri hastaların tedaviye cevabını değerlendirmede ölçüt alınırken daha dikkatli davranılmalıdır. Çalışmamızda elde ettiğimiz verilere bağlı olarak kan basıncı takip edilen hastaların takiplerinde tek basına poliklinik ölçümlerinin göz önüne alınmaması kanaatine vardık. Hastalar özellikle polikliniklerde ofis hipertansiyonu yaşayabildiklerinden 24 saatlik kendi ortamlarında yapılan ölçümlerin ortalamasının değerlendirilmesi gerekliliğini saptadık.

SB-11

Periyodik sağlık muayenesi: Genel mi, kişiye özel mi?

Zehra Dağlı, Ayşegül Cömert Okutucu, Zeynep Bayraktutar Daldal, Ayşe Selda Tekiner, Mehmet Ungan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Periyodik sağlık muayeneleri sırasında güncel kılavuzlardaki kanıtlar izlenerek yaş, cinsiyet, aile öyküsü ve diğer yüksek risk durumları gibi hastanın kişisel özelliklerine uygun girişimler seçilmelidir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinin aile hekimliği polikliniğine periyodik sağlık muayenesi için başvuran sağlıklı bireylerde seçilen tarama testlerinin güncel kılavuzlara uygunluğunu, yeni rahatsızlıkların belirlenmesindeki yararlarını ve belirlenen rahatsızlıklarda tercih edilen girişimleri gözden geçirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya bir üniversite hastanesinin aile hekimliği polikliniğine 2010-2011 yıllarında periyodik sağlık muayenesi için ilk kez başvuran semptomu ve belirlenmiş bir hastalığı bulunmayan bireyler alınmıştır. Sürekli ve kesikli sayısal değişkenler ortalama ve yüzde değerleri ile belirtilmiş, gruplar arası farklar için ki-kare testleri kullanılmış, $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Öykülerinden egzersiz yapma, sigara içme, alkol tüketme, bitkisel veya kimyasal takviye ilaç kullanma, ailelerinde kanser ve sistemik hastalık bulunma durumları belirlenen 87 [41 (%47.1) kadın, 46 (%52.9) erkek] bireyin yaş ortalaması 44.33 ± 11.17 , ortalama kan basıncı (TA) $115.52\pm 17.15/72.21\pm 10.86$ mmHg, bel çevreleri (BÇ) 92.71 ± 9.99 cm ve beden kitle indeksleri (BKİ) 25.82 ± 3.69 kg/m² bulunmuştur. Bireylerin tamamında tam kan sayımı, tam idrar, serum lipit düzeyi (LD), açlık kan şekeri (AKŞ), böbrek fonksiyon testi, karaciğer fonksiyon testi, elektrokardiyografi, tiroid stimüle edici hormon (TSH), ferritin ve vitamin B12 tetkiklerinden en az biri, 19 (%21.8) bireyde de belirlenen tetkiklerin tümü yapılmıştır. Beş (%5.7) bireye kemik mineral dansitometresi (KMD), 26 (%29.9) kadına mamografi, 27 (%31) kadına servikal sürüntü, 31 (%35.6) erkeğe prostat spesifik anti-jen (PSA), 15 (%17.2) bireye gaitada gizli kan (GGK) ve dört (%4.6) bireye kolonoskopi tetkikleri önerilmiştir. Güncel kılavuzlara göre risk grubunda olan 22 bireyin dördüne (%18.1) KMD ($p=0.000$), 27 kadının 24'üne (%88.9) mamografi ($p=0.000$), 41 kadının 27'sine (%65.9) servikal sürüntü, 20 kişinin 10'una (%50) GGK ($p=0.000$), 12 erkeğin tamamına ve risk grubunda olmayan 19 erkeğe PSA ($p=0.004$), 41 kişinin üçüne (%7.3) kolonoskopi ($p=0.001$) önerilmiştir. On dokuz (%21.8) kişinin sağlıklı olduğuna, 68 (%78.2) kişide en az bir hastalık veya rahatsızlık bulunduğu karar verilmiş, 11 (%12.6) kişiye ilaç tedavisi başlanmıştır ($p=0.443$). Güncel kılavuzlara göre normal sınırların üzerinde TA, BÇ, BKİ, serum LD veya AKŞ olan 66 kişinin 35'ine (%53) diyet önerilirken, 31'ine (%47) önerilmemiştir ($p=0.000$).

Sonuç: Periyodik sağlık muayenelerinin güncel kılavuzlara tam uyulmadan yapıldığı, birçok tetkikin gerekli olmadan istendiği, muayene öncesi sağlıklı olduğu düşünülen kişilerin çoğunda en az bir hastalık veya rahatsızlığın saptandığı, bunların çoğuna ilaç tedavisi başlanmayıp, yarısı kadarına yaşam tarzı değişikliği önerildiği görülmüştür. Koruyucu sağlık hizmetlerinin daha etkin sunulabilmesi için güncel kılavuzların yeniden gözden geçirilerek uygun muayene, tetkik ve tedavi yöntemlerinin belirlenmesi gerekmektedir.

SB-12

Geleceğin sağlık profesyonellerinin sağlığı koruma davranışları

Sevgi Özcan, Ali Bozhüyük, Hatice Kurdak, Ersin Akpınar, Esra Saatçı, Nafiz Bozdemir

Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Adana

Giriş ve Amaç: Sağlık bilimlerinde öğrenim gören öğrenciler, sağlığın korunmasında ve geliştirilmesinde, akranlarına ve gelecek dönemlerde topluma rol-model olmaları bakımından özel bir konuma ve öneme sa-

hiptirler. Bu çalışmada, sağlık bilimlerinde öğrenim gören üniversite öğrencilerinin sağlığı koruyucu bazı davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın örneklemini üniversitemiz sağlık bilimleri bölümlerinde (tıp, diş hekimliği, ebelik ve hemşirelik) okuyan 1609 öğrencinin 801'i oluşturdu. Tüm fakültelerin birinci ve son sınıfları ile Tıp ve Diş Hekimliği fakültelerin 4. sınıfları çalışmaya alındı. Veriler, isimsiz olarak bir anket formu ile toplandı.

Bulgular: Yaş ortalaması 21.5±2.21 (17-34) yıl olarak hesaplanan öğrencilerin %60'ı kadındı. Son bir yıl içinde doktora gidenlerin oranı %44.2, diş hekimine gidenlerin oranı ise %44.3'tü. Öğrencilerin %22.1'i sigara içtiğini, yaklaşık 1/4'ü tam doz hepatit B aşısı yaptırmadığını veya emin olmadığını/bilmediğini bildirdi. Beden kitle indekslerine göre değerlendirildiğinde, öğrencilerin %22.1'inin normal sınırlar dışında olduğu saptandı. Öğrencilerin %9.6'sı bir araca bindiğinde hiçbir zaman emniyet kemeri takmadığını, araç kullananların (n=425) %16.0'i hiçbir zaman yavaş ve güvenli araç kullanmadığını, motosiklette veya bisiklete binenlerin (n=503) %40.8'i hiçbir zaman koruyucu başlık kullanmadığını bildirdi. Cinsel ilişkide bulunduğunu bildiren öğrencilerden (n=210) hiçbir zaman gebelikten koruyucu önlem almayanların oranı %14.1 iken, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmak için hiçbir zaman önlem almayanların oranı ise %9.5'ti.

Sonuç: Sağlığı geliştirici davranışların üniversite eğitimi sırasında şekillenmeye devam ettiği göz önüne alındığında, bulgularımızın, geleceğin sağlık çalışanları ve rol-modelleri olan sağlık bilimleri öğrencilerinin sağlık davranışlarının iyileştirilmesi açısından farkındalık yaratacağı, ilgili fakültelerin bu konuda yapacağı programlarda yol gösterici olacağı düşünülmüştür.

SB-13

Son 3 yılda periyodik sağlık muayenesi için başvuran hastaların aşılama durumları

Ayşegül Cömert Okutucu, Serpil İnan, Ayşe Gülsen Ceyhan Peker, Mehmet Ugan

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: Periyodik sağlık muayenesi (PSM) sağlıklı kişilerin tarama, muayene ve testleri ile, danışmanlık ve sağlık eğitimi yoluyla, risk faktörlerine göre biçimlendirilmiş, kanıta dayalı yapılandırılmış, spesifik, etkin, uygulanabilir ve kabul edilebilir bir izlem programıdır. PSM aile hekiminin görevidir. PSM nin önemli basamaklarından biri bağışıklamadır. Aşı özellikle uygun yaş ve risk gruplarında uygulandığında sağlık giderlerine ayrılan bütçe uygun şekilde kullanılmış olur. Ülkemizde ve dünyada çocukluk dönemi aşılı hekimler ve aileler tarafından iyi bilinmekte ve takip edilmektedir. Buna karşın erişkin bağışıklaması konusunda toplumun bilgisi ve farkındalığı daha kısıtlıdır. Ülkemizde erişkin bağışıklama durumunu gösteren çalışmalar kısıtlıdır.

Gereç ve Yöntem: 2010-2011-2012 yıllarında PSM randevusu olarak Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'na bağlı Ankara Üniversiteler polikliniğine başvuran 420 hastanın (197 kadın, 223 erkek) bilgisayar kayıtları incelendi. Hastaların hepatit B, tetanoz, influenza ve pnömokok profilaksileri açısından aşılama durumlarına bakıldı. Tüm hastalar çalışmaya dahil edildi. Bu süre içerisinde 2 kez muayene olan 48 hastanın ilk verileri dikkate alınarak bir kez değerlendirildi. Tetanoz için son 10 yıl, hepatit B için üç doz, influenza için son bir yıl, pnömokok için son 5 yıl içinde aşı olup olmadıkları sorgulandı. Aşılama oranları dört aşı için ayrı ayrı değerlendirildi. Yaşlara göre aşılama durumları karşılaştırıldı. İstatistikler için SPSS 18 ve Kruskal-Wallis testi kullanıldı.

Sonuç: 420 hastanın yaş ortalaması 49±13,181 idi. hepatit B için 59 (%14) kişi aşı, 98 (%23) kişi aşısız olarak saptandı. 263 (%62.6) hastanın dosya-

sında herhangi bir veriye ulaşamadı. Aşılı olanların yaş ortalaması diğerlerine göre anlamlı derecede düşüktü. Tetanoz aşısı olanlar 39 (%9.3) olmayanlar 161 (%38.3) kişi idi. 220 (%52.4) kişinin dosyasında veri bulunamadı. İnfluenza için bakıldığında 16 (%3.8) kişi aşı, 113 (%38.3) kişi aşısız saptandı. 291 dosyada veri bulunamadı. İnfluenza aşısı yaptıranların yaş ortalaması diğerlerine göre anlamlı derecede büyük saptandı. Pnömonokok aşısı endikasyonu olup da yaptıranlar 18 (%4.3) yaptırmayanlar ise 126 (%30) kişi idi. 276 dosyada veri bulunamadı. Aşılama oranı en yüksek hepatit B için saptandı. Hekimler tarafından en çok sorgulanan aşı tetanoz idi. Dosyalarda veri bulunamaması bu çalışmanın en önemli kısıtlayıcısı idi.

Tartışma: Aile hekimleri tüm yaş gruplarından hastalarla görüşmekte ve onların takibini yapmakta olduğu için çocukluk dönemi aşılılarına gösterilen hassasiyet diğer yaş ve risk gruplarında da devam etmelidir. Periyodik muayenelerde aşı durumu sorgulanmalı, gerekli kişilere önerilmeli ve bu sonuçlar en iyi şekilde kayıt edilmelidir. Bu çalışmada da en büyük sorun dosya kayıtlarının yetersiz oluşudur. Ayrıca çalışmada aşılama durumları risk ve yaş gruplarına bakılmaksızın verilmiştir. Bu durumlar dikkate alınrsa daha değerli sonuçlara ulaşılabilir.

SB-14

Sorun aşırı beslenme, sonuç vitamin eksikliği; obezitede vitamin eksikliği paradoksu

Özlem Çiğerci¹, Hülya Parıldar¹, Altuğ Kut², Nilgün Güvener Demirağ³

¹Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul; ²Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara; ³Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Obezite, diyabet, iskemik kalp hastalığı, hipertansiyon ve kanser gibi yaşamı tehdit eden hastalıklar için önemli bir risk faktörüdür. Tüm dünyada giderek artan obezite, güncelliğini koruyan bir sağlık problemidir. Çocuklar, yaşlılar ve risk grubuna giren birçok hastalıkta vitamin eksikliğinin araştırılması ve replasmanı önerilmektedir. Oysa, bir beslenme ve metabolizma bozukluğu olan obezitede, vitamin eksikliği henüz yeterince araştırılmamıştır. Araştırmamız, obez hastalarda vitamin eksikliği sıklığını ve beslenme bozukluğu ile ilişkisini incelemeyi amaçla maktadır.

Yöntem: Başkent Üniversitesi Endokrinoloji ve Metabolizma Polikliniği'ne Ekim 2012 - Mart 2013 tarihleri arasında başvuran 16-55 yaş grubu 90 obez hasta (VKİ>29.9 kg/m²) çalışmaya dâhil edildi. Vitamin eksikliğine neden olabilecek kronik hastalık veya organ yetersizliği olanlar, alkolizm, vejetaryen beslenme, gebelik, emilim bozukluğu olanlar, vitamin kullananlar, vitamin düzeylerini etkileyebilecek ilaç alanlar (metformin, proton pompa inhibitörü, antikonvülanlar vd.) çalışma dışı bırakılmıştır. Her hastanın fizik muayenesi yapılmış, sosyodemografik verileri, antropometrik ölçümleri ile beslenme alışkanlıkları sorgulanmıştır. B12 vitamini, folat, 25-OH D vitamini düzeyleri ile tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri değerlendirilmiştir. Vitamin B12 serum düzeyi <200 pg/dl eksiklik, <400 pg/dl yetersizlik, 25-OH D vitamini düzeyi <20 ng/ml eksiklik, <30 yetersizlik, folat düzeyi <3 ng/ml eksiklik olarak kabul edilmiştir. Erkeklerde Hb<13.5 g/dL, kadınlarda Hb<12 g/dL anemi olarak kabul edilmiştir. Karşılaştırmalı analizlerde Mann-Whitney U testi ve Spearman Korelasyon testi uygulanmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması 34.5±10.4 yıl (16-55 yaş arası) olan 90 hastanın, %64.4'ü kadın (s=58), %35.6'sı erkek (s=32) idi. Kadın hastaların ortalama VKİ (vücut kitle indeksi) değeri 36.4±5.3 kg/m² (29.9-58.8 arası), erkeklerin ise 35.2±3.8 kg/m² (29.9-43.4 arası) bulundu. B12 vitamini ortalaması 286.4±106.2 pg/dl (137-645 arası), D vitamini ortalaması 15.4±4.9 ng/ml (4-29.2 arası), folat ortalaması 7.1±2.4 ng/ml

(3.5-13.2 arası) olarak saptandı. B12 vitamini düzeyleri, hastaların %21.3'ünde eksiklik, %67.5'inde yetersizlik, D vitamini ise hastaların %81.8'inde eksiklik, %18.2'sinde yetersizlik düzeyinde bulundu. Kadın hastaların ortalama Hb düzeyi erkeklere göre anlamlı derecede düşük bulundu [sırasıyla, 13.0±1.2 g/dL (10.1-15.1 arası), 15.2±0.8 g/dL (13.4- 16.9 arası), p<0.001]. Anemi görülme sıklığı kadın hastalarda %17.3, erkek hastalarda %3.3 olarak tespit edildi. B12 vitamin düzeyi ile VKİ arasında negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu (r=-0.260, p=0.020).

Sonuç: Genel popülasyonda B12 vitamini eksikliği sıklığı %3-5 olması beklenirken çalışmamızda obez hastalarda bu oran %21.3 olarak bulunmuştur ve %81.8 oranında D vitamini eksikliği görülmüştür. Araştırmamızın sonuçları, obez hastaların yüksek kalorili beslenmesine ve anemi sıklığının bu grupta düşük oranda görülmesine rağmen, hastaların vitamin eksikliği açısından mutlaka değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir. Obezitesi olan hastalar, diyabet, hipertansiyon gibi metabolik-kardiyovasküler risklerin yanı sıra, vitamin eksikliği nedeniyle gelişebilecek kemik sağlığı sorunları, hematolojik ve nörolojik hastalıklar açısından da yüksek riskli bulunmuştur.

SB-15

Çölyak hastaları diyetle uyuyor mu?

Zehra Akpınar, Sezgin Vatanser, Süleyman Günay, Firdevs Topal, Elif Sartaş Yüksel, Cem Çekiç, Serkan İpek, Fatih Aslan, Mehmet Camcı, Belkis Ünsal

Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

Giriş ve Amaç: Çölyak hastalığı, genetik yatkınlığı olanlarda gıdayla alınan glutene karşı gelişen bir enteropatidir ve bilinen tek tedavisi glutensizdir diyetdir. Glutensiz diyetle ömür boyu sadık kalmak oldukça zor olabilmektedir. Bu çalışmada erişkin Çölyak hastalarımızın diyetle uyumlarını araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2011-Ocak 2013 tarihlerinde polikliniğimize takibe gelen Çölyak hastalarının glutensiz diyetle olan uyumları soruldu. Önce "Diyet yapıyor musunuz?" sonra da "Mecbur kalınca diyeti bozuyor musunuz?" diye soruldu. "Evet" yanıtı verenlere ne sıklıkta bozdukları soruldu. Diyetle uyumları; kesinlikle uyuyor, nadiren bozuyor, ara sıra bozuyor, sık sık bozuyor, genellikle uymuyor ve hiç diyet yapmıyor şeklinde sınıflandırıldı. Hastaların demografik verileri, hastalık süreleri de kaydedildi.

Bulgular: Elli dokuz (%73.7) kadın ve 21 (%26.3) erkek olmak üzere toplam 80 Çölyak hastası çalışmaya dâhil edildi. Yaş ortalaması 41.8±15.2 yıl, hastalık süreleri ortalama 4.5 yıl [1-19 yıl arası] idi.

"Diyet yapıyor musunuz?" sorusuna 7 hasta (%8.8) hiç uymadığını ifade etti. 73 hasta (%91.2) "evet" derken "Mecbur kalınca diyeti bozuyor musunuz?" diye sorulduğunda 39 hasta (%48.7) kesinlikle uydüğünü, 10 hasta (%12.5) nadiren bozduğunu, 4 hasta (%5.0) ara sıra, 12 hasta (%15.0) sık sık ve 8 hasta (%10) genellikle bozduğunu ifade etti. Diyetle uyumla yaş ve hastalık süresi arasında bir ilişki saptanmadı (p<0.05).

Tartışma ve Sonuç: Çoğu gıda gluten içerir. Glutenden tamamen uzak kalmak oldukça zordur. Bazı hastaların tam konduktan sonra gluteni bilerek ve isteyerek hiç tüketmedikleri görülürken, ilaçların ya da bilmeden bazı gıdaların içinde aldıkları da olmaktadır. Ancak gelişebilecek komplikasyonları bilmelerine rağmen diyet yaparken zorlanıp diyeti bozanların sayısı azımsanmayacak kadar çoktur: Hatta, bir kısmının da hekimden çekindiği için saklıyor olabileceği göz önüne alınmalıdır. Toplumun Çölyak hastalığı konusunda bilinçlendirilmesi, uygun fiyatlı glutensiz ürünlerin yaygınlaştırılması ve hastaların diyetle uyum için daha iyi desteklenmesi gerekmektedir.

SB-16

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi hastanesine ayaktan başvuran kadınlarda menopozla ilişkili semptom şiddeti ve yaşam kalitesine etkisi

Ayşegül Uludağ¹, Ayşe Nur Çakır Güngör², Meryem Gencer², Erkan Melih Şahin¹, Emine Coşar²

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Çanakkale

Giriş: Menopoz; menstrüel kanamanın sonlanması anlamına gelmektedir. Menopozla birlikte ateş, basması, sinirlilik ve eklemelerde ağrı ortaya çıkabilir, kadınların yaşam kalitesi etkilenebilir. Çalışmada menopozla bağlı ortaya çıkan şikâyetlerin kadınların yaşam kaliteleri üzerindeki etkisini değerlendirmek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi (ÇOMÜTF) Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Aile Hekimliği Polikliniği'ne ayaktan başvuran kadınlar ile yapılmıştır. Çalışmaya katılmak istemediğini belirten ya da anketin tamamını doldurmayan katılımcılar çalışma dışı bırakılmıştır. Kesitsel (tanımlayıcı) desen-deki çalışma Mart-Ağustos 2012 tarihleri arasında premenopoz, perimenopoz, postmenopoz döneminde olan ve çalışmaya katılmak için yazılı onamı alınan toplam 300 kadın alınmıştır. Katılımcılara sosyo-demografik özellikleri, obstetrik ve jinekolojik öyküleri ile tıbbi özellikleri sorgulanmıştır. Katılımcılara Menopoz İlişkili Semptom Skalası (MRSS) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği (SF-36) uygulanmıştır. Menstrüel durumları sorgulanan katılımcılar STRAW sınıflamasına göre pre, peri ve postmenopozal olarak 3'e ayrıldı.

Bulgular: Çalışmaya premenopoz döneminde 57 (%19), perimenopoz döneminde 29 (%9.7) ve menopoz döneminde 214 (%71.3) kadın katıldı. Menopoz hastalarının menopozla giriş yaş ortalaması 48±4.5 olarak saptandı. Premenopoz dönemindeki katılımcıların MRSS toplam puan ortalaması 17.68±10.01, perimenopozal dönemdekilerin 17.6±9.08 ve menopoz dönemindekilerin 15.7±8.6 olarak saptandı. Çalışmaya katılan hastaların MRSS total ve alt skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Çalışmaya katılan kadınların SF-36 yaşam kalitesi skorları aşağıdaki tabloda verilmiştir. Premenopoz dönemindekilerin MRSS somato-vegetatif, psikolojik ve ürogenital semptomları ile SF 36 yaşam kalitesi alt skoru olan fiziksel, rol güçlüğü (fiziksel) skor ile negatif, ağrı ile pozitif korelasyon saptandı. Perimenopoz hastalarının MRSS somato-vegetatif, psikolojik ve ürogenital semptom şiddetinin SF-36 yaşam kalitesinin fiziksel ve emosyonel rol güçlüğü skorları ile negatif, ağrı ile pozitif korelasyon saptandı. SF-36 ağrı alt skoru ile menopozlu hastaların VKİ ile pozitif korelasyon, eğitim durumları ile negatif korelasyon saptandı. Yine menopoz dönemindeki kadınların spor yapma durumu ile fiziksel fonksiyon, rol güçlüğü (fiziksel) skorları ile negatif, ağrı skorları ile pozitif korelasyon saptandı. Menopozla ilişkili somato-vegetatif, psikolojik ve ürogenital semptom şiddetinin SF-36 yaşam kalitesinin fiziksel, emosyonel ve fiziksel rol güçlüğü, sosyal fonksiyon ile negatif, ağrı ve mental fonksiyon ile pozitif korelasyon saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Menopozla ilişkili semptomların şiddeti premenopoz döneminde yaşam kalitesini daha çok etkilemektedir. Postmenopozal dönemden itibaren kadınların yaşam kalitesi semptomlardan daha az etkilenirken, semptom şiddeti arttıkça sosyal ve mental fonksiyonları artmaktadır. Kadınların menopozla ilişkili semptomların şiddeti arttıkça yaşam kaliteleri azalmaktadır. Menopoz ilişkili semptomları premenopoz döneminden itibaren başlamaktadır.

SB-17**Malatya ilinde görev yapan Aile Hekimlerinin 2012 yılı gebe, lohusa, bebek ve 15-49 yaş kadın izlem oranlarının değerlendirilmesi****Hasan Hüseyin Avcı¹, Engin Burak Selçuk², Mehmet Karataş³, Ayşe Bal², Sema Avcı⁴, Selma Aydın Felek⁴**¹İl Sağlık Müdürlüğü, Malatya; ²İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Malatya; ³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Malatya; ⁴İl Halk Sağlığı Müdürlüğü, Malatya**Giriş ve Amaç:** Aile hekimliği uygulamasının temel amaçlarından biri koruyucu sağlık hizmetleri sunumudur. Bu çalışmada Malatya ilinde görev yapan aile hekimlerinin gebe, lohusa, bebek ve 15-49 yaş kadın izlem oranlarının ortaya konulması amaçlanmıştır.**Gereç ve Yöntem:** Malatya Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınarak il genelinde görev yapan aile hekimlerinin 1 Ocak 2012 ile 31 Aralık 2012 arası izlem bilgileri karar destek sisteminden (KDS) alınmış olup ortalama izlem sayıları belirlenmiştir.**Bulgular:** 2012 Aralık ayı sonu itibarı ile Malatya il genelinde 204 aile hekimi görev yapmakta olup bu hekimlere toplam 748.715 nüfus bağlıdır. 2012 yılının KDS verilerine göre bu yıl içinde bildirilen gebe sayısı 6.124 olup yıl boyunca gebelere toplam 35.552 izlem yapılmış, ortalama izlem sayısı 5.8'dir. Sağlık Bakanlığı tarafından gebeler için önerilen ideal izlem sayısı ise 4'tür. 2012 yılında ilde bebek (0-12 aylık) sayısı 11.245 olup yapılan izlem sayısı 77.795'dir. Ortalama izlem sayısı 6.9 bulunan bu grup için Sağlık Bakanlığı'nca önerilen ideal izlem sayısı dokuzdur. 2012 yılında ildeki lohusa sayısı 10.447 olup yapılan izlem sayısı 17.472'dir. Ortalama izlem sayısı 1.67 bulunmuştur, bu grup için Sağlık Bakanlığı'nca önerilen ideal izlem sayısı üçtür. 2012 yılında ildeki 15-49 yaş kadın sayısı 195.144 olup bu gruba toplam 390.288 izlem gerçekleştirilmiştir. Ortalama izlem sayısı iki olarak bulunmuştur; bu grup için Sağlık Bakanlığı'nca önerilen izlem sayısı ikidir.**Tartışma ve Sonuç:** Veriler ve elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde il genelinde izlemlerin Sağlık Bakanlığı'nca önerilen ideal izlem sayılarına yakın olduğu görülmektedir. Ancak aile hekimliği uygulamasından önceki dönemlere göre değerlendirildiğinde ciddi bir iyileşme sağlandığı bir gerçektir. Bir başka ölçüt ise izlemleri sadece sayısal değil, aynı zamanda niteliksel olarak da değerlendirmektir. Aile hekimliğinin temel özelliklerinden olan koruyucu sağlık hizmetleri sunumunun ilde uygulamaya geçmesiyle birlikte ideal izlem sayılarını yakaladığı ve kalitesinin arttığı görülmektedir. Yapılması gereken ve aşamada izlem sayılarının idealini üzerine çıkartılması ve daha sağlıklı nesillerin oluşumuna katkıda bulunulmasıdır.**SB-18****Evde sağlık hizmetine kayıtlı hastalara bakım veren bireylerin sosyodemografik özellikleri, tükenmişlik düzeyleri ve bakım yüklerinin değerlendirilmesi****Bestegül Çoruh, Merve Müge Üçüncü, Dilek Toprak***Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği***Giriş ve Amaç:** Evde bakım, teşhis ve tedavi sonrasında ihtiyaç sahiplerine kendi ortamlarında verilen sağlık bakımıdır. Bu hizmetin birincil hedefi bireyin kendi-kendine yetecek düzeye gelmesini sağlamak, ilerleyici ve sürekli hastalıkların komplikasyonlarını önlemektir. Bütün bunları sağlarken Göz ardı edilmemesi gereken önemli bir konu da bakım verenin ruhsal durumudur. Bu çalışmanın amacı İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği'ne bağlı Evde Sağlık Hizmetleri Birimine kayıtlı hastaların bakım verenlerinin tükenmişlik düzeylerinin ve bakım yükünün değerlendirilmesidir.**Gereç ve Yöntem:** Bu kesitsel çalışma bir eğitim hastanesine kayıtlı evde bakım hastalarına bakım verenler üzerinde yapılmıştır. Tükenmişlik düzeyi, Maslach Tükenmişlik Ölçeği, bakım yükü ise Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ) kullanılarak belirlendi. Yüksek ZBYÖ puanı, yaşanan sıkıntının şiddetini gösterir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği ise, üç alt boyut ve toplam 22 maddeden oluşur. Duygusal tükenme, depersonalizasyon ve kişisel başarıyı değerlendirir.**Bulgular:** Çalışmaya alınan 68 bakım verenin 54'ü kadın (%79.4) 14'ü erkek (%20.6) idi. Yaş aralığı 21-82 yaş arası olup; 21-40 yaş arası %22.1 (n=15), 41-64 yaş arası %60.3 (n=41), 64 yaş ve üzeri %17.6 (n=12) kişiydi. %64.7'sini lise düzeyine kadar eğitimliydi. Bu %64'ün tümü lise öğretimi mi almıştı? Bakım verenlerin %91.2'si (n=62) sadece bu görevi yapıyor ve başka işle uğraşmıyordu. Grubun %26.6'sı (n=18) sadece bakıcı olarak çalışıyordu. Bakım verenlerin %57.4'ü 1. derece akrabaları ve %72.1'i (n=49) bu hizmetten hiçbir gelir elde etmiyordu. Bakım verilen hastaların %83.8'inin asıl hastalığı Alzheimer, demans, SVH gibi nörolojik kökenli idi ve %63.2'sinin (n=43) hem beslenme hem de inkontinans problemi mevcuttu. 2 yıl ve daha fazla süreyle hastaya bakım hizmeti veren 47 kişi (%69.1) vardı. Bakım verenlerin %66.2'sinden hastanın hizmeti dışında ev işleri gibi hizmetler de bekleniyordu ve %55.9'unun başka yardımcısı yoktu ki, bu grupta ZBYÖ ve Maslach skoru yüksek bulundu (p<0.05). %89.7'si 24 saat hizmet veriyordu. %70.6'sı (n=48) hastasını kısa süreli bile olsa yalnız bırakamıyordu. Bakım verenlerin %25'i acil bir durumda ne yapacağını bilmiyordu. Bakıcı olmayanlarda ve akrabalık bulunanlarda Zarit bakım yükü skoru daha yüksek bulundu (p=0.020; p=0.038). Maslach Tükenmişlik Ölçeği de akraba olan, sürekli bakım veren, uzun süredir bakım veren ve nörolojik hastalığı olanlara bakım verenlerde daha yüksek bulundu (p<0.05).**Sonuç:** Evde bakım hizmetinde, sadece hastanın değil, ona bakım verenlerin de sorun, ruhsal problem ve beklentileri göz önüne alınmalı gerekli tıbbi ve sosyal destek sağlanmalıdır.**SB-19****Aile Hekimliği Sisteminde çalışan personelin şiddete maruziyet durumları****Aytekin Kemik¹, Osman Hayran², Hülya Akan³**¹Mersin Halk Sağlığı Müdürlüğü, Mersin; ²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul; ³Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul**Amaç:** Son zamanlarda ülkemizde görülme sıklığı artan, medyada da geniş yer tutan sağlık çalışanlarına karşı şiddet yaygın bir halk sağlığı ve meslek sorunu haline gelmiştir. Birinci basamakta hizmet veren hekimlerin ve diğer sağlık personelinin şiddete maruz kalma sıklıklarını, kimler tarafından, ne tür şiddete maruz kaldıklarını ve şiddetle ilgili görüşlerini tespit etmek amaçlandı.**Gereç ve Yöntem:** Bu kesitsel çalışma Nisan-Mayıs 2012 tarihleri arasında Mersin ilinde görev yapan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 377 aile hekimi (AH) ile 390 aile sağlığı elemanı (ASE) arasında yapılmıştır. Veriler anket yöntemi ile toplanmış, formun birinci bölümünde tanımlayıcı bilgiler, ikinci bölümünde şiddet olaylarına tanık olma ve maruz kalma, üçüncü bölümünde şiddet olaylarının artışı, azalışı ve sebepleri konusundaki görüşleri saptamaya yönelik sorular yer almıştır.**Bulgular:** Araştırmaya katılan 767 kişinin 390'ı (%50.8) ASE'yi, 377'si %49.2 AH'dir. AH'nin %73.2'sinin, ASE'nin ise %53.8'inin görevleri sırasında herhangi bir şekilde şiddete maruz kaldıkları saptanmıştır. AH'lerinin şiddete maruz kalma sıklığı ASE'den daha fazladır (p>0.05). En çok karşılaşılan şiddet türünün her iki grupta da sözlü şiddet olduğu görülmüştür (AH=%85.2; ASE=%89.1). Hasta ve hasta yakınları tarafından şiddet uygulama oranları benzerdir. AH'lerinin şiddete maruz kalmalarının en büyük nedenini yasal olmayan işlemleri reddetmek olarak belirtirken, ASE'yi kişilerin eğitim ve saygı sorunu olarak belirtmiş-

tir (sırasıyla %53.4; %84.6). AH'inin %71.9'u, ASE'nin %65.7'si aile hekimliği sistemine geçildikten sonra sağlık personeline karşı olan şiddet olaylarının arttığını düşünmektedir ve her iki grupta da artışın nedeni olarak "uygulamalar hakkında hastaların yanlış bilgilendirilmesi" belirtilmiştir. Her beş sağlık çalışanından biri son bir yıl içerisinde bir sağlık personelinin başka bir sağlık personeline şiddet uygulamasına tanık olduğunu ve yine yaklaşık araştırmaya katılan her beş kişiden biri sağlık personellerinin hastalara karşı şiddet uyguladığına tanık olduğunu belirtmiştir.

Sonuç: Aile hekimliği birimlerinde çalışanlara yönelik şiddet oranı yüksektir. Şiddetin azaltılması için çalışanların şiddet, nedenleri ve şiddet ile başa çıkma yöntemleri konularında eğitilmesi, kurumlarda bu durumlara yönelik ortak bir hareket planlarının oluşturulmasıdır. Çalışma ortamının ergonomik, iyi düzenlenmiş olması, caydırıcı önlemlerin alınması, cezai yaptırımların artırılması vatandaşların hekim ve sağlık personelinin hakları konusunda bilinçlendirilmesi ve şiddete karşı sıfır tolerans ilkesi atılacak ilk adımlardır. Bunun yanı sıra, sağlık çalışanları arası iletişim artırılmalı, sağlık meslek grupları bir araya gelmeli, disiplinler arası işbirliği sağlanmalıdır.

Poster Bildiriler

(P-01 — P-17)

PB-01

Boy kısalığı olan çocuk ve ergenlerde depresyon ve sosyal kaygının değerlendirilmesi

Soner Ölmez¹, Mustafa Haki Sucaklı¹, Hatice Altun², Ekrem Güler³, Mustafa Çelik¹, Hamit Sırrı Keten¹

¹Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Kahramanmaraş; ²Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş; ³Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş

Amaç: Boy kısalığı çocuk ve ergenlerde karşımıza sık çıkan problemlerden biridir. Boy kısalığı çocuk ve ergenlik döneminde depresyona neden olabileceği gibi sosyal kaygıya da neden olabilmektedir. Boy kısalığının etiyolojik sebepleri araştırılırken aynı zamanda hastanın üzerindeki psikolojik etkileri de sorgulanmalıdır. Bu çalışmada çocuk hastalıkları polikliniğine boy kısalığı şikayeti ile başvuran hastalarda depresyon varlığını ve sosyal kaygıyı değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 1.5.2012-1.12.2012 tarihleri arasında çocuk hastalıkları polikliniğine başvuran hastalarda yapıldı. Çalışmaya boy kısalığı tanısı konulan 50 hasta ile kontrol grubu olarak boy kısalığı tanısı olmayan 50 hasta dahil edildi. Hastaların bilgilendirilmiş olurları alındı. Kronik hastalığı olanlar ile psikiyatrik hastalığı olan olgular çalışmaya dahil edilmedi. Olguların sosyodemografik verileri elde edildi. Bütün hastaların boy ve kiloları ölçüldü. Hasta ve kontrol grubuna çocuk ve ergenler için düzenlenmiş olan depresyon ölçeği (ÇDÖ) ile Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Formları (ÇSAÖ-Y) uygulandı. Veriler SPSS 15.0 programı kullanılarak istatistiksel analiz yapıldı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak belirlendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 100 olgunun yaş ortalamaları; kontrol 11.7±2.4 SD yıl idi (8-18 yaş arası). Çalışmamızda yaş ortalamaları kontrol grubunda 11.5±2.3 yıl, boy kısalığı tanısı olan grupta 12.0±2.6 yıl idi. Boy kısalığı tanısı konan çocukların 28'i kız (%56), 22'si erkekti (%44). Kontrol grubumuzun ise 20'sini kızlar (%40), 30'unu erkekler (%60) oluşturdu. Boy kısalığı tanısı konulan grupta depresyon ölçeği puanı 33.7±6.9, kontrol grubunda ise 30.0±4.7 olarak tespit edildi. Sosyal kaygı ölçeği puanı boy kısalığı tanısı konulan grupta 48.2±11.9, kontrol grubunda ise 37.8±9.6 olarak belirlendi. Boy kısalığı tanısı olan grupta hem depresyon hem de sosyal kaygı ölçeği puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti (sırasıyla $p=0.03$ ve $p<0.0001$). Cinsiyetle sosyal kaygı ölçeği puanı ve depresyon ölçeği puanı arasında anlamlı ilişki bulunmadı ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda boy kısalığı tanısı konulan olgularda depresyon ve sosyal kaygı düzeyinin yüksek olduğunu ortaya koyduk. Çocuk ve ergen psikolojisi göz önünde bulundurulduğunda boy kısalığı önemli bir psikolojik sorundur. Özellikle bu dönemde depresyon ve sosyal kaygı düzeyindeki artışlar hastalarda içe kapanma ders başarısında düşüklük, sosyal geri çekilme gibi birçok problem oluşturmaktadır. Bu olgularda medikal tedavinin yanı sıra çocuk psikiyatri kliniğince değerlendirilmesinin yapılması ve gerekli desteğin sağlanması büyük önem taşımaktadır. Bu olguların ele alınmasında öğretmen, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve doktor işbirliğinin sağlanması olumsuz sonuçların ortaya çıkmasını engelleyecektir.

Anahtar Kelimeler: Diyabet, aile hekimliği, birinci basamak

PB-02

Yaşlılarda ilaç kullanımı

Mustafa Kürşat Şahin, Gülay Şahin, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Aysin Artıran İğde, Füsün Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Yaşlanma ile birlikte hastalık insidansının artması nedeniyle, geriyatrik grubu oluşturan altmış beş yaşın üzerindeki kişilerde polifarmasi yaygındır. Yaşlılarda ilaç kullanımı poliklinik hastalarında günde üç ila altı iken, bu sayı yatan hastalarda ortalama olarak on ila on beş olabilmektedir. Birçok hastalığın birlikte bulunmasının oluşturduğu klinik tabloya ek olarak; çoğul ilaç kullanımının ve bu ilaçların yan etki ve etkileşimlerinin de var olan patolojilere olan katkılarının ayırt edilebilmesi önemlidir. Bu çalışmada polikliniğimize başvuran 65 yaş ve üstü hastaların ilaç kullanımını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Polikliniğimize 01.03.2011-01.03.2013 tarihleri arasında başvuran 65 ve üstü yaşta hastalar çalışmaya alındı. Hastaların sosyodemografik verileri ve kullandığı ilaçları tıbbi kayıtlar taranarak değerlendirildi. Veriler değerlendirilirken SPSS paket programı kullanıldı. $p<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Polikliniğe başvuran 126 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalar tüm poliklinik başvurularının %2.54'ünü oluşturmaktaydı. Ortalama yaş 72.38±6.07 (65-88 yaş arası) idi. Katılımcıların 68'i (%54) kadın, 58'i (%46) erkekti. Başvuru sıklığı 1.82±2.34 (1-18 arası) olarak bulundu. Hastaların 52'si (%41.2) 65-69 yaş arası, 35'i (%27.8) 70-74 yaş arası, 23'ü (%18.3) 75-79 yaş arası ve 16'sı (%12.7) ise 80 ve üstü yaşta idi. Hastaların kullandıkları ortalama ilaç sayısı 5.68±2.12 (2-11 arası) idi. Analjezik – antienflamatuarlar %69.8 (88 kişi), antihipertansifler %66.7 (84 kişi) ve gastrointestinal ilaçlar %65.9 (83 kişi) oranıyla en sık kullanılan

ilaç grubunu oluşturmaktaydı. Antibiyotikler %50.8 (64 kişi), kardiyovasküler ilaçlar %38.1 (48 kişi), psikiyatrik ve dermatolojik ilaçlar %31 (39 kişi), solunum sistemiyle ilgili ilaçlar ve antidiyabetikler %28.6 (36 kişi), lipid ilaçları %23.8 (30 kişi), serebrovasküler ve endokrin ilaçları %23 (29 kişi), vitaminler %19 (24 kişi), oftalmik ilaçlar %16.7 (21 kişi), ürogenital ajanlar %15.1 (19 kişi) oranında kullanılmaktaydı. Katılımcıların %12.7'si (16 kişi) grip aşısı ve sadece bir kişi ise pnömokok aşısı yaptırmıştı. Antihipertansif alanların %71.4'ünün (60 kişi) analjezik, analjezik kullananların ise %68.2'sinin (60 kişi) mide koruyucu ilaç kullanması anlamlı bulundu ($p=0.001$).

Sonuç: Yaş arttıkça kullanılan ilaç sayısı anlamlı olarak artmaktadır ($p<0.001$). Bu nedenle ilaçların azaltılması için her görüşmede hastadan kullanmakta olduğu tüm ilaçların kutularını getirmesini istemek, ilaçlarının kullanımını, yan etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimi hakkında bilgi vermek ve olabildiğince günde tek doz kullanılacak ilaçlar önermek önemli olabilir. Yaşlılarda aşılama oranlarını artırmak için grip ve pnömokok aşısının faydaları hakkında bilgi vermek önemli olabilir.

PB-03

Kadınların serviks kanseri hakkında algı ve tutumları: Pap smear alternatifi olarak kendi kendinden smear alma cihazına bakışları

Mustafa Kürşat Şahin, Gülay Şahin, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Aysin Artıran İğde, Füsün Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

Giriş: Pap smear ile servikal kanser taraması, kanser önlenmesine yönelik ve maliyet açısından etkin olan çok nadir girişimlerden birisidir. Ne var ki kadınlarımızın çoğu eğitim yetersizliği, tarama programlarının yetersizliği ve eksikliği, ekonomik sorunlar, bilgi eksikliğinin de beraberinde getirdiği sağlık sorununu önemsememe gibi nedenler dolayısıyla erken tanı imkânından yararlanamamaktadırlar. Dolayısıyla birçok kadın Pap smear testlerini yaptırmamaktadırlar. Asya ülkelerinde kendi kendine smear alınabilmesi için geliştirilen cihazlar vardır. Bu cihazların özellikle karsal kesimlerde ve jinekolojik muayeneden kaçınan kadınlarda rahatlıkla kullanımının mümkün olduğu gözükülmektedir. Jinekolog tarafından alınan pap smear ile kadınların kendi kendine aldıkları smear arasında tanılabilir açıdan anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır.

Amaç: Çalışmamızda kadınların serviks kanseri konusundaki algı ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem: Çalışmamıza Temmuz - Aralık 2012 tarihleri arasında polikliniğimize başvuran 18 yaş üstü evli kadınlar alındı. Katılımcılara sosyodemografik verileri de içeren 21 sorudan oluşan bir anket uygulandı. Örnekleme büyüklüğü 246 kişi olarak hesaplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS paket programı kullanıldı. Veriler yüzdelik oranlara dönüştürülerek ve ki-kare testi uygulanarak karşılaştırıldı. $P<0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 246 kadının yaş ortalaması 34.85 ± 9.22 (19-52 yaş arası) idi. Yüzde 39'u (96 kadın) çalışmakta olan kadınların ortalama evlenme yaşı 22.91 ± 3.81 (16-38) idi. Altmış dokuzunun (%28) bir, 78'inin (%31.7) iki, 43'ünün (%17.5) üç ve 13'ünün (%5.3) dört çocuğu vardı. Katılımcıların 30'unun (%12.2) doğum kontrol hapı, 81'inin (%32.9) ise sigara kullanım öyküsü vardı. Son bir yıl içinde muayeneye giden 128 (%52) kişinin 97'si (%75.8) şikayeti olması nedeniyle başvurmuştu. Katılımcıların 86'sı (%35) serviks kanseri hakkında bilgisi olduğunu, bunların 46'sı (%53.5) ise bu bilgiyi doktordan öğrendiğini belirtti. Katılımcıların 100'ü (%40.7) HPV aşısını duyduğunu, bunların 53'ü (%53) bu bilgiyi medyadan öğrendiğini belirtti. Kadınların 82'si (%32.3) daha önce Pap smear'i duyduğunu, 70'i (%28.5) ise kendisine Pap smear yaptırdığını belirtti. Yaptıranların 46'sı (%65.7) sadece bir kez yaptırdı, 18'i (%25.7) iki kez, altısı (%8.6) ise üç kez yaptırmıştı. Sadece beşinin (%7.2) sonucu anormal gelmişti. Kendi kendinden smear alma cihazını (kksac) hiçbir katılımcı daha önce duymamıştı. Yüzde 73.6'sı (181

kadın) kksac kullanabileceklerini belirtti. Neden olarak ise 31'i (%17.1) kksac ile istediği zaman ve yerde smear alabileceğini, 56'sı (%30.9) doktora gitmek zorunda olmayacağını ve 94'ü (%51.9) ise utanmadan rahatlıkla yapabileceklerini öne sürdü. Buna karşın katılımcıların 39'u (%17.9) kendisinin yapamayacağını, 26'sı (%10.6) ise bu işin doktor tarafından yapılması gerektiğini belirtti. Eğitim düzeyi arttıkça smear yaptırma oranları anlamlı olarak artmaktaydı ($p<0.001$).

Sonuç: Jinekolojik muayene olma ve Pap smear yaptırma oranları oldukça düşük olarak saptanmıştır. Kadınların serviks kanseri hakkında bilgilendirilmeleri gerekmektedir. Birinci basamağa başvuran kadınlara her görüşmede bu konuda bilgi vermek faydalı olabilir. Kksac'nin sağlayabileceği kolaylıklar nedeniyle özellikle karsal kesimde kullanılması smear yaptırma oranlarında artışı sağlayabilir.

PB-04

Hipertansiyon hastalarında 10 yıllık kardiyovasküler risk eşliğinde hasta eğitiminin tedavi uyumuna etkisi

Canan Eyüboğlu, Nilgün Özçakar, Mehtap Kartal

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

Amaç: Erişkin hipertansiyon hastalarında 10 yıllık kardiyovasküler hastalık riskinin tedavi uyumu üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma İzmir Balçova bölgesindeki bir aile hekimine kayıtlı 118 hasta ile gerçekleştirilen gözlemsel bir çalışmadır. Tüm katılımcılara Hill-Bone hipertansiyon tedavisine uyum ölçeğini içeren bir anket uygulanarak tedaviye uyumları değerlendirilmiştir. Hastaların 10 yıllık kardiyovasküler risk düzeyleri belirlenip kendilerine söylenmiştir. Ardından kendi risk düzeylerini değerlendirmeleri istenmiştir. Hastaların kilo, boy ve kan basıncı ölçümleri yapılmıştır. Üç ay sonra kilo ve kan basıncı ölçümleri tekrarlanmış, tedaviye uyumları değerlendirilmiştir. Analizde SPSS 15.0 programı kullanılmıştır ve $p<0.05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Hastaların çoğu kadındı (%67.8). En çok kullanılan antihipertansif ilaç grubu anjiyotensin reseptör blokerleriydi (%63.6). Her iki görüşmede de prehipertansif grup çoğunlukta idi. Tedaviye tam uyum gösteren hasta oranında, ikinci görüşmede anlamlı bir artış saptandı ($p=0.003$). Hastaların çoğu (%57.6) yüksek riskli olmasına rağmen, kendini düşük riskli olarak gören hasta oranı yüksekti (%55.1).

Sonuç: Hipertansif hastaların tedaviye uyum ve kardiyovasküler risk açısından değerlendirilmesi tedaviye uyumu artırabilir. Hastanın kardiyovasküler risk konusunda bilgilendirilmesi hem hasta hem de hekim için uygulanabilir bir yöntemdir ve yüksek riskli hipertansif hastaların takibinde hayati öneme sahiptir.

PB-05

Çanakkale İl Merkezinde migren sıklığı ve etkileyen faktörler

Ayşegül Uludağ¹, Erkan Melih Şahin¹, Sibel Cevizci², Bulut Batu³, Özgür Güzey³, Utku Petriçli³, Meryem Aşkın³, Levent Seyhan³, Demet Özkan³, Nezir İşleyen³, Kadir Arslan³, Sedat Yelpaze³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği AD, Çanakkale; ²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Çanakkale; ³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem VI öğrencisi, Çanakkale

Amaç: Migren ataklarla seyreden ve ataklar arasında belirti vermeyen kronik bir hastalıktır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından iş yapamamaya sebep olan hastalıklar arasında kadınlarda 12. ve tüm populasyonda 19. sırada yer almaktadır. Migren prevalansı Amerika'da beyaz kadınlarda %17,3, beyaz erkeklerde %5,7 civarındadır. Çalışmada Çanakkale il merkezinde migren sıklığı ve etkileyen faktörlerin saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız kesitsel tanımlayıcı desenedir. Çalışmaya Çanakkale il merkezinde bulunan toplam 33 aile hekimliği biriminden dokuzuna herhangi bir nedenle başvuran 18 yaşından büyük bireyler alınmıştır. Çalışmada katılımcılara fakültemiz Dönem VI Aile Hekimliği stajı yapan öğrenciler yüz yüze anket uygulamıştır. Çalışmanın amacı belirtildikten sonra katılımcılardan sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Katılımcıların sosyo-demografik özellikleri sorgulanmış, sonrasında ID-Migren Tarama Testi uygulanmıştır. Bu teste göre son üç ay içerisinde günlük işlerini etkileyen ya da doktora gitmeyi düşündüren en az iki veya daha fazla baş ağrısı atağı geçiren katılımcılara ID-Migren testinin kalan üç sorusu sorulmuştur. Bu üç sorudan iki veya daha fazlasına cevap verenlerin migren olma olasılığı %93 olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya yaş aralığı 18-89 yaşları arasında toplam 549 katılımcı alındı. Katılımcıların 278'i erkek (%50.6), 271'i (%49.4) kadındı. Okuma yazma bilmeyen 10 (%1.8), sadece okur yazar olan 9 (%1.6), ilkokul mezunu 152 (%27.7), ortaokul mezunu 54 (%9.8), lise mezunu 142 (%25.9) ve üniversite mezunu olan 182 (%33.2) katılımcı vardı. Katılımcıların 98'i (%17.9) bekar, 425'i (%77.4) evli ve 26'sı (%4.7) dul idi. ID-Migren Tarama Testi'ne göre migren sıklığı toplamda %16, erkeklerde %11.2, kadınlarda %21 oranında saptandı. Migren saptanan 82 hastanın 59'u ağrının rüzgarla tetiklendiğini belirtti. Rüzgarlı havalardan migren ataklarını artırdığı saptandı (p<0.001).

Tartışma: Türkiye'de 1998 yılı Türk Başağrısı Epidemiyoloji çalışmasında 15-55 yaş grubunda prevalans %16.4 olarak bulunmuştur. Cinsiyet dağılımında ise kadınlarda %21.8, erkeklerde %10.9 olarak saptanmıştır. 2008 yılında 21 ilde yapılan prevalans çalışmasında migren prevalansı toplamda %16.4 olarak saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçları Türkiye'de yapılan diğer prevalans çalışmalarıyla uyumluluk göstermektedir. Çanakkale'de rüzgar migren ataklarını artırmaktadır.

Sonuç: Migren tanısında ID-Migren Tarama Testi birinci basamak koşullarında uygulanması kolay bir testtir. Rüzgar gibi hava koşulları da migren ataklarını artırabilmektedir.

PB-06

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne Eylül 2012-Ocak 2013 tarihleri arasında başvuran olguların tanı dağılımları ve demografik özellikleri

Saadettin Bayçelebi, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Artıran İğde

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

Amaç: Bu çalışmada amaç, Üniversitemiz Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran olguların tanı dağılımlarının ve demografik özelliklerinin belirlenmesi ve hedef kitleye yönelik daha nitelikli sağlık hizmet sunumu planlanmasıdır.

Gereç ve Yöntem: Çalışma 01.09.2012 - 31.01.2013 tarihleri arasında Üniversite Merkez Kampüsü içinde bulunan Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuranların, hastane elektronik kayıt sisteminden elde edilen verileri kullanarak dosya tarama yöntemi ile yapılmıştır. Hiçbir başvuran çalışma dışı bırakılmamıştır. Veriler retrospektif olarak değerlendirilmiş, yüzde ve frekanslar sunulmuş, istatistiksel analizde ki-kare ve student t testi uygulanmıştır.

Bulgular: Merkez Polikliniğimize başvuran olgu sayısı toplam 2149 olup, başvuranların 1252'si (%58.3) kadın, 897'si (%41.7) erkek idi. Polikliniğimize başvuranların yaş ortalaması 29.39±14.10 (1- 94 yaş arası) idi. Erkeklerin yaş ortalaması 28.97±13.50 (3- 94 yaş arası) ve kadınların yaş ortalaması 29.69±14.52 (1- 88 yaş arası) idi. Cinsiyete göre yaş ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bir fark göstermiyordu (p>0.05).

Bunlardan 427 olgu (%19.9) Eylül ayında, 435 olgu (%20.2) Ekim'de, 492 olgu (%22.9) Kasım'da, 483 olgu (%22.5) Aralık'ta, 312 olgu (%14.5) Ocak'ta başvurmuştu. Olguların 1873'ü (%87.2) Samsun ve ilçelerinden başvurmakta idi.

Başvuranların aldıkları tanıları incelendiğinde, merkez polikliniğimizde en sık görülen 10 hastalığın sırası ile kırıklık ve yorgunluk (%29.0, s=624), ÜSYE (%16.6, s=485), karın ağrısı (%7.5, s=161), öksürük (%5.5, s=118), anksiyete (%4.7, s=100), dispepsi (%1.9, s=41), gastroenterit (%1.8, s=38), esansiyel hipertansiyon (%1.7, s=37), diyabet (%1.1, s=26), hipotiroidizm (%1.1, s=25) olduğu saptandı. Tanı dağılımı açısından her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark saptanmadı (p>0.05). Olguların 1287'sine (%59.9) reçete düzenlenmemişken, 862'sine (%40.1) reçete düzenlenmiş olduğu saptandı.

Sonuç: Merkez Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuranlar değerlendirildiğinde kadınlarda daha fazla başvurduğu ve olgularımızın çoğunlukla genç yaş grubunda olduğu saptandı. En sık görülen ilk on hastalığın aile hekimliği, kulak burun boğaz, gastroenteroloji, göğüs hastalıkları, psikiyatri, kardiyoloji, endokrinoloji kliniklerinde daha sık rastlanan hastalıklar olduğu, diyabet ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların Türkiye ortalamasına göre daha az sıklıkta olduğu saptandı. Merkez Aile Hekimliği Polikliniği merkez kampüste bulunmakta olup, olguların çoğunluğunu üniversite çalışanları ve öğrenciler oluşturmaktadır. Kronik hastalığı olan daha yaşlı olguların çoğunlukla merkezdeki endokrinoloji ve kardiyoloji polikliniklerine başvurmakta oldukları düşünülebilir. Poliklinikte en sık rastladığımız olgulara yönelik hizmetin niteliğini artırmaya yönelik eğitimler planlandı.

PB-07

Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran hasta ve tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının belirlenmesi

Şükriye Bayrak, Ayşenur Alper Gürz, Füsün Ayşin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Yarıç

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

Giriş-Amaç: Beslenme alışkanlıkları, toplum sağlığı açısından oldukça önemlidir. Bu çalışmada, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran hastaların ve tıp fakültesi öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarını ortaya koymak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Eylül 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ve Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran 203 kişi çalışmaya dahil edilmiştir. Değerlendirmede, katılımcılara ait demografik bilgileri ve beslenme alışkanlıklarını sorgulayan bir anket kullanılmıştır. Katılımcıların beden kitle indeksleri hesaplanıp, DSÖ'nün sınıflaması esas alınarak gruplandırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 203 kişinin yaş ortalaması 26.2±8.9 olup, %62.9'unu (s=127) öğrenci, %13.4'ünü (s=27) doktor ve %23.7'sini (s=49) diğer meslek grupları oluşturmaktaydı. Katılımcıların %54,7'si (s=111) kadın, %45,3'ü (s=92) erkek olup, %68'i (s=138) normal, %18,2'si (s=37) fazla kilolu, %8,4'ü (s=17) obez, %5,4'ü (s=11) ise zayıf olarak bulundu. Zayıf olan 11 katılımcının 10'u (%90.9) kadın olup, kadın cinsiyet ile düşük ağırlık arasında anlamlı bir ilişki saptandı (p<0.05; $\chi^2=22.1$). Düşük ağırlık özellikle 18-24 yaş arasındaki kadınlarda görülmekte olup beden kitle indeksi ile yaş arasında da anlamlı ilişki saptandı (p=0.001; $\chi^2=139.9$). 'Fastfood yiyecek tüketmekten kaçınır mısınız?' sorusuna katılımcıların %12,8'i (s=26) 'asla', %22,7'si (s=46) 'nadiren', %38,4'ü (s=78) 'bazen', %22,7'si (s=46) 'sıklıkla' ve %3,4'ü (s=7) 'her zaman' şeklinde yanıt vermişti. 'Günde 5 veya daha fazla porsiyon meyve sebze tüketir misiniz?' sorusuna %18,7'si (s=38) 'asla' derken, %38,4'ü (s=78) 'nadiren', %32'si (s=65) 'bazen', %7,4'ü (s=15) 'sıklıkla', %3,4'ü (s=7) ise 'her zaman' şeklinde yanıtlanmıştı. Bu sorularla beden kitle indeksleri karşılaştırıldığında, anlamlı bir ilişki saptanmadı. Katılımcıların %91,1'i (s=185) beslenme alışkanlıkları ile ilgili herhangi bir sağlık biriminden bilgi ve yardım almamıştı; bu özellik beden kitle indeksi ile karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

Sonuç: Çalışmamız toplumun önemli bir bölümünün ideal beslenme alışkanlıklarından uzak olduğunu göstermiştir. Toplumda kötü beslenmeye bağlı görülen kronik hastalıkların başında obezite, kalp-damar hastalıkları, yetişkin tip şeker hastalığı, hipertansiyon, bazı kanser türleri ve osteoporoz gelmektedir. Bu konularla ilgili kişilerin bilgilendirilmesinde birinci basamak kuruluşlarının önemi büyüktür.

PB-08

Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran portör muayenelerinin değerlendirilmesi

Yeşim Cengiz Balyen, Pakize Gamze Erten Bucaktepe, Ahmet Yılmaz, Tahsin Çelepkolu

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Diyarbakır

Giriş ve Amaç: Gıda maddelerinin kontaminasyonu genellikle fekal oral yolla olmaktadır. Bu nedenle gıda sektöründe gerek mutfakta gerek sunumda çalışanlar mikroorganizmaların kontaminasyonunda önemli rol almaktadır. Bu çalışmada Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi yemekhanesinde çalışan ve portör muayenesi için Aile Hekimliği Polikliniği'ne başvuran personelin bulgularının değerlendirilmesi ve bu kişilere eğitim verilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu tanımlayıcı çalışmada Ekim-Kasım 2012 tarihleri arasında Aile Hekimliği Polikliniğine portör muayenesi için başvuran 67 hastadan alınmış olan burun, boğaz ve gayta kültürleri ile HBs Ag, Anti HBs değerleri ve Akciğer grafipleri incelendi. Veriler, SPSS 17.0 istatistik programıyla değerlendirilip, frekans dağılımları incelendi, ortalamalar±standart deviasyon şeklinde gösterildi.

Bulgular: Başvuran 67 kişinin 58'i (%86.5) erkek, dokuzu (%13.5) kadın idi. Erkeklerin yaş ortalaması 32.9±6.9, kadınlarınki de 31.4±7.9 idi. Hastaların %4.5'inin (s=3) boğaz kültüründe A grubu beta hemolitik streptokok üremiş olup %95.5'i (s=64) normal flora ile uyumlu uyumlu bulundu. Burun kültürlerinin %3.0'ünde (s=2) koagülaz (+) stafilokok, %1.5'inde (s=1) metisilin duyarlı stafilokok aereus, %3.0'ünde de (s=2) A grubu beta hemolitik streptokok üredi. %92.5'i ise (s=62) normal flora ile uyumlu geldi. Hastaların %4.5'inde (s=3) HbsAg pozitif, %75.0'inde (s=50) AntiHbs pozitif saptanmış olup %20.5'inin (s=14) sonucu HbsAg ve AntiHbs negatif olarak saptandı. Akciğer grafiplerinde ise %20.5 (s=14) sigaraya bağlı değişiklikler, %3.0 (s=2) geçirilmiş enfeksiyona sekonder fibrotik değişiklikler tespit edildi. 51 kişinin (%76.5) akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Gaita kültürü sonuçlarının tümü ise normal flora ile uyumlu olarak saptandı.

Sonuç: Gıda sektöründe çalışanların fekal oral yolla bulaşan hastalıklar ve diğer hastalıklar konusunda ve bu hastalıkların taşıyıcılıkları, bulaştırıcılıkları hakkında bilgilendirilmeleri, ayrıca portör muayenelerinin yapılması gerekmektedir. Bu sektörde çalışanlara kişisel hijyen konusunda hizmet içi eğitimlerin verilmesi bulaştırıcılığı asgari seviyeye çekmektedir. Bu nedenle çalışanlara el hijyeni, eldiven ve el antiseptikleri kullanımı ile tırnak bakımı gibi kişisel hijyen konularında eğitim verilmeli ve uygulamayı uygulamadıkları denetlenmelidir. Çalışmamızda tetkik sonuçları pozitif gelenlere gerekli bilgiler, tedavi ve eğitimler verilmiş olup bir sonraki muayenelerinde eğitimlerin sonuçlarının da değerlendirilmesi planlanmıştır.

PB-09

Tıp fakültesi son sınıf öğrencileri, sık görülen bazı acil hastalıklar konusunda kendilerini ne kadar yeterli hissediyorlar?

Muhterem İpek¹, Murat Ünalacak², İlhami Ünlüoğlu²

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, Ankara;

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Eskişehir

Amaç: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi (ESOGÜ) Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerinin birinci basamak uygulamasında karşılaşılabilecekleri bazı acil durumların yönetimi açısından kendilerini ne kadar yeterli hissettiklerini belirlemek.

Gereç ve Yöntem: ESOĞÜ Tıp Fakültesi son sınıf öğrencilerine, mezuniyetlerine bir ay kala birinci basamakta sık karşılaşılan acil durumlara tanı koyabilme, müdahale edebilme, sevk kriterlerini bilme gibi sorular içeren bir anket düzenlendi. Soruların evet/ hayır şeklinde cevaplanması istendi. Toplam 112 öğrenciye ulaşıldı.

Bulgular: Ulaşılan öğrencilerin %46.4'ü kadın, %53.6'sı erkekti. Öğrencilerin en yüksek oranda tanı koyabileceklerini ifade ettikleri acil durumlar miyokard enfeksiyonu (%98.2), solunum durması/kalp durması (%98.2) ve anafaksi (%97.3) idi. Solunum durması/kalp durması (%93.8), anafaksi (%89.3) ve epistaksis (%89.3) öğrencilerin en çok müdahale edileceklerini düşündükleri acil durumlar iken, sevk kriterlerini en iyi bildikleri acil durumlar ise miyokard enfarktüsü (%86.6), anjina pektoris (%79.4) ve solunum durması/kalp durması (%73.2) idi. Sorulan hastalıklar içerisinde öğrencilerin kendilerini genel anlamda en yeterli hissettikleri acil durumun solunum/kalp durması olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Acil hastalıklar, birinci basamak sağlık hizmeti uygulamasında sık karşılaşılan hastalıklar içerisinde yer alır. Birinci basamak hekimi bu hastalıkları tanımalı, acil girişimleri yapabilmeli, en uygun şekilde hasta sevkini sağlayabilmelidir. Sık görülme, ciddi işlevsellik kaybına neden olma ve tedavi giderlerinde artışa yol açma gibi önemli sonuçları olan bu hastalıkların çözümünde birinci basamakta çalışan hekimlerin rolü önemlidir. Bu bağlamda bu hastalıkların yönetiminde istenen başarının sağlanması için tıp eğitimi sırasındaki acil eğitiminin gözden geçirilmesi, öğrencilerin kendilerini yetersiz hissettikleri durumlarda pratiklerinin artırılması önemlidir.

PB-10

Türkiye'de aile hekimliği uzmanlarınca yapılan ve Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi'nde yayınlanan çalışmaların analizi

Mehmet Salih Akçakaya, Serpil Demirağ, Ayfer Gemalmaz, Bayram Ali Üner

Adnan Menderes Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın

Giriş: Birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da hekimler, özellikle akademisyenler, sağlığı geliştirmeli, topluma hizmet etmek için tıbbi araştırmaları düzenli olarak takip etmeli ve bizzat araştırmalar yapmalıdır. Aile hekimliği tıp disiplininde yapılan araştırmalar ve yayınlar birinci basamağın bilimsel anlamda statüsünü yükseltecektir. Aile hekimliği alanında, yine aile hekimliği uzmanlarınca yapılan araştırmalar konusunda çok fazla çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu çalışmada 01.01.2008-31.12.2012 tarihleri arasında Aile Hekimliği uzmanlarınca yapılan çalışmaların incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Türkiye'de aile hekimliği uzmanlarının yaptıkları çalışmalar Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi (Ulakbim) Cahit Arf Bilgi Merkezi taranarak incelendi. 01 Ocak 2008- 31 Aralık 2012 tarihleri arasındaki makaleleri taramak amacıyla anahtar kelime olarak "aile hekimliği" kullanıldı. Bulunan 756 sonuç içerisinde aile hekimleri uzmanlarınca yapılmış olan 423 çalışma değerlendirmeye alındı. Tam metni yayınlanmamış fakat arama sonucu adı geçen yayınlar google ve pubmed'de arandı. Yayınların başlıkları dikkate alınarak bir makalenin birden fazla değerlendirilmesi önlenildi. Veriler SPSS 17 programına girilerek değerlendirme yapıldı.

Bulgular: Çalışmamızda aile hekimliği uzmanlarınca yapılan Ulusal Akademik Ağ ve Bilgi Merkezi veri tabanında 01 Ocak 2008-31 Aralık 2012 tarihleri arasında erişilebilen 423 çalışma incelendi. Yıllar içerisinde aile hekimliği uzmanlarının yaptıkları yayınlarda sayıca önemli miktarda artış saptandı. Çalışmaların %49.8'i son iki yılda yapılmıştı. Yapı-

lan çalışmaların %78.5'i Türkçe %21.5'i İngilizce yayınlanmıştır. Yapılan çalışmaların çoğu (%75.2) multidisiplinerdi. En çok yayın yapılan dergi Türkiye Aile Hekimliği Dergisi idi (%7.6). Yapılan çalışmalar genel olarak, aile hekimliği ile ilgili klinik uygulamalar (%44.9), aile hekimliği disiplini ilkeleri (%5.4) ve diğer uzmanlık alanları ile ilgili çalışmalar (%35.9) üzerine idi. Yayın türlerinin yüzdeleri incelendiğinde ilk sırayı araştırma makaleleri (%69), ikinci sırayı derlemeler (%14.9), üçüncü sırayı ise olgu sunumları (%13.2) almıştı. Çalışmaların %52.5'i tanımlayıcı, %17.3'ü vaka-kontrol çalışmasıydı. Yapılan çalışmaların yalnızca %5.5'i deneysel çalışmaydı. Çalışmaların çoğunun örneklem büyüklüğü 101-600 kişiden oluşan (%37.4) gruptu. Çalışmaların çoğunda çalışma evreni toplumdu (%35.9). Sırasıyla dahiliye polikliniği (%9.2), pediatri polikliniği (%9.2), aile hekimliği polikliniği (%7.6), aile sağlığı merkezleri (%4) çalışma yapılan yerlerdi. Çalışmalarda yazar ortalaması 4.47 idi. Yazarların ortalama 1.8'i aile hekimliği uzmanıydı. Çalışmaların %56.7'sinde aile hekimliği uzmanları ilk yazardı. Çalışmaların %70'i üniversite hastanelerinde, %16.8'i eğitim araştırma hastanelerinde, %4'ü devlet hastanelerinde, %6.6'sı aile sağlığı merkezlerinde yapılmıştı.

Sonuç: Yıllar içerisinde aile hekimliği uzmanlarının yaptıkları yayınlarda, sayıca önemli miktarda artış saptanmıştır. Aile hekimliği klinik uygulamalarıyla ilgili çalışmaların daha çok yapıldığı gözlenmiştir. Araştırma yapılan yerlerin üçüncü basamaktan birinci basamağa kaydığı görülmüştür.

PB-11

Aile hekimliği merkez polikliniğine başvuran hasta ve tıp fakültesi öğrencilerinde premenstrüel sendrom sıklığının ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi

Gülşah Alan, Onur Öztürk, Şükriye Bayrak, Füsün Aysin Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici, Füsün Yarış

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş ve Amaç: Premenstrüel sendrom (PMS) menstrüel siklusun luteal fazında ortaya çıkıp, menstrüasyonun başlamasıyla hızla düzelen ruhsal, davranışsal, bilişsel ve fiziksel bozuklukları tanımlamak için kullanılan bir terimdir. Bu çalışma Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencileri ve Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran hastalarda premenstrüel sendrom sıklığının ve etkileyen faktörleri araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ekim 2012-Şubat 2013 tarihleri arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinden ve Aile Hekimliği Merkez Polikliniği'ne başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden, basit rastgele örnekleme belirlenmiş 102 kadın dahil edilmiştir. Değerlendirmede katılımcılara ait demografik veriler ile premenstrüel sendrom sıklığını ve etkileyen faktörleri sorgulayan 18 soruluk bir anket uygulanmıştır. Anket formunda Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM-IV tanı kitabında premenstrüel sendrom için önerilen tanı kriterlerinden yararlanılarak hazırlanmış sorular sorulmuştur. Verilerin istatistiksel analizleri, SPSS for Windows 12.0 paket program ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan 102 kişinin yaş ortalaması 22.1±4.1 olup, %83.3'ü (s=85) öğrenci, geriye kalan %16.7'si (s=27) ise doktor, sekreter, memur, hemşire, işletmeci gibi diğer meslek gruplarından oluşmaktaydı. Katılımcıların üçü (%2.9) lise öğrencisi, 82'si (%80.3) üniversite öğrencisi, 17'si (%16.6) üniversite mezunuydu. Çalışmaya sadece bekar kadınlar dahil edildi. Katılımcıların %34.3'ünde (s=35) premenstrüel sendrom saptandı. Katılımcıların %20.6'sı (s=21) hiç egzersiz yapmazken, %16.7'si (s=17) düzenli egzersiz yapmaktaydı. Premenstrüel sendrom ile egzersiz alışkanlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı (p>0.05). Katılımcıların %50'sinde (s=51) adet düzensizliği mevcuttu. Adet düzensizliği olanların %45'inde (s=23) premenstrüel sendrom saptanmış olup adet

düzensizliği ile premenstrüel sendrom arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($\chi^2=5.26$; $p=0.02$). Katılımcılara çay/kahve tüketimi sorulduğunda %2.9'u (s=3) "hiç tüketmem", %57.8'i (s=59) "günde 1-2 fincan tüketirim", %39.2'si (s=40) "günde 3 veya daha fazla fincan tüketirim" şeklinde yanıtlamıştı. Premenstrüel sendrom sıklığı ile çay/kahve tüketimi arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı ($p=0.05$; $\chi=6,008$).

Sonuç: Premenstrüel sendrom kadınlarda yüksek oranda görülen bir durumdur. Bu durum tüm toplumu etkilemektedir. PMS sıklığının azalması ve kadınların dolayısı ile toplumun yaşam kalitesinin geliştirilmesi için PMS konusuna daha fazla önem verilmeli ve özellikle risk faktörleri belirlenerek risk taşıyan kadınların yaşam kalitelerinin geliştirilmesi amaçlanmalıdır. Bu konuyla ilgili kişilerin bilgilendirilmesinde birinci basamak kuruluşlarının önemli bir rolü bulunmaktadır.

PB-12

Kırsal hekimlik gezici hizmet gözlemi öncesi ve sonrasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem-6 öğrencilerinin kırsal hekimlik konusundaki kaygı düzeylerinin değerlendirilmesi

Selma Aydın, Füsün Yarış, Füsün Artıran İğde, Mustafa Fevzi Dikici

Ondokuzmayıs Üniversitesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, Samsun

Giriş ve Amaç: Çalışmamızda kırsal hekimlik gezici hizmet gözlemi esnasında Dönem-6 öğrencilerinin kırsal hekimlik hakkındaki düşüncelerinin ve gezici hizmet gözleminin öğrenciler üzerindeki etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Tıp Fakültesi Aile Hekimliği stajında Haziran 2011- Mart 2013 tarihleri arasında Samsun'un Çarşamba ilçesinin bir köyünde çalışan aile hekiminin bir günlük gezici hizmetine eşlik eden tıp fakültesi son sınıf öğrencileri katılmıştır ve kesitsel bir araştırmadır. Öğrencilere her ay araştırmacı eşliğinde fakülte yönetimi tarafından tahsis edilen bir araçla, bir buçuk saat süren bir yolculuk öncesi sürekli kaygı ölçeği (1-4 puan) uygulanmıştır. Sonrasında öğrenciler ulaştıkları köyde aile hekiminin hizmet verdiği aile sağlığı merkezini gezip, aile hekiminin vermiş olduğu evde bakım hizmetini ve gezici hizmet için gidilen köyde eski sağlık evine gelen hastalara ayakta hasta bakım hizmetinin nasıl verildiğini gözlemlemiştir. Gözlem sonrasında şehir merkezine dönerken yazar tarafından anket ve durumluk kaygı ölçeği uygulanmış, veriler sayı ve yüzde olarak değerlendirilmiştir. Gezici hizmet öncesi ve sonrasında kaygı düzeylerindeki değişiklik için eşleştirilmiş student-t testi uygulanmıştır. TNSA-2008 tanımlamalarına göre kırsal olarak belirttiğimiz alanlar; nüfusu <10.000 olan bölgeler, kentsel olarak belirttiğimiz alanlar; nüfusu >10.000 olan bölgelerdir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 162 katılımcının 76'sı (%46.9) kadın, 86'sı (%53.1) erkekti. Kırsal hekimlik gezici hizmet gözlemi sonrasında yapılan anket sonuçları değerlendirildiğinde, katılımcılardan 90'ının (%55.6) kırsal bölgede hekimlik yapmak konusunda endişeleri vardı. Kırsal bölgede çalışmak konusunda endişeleri olan 79 (%62.7) katılımcı aynı zamanda kırsal bölgede çalışmanın zor olduğunu düşünüyordu. Katılımcıların 125'i (%77.2) gezici hizmet gözleminin kırsal hekimliğe bakış açısını olumlu yönde etkilediğini bildirdi. Katılımcılara çalışma esnasında kaygı ölçeği uygulanmış olup, gezici hizmet öncesi uygulanan sürekli kaygı ölçeği (ön test) sonuçlarına göre "genellikle keyfim yerindedir" değerlendirmesinin ortalaması 2.95 iken, gezici hizmet sonrası uygulanan durumluk testine göre "şu anda keyfim yerinde" değerlendirmesinin ortalama puanı 2.99 olup anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Ön testte "önemsiz şeyler hakkında endişelenirim" değerlendirmesinin puan ortalaması 1.96 iken; son testte "şu anda endişeliyim" değerlendirmesinin puan ortalaması 1.40 olup, anlamlı olarak gezici hizmet sonrası endişelerinin azaldığı saptandı ($p=0.00$). Ön testte "her

şeyi ciddiye alır ve endişelenirim” önermesinin ortalama puanı 1.96 iken, son testte “şu anda kaygılıyım” önermesinin ortalama puanı 1.65 bulundu ($p=0.00$). Öğrencilerin kaygı ve endişe düzeylerinin gezici hizmet sonrası azaldığı görüldü.

Sonuç: Kırsal bölgede görev yapmak düşüncesi tıp fakültesi öğrencilerinin çoğunun endişe duymasına neden olmaktadır. Ancak gezici hizmet gözleminde de çoğunluğunun olumlu etkilendiği görülmüştür. Öğrencilerin kırsal hekimlik konusunda duyduğu endişelerin giderilebilmesi ve kırsal hekimliğin olumlu yönlerinin daha çok gösterilebilmesi için mezuniyet öncesi tıp eğitiminde tüm tıp fakültelerinde öğrencilere zorunlu kırsal hekimlik uygulama eğitimi önerilebilir.

PB-13

Obez olan ve olmayan çocukların depresyon ve kaygı durumlarının karşılaştırılması

Pınar Doruk, Hülya Yıkılkan, Mustafa Polat, Cenk Aypak, Süleyman Görpeliolu

Dişkapi Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, Ankara

Amaç: Çocukluk yaşlarında başlayan ve ileri yaşlarda da devam eden obezite; morbidite ve mortaliteyi önemli ölçüde etkilemesinin yanı sıra, son derece ciddi sosyal ve ekonomik boyutları da olan bir sorundur. Bu çalışmada, 7-12 yaş grubu çocuklarda vücut kitle indeksi (VKİ) ile depresyon ve kaygı durumunun ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırmanın yapılabilmesi için İl Millî Eğitim Müdürlüğü'nden resmi izin alınmıştır. İl Millî Eğitim Müdürlüğü, Ankara il merkezinde basit rastgele örneklem yöntemi ile üç ilköğretim okulu belirlemiştir. Eylül 2012 - Kasım 2012 tarihleri arasında, belirlenen okullarda öğrenim görmekte olan toplam 3165 öğrenciden, tabakalama yöntemi ile toplam 500 öğrenciyi ulaşmak amaçlanmıştır. Dağıtılan 500 anketin 440'ı geri dönmüştür (%88). Çocuklara cinsiyetleri, doğum tarihleri, boy ve kilo ölçümlerinin kaydedileceği bir form ile sürekli kaygı ölçeği (SKÖ) ve çocuk depresyon ölçeğinden (ÇDÖ) oluşan anket formu dağıtılmıştır. Anketi dolduran çocuklarda VKİ ile depresyon ve kaygı durumunun ilişkisi araştırılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 197 (%44.8) kız, 243 (%55.2) erkek olmak üzere 440 çocuk dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen çocukların yaşları 7 ve 12 arasında değişmekte olup, ortalama yaş 8.84 ± 1.64 yıldır. Çalışmaya katılan çocukların VKİ persentil değerlerine göre 11'i zayıf (%2.5), 288'i (%65.5) normal, 80'i (%18.2) fazla kilolu ve 61'i (%13.8) obezdir. ÇDÖ'den alınan puan ortalaması 6.96 ± 5.50 'ydi. ÇDÖ puanlarına göre VKİ açısından gruplar arasında anlamlı bir fark görülmedi ($p>0.05$). Kız ve erkek çocuklar arasında depresif belirti düzeyleri açısından anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Yaş arttıkça ÇDÖ puanlarının anlamlı olarak yükseldiği görülmekteydi ($p=0.00$). Kızların SKÖ puanı erkeklerle göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p=0.01$). Tüm yaş gruplarının puan ortalaması yüksek kaygıyı göstermekle birlikte yaş artışı ile kaygı ölçeği puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmedi ($p>0.05$).

Tartışma ve Sonuç: Türkiye'de çocukluk çağı obezitesinin psikolojik yönünü ortaya koyan çalışmalar çok kısıtlı sayıdadır. Çalışmamızın sonucuna göre depresyon ve vücut ağırlığı arasında ilişki bulunmaması, çocukların kendileriyle barışık ve mutlu olduklarını düşündürmektedir. Tüm yaş gruplarında kaygının yüksek oluşu, hepsinin ortak paydası olan okul başarısı kaygısının etkili bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızla uyumlu olarak, uluslararası literatüre göre de çocukluk ve ergenlik çağında, kızlarda anksiyete görülme riski erkeklerden daha yüksektir. Çocukluk döneminden başlayarak obeziteden korunma, birçok tıbbi komplikasyonun önlenmesinin yanı sıra mutlu, öz güveni sağlam, ruhsal yönden sağlıklı bireylerin yetişmesine katkıda bulunacaktır.

PB-14

Akılcı ilaç kullanıyor muyuz?

Şerife Özdiç¹, Nazlı Şensoy², Rumeysa Kurt³, Sevda Altaş³, Ramazan Altun³

¹Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Afyonkarahisar; ²Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Afyonkarahisar; ³Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi 3. sınıf öğrencisi, Afyonkarahisar

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), akılcı ilaç kullanımını; “hastaların ilaçları klinik gereksinimlerine uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almaları için uyulması gereken kurallar bütünü” olarak tanımlamıştır. Akılcı olmayan ilaç kullanımı bütün dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde en temel sağlık sorunlarından biridir ve düzeltilmesi güç bir alışkanlık olarak kabul edilmektedir. Bu çalışmanın amacı Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran hasta ve yakınlarının, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili tutum ve davranışlarını tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma, Şubat-Mart 2013 tarihlerinde, Afyon Kocatepe Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran hasta ve yakınlarından, çalışmaya katılmayı kabul edenlerle yapılmıştır. Çalışmanın verileri, araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyo-demografik özellikleri içeren 8 ve akılcı ilaç kullanımı ile ilgili 30 adet sorunun yer aldığı anket formu ile toplanmıştır. Araştırmacılar tarafından katılımcılara araştırma konusu hakkında bilgi verildikten sonra, anket formları yüz yüze görüşme yöntemiyle doldurulmuştur. Anket formlarından elde edilen veriler SPSS 18 istatistik programına aktarılarak değerlendirilmiştir. Anamlılık düzeyi $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 774 kişinin ortalama yaşı 38 ± 14 olup, %55,4'ü (n=429) kadın, %44,6'sı (n=345) erkektir. Katılımcıların %54'ü (n=419) hastalandığında hekim tavsiyesi olmadan ilaç kullandığını belirtmiştir. Hekime danışmadan ilaç kullanan katılımcıların %31,3'ü (n=243) kadın, %22,7'si (n=176) erkek, %1,8'i (n=14) okur-yazar değil, %13,12'i (n=102) üniversite mezunu, %35,9'u (n=278) evli, %18,2'si (n=141) bekar olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %37,5'i (n=289) ilacı hekimin önerdiği süreden önce bıraktığını, %8,8'i (n=68) hekimin önerdiği doz dışında kullandığını, %29,5'i (n=228) kendi kullandığı ilacı başkasına tavsiye ettiğini, %72'si (n=558) evde ilaç bulundurduğunu ifade etmişlerdir. Evde en çok bulunduran ilaç grupları %64,1 (n=496) ağrı kesiciler, %43,4 (n=336) soğuk algınlığı ilaçları, %29,3 (n=227) merhemler ve %24,7 (n=191) antibiyotiklerdir.

Sonuç: Sonuç olarak çalışmamızda ankete katılan hastaların ilaçlarını akılcı kullanmadıkları belirlenmiştir. Hasta, ilacın herhangi bir tüketim maddesi olmaktan çok, sağlık açısından özel öneme sahip bir ürün olduğu konusunda mutlaka hekim tarafından bilgilendirilmelidir.

PB-15

Yaşlılarda demansın değerlendirilmesi ve etkili faktörler

Mahmut Tanırlar, Kenan Topal, Aysun Özşahin, Tamer Edirne

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Denizli

Giriş ve Amaç: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre Türkiye'de 2012 yılında yaşlı nüfus olarak tabir edilen 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %7,5 iken 2023 yılında bu oranın %10,2'lere ulaşacağı hesaplanmıştır. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte kronik hastalıkların görülme sıklığı artmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalara göre yaşlı bireylerin %70-90'ında en az bir tane kronik hastalık bulunmaktadır. Kronik hastalıkların görülme sıklığının artması sonucu yaşlı bireyler sağlık hizmetlerine daha fazla başvurmakta ve daha fazla ilaç kullanmaktadırlar. Yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte bilişsel yi-

kimla sonuçlanan hastalıkların (demans gibi) sıklığı artar. Biz çalışmamızda yaşlılarda çoklu ilaç kullanımı ve birden fazla hastalık varlığının bilişsel işlevlerle ilişkisini saptamayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırma kesitsel tipte olup Mart 2013 tarihinde Pamukkale Üniversitesinin Tıp Fakültesi eğitim programı içerisinde yapılan huzurevi ziyaretinde yüz yüze anket uygulanarak yapılmıştır. İki bölümden oluşan anketin birinci bölümünde sosyodemografik özellikler, hastalıklar, ilaç kullanımı ve huzur evinde kalma süresi sorgulanırken ikinci bölümde 13 puanlık modifiye bir mini mental test kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 18 de işlenip, bulgular yüzdelik ve ki-kare testi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmaya toplam 87 kişi katıldı. Bu kişilerin %24.1'i 60-70 yaş, %50.6'sı 71-80 yaş arasında, %25.3'ü 80 yaş üstündeydi. Katılımcıların %33'ü okuryazar değildi. Katılımcıların %23'ünde hiç hastalık yokken, %62.1'inde 1-2 arasında, %14.9'unda 3-4 arasında kronik hastalık vardı. Katılımcıların %29.9'u hiç ilaç kullanmazken %47.1'i 1-3 ilaç arası, %23'ü 4 ve üzeri ilaç kullanmaktaydı. Modifiye mini mental teste 10 puan eşik değer (10 puan ve altı bilişsel işlev bozukluğu var) olarak kabul edildiğinde katılımcıların %54'ünde bilişsel bozukluk var iken %46'sında bilişsel bozukluk yoktu. Yaşa göre bilişsel bozukluk durumuna bakıldığında 60-70 yaş arasındaki katılımcılarda bilişsel bozukluğun varlığı %61.9, 71-80 yaş arasında %50, 80 yaş ve üzerinde %54.5 olarak bulunmuştur. Hiç ilaç kullanmayanlarda bilişsel bozukluk görülme oranı %50; 1-3 ilaç kullananlarda %53.7; 4 ve daha fazla ilaç kullananlarda %60 olarak saptandı. Hastalık varlığına göre ise, hiç hastalığı olmayanlarda %60, 1-2 hastalığı olanlarda %46.3; 3-4 hastalığı olanlarda %76.9'unda bilişsel bozukluk saptandı. Okuryazar olanların %43.1'inde, olmayanların %75.9'unda bilişsel bozukluk olduğu görüldü.

Tartışma ve Sonuç: Çalışmamızda bilişsel bozukluğu bulunan yaşlıların oranı %54 olup, ilaç kullanımı ve hastalık/tanı sayısı ile anlamlı bir ilişkisi bulunamamıştır. Ancak okuryazar olmayanların %75.9'unda bilişsel bozukluk saptanması bilişsel bozukluğun okuryazarlık tarafından etkilendiğini göstermiştir. Bazı çalışmalarda bilişsel işlev bozukluğunun yaş, cinsiyet ve eğitim durumundan etkilendiği bildirilmekle beraber Adana ve Ankara'da huzur evlerinde yapılan çalışmalarda erkeklerin %46.8'inin, kadınların %53.2'sinin okuma yazma bilmediği bildirilmiştir. Eğitim durumu eklenerek Mini mental testin modifiye edilmesi, uygulanması önerilir.

PB-16

Bir il merkezinde ASM'lere başvuranlarda diyabet sıklığı, komorbidite ve izlem durumu

Ayfer Gemalmaz¹, Zeynep Dağdelen², Serpil Demirağ¹

¹Adnan Menderes Üniversitesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Aydın, ²Niğde Devlet Hastanesi, Niğde

Amaç: Günümüzde yaşam tarzındaki hızlı değişim ile birlikte gelişmiş ve gelişmekte olan toplumların tümünde tip 2 diyabet prevalansı hızla artmakta, diyabet ve komplikasyonları önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada kendi toplumumuzda diyabet sıklığını, komorbidite ve izlem durumunu belirlemeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Araştırmamız kesitsel tanımlayıcı olup merkez ilçede bulunan 16 Aile Sağlığı Merkezi (ASM) arasından rastgele seçilen sekiz ASM'de yürütüldü. ASM'lere 1 Ocak-31 Mart 2012 tarihleri arasında herhangi bir nedenle başvuran ve konuyla ilgili bilgi verildikten sonra onam formunu okuyup imzalayarak araştırmaya katılmayı kabul eden 18 yaş ve üzeri 1026 kişiye anket formu uygulandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 16.0 programı kullanıldı. Tanımlayıcı değerlendirmeler kategorik veriler için sayı ve yüzde, hesaplanan puanlar için aritmetik ortalamamızstandart sapma, şeklinde yapıldı. P<0.05 anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Araştırmaya 612'si kadın (%59.6), 414'ü erkek (%40.4) olmak üzere toplam 1026 kişi dahil edilmiştir. Katılımcıların %48'i 18-39

yaş grubundaydı. Katılımcıların yaklaşık üçte biri ev hanımıydı. Katılımcıların vücut kitle indeksi (VKİ) ortalaması 26.62±5.01 (14.84-47.47) olup, %56'sı kilolu ve obezdi. Sadece %17'si egzersiz yapıyordu. Çalışmamızda, katılımcılarda ifade edilen diyabet sıklığını %13 olarak saptadık. Diyabetli hastaların dörtte üçünden fazlası oral antidiyabetik (OAD) tedavisi almaktaydı ve %8.1'i egzersiz yapıyordu. Bir ay ve üç ayda bir kan şekeri kontrolü yaptıranların oranı sadece %41.4 idi. Komplikasyonlara yönelik izlemlere baktığımızda diyabetlilerin üçte birinden çoğunun göz muayenesini yaptırdığı, mikroalbuminüri düzeyine baktıranların sadece 35 (%27.8) kişi olduğu saptandı. Katılımcıların 522'si (%51.3) herhangi bir kronik hastalığının olduğunu ifade etti. En sık görülen kronik hastalık hipertansiyondu (%41.8). Diyabetlilerde de en sık eşlik eden hastalık hipertansiyondu (%59.4). Katılımcıların diyabete bakış açılarını değerlendirdiğimizde diyabetin önlenilebilir bir hastalık olduğu görüşünün hakim olduğu görülmekteydi. Diğer yandan diyabet, kabullenmesi zor ve baş edilmesi zor bir hastalık olarak görülmüyordu. 'Şeker hastalığı konusunda sizce ne kadar bilgi sahibisiniz?' sorusu diyabet bilgi düzeyi algılarını değerlendirmek amacıyla sorulmuş ve bir ile 10 arasında puanlanması istenmişti. Katılımcılar kendilerine ortalama 4.78±2.40 puan vermişlerdi. Diyabetliler bu soru için kendilerine 5.21±1.96 puan vermişlerdi. Diyabetli olanlar olmayanlara göre bilgi düzeylerini anlamlı olarak yüksek algılamaktaydı (p=0.036). Ayrıca diyabet eğitimi almış kişilerde, eğitim almamışlara göre bilgi düzeyi algısı anlamlı şekilde yüksekti (p=0.001).

Sonuç: Katılımcıların %55.9'u obez veya fazla kiloluydu; diyabetli grupta ise bu oran %88.7'di. Diyabetlilerin yarısından fazlası gerekli sıklıkta kan şekeri kontrolü yaptırmıyordu. Tüm katılımcıların diyabet eğitimi alma oranı %14.9, diyabetlilerin eğitim alma oranı ise sadece %11.3 idi. Katılımcılar diyabet konusunda kendilerini ortalama düzeyde bilgi sahibi olarak algıyordu.

PB-17

Masa başında ve ayakta çalışmaya bağlı gelişen kas iskelet bozuklukları

Tuba Yağcı Yılmaz, Ayşe Gülsen Ceyhan Peker, Ayşe Selda Tekiner

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Ankara

Amaç: İş ortamında kişiler risk etkenleri nedeniyle sinir, kas, tendon, eklem ve spinal hasara ve bunlara bağlı hastalıklara maruz kalmaktadırlar. Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AÜTF) İbni Sina Hastanesi'nde masa başında ve ayakta çalışanlarda kas iskelet sistemi hastalıklarını tespit etmektir.

Gereç ve Yöntem: Haziran 2012'de başlamış olan bu kesitsel çalışma tam 1 yıl devam edecektir. AÜTF İbni Sina Hastanesi'nde 390 personelle görüşülmüştür. Daha önceden tanı almamış olmak çalışmaya alınma kriteridir. 149 olgu çalışmaya dahil edilmiş anket ve nörolojik muayene uygulanmıştır. Olguların yaş,cinsiyet, eğitim, çalışma süresi, ara verme sıklığı, nöropatolojik ve kas-iskelet sistemi bulguları ve aralarındaki ilişkiler istatistiksel olarak incelenmiştir

Bulgular: Vakaların 64'ü (%43) masa başı, 85'i (%57) ayakta çalışıyordu. Ayakta çalışan 7 olgu (%8.2) ilköğretim mezunu, 29'u (%34.1) lise ve 15 (%17.6) olgu üniversite mezunu idi. Masa başında çalışanlarda ilköğretim mezunu yokken, %43.8'i üniversite mezunu idi. Nörolojik muayenede sıklık sırasıyla, Tinel (%23.5), Phallen (%20.8) ve Lasegue (%20.1) testi pozitif bulundu.

Sonuç: Daha önceden hiçbir tanısı olmayan çalışma grubunda muayene bulgularının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Ayakta çalışanlarla masa başında çalışanlar arasında eğitim durumları açısından anlamlı fark mevcuttur. Kişilerin bu durumu göz önüne alınarak; oluşan kas iskelet sistemi bozuklarının önlenmesi ve bunun sonucunda iş veriminin artırılması amacıyla; hizmet içi eğitim verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 17 (2013)

Hakem Dizini

Reviewer Index for Volume 17 (2013) of the Turkish Journal of Family Practice

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 17 (2013) içeriğine, makale değerlendirme sürecinde hakemlik yaparak katkı veren, aşağıda adları yazılı meslektaşlarımıza Editörler Kurulu olarak teşekkür ederiz.*

The Editorial Staff of the Turkish Journal of Family Practice expresses their appreciation to the following colleagues who have reviewed manuscripts for Volume 17, 2013

Doç. Dr. Hülya Akan, Yeditepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Melahat Akdeniz, Antalya Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Zekeriya Aktürk, Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tuncay Müge Alvur, Kocaeli Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ridvan Atilla, Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sema Başak, Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Okcan Başat, Şişli Etfal Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Diyabet Polikliniği

Prof. Dr. Nazan Gönül Bilgel, Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nafiz Bozdemir, Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Serap Çifçili, Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Can Cimilli, Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Selma Çivi, Selçuk Üniversitesi
Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Uz. Dr. Birgül Coşkun, Küçükalyalı Karayolları 1.
Bölge Müdürlüğü Reviri

Doç. Dr. Reşat Dabak, Kartal Lütfi Kırdar Eğitim
ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Polikliniği

Prof. Dr. Yeltekin Demirel, Cumhuriyet
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. İrfan Devranoğlu, İstanbul Üniversitesi
Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kulak Burun Boğaz
Hastalıkları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mustafa Fevzi Dikici, Ondokuz Mayıs
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Güzel Dişçigil, Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Tamer Edirne, Pamukkale Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bülent Ertuğrul, Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayfer Gemalmaz, Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Engin Güney, Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Endokrinoloji Bilim Dalı

Doç. Dr. Tolga Günvar, Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Murat İçen, Memorial Hizmet Hastanesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. Sibel Kalaça, Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Prof. Dr. İ. Hamdi Kara, Düzce Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Gökşun Karaman, Adnan Menderes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Dermatoloji
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Mehtap Kartal, Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Çiğdem Apaydın Kaya, Marmara
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşegül Ketenci, İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi Fizik Tedavi ve
Rehabilitasyon Anabilim Dalı

Op. Dr. Gültekin Köse, Haydarpaşa Numune
Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları
ve Doğum Kliniği

Doç. Dr. Altuğ Kut, Başkent Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. M. Mümtaz Mazıcıoğlu, Erciyes
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ertan Mert, Mersin Üniversitesi Tıp
Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Vildan Mevsim, Dokuz Eylül Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Çağatay Nuhuğlu, Haydarpaşa
Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Nilgün Özçakar, Dokuz Eylül
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Alis Özçakır, Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ali Özdemir, Dokuz Eylül Üniversitesi
İktisat Fakültesi

Doç. Dr. Cahit Özer, Mustafa Kemal Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayşe Palanduz, İstanbul Üniversitesi
İstanbul Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Esra Saatçi, Çukurova Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Erkan Melih Şahin, Çanakkale
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ahmet Rifat Şahin, Ondokuz Mayıs
Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Prof. Dr. Recep Erol Sezer, Cumhuriyet
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Didem Sunay, Ankara Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği

Doç. Dr. Nil Tekin, İzmir Narlıdere Huzur Evi

Doç. Dr. Dilek Toprak, Göztepe Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Polikliniği

Doç. Dr. Pemra Ünalın, Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Yeşim Uncu, Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. İlhami Ünlüoğlu, Osmangazi Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Arzu Uzuner, Marmara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayça Vitrinel, Yeditepe Üniversitesi
Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Bektaş Murat Yalçın, Ondokuz Mayıs
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Prof. Dr. Füsün Yarış, Ondokuz Mayıs
Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Emel Yılmaz, Uludağ Üniversitesi
Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve
Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

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

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 17 (2013)

Konu Dizini

Subject Index for Volume 17 (2013) of the Turkish Journal of Family Practice

Acil Servis Hizmetleri | Emergency Care

Acil önünde ve hastane çevresinde konaklayan hasta yakınları. *Patients' relatives spending the night in front of the emergency department and around hospital.* Al B, Zengin S, Kartal Ş, Oktay MM, Akçalı A, Yıldırım C **18**

Bir devlet hastanesinde acil servis çalışanlarına yönelik şiddet: Şiddetin rapor edilme sıklığı. *Violence towards healthcare staff at emergency department of a public hospital: the rate of reported events of violence.* Vural F, Çiftçi S, Fil Ş, Dura A, Vural B **147**

Aile Hekimliği Uygulamaları | Family Practice

Elektronik (e) reçete uygulaması ve akılcı ilaç kullanımına katkısı. *Electronic (e) prescription practice and its contribution to rational drug use.* Akıcı A, Altun R **125**

Başmakale | Editorial

Akademik aile hekimliği 20 yaşında. *Twenty years of academic family medicine.* Başak O **95**

Disiplinime dokunma! Do not intervene with my discipline! Başak O **145**

Hekimlik teknisyenlik değildir! Medicine is not a technical task! Başak O **1**

Yazarlık. Authorship. Başak O **49**

Çocuk ve Ergen Sağlığı | Child and Adolescent Health

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.* Önder N, Hatipoğlu S, Battaloğlu İnanç B, Sıkar D **60**

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.* Battaloğlu İnanç B **51**

Çocuklarda tiroid hormon düzeylerinin obezite ile ilişkisi . *The relationship between thyroid hormone levels and obesity in children.* Ekinci F, Uzuner A, Niyazi Tosun N **101**

Kistik fibrozisli çocukta düzelmeyen öksürük nedeni olarak Pseudomonas aeruginosa pnömonisi: Olgu sunumu. *Pseudomonas aeruginosa pneumonia as cause of persistent cough in a child with cystic fibrosis: a case report.* Kutlu R, Pekcan S, Işıklar Özberk D **157**

Durum Raporu | Position Paper

Aile hekimliği disiplininde akademik yükselmeler ve doçentlik sınavları. *Academic promotions in the discipline of family medicine and oral exams for associate professorship.* Ünlüoğlu I **137**

Bir disiplin olarak aile hekimliğinin ülkemizdeki gelişim özellikleri. *Developmental features of family medicine as a discipline in our country.* Başak O **29**

The importance of measuring and improving the strength of primary care in Europe: results of an international comparative study. *Avrupa'da birinci basamağın gücünü ölçmenin ve artırmanın önemi: Uluslararası karşılaştırmalı bir çalışmanın sonuçları.* Kringos DS **165**

The patient-centered clinical method: a family medicine perspective. *Hasta merkezli klinik yöntem: Aile hekimliği bakış açısı.* Stewart M **73**

Enfeksiyon Hastalıkları | Infectious diseases

Anti HCV seropozitif kişilerde moleküler HCV RNA test sonuçlarının değerlendirilmesi. *The assessment of molecular HCV RNA test results on anti HCV seropositive people.* Çelik C, Gözel MG, Dayı F, Kaygusuz R, Bakıcı MZ **56**

Orofarengeal tularemi tedavisinde streptomisin kullanımına bağlı vestibülotoksikite gelişimi: Olgu sunumu. *Development of vestibulotoxicity by streptomycin usage for treatment of oropharyngeal tularemia: a case report.* Özgüneş N, Yılmaz Karadağ F, Aksoy Demirci S, Arıbal FC **26**

Evde Sağlık Hizmetleri | Home Care Services

Evde sağlık birimine başvuran yaşlı hastaların beslenme durumları. *Nutritional status of elderlies admitted to home health care service.* Akan H, Ayraller A, Hayran O **106**

Evde sağlık hizmetlerine başvuru özellikleri ve beklentiler. *The characteristics of applications to home health care service and expectations.* Limnili G, Özçakar N **13**

Kadın Sağlığı | Women's Health

Eski sezaryenli gebelerin demografik özellikleri ve ilk sezaryen endikasyonlarının değerlendirilmesi. *Demographic features and indications of pregnant women with previous cesarean section.* Sıkar D, Yaşar L, Battaloğlu İnanç B, Yaşar N **3**

Mastalji, anksiyete ve ilişkili faktörler: Vaka-kontrol çalışması. *Mastalgia, anxiety and related factors: case-control study.* Balcı N, Kantekin V, Sunay D, Aydın O, Çavuşoğlu NT, Ergün Y, Tekin O, Çakıt O **8**

Sezaryen skarında insizyonel endometriozis olgusu. *Incisional endometriosis after caesarean section: a case report.* Hekimoğlu L, Tatlıkazan S **23**

Kas İskelet Sistemi Bozuklukları | Musculoskeletal Disorders

Boyun ağrısı ve disfaji ile seyreden Forestier hastalığı. *Forestier disease presenting with neck pain and dysphagia.* Çetin MA, Köseoğlu S, Atan D, Atan T, Dere HH **161**

Talasemi majör tanısı olan hastalarda osteoporoz sıklığının değerlendirilmesi. *Determination of osteoporosis frequency among the thalassemia major patients.* Hamarat H, Yorulmaz G, Bilge U, Demirpençe Ö **153**

Tıp fakültesi ve konservatuvar öğrencilerinde fibromiyalji sıklığının karşılaştırılması. *Comparison of fibromyalgia prevalence in medical school and music academy students.* Demirdal ÜS, Şensoy N, Darıcı D, Türemenoğulları B, Sezen M, Kenanoğlu Ö **65**

Koruyucu Sağlık Hizmetleri | Preventive Health Services

Erişkinlerin erişkinlik dönemi aşılırları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışları. *Knowledges, attitudes and behaviours of adults about adult vaccines.* Aşık Z, Çakmak T, Bilgili P **113**

Kronik Hastalıklar | Chronical Diseases

Diabetes mellitus'lu hastaların anksiyete, depresyon durumları ve yaşam kalitesi düzeyleri. *Anxiety, depression and quality*

of life among the patients with diabetes mellitus. Sönmez B, Kasım I **119**

Özetler | Abstracts

Aile Hekimliği Akademisi (AHAD) 3. Aile Hekimliği Araştırma Günleri Bildiri Özetleri. *Abstracts presented at the Second Family Medicine Research Days, 8-11 November 2012, İzmir, Turkey.* **37**

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.* **86**

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi Bildiri Özetleri. *Abstracts presented at the Twelfth National Family Medicine Congress, 15-19 May 2013, Kuşadası, Aydın, Turkey.* **180**

Psikiyatri | Psychiatry

Fetişizm ve voyörizm birlikteliği: Bir olgu sunumu . *Fetishism and voyeurism comorbidity: a case report.* Ertekin H, Yardım Özayhan H, Eren I, Ertekin YH **70**

Yaşlı Sağlığı | Geriatrics

Huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam kaliteleri ve etkileyen faktörler. *Evaluation of the quality of life and affecting factors in the elderly living in nursing homes.* Sucaklı MH, Bakan B, Çelik M **96**

Zehirlenmeler | Toxicology

Deli bal ile zehirlenen bir aile: Olgu sunumu. *A family admission for poisoning with mad honey: a case report.* Yengil E, Akhan MM, Yengil D, Öztürkoğlu HE, Şilfeler I, Karakuş A **134**

Türkiye Aile Hekimliği Dergisi Cilt 17 (2013)

Yazar Dizini

Author Index for Volume 17 (2013) of the Turkish Journal of Family Practice

Akan H. 106	Çakmak T. 113	Horoz D. 142	Stewart M. 73
Akçalı A. 18	Çavuşoğlu NT. 8	Işıklar Özberk D. 157	Sucaklı MH. 96
Akhan MM. 134	Çelik C. 56	Kantekin V. 8	Sunay D. 8
Akıcı A. 125	Çelik M. 96	Karakuş A. 134	Şenol V. 142
Aksoy Demirci S. 26	Çetin MA 161	Kartal Ş. 18	Şensoy N. 65
Al B. 18	Çiçek B. 142	Kasım I. 119	Şilfeler I. 134
Altun R. 125	Çiftçi S. 147	Kaygusuz R. 56	Tatlıkazan S. 23
Altunay C. 142	Darıcı D. 65	Kenanoğlu Ö. 65	Tekin O. 8
Arıbal FC. 26	Dayı F. 56	Kesim S. 142	Tosun N. 101
Aşık Z. 113	Demirdal ÜS. 65	Köseoğlu S. 161	Türemenoğulları B. 65
Atan D. 161	Demirpençe Ö. 153	Kringos DS 165	Uzuner A. 101
Atan T. 161	Dere HH. 161	Kurtoğlu S. 142	Ünalın D. 142
Aydın O. 8	Dura A. 147	Kutlu R. 157	Ünlüoğlu I. 137
Ayraller A. 106	Ekinci F. 101	Limnili G. 13	Üstünbaş HB. 142
Bakan B. 96	Eren I 70	Mazıcıoğlu MM. 142	Vural B. 147
Bakıcı MZ. 56	Ergün Y. 8	Oktay MM. 18	Vural F. 147
Balci E. 142	Ertekin H. 70	Önder N. 60	Yardıın Özayhan H. 70
Balci N. 8	Ertekin YH 70	Özçakar N. 13	Yaşar L. 3
Başak O. 1, 29, 49, 95, 145	Fil Ş. 147	Özgüneş N. 26	Yaşar N. 3
Battaloğlu İnanç B. 3, 51, 60	Gözel MG. 56	Öztürk A. 142	Yengil D. 134
Bayat M. 142	Hamarat H. 153	Öztürkoğlu HE. 134	Yengil E. 134
Bilge U. 153	Hatipoğlu N. 142	Pekcan S. 157	Yıldırım C. 18
Bilgili P. 113	Hatipoğlu S. 60	Sezen M. 65	Yılmaz Karadağ F. 26
Borlu A. 142	Hayran O. 106	Sıkar D. 3, 60	Yorulmaz G. 153
Çakıt O. 8	Hekimoğlu L. 23	Sönmez B. 119	Zengin S. 18

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